

Checkliste für Hygiene-Begehungen von Arztpraxen und Praxen für ambulantes Operieren

(auf der Grundlage des Infektionsschutzgesetzes, der Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention, der BGR 250/TRBA 250, der Desinfektionsmittelliste des VAH)

Nach der Neufassung in § 135a SGB (Sozialgesetzbuch) Teil V sind die Gesundheitseinrichtungen "...zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von Ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet. Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden."

Name / Fachrichtung / Anschrift / Telefonnummer (ggf. Stempel):



Stempel

Tag der Besichtigung:.....

Teilnehmer:.....

Uhrzeit von.....Uhr bis.....Uhr

1. Allgemeine Angaben

1.1 Anzahl der in der Einrichtung beschäftigten Mitarbeiter

- Ärzte:
- exam. Personal / Arzthelferinnen:
- Reinigungspersonal: eigene Putzfrau Firma

1.2 Existiert in der Einrichtung

- ein Hygieneplan ? ja nein
- ein Reinigungs- und Desinfektionsplan ? ja nein

1.3 Ist der Reinigungs- und Desinfektionsplan ausgehängt ? ja nein

2. Invasive Eingriffe / Ambulante Eingriffe bzw. Operationen

2.1 Punktion steriler Körperhöhlen ? ja nein

2.2 Endoskopische Untersuchungen ? ja nein

2.3 Operative Eingriffe ? ja nein

Welche ?.....

Vollnarkose ? ja nein

2.4 Invasive Eingriffe ? ja nein

Welche ?.....

3.	Erfassung nosokomialer Infektionen (NI) /Multiresistenzen (nur bei AO)		
3.1	Erfolgt eine Erfassung NI / Resistenzen gem. § 23 IfSG ?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
3.2	Indikator - OP.....		
3.3	Eine Einsichtnahme erfolgte	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
4.	Räumliche Bedingungen		
4.1	Gibt es einen:		
	- Aufenthaltsraum / Teeküche?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	- Umkleideraum mit Schwarz-Weiß-Trennung?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	- Raum bzw. Platz zur Instrumentenaufbereitung / Sterilisation?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	- Putzmittelraum, ggf. Schrank?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	- Lager?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	- Anzahl der Behandlungsräume / OP`s.....		
4.2	Wenn ambulantes Operieren, ist die OP-Abteilung vom Praxisbereich getrennt?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	- Separater Eingriffsraum / OP?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	- Personalschleuse / Anlegen von keimarmer Bereichsbekleidung?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	- Anlegen von Mund- und Nasenschutz vor Betreten des OP`s?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	- Ggf. Patientenumkleiden / Patientenschleuse?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	- Patientenruheraum?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	- Chirurgischer Handwaschplatz außerhalb des OP?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
4.3	Ist eine RLT - Anlage vorhanden?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	- Wenn ja, erfolgt eine jährliche Überprüfung?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	- Letzte Überprüfung:.....		
	- Befund o. B:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
4.4	Existieren getrennte Sanitäreanlagen für Personal und Patienten gem. BGR 250 Abs. 4.1.1.2?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
5.	Händedesinfektion / Händereinigung		
5.1	Sind in Behandlungsräumen, WC, Labor, Waschbecken vorhanden?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
5.2	Hat das Waschbecken eine handberührungsfreie Armatur?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
5.3	Entspricht die Ausstattung der BGR Abs. 4.1.1.1?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	- Seifenspender	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	- Handtuchspender	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	- Desinfektionsspender	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
5.4	Ist das verwendete Händedesinfektionsmittel VAH-gelistet?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	Name:.....		
5.5	Werden Originalgebilde verwendet?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

6. Hautdesinfektion / Schleimhaut

- 6.1 Ist das verwendete Desinfektionsmittel VAH-gelistet? ja nein
Name:.....
- 6.2 Schleimhautantiseptikum / Name:..... ja nein
- 6.3 Werden Originalgebinde verwendet? ja nein
- 6.4 Werden zur Hautdesinfektion Einmaltupfer aus Vorratsbehältern verwendet? ja nein
- 6.5 Stehen für invasive Eingriffe / ambulante Operationen sterile Tupfer zur Verfügung? ja nein
- 6.6 Wird eine Kornzange / Pinzette (naß oder trocken verwendet? ja nein

7. Instrumentenaufbereitung

- 7.1 Wird ausschließlich Einwegmaterial verwendet? ja nein
Wenn nein, welche Instrumente werden wiederaufbereitet:
.....
.....
- 7.2 Einteilung in Risikogruppen? ja nein
- 7.3 Hohlkörperinstrumente (Kritisch B) vorhanden? ja nein
- 7.4 Schriftl. Angaben im Hyg.plan / Arbeitsanweisungen vorhanden? ja nein
gut ausreichend unzureichend
- 7.5 Fortbildung/Schulung des mit der Aufbereitung Betrauten? ja nein
.....
- 7.6 Wie werden benutzte Instrumente / Geräte aufbereitet?
- manuell ja nein
 - Ultraschall ja nein
 - maschinell ja nein
- 7.7 Bei **manueller Aufbereitung**:
Ist das Mittel VAH- gelistet? ja nein
Name:..... Konzentration + Einwirkzeit:.....
- Entspricht die Konzentration und Einwirkzeit den Vorgaben? ja nein
 - Wenn nein, ist Konz. und / oder EWZ zu gering? ja nein
 - Stehen Dosierhilfen zur Verfügung? ja nein
 - Instrumentenwanne mit Deckel vorhanden? ja nein
- 7.8 Bei **Aufbereitung im Ultraschall**:
Wird ein gelistetes Instrumentendesinfektionsmittel benutzt und ist dieses für die Anwendung im Ultraschall geeignet ? ja nein
Name:..... Konzentration + Einwirkzeit:.....

- 7.9 Bei **maschineller Aufbereitung**:
 Programm / Zeitdauer / Temp.:.....
 Eingesetztes Mittel lt. Hersteller:.....
 Erfolgt die Kontrolle des RDA halbjährlich? ja nein
 Letzter Befund von:.....
- 7.10 Wo erfolgt die Aufbereitung des Instrumentariums?

- 7.11 Sind *reine* und *unreine* Zonen definiert? ja nein
- 7.12 Erfolgt eine Aufbereitung von Anästhesiezubehör ? ja nein
 - Wenn ja, Verwendung von Bakterienfiltern + Wechsel des Narkoseschlauchsystems am Ende des OP-Tages ? ja nein
 - Ohne Filter / Wechseln des Schlauchsystems nach jedem Patienten? ja nein
- 7.13 Erfolgt nach jedem Patienten eine Aufbereitung von Stethoskopen, Blutdruckmanschetten, Ultraschallköpfen, Elektroden? ja nein
 - Womit erfolgt die Desinfektion der Stethoskope/ Manschette?.....
 - Womit erfolgt die Desinfektion des Ultraschallkopfes?.....
 - Womit erfolgt die Desinfektion der Elektroden?.....
 - Ist die Aufbereitung im Hygieneplan vorgegeben? ja nein
- 7.14 Werden Inhalationsgeräte / Lufu- Geräte benutzt? ja nein
 - Wenn ja, Name der Herstellerfirma:.....
 - Existiert eine Herstellervorgabe zur Aufbereitung? ja nein
 - Ist die Aufbereitung im Hygieneplan vorgegeben? ja nein
- 7.15 Erfolgt eine Endoskopaufbereitung? ja nein
 Wenn ja, wie:
 - manuell? ja nein
 - maschinell? ja nein
- Werden für endoskopische Untersuchungen steriler Körperöffnungen (Arthroskopie, Laparoskopie, Cystoskopie m. starren C.) sterilisierte Endoskope verwendet? ja nein
- Werden Biopsiezangen verwendet sowie andere Zusatzinstrumente? ja nein
 - Wenn ja, werden diese im Ultraschall aufbereitet? ja nein
 - Erfolgt eine verpackte Sterilisation? ja nein

Erfolgt eine routinemäßige Überprüfung der Endoskope? ja nein
 - Wenn ja, letzte Untersuchung:.....

Erfolgt bei maschineller Endoskopauflbereitung eine routinemäßige Überprüfung der Maschine ? ja nein
 - Wenn ja, letzte Untersuchung:.....

8. Sterilisation

8.1 Befindet sich ein Sterilisator in der Praxis? ja nein

Welches Sterilisationsverfahren wird angewandt?

Dampfsterilisation: (121° C – 15 Min./ 126° C – 10 Min. / 134° C – 3 Min.)

Name/Baujahr:.....
 einfaches Strömungsverfahren
 einfaches Vorvakuum
 fraktioniertes Vorvakuum
 regelmäßige Wartung
 Bedienungsanleitung

Heißluftsterilisation:(180° C – mind. 30 Min.)

Name/Baujahr:.....
 Betriebsanweisung vorhanden
 verpackte Sterilisation möglich
 Maximalthermometer vorhanden?

8.2 Erfolgt eine ordnungsgemäße Dokumentation der Sterilisation? ja nein

Tagebuch/autom. Aufzeichnung Chargenkontrolle

Sterilisationsdatum Versiegelung Steritape/Plombe

B&D nicht möglich möglich + durchgeführt möglich+nicht durchgeführt

8.3 Werden halbjährliche Kontrollen bzw. nach 400 Chargen mittels Bioindikatoren (Sporenpäckchen) durchgeführt? ja nein

- Wenn ja, letzter Befund:.....

8.4 Erfolgt eine regelmäßige technische Wartung (mind. jährlich) ja nein

8.5 Welche Art der Verpackung wird genutzt:

Sterilisationspapier Papierbeutel Behälter Klarsichthülle

8.6 Erfolgt eine geschützte Lagerung? ja nein

8.7 Wurden bei stichprobenartiger Überprüfung steriler Instrumente Beanstandungen festgestellt (Rost, Verschmutzungen.....)? ja nein

9. Flächenreinigung und –Desinfektion in ausgewählten Praxisbereichen

9.1 Ist für die desinfizierende Reinigung ein VAH- gelistetes Mittel vorhanden? ja nein

Name:..... Konzentration + Einwirkzeit:.....

Entspricht die Konzentration und Einwirkzeit den Vorgaben? ja nein

9.2 Erfolgt die Flächendesinfektion als Scheuer-Wisch-Desinfektion? ja nein

- | | | | |
|-----|---|-----------------------------|-------------------------------|
| 9.3 | Kommt ein Wechselpoppsystem für die Fußböden zur Anwendung? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 9.4 | Zwischenreinigung der patientennahen Flächen (Op- Betrieb)? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 9.5 | Sind für die Patientenliegen Einwegauflagen vorhanden? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

10. Umgang mit Medikamenten und Materialien

- | | | | |
|------|---|-----------------------------|-------------------------------|
| 10.1 | Werden die Medikamente im Medikamentenschrank bzw. Medikamentenkühlschrank aufbewahrt? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| - | Wenn vorhanden, ist dieser mit Thermometer versehen? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| - | Werden Lebensmittel im gleichen Kühlschrank mitgelagert? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 10.2 | Sind angebrochene Medikamente mit Anbruchsdatum versehen und ordnungsgemäß verschlossen?
.....
..... | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 10.3 | Sind Überschreitungen der Lagerfrist festgestellt worden?
- Wenn ja, Name / Ablaufdatum:
.....
..... | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 10.4 | Erfolgt eine geschützte Aufbewahrung von sterilem Einwegmaterial (Kanülen, Spritzen etc.)? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

11. Schutzkleidung / Wäsche

- | | | | |
|------|--|-----------------------------|-------------------------------|
| 11.1 | Durch „Wen“ + „Wo“ erfolgt die Aufbereitung der Schmutzwäsche (Dienstkleidung, ggf. textile Auflagen) ?.....
..... | | |
| 11.2 | Ist steriles Material (Abdecktücher / Kittel) für invasive Eingriffe etc. Einwegmaterial bzw. entspricht es den MPG-Anforderungen? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 11.3 | Wenn steriles Material Mehrwegprodukt, Aufbereitung durch zertifizierte Wäscherei ? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 11.4 | Steht für Arbeiten mit Kontaminationsgefahr Schutzkleidung zur Verfügung? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 11.5 | Werden noch gepuderte Naturlatexhandschuhe benutzt? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 11.6 | Stehen für invasive Eingriffe etc. sterile ungepuderte Handschuhe zur Verfügung? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

12. Abfallentsorgung

- | | | | |
|------|--|--|--|
| 12.1 | Werden Kanülen und Einwegspritzen in bruch- und durchstichsicheren Behältern abgeworfen? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 12.2 | Entsorgung von infektiösem Abfall (z. B. Pilzkulturen) gem. LAGA ?
Entfällt | ja <input type="checkbox"/>
ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/>
nein <input type="checkbox"/> |

- | | | | |
|------------|--|-----------------------------|-------------------------------|
| 13. | Betriebsärztliche Betreuung vorhanden ? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
|------------|--|-----------------------------|-------------------------------|