|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Gesundheitsamt (Lkr/Stadt)** | **Amtsarzt** | **Regierungsbezirk** | **Datum der Begehung** |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Name des Krankenhauses/  Name der Einrichtung** | **Krankenhaus-plannummer** | **OP-Einheit** | **Anschrift** |
|  |  |  |  |

**OP-Abteilung**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Hinweis:**  Alle Punkte der Checkliste müssen geprüft werden | **Ja** | **Nein** |  |
| 1. **Baulich-funktionelles Konzept** |  |  |  |
| räumliche Abtrennung des OP-Bereichs gegenüber dem übrigen Krankenhaus |  |  | 1 |
| * 1. **Personalumkleide/Personalschleuse** |  |  | 2 |
| eindeutige bauliche oder funktionelle Wegeführung unrein/rein |  |  | 3 |
| Händedesinfektionsmittelspender am Übergang unrein/rein |  |  | 4 |
| Händedesinfektionsmittelspender am Übergang rein/OP-Flur |  |  | 5 |
| Personaltoiletten auf der unreinen Seite |  |  | 6 |
| ausreichend Schrankflächen für Privat- und Arbeitskleidung im unreinen Bereich |  |  | 7 |
| ausreichend Sammelbehälter für benutzte OP-Kleidung und -Schuhe im unreinen Bereich |  |  | 8 |
| hygienegerechte Vorhaltung der OP-Bereichskleidung |  |  | 9 |
| * 1. **Patientenübergabe/-umkleide** |  |  | 10 |
| Patientenübergaberaum oder -fläche |  |  | 11 |
| eindeutige bauliche oder funktionelle Trennung unrein/rein |  |  | 12 |
| Patientenumkleide (bei ambulanten OPs) |  |  | 13 |
| eindeutige Trennung unrein/rein |  |  | 14 |
| hygienegerechte Zwischenlagerung der Patientenbetten möglich |  |  | 15 |
| * 1. **Materialversorgung** |  |  |  |
| eindeutige bauliche oder funktionelle Trennung unrein/rein |  |  | 16 |
| über Patientenschleuse |  |  | 17 |
| hygienegerechter Ablauf |  |  | 18 |
| * 1. **Arbeitsraum unrein/Entsorgungsraum/Putzraum** |  |  | 19 |
| funktions- und hygienegerecht ausgestattet |  |  | 20 |
| dezentrales Dosiergerät vorhanden |  |  | 21 |
| Ausguss vorhanden |  |  | 22 |
| im Entsorgungsraum: eindeutige bauliche oder funktionelle Trennung unrein/rein |  |  | 23 |
| * 1. **Aufenthaltsraum** |  |  | 24 |
| Händedesinfektionsmittelspender vorhanden |  |  | 25 |
| private Taschen verbleiben in der Umkleide |  |  | 26 |
| * 1. **Sterilgutlagerung** |  |  |  |
| funktionsgerechte, staubgeschützte Lagerung |  |  | 27 |
| ausreichend Lagerfläche bzw. Lagerraum |  |  | 28 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Ja** | **Nein** |  |
| * 1. **Lagerung von Geräten** |  |  |  |
| funktionsgerechte, staubgeschützte Lagerung |  |  | 29 |
| ausreichend Lagerfläche bzw. Lagerraum |  |  | 30 |
| nach Wartung erfolgt eine desinfizierende Reinigung |  |  | 31 |
| * 1. **Lagerung von Medizinprodukten** |  |  |  |
| funktionsgerechte, staubgeschützte Lagerung |  |  | 32 |
| ausreichend Lagerfläche bzw. Lagerraum |  |  | 33 |
| Lagerungszeiten werden eingehalten |  |  | 34 |
| * 1. **Räume/ Flächen für die Händewaschung und -desinfektion** |  |  | 35 |
| Möglichkeit zur Händedesinfektion in räumlicher Nähe zu den Operationsräumen |  |  | 36 |
| funktionsgerechte Vorhaltung von Händedesinfektionsmittelspendern in angemessener Anzahl im gesamten Operationsbereich |  |  | 37 |
| Handwaschplätze funktions- und hygienegerecht ausgestattet |  |  | 38 |
| * 1. **Operationsräume** |  |  |  |
| OP-Saal mit nur einem OP-Tisch ausgestattet |  |  | 39 |
| funktions- und hygienegerecht ausgestattet |  |  | 40 |
| ausreichend groß bemessen |  |  | 41 |
| Lagerung von Einmalartikeln nur für den Tagesbedarf |  |  | 42 |
| Tastatur des Dokumentationsplatzes wischdesinfizierbar |  |  | 43 |
| Türen sind während des Betriebes geschlossen |  |  | 44 |
