**Freie und Hansestadt Hamburg**

**Gesundheitsämter der Bezirke**

**Checkliste für Hygiene-Begehungen von Praxen**

**Name/Fachrichtung/Anschrift/Telefonnummer/Fax/E-Mail:**

**Fragen in roter Schrift bitte nicht beantworten!**

|  |
| --- |
| Tag der Besichtigung: |
| Teilnehmer Praxis: |
| Teilnehmer Gesundheitsamt: |
| Beginn der Besichtigung: Uhr | Ende der Besichtigung: Uhr |
| Erstbegehung durch das Gesundheitsamt [ ]  | Folgebegehung durch das Gesundheitsamt [ ] Letzte Begehung durch das Gesundheitsamt am: |

|  |  |
| --- | --- |
| **1** | **Allgemeine Angaben** |
|  | Praxisverantwortliche(r ) Arzt/Ärztin/Ärzte: |
|  | Hygienebeauftragte Person/Qualifikation: |
|  | Externe Hygieneberatung: | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  | Ärzte (Namen): |
|  | Anästhesist (Name, Adresse): |
|  | Examiniertes Personal/Medizinische Fachangestellte (MFA) (Anzahl): |  |
|  | Für die Aufbereitung der Medizinprodukte (MP) hauptverantwortliche MFA (Name): |  |
|  | Abschluss der Ausbildung zur MFA/Jahr: |  |
|  | Stellvertretung für die Aufbereitung der MP (Name): |  |
|  | Abschluss der Ausbildung zur MFA/Jahr: |  |
|  | Reinigungspersonal: |  |
|  |  Angestellte Reinigungskraft | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  |  Firma | [ ]  ja | [ ]  nein |

|  |  |
| --- | --- |
| **2** | **Hygieneplan** |
|  | *Existiert in der Einrichtung:* |
|  | Ein Hygieneplan? | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  | Ein Reinigungs- und Desinfektionsplan? | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  | Ist der Reinigungs- und Desinfektionsplan ausgehängt? | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  | Wird der Hygieneplan jährlich kontrolliert und ggfs. aktualisiert? | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  | Wann zuletzt? |  |
|  | Erfolgt eine Einweisung neuer Mitarbeiter in den Hygieneplan mit Dokumentation? | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  | Jährliche Kenntnisnahme des Hygieneplans durch die Mitarbeiter mit Dokumentation? | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  | Anzahl der dokumentierten jährlichen Hygienefortbildungen | Jahr:Anzahl: |
|  | Wann zuletzt? |  |
|  | Thema: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **3** | **Operationen / Eingriffe** |
|  | Punktion steriler Körperhöhlen? | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  | Welche? |
|  | Endoskopische Untersuchungen? | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  | Welche? |
|  | Operationen? | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  | Kleinere invasive Eingriffe? | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  | Welcher Art? |  |
|  |  | Anzahl/Jahr |  |
|  |  | Anzahl/Jahr |  |
|  |  | Anzahl/Jahr |  |
|  |  | Anzahl/Jahr |  |
|  |  | Anzahl/Jahr |  |
|  |  | Anzahl/Jahr |  |
|  | Narkosen: Wird ein Anästhesist hinzugezogen? | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  | i.v. Narkosen | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  | Lokalanästhesie | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  | Inhalationsnarkosen | [ ]  ja | [ ]  nein |

|  |  |
| --- | --- |
| **4** | **Erfassung nosokomialer Infektionen (NI) / Multiresistenzen** |
|  | Erfolgt eine Erfassung NI in einer gesonderten Niederschrift gemäß §23 IfSG? | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  | Indikator OP? |  |
|  | Erfolgt eine Erfassung von Krankheitserregern mit speziellen Resistenzen u. Multiresistenzen in einer gesonderten Niederschrift gemäß §23 IfSG? (z.B. Laborstatistik jährlich) | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  | Einsichtnahme erfolgte? | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  | Gibt es Standards für den Umgang mit Patienten, die Träger von multiresistenten Erregern (MRE) sind (z. B. MRSA, ESBL, VRE, Clostridium difficile, Acinetobacter) | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  | Risikopatienten für MRE: |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **5** | **Räumliche Bedingungen** |
|  | *Gibt es ein(en):* |  |  |
|  | Separaten Aufenthaltsraum / Teeküche? | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  |  |  |
|  | Umkleideraum? | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  | Ist der Umkleidebereich im Aufenthaltsraum integriert? | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  | Separaten Raum für die Aufbereitung der MP? | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  | Wenn nein, wo findet die Aufbereitung statt? |  |
|  | [ ]  Putzmittelraum [ ]  Putzmittelschrank  |  |
|  | Lagerraum? | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  | Laborraum? | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  | Anzahl der Sprechzimmer / Untersuchungs- und Behandlungsräume: |  |
|  | Anzahl der Eingriffsräume |  |
|  | Anzahl der OP-Räume |  |
|  | Weitere Räume: |  |
|  |  |  |
|  | Untersuchungs- und Behandlungsraum wird auch als Eingriffsraum genutzt  | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  | Ist der OP-Bereich von der Praxis getrennt? | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  | *Gibt es eine(n):* |  |  |
|  | Personalschleuse? | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  | Patientenschleuse / -umkleide? | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  | Patientenruheraum? | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  | Wo befindet sich der chirurgische Handwaschplatz? |  |
|  | Getrennte Sanitäranlagen für Personal / Patienten? | [ ]  ja | [ ]  nein |

|  |  |
| --- | --- |
| **6** | **Lüftungssystem / Klimatisierung im OP-/ Eingriffsbereich** |
|  | Ist eine RLT-Anlage vorhanden? | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  | RLT-Anlage entsprechend DIN 1946-4 (laut Herstellerangaben) | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  | Art |  |
|  | Jährliche Kontrolle erfolgt?[ ]  technische Wartung [ ]  hygienische Kontrolle | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  | Letzte Überprüfung am: |  |
|  | Untersuchendes Institut: |  |
|  | Befund |  |
|  | Fensterlüftung | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  | Insektengitter im OP- / Eingriffsraum vorhanden (bei Fensteröffnung) | [ ]  ja | [ ]  nein |

|  |  |
| --- | --- |
| **7** | **Händehygiene** |
|  | Handwaschplätze entsprechen der TRBA 250 u. der RKI Empfehlung? | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  | Händedesinfektionsmittel (HD) VAH gelistet? | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  | Name des Händedesinfektionsmittels: |  |  |
|  | Werden Originalgebinde für HD verwendet? | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  | Handpflegemittel vorhanden? | [ ]  ja | [ ]  nein |

|  |  |
| --- | --- |
| **8** | **Haut- / Schleimhautdesinfektion** |
|  | Verwendete Antiseptikum VAH gelistet? | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  | Name des Hautantiseptikums |  |
|  | Name des Schleimhautantiseptikums |  |
|  | Werden Originalgebinde verwendet? | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  | Werden zur Hautdesinfektion Einmaltupfer aus Vorratsbehältern verwendet? | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  | Stehen für die invasiven Eingriffe / OP sterile Tupfer zur Verfügung? | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  | Wird eine Kornzange verwendet | [ ]  ja | [ ]  nein |

|  |  |
| --- | --- |
| **9** | **Flächenreinigung / -desinfektion** |
|  | Verwendete Desinfektionsmittel VAH gelistet? | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  | Namen der Flächendesinfektionsmittel: |  |  |
|  |  |  |
|  | Erfolgt die Flächendesinfektion als: |  |  |
|  | Scheuer-Wisch-Desinfektion | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  | Sprühdesinfektion | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  | Sprühdesinfektion in welchen Bereichen? |  |  |
|  | Dosierhilfen vorhanden? | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  | Arbeitstäglicher Wechsel der Desinfektionslösung? | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  | Wechselwischbezüge für die Fußböden? | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  | Werden für die Bereiche Sanitär, OP, Eingriffsraum, übrige Praxis getrennte Wischtücher verwendet? | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  | Arbeitstäglicher Wechsel der Wischtücher/Wechselwischbezüge? | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  | Einwegmaterial für:WischtücherWechselwischbezüge | [ ]  ja[ ]  ja | [ ]  nein[ ]  nein |
|  | Einwegauflagen für Patientenliegen vorhanden? | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  | Erfolgt eine Zwischenreinigung/-desinfektion der patientennahen Flächen im OP? | [ ]  ja | [ ]  nein |

|  |  |
| --- | --- |
| **10** | **Umgang mit Medikamenten** |
|  | Aufbewahrung im Medikamenten(kühl)schrank  | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  | Kühlschrankthermometer vorhanden? | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  | Wird die Kühlschranktemperatur tgl. kontrolliert u. dokumentiert? | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  | Verantwortlichkeiten sind geregelt? | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  | Werden Lebensmittel im Kühlschrank mitgelagert? | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  | Sind angebrochene Tropfen / Lösungen mit dem Anbruchdatum versehen? | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | Wurden Überschreitungen der Verfallsfristen festgestellt? | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | Anwendung von Spikes bei Mehrdosisbehältnissen? (Hinweis: nur bei Lösungen mit Konservierungsmitteln möglich) | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  | Ist ein Notfallkoffer vorhanden? | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  | Wird der Notfallkoffer regelmäßig überprüft? | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  | Kontrollfrequenz |  |
|  | Wer ist zuständig für die Überprüfung? |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **11** | **Umgang mit Wäsche** |
|  | *Aufbereitung Dienstkleidung: Wo?* |  |  |
|  | Private Waschmaschine | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  | Praxiseigene Waschmaschine | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  | Wäscherei | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  | Ist die Wäscherei zertifiziert für die Aufbereitung von Wäsche aus dem medizinischen Bereich? | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  | Zertifikat liegt vor? | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  | Bei Wäsche in der Praxis oder privat: |  |  |
|  | Name des Waschmittels |  |
|  | Temperatur des Waschgangs |  |
|  | Bei Wäsche in der Praxis od. privat: Wie wird die Desinfektionsleistung der Waschmaschine überprüft? |  |
|  | Verwendung eines Wäschebeutels beim Befüllen der Waschmaschine? | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  | Abwurf für Schmutzwäsche vorhanden? | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  | Steht ein Wäschetrockner zur Verfügung? | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  | Art der sterilen Kittel- und Abdecktücher für OP/Eingriffe:Einweg [ ] Mehrweg [ ]  |  |  |
|  | Getrennte Lagerung von Privatkleidung, sauberer und benutzter Dienstkleidung? | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  | Wechselrhythmus der Dienstkleidung |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **12** | **Schutzkleidung** |
|  | Geeignete Schutzhandschuhe für den Umgang mit Desinfektionsmitteln vorhanden (fest, flüssigkeitsdicht und chemikaliengeeignet, z.B. Haushaltshandschuhe)? | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  | Schutzkleidung vorhanden für Tätigkeiten mit Kontaminationsgefahr? (z. B. Einmalschürze) | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  | Werden noch gepuderte Naturlatexhandschuhe benutzt? | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  | Sterile Handschuhe für Eingriffe/OP vorhanden? | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  | 3.lagiger Mund-Nasenschutz vorhanden? | [ ]  ja | [ ]  nein |

|  |  |
| --- | --- |
| **13** | **Abfallentsorgung** |
|  | Stich- und bruchfeste Behältnisse für spitze, scharfe und zerbrechliche Abfälle vorhanden? | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  | Verwendung von feuchtigkeitsbeständigen und dichten Entsorgungsbