



Checkliste

zur Überprüfung ambulant operierender Einrichtungen

A. Allgemeine Angaben

Einrichtung/Anschrift:

1. Organisationsform

- Praxisgemeinschaft
- Gemeinschaftspraxis
- MVZ
- AÖZ
- Klinik
- Praxisklinik
- Tagesklinik

2. Personal

Inhaber/Ärztlicher Leiter:

Zahl Ärzte:

Zahl Arzthelferinnen:

davon abgeschlossene Ausbildung:

Zahl Krankenschwestern:

abgeschlossene Anästhesie-WB:

abgeschlossene OP-WB:

3. Organisatorisches

3.1 Facharzt für

3.2 Mitgliedschaft Berufsverband

3.3 Vorliegende Genehmigung zum ambulanten Operieren der KV ja nein

3.4 Freiwillige Teilnahme als VA am Bayerischen „Strukturvertrag“ ja nein

3.5 Begehung KV
am in

3.6 Zahl der pro Jahr durchgeführten Eingriffe

3.7 Durchführung von Vollnarkosen ja nein

- überwiegend TIVA ja nein
- überwiegend Inhalationsverfahren ja nein

3.8 Kooperation FA für Anästhesiologie
Anschrift ja nein

3.9 Vertragliche Vereinbarung bzgl. MP-Aufbereitung ja nein

4. Überprüfung

Überprüfungsdatum

Überprüfungsdauer

Teilnehmer/Innen Einrichtung

Teilnehmer/Innen RGU-GS 22

B. Infektionshygienische Überprüfung

1. Baulich-funktionelle Gegebenheiten

1.1 Durchführung von Eingriffen mit erhöhten Anforderungen an die Keimarmut ja nein

1.2 Vorliegen einer OP-Einheit ja nein
Defizite:

1.3 Vorliegen einer Eingriffseinheit ja nein
Defizite:

1.4 Vorgaben RL-RKI erfüllt ja nein
Defizite:

1.5 Separater Medizinproduktaufbereitungsraum ja nein
wenn ja, Defizite:
wenn nein, sonstige Nutzung:

2. Apparativ-technische Ausstattung

2.1 RLT-Anlage ja nein
wenn ja, Gerätetyp:

2.2 RDG-Gerät ja nein
Gerätetyp/Baujahr:

- jährliche Wartung ja nein
- 2x jährliche MBÜ ja nein

2.3 Sterilisator ja nein

- 1 STE-Sterilisator ja nein
Gerätetyp/Baujahr:

- Dampfkleinsterilisator ja nein
Gerätetyp/Baujahr:
 Klasse B
 Klasse S
 Klasse N

<ul style="list-style-type: none"> Heißluftsterilisator <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Gerätetyp/Baujahr:

2.4 <u>Ultraschallbad</u> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Gerätetyp/Baujahr:

2.5 <u>Folienschweißgerät</u> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Hersteller:
jährliche Wartung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

2.6 <u>Post-/perioperativ Patientenüberwachung</u>		
<ul style="list-style-type: none"> Blutdruckapparat <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein 		
<ul style="list-style-type: none"> Pulsoximeter <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein 		
<ul style="list-style-type: none"> EKG <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein 		
<ul style="list-style-type: none"> Defibrillator funktionsfähig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein 		
<ul style="list-style-type: none"> Sauerstoffflasche, /-anschluss <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein 		
<ul style="list-style-type: none"> Absaugmöglichkeit vorhanden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein 		
<ul style="list-style-type: none"> Notfallkoffer vorhanden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein 		
<ul style="list-style-type: none"> Laryngoskop funktionsfähig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein 		
<ul style="list-style-type: none"> Medikamente ordnungsgemäß <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein 		
Defizite:		

2.7 <u>Aktive Medizinprodukte</u>																				
<ul style="list-style-type: none"> Gesamtbestandsverzeichnis vorhanden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein 																				
<ul style="list-style-type: none"> Gerätebuch vorhanden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein 																				
<ul style="list-style-type: none"> „Steribuch“ vorhanden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein 																				
<ul style="list-style-type: none"> korrekt gewartete MP <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">Bereich</th> <th style="width: 33%;">Gerät</th> <th style="width: 33%;">Bemerkung</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>			Bereich	Gerät	Bemerkung															
Bereich	Gerät	Bemerkung																		
<ul style="list-style-type: none"> nicht korrekt gewartete MP <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">Bereich</th> <th style="width: 33%;">Gerät</th> <th style="width: 33%;">Bemerkung</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>			Bereich	Gerät	Bemerkung															
Bereich	Gerät	Bemerkung																		

3. Hygienemanagement

3.1 Externe Betreuung durch Hygienefachpersonal <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Name/Anschrift:
vertragliche Vereinbarung vorliegend <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

3.2 Vorliegen eines Hygieneplans <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--

3.3	Vorliegen eines RD-Plans	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
3.4	Angepasster, vollständiger Hygieneplan Defizite:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
3.5	Angepasster, vollständiger RD-Plan Defizite:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
3.6	Dokumentierte Personaleinweisung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<u>4. Umgang mit Medizinprodukten</u>			
4.1	Risikobewertung gem. RL-RKI	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
4.2	Schriftliche Aufbereitungsvorschriften	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
4.3	Aufbereitung durch qualifiziertes Personal wenn ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	• Sachkundenachweis	<input type="checkbox"/> ja	
	• Fachkundenachweis I	<input type="checkbox"/> ja	
	Zeugnis vorliegend	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
4.4	Schriftliche Festlegung von Zuständigkeiten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
4.5	<u>Anwendung validierter Verfahren</u>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	• Reinigung/Desinfektion	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	• Sterilisation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	• jährliche Revalidierung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
4.6	<u>Manuelle Aufbereitung</u>		
	• kritisch A	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	• sachgerecht (→Standards RGU-GS 22)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	• kritisch B	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Bemerkungen:		
4.7	<u>Maschinelle Aufbereitung</u>		
	• kritisch A	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	• kritisch B	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	• sachgerecht (→Standards RGU-GS 22)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Bemerkungen:		
4.8	Verwendung eines geeigneten Instrumentenpflegemittels	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
4.9	<u>Sterilgutverpackung</u>		
	• „weiche“ Verpackung, einfach/doppelt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	• „starre“ Verpackung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	• zusätzliche Anwendung offener Sterilisationsverfahren	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	• ausschließliche Anwendung offener Sterilisationsverfahren	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	• sachgerechtes Packen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	• sachgerechte Kennzeichnung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

• Behandlungsindikatoren	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• sachgerechtes Einlegen in den Sterilisator	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• Mehrfachentnahme von Sterilgut aus Sterilgutcontainer	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bemerkungen:		

4.10 Sterilisation/Methode		
• Sterilgutverpackung geeignet für das angewendete Sterilisationsverfahren	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• Methode geeignet für die aufbereiteten MP	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• Methode ungeeignet für die aufbereiteten MP	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• Methode fraglich geeignet für die aufbereiteten MP (→ Herstellerangaben)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bemerkungen:		

4.11 Sterilisation/Routinekontrollen		
• arbeitstäglich BD-Test (Prüfpaket) bei Aufbereitung poröser Materialien	<input type="checkbox"/> entfällt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
• arbeitstäglich PCD bei Aufbereitung von Hohlrauminstrumenten	<input type="checkbox"/> entfällt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
• Dokumentation der Prozessdaten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• Darlegung des Vorgehens bei Abweichungen vom korrekten Prozessablauf	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• Freigabedokumentation des Sterilgutes	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• Wartung des Sterilisators (jährlich/nach Herstellerangaben)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• mikrobiologische Überprüfung (alle 400 Chargen/halbjährlich) jährlich	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein
Bemerkungen:		

4.12 Sterilgutlagerung		
• geschlossene Lagerung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• fristgerechte Lagerung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

4.13 OP-Kittel/Abdeckmaterialien		
• Verwendung von	<input type="checkbox"/> Einmalprodukten	
	<input type="checkbox"/> konventionellen Materialien	
	<input type="checkbox"/> Mischabdeckung	
	<input type="checkbox"/> innovativen Materialien	
• Aufbereitung durch	<input type="checkbox"/> externen Dienstleister	
	<input type="checkbox"/> Zertifikat vorliegend	
	<input type="checkbox"/> Einrichtung	
Bemerkungen:		

5. Wäsche		
5.1 Aufbereitung durch Einrichtung	<input type="checkbox"/> Handtücher/Patientenwäsche	
	<input type="checkbox"/> OP-Bereichskleidung	
	<input type="checkbox"/> Arbeitskleidung	
Angewendete Verfahren:		
Mikrobiologische Überprüfung:		

Bemerkungen:	
5.2 <u>Aufbereitung durch Wäscherei</u>	
Vertragliche Vereinbarung vorliegend	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zertifikat vorliegend	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

6. Reinigung/Desinfektion allgemein

6.1	<u>Vorgehaltene Desinfektionsmittel</u>
	<ul style="list-style-type: none"> Händewaschlotion <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<ul style="list-style-type: none"> Händedesinfektionsmittel <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein DGHM-/VAH-Listung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Originalgebinde <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Präparat/ Ablaufdatum: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<ul style="list-style-type: none"> Instrumentenreiniger bzw. Kombipräparat <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein DGHM-/VAH-Listung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Präparat/ Ablaufdatum: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<ul style="list-style-type: none"> Instrumentendesinfektionsmittel <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein DGHM-/VAH-Listung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Präparat/ Ablaufdatum: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<ul style="list-style-type: none"> Hautdesinfektionsmittel Patient <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein DGHM-/VAH-Listung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Originalgebinde <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Präparat/ Ablaufdatum <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<ul style="list-style-type: none"> Schleimhautdesinfektionsmittel Patient <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein DGHM-/VAH-Listung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Originalgebinde <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Präparat/ Ablaufdatum <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<ul style="list-style-type: none"> Flächendesinfektionsmittel <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein DGHM-/VAH-Listung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Präparat/ Ablaufdatum: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bemerkungen:	

6.2	<u>Händewaschplätze</u>
	<ul style="list-style-type: none"> vorhanden am/im <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<ul style="list-style-type: none"> chirurgischer Händewaschplatz <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<ul style="list-style-type: none"> Verbandsraum <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<ul style="list-style-type: none"> ärztliche Sprech- und Behandlungszimmer <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<ul style="list-style-type: none"> Personaltoilette <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<ul style="list-style-type: none"> Ausstattung gem. RL-RKI <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<ul style="list-style-type: none"> regelmäßige Perlatorenwartung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bemerkungen:	

6.3	Anwendung von Sprühdeseinfektionsverfahren <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
-----	--

6.4 <u>Umfüllen von Desinfektionsmitteln</u>		
hygienische HD	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
chirurgische HD	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

6.5 <u>Reinigung/Desinfektion</u>		
<ul style="list-style-type: none"> durch eigenes Personal 	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
(<input type="checkbox"/> Praxis <input type="checkbox"/> Eingriffseinheit)		
<ul style="list-style-type: none"> durch Firma 	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
(<input type="checkbox"/> Praxis <input type="checkbox"/> Eingriffseinheit)		
Name/Anschrift:		
<ul style="list-style-type: none"> vertragliche Vereinbarung vorliegend 	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<ul style="list-style-type: none"> Einweisung nachvollziehbar 	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<ul style="list-style-type: none"> Wechsel-Mop-Verfahren 	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<ul style="list-style-type: none"> chemothermisches Waschverfahren 60° 	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<ul style="list-style-type: none"> abschließende maschinelle Trocknung 	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<ul style="list-style-type: none"> Aufbereitung nachvollziehbar 	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

7. Medikamente

7.1 <u>Vorhaltung abgelaufener Medikamente</u>		
Bereich	Medikament	Ablaufdatum

7.2 <u>Lagerung kühlpflichtiger Medikamente</u>		
<ul style="list-style-type: none"> separater Medikamentenkühlschrank 	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<ul style="list-style-type: none"> Temperaturkontrolle/Dokumentation 	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

7.3 <u>Mehrdosisbehältnisse</u>		
<ul style="list-style-type: none"> Anwendung 	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<ul style="list-style-type: none"> sachgerecht 	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

7.4 <u>Medikamentenlagerung (Blister)</u>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
---	-----------------------------	-------------------------------

7.5 <u>Hygienische Mängel i.v. Medikation</u>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
---	-----------------------------	-------------------------------

7.6 <u>Salben/fehlende Anbruchsdaten</u>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
--	-----------------------------	-------------------------------

7.7 <u>Betäubungsmittel</u>		
<ul style="list-style-type: none"> Mängel bei der Aufbewahrung 	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<ul style="list-style-type: none"> Mängel bei der Dokumentation 	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<ul style="list-style-type: none"> Mängel bei der Nachweisführung 	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<ul style="list-style-type: none"> BtM-Fehlbestand 	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Verantwortlicher:		
Bemerkungen:		

8. Abfallentsorgung

- | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| • sachgerechte Entsorgung von Sharps | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| • Berücksichtigung LAGA-Kriterien | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

9. Surveillance nosokomialer Infektionen

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| • Durchführung einer Surveillance
(Vorlage objektiv nachvollziehbarer Daten) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| • korrekte Erfassung
(RKI/CDC-Kriterien/KISS-Methode) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

10. Trinkwasseruntersuchung ja nein

Bemerkungen:

\\eagles\common\rgu-gs\GS2\GS22\Produkte\04 Ambulantes Operieren\4.3 Allgemein\Listen\Checkliste GS 22 060309 Ambu OP.doc