| Wasserarmaturen oder Bodenabläufe nur in TUR-Räumen |  |  | 45 |
| * 1. **Raumlufttechnische Anlage (RLT-Anlage)** |  |  |  |
| im OP-Saal: Luftführungssystem nach Raumluftklasse Ia |  |  | 46 |
| im OP-Saal: Luftführungssystem nach Raumluftklasse Ib |  |  | 47 |
| im OP-Saal: Belüftung nach Raumklasse II |  |  | 48 |
| Gewährleistung einer Schutzdruckhaltung |  |  | 49 |
| Inspektion, Kontrolle, Wartung, Instandhaltung, Instandsetzung |  |  |  |
| qualifizierte routinemäßige mind. jährliche hygienische Prüfung der OP-Zuluftsysteme |  |  | 50 |
| anderer Turnus: |  |  | 51 |
| letzte Prüfung am: |  |  | 52 |
| *AMTSÄRZTIN/AMTSARZT: Einsichtnahme* |  |  |  |
| Lüftung über Fenster |  |  | 53 |
| Insektenschutzgitter vorhanden |  |  | 54 |
| * 1. **Richten der Instrumentiertische** |  |  |  |
| außerhalb des OP-Saals |  |  | 55 |
| unter Raumluftklasse Bedingungen wie im OP-Saal |  |  | 56 |
| hygienegerechte Umgebung |  |  | 57 |
| hygienegerechter Transport in den OP-Saal |  |  | 58 |
| * 1. **Aufbereitung von Anästhesiematerial** |  |  |  |
| Aufbereitung ausschließlich in der ZSVA |  |  | 59 |
| Aufbereitung auch in der OP-Abteilung |  |  | 60 |
| manuelle Reinigung u. Desinfektion |  |  | 61 |
| maschinelle Reinigung u. Desinfektion |  |  | 62 |
| zugelassenes, validiertes Verfahren\* |  |  | 63 |
| regelmäßige Wartung der Geräte sichergestellt \* |  |  | 64 |
| \* Wenn eine der Fragen mit „Nein“ beantwortet wird, muss das Gewerbeaufsichtsamt benachrichtigt werden! |  |  |  |
| * 1. **Aufbereitung der OP-Schuhe** |  |  |  |
| Aufbereitung in der ZSVA |  |  | 65 |
|  | **Ja** | **Nein** |  |
| Schuhwaschmaschine vorhanden |  |  | 66 |
| regelmäßige Funktionskontrolle |  |  | 67 |
| regelmäßige Wartung nach Herstellerangaben |  |  | 68 |
| hygienegerechter Standort |  |  | 69 |
| manuelle Aufbereitung |  |  | 70 |
| hygienegerechte Durchführung |  |  | 71 |
| * 1. **Aufwachraum/-bereich** |  |  | 72 |
| außerhalb der OP-Abteilung |  |  | 73 |
| getrenntes Personal für OP u. Aufwachraum (z.B. Anästhesisten) |  |  | 74 |
| falls kein getrenntes Personal: hygienegerechtes Verhalten beim Wechsel zwischen den Bereichen |  |  | 75 |
| funktions- und hygienegerecht ausgestattet |  |  | 76 |
| 1. **Hygieneorganisation** |  |  |  |
| * 1. **Hygienefachpersonal** |  |  |  |
| Beratung durch Krankenhaushygieniker/in sichergestellt |  |  | 77 |
| Beratungsumfang vertraglich geregelt |  |  | 78 |
| Anzahl der Stunden laut Vertrag       pro |  |  | 79 |
| Beratung laut Vertrag nur bei Bedarf |  |  | 80 |
| Beratung erfolgt überwiegend vor Ort |  |  | 81 |
| ausreichend Hygienefachkräfte vorhanden (nach Bedarfsplan KRINKO) |  |  | 82 |
| * 1. **Hygieneplan** |  |  |  |
| * + 1. **Struktur** |  |  |  |
| Reinigungs- / Desinfektionsplan sichtbar ausgehängt |  |  | 83 |
| Hautschutzplan sichtbar ausgehängt |  |  | 84 |
| Hygieneplan für alle Mitarbeiter zugänglich |  |  | 85 |
| Mindestens jährlich stattfindende Schulung des Personals in Händehygiene |  |  | 86 |
| schriftliche Dokumentation der Teilnahme |  |  | 87 |
| regelmäßige Schulung des Personals über Inhalt und Neuerungen des Hygieneplans |  |  | 88 |
| schriftliche Dokumentation der Teilnahme |  |  | 89 |
| * + 1. **Personelle Hygienemaßnahmen und Händedesinfektion** |  |  |  |
| Händedesinfektion vor Betreten der OP-Abteilung (Übergang unrein zu rein) |  |  | 90 |
| Händedesinfektion nach Anlegen der Bereichskleidung |  |  | 91 |
| Händedesinfektion vor jedem Patientenkontakt |  |  | 92 |
| Händedesinfektion nach jedem Patientenkontakt |  |  | 93 |
| Händedesinfektion vor aseptischen Tätigkeiten |  |  | 94 |
| Händedesinfektion nach Kontakt mit potentiell infektiösem Material |  |  | 95 |
| Händedesinfektion nach Kontakt mit Oberflächen in der unmittelbaren Umgebung des Patienten |  |  | 96 |
| Händedesinfektion bei Verlassen des Aufenthaltsraums |  |  | 97 |
| das Hygienefachpersonal oder entsprechend geschultes Personal kontrolliert die Compliance zur Händehygiene |  |  | 98 |
| die Vorgaben zur Händehygiene aus dem Hygieneplan werden –soweit gesehen- auch umgesetzt |  |  | 99 |
| Mitarbeiter ohne Hand-/Unterarmschmuck |  |  | 100 |
| Mitarbeiter ohne Nagellack/künstliche Fingernägel |  |  | 101 |
| * + 1. **Persönliche Schutzausrüstung (PSA)** |  |  |  |
| Anlegen eines Haarschutzes in der Schleuse |  |  | 101 |
| Erneuerung des Mund-/Nasenschutzes vor jeder Operation |  |  | 102 |
|  | **Ja** | **Nein** |  |
| Erneuerung des Mund-/Nasenschutzes bei Durchfeuchtung |  |  | 103 |
| Verwendung steriler OP-Mäntel mit definierter Barrierefunktion |  |  | 104 |
| Verwendung steriler OP-Handschuhe |  |  | 105 |
| Die Vorgaben zur PSA aus dem Hygieneplan werden –soweit gesehen- auch umgesetzt |  |  | 106 |
| * + 1. **Reinigung und Desinfektion** |  |  |  |
| Beschriftungaller angebrochenen Händedesinfektionsmittelflaschen mit Anbruch- oder Ablaufdatum |  |  | 107 |
| hygienegerechte Reinigung und Desinfektion der OP-Säle zwischen zwei Operationen |  |  | 108 |
| Flächendesinfektionsmittel VAH-gelistet |  |  | 109 |
| Beschriftung aller Flächendesinfektionsmittel soweit nach Herstellerangaben erforderlich |  |  | 110 |
| hygienegerechte tägliche Abschlussreinigung- und -desinfektion |  |  | 111 |
| Reinigungspersonal wird durch das Hygienefachpersonal geschult |  |  | 112 |
| * + 1. **Weitere Inhalte** |  |  |  |
| Anweisungen zum hygienegerechten Einschleusen des Personals |  |  | 113 |
| chirurgische Händedesinfektion |  |  | 114 |
| präoperative Haarentfernung |  |  | 115 |
| präoperative Haut-/ Schleimhautdesinfektion nach KRINKO |  |  | 116 |
| Abdeckung des Operationsgebietes mit sterilem Material |  |  | 117 |
| Verwendung von Einmalmaterial |  |  | 118 |
| *AMTSÄRZTIN/AMTSARZT: Einsichtnahme in den Hygieneplan* |  |  |  |
| 1. **Umgang mit Arzneimitteln** |  |  |  |
| halbjährliche Kontrolle durch Krankenhausapotheke bzw. krankenhausversorgende öffentliche Apotheke ist erfolgt und lückenlos dokumentiert |  |  | 119 |
| hygienegerechte Lagerung von Arzneimitteln |  |  | 120 |
| Lagerung kühlpflichtiger Arzneimittel in gesondertem Arzneimittelkühlschrank |  |  | 121 |
| Rekonstitution von Parenteralia erfolgt unmittelbar vor der Applikation am Patienten |  |  | 122 |
| Vermerk von Datum und Uhrzeit der ersten Entnahme und der Verwendungsdauer auf Mehrdosenbehältnissen von Injektabilia |  |  | 123 |
| 1. **Umgang mit MRE Patienten** |  |  |  |
| bei Risikopatienten erfolgt präoperativ ein Screening |  |  | 124 |
| Management bei Erregernachweis festgelegt |  |  | 125 |
| Isolierung des Patienten im Aufwachraum |  |  | 126 |
| Schulung des Personals zum Hygienemanagement |  |  | 127 |
| 1. **Prävention nosokomialer Infektionen** |  |  |  |
| schriftliche hygienegerechte Standards vorhanden zu: |  |  |  |
| Prävention postoperativer Wundinfektionen |  |  | 128 |
| Prävention Gefäßkatheter assoziierter Infektionen |  |  | 129 |
| perioperative, leitlinienkonforme Antibiotikagabe (bei Bedarf) schriftlich festgelegt |  |  | 130 |
| 1. **Anmerkungen/Sonstiges** |  |  |  |
| gibt es hygienerelevante Mängel, die durch die Checkliste nicht erfasst werden |  |  | 131 |
| gibt es zusätzliche hygienerelevante Anmerkungen im begleitenden Bericht |  |  | 132 |
| Anmerkungen: |  |  | 133 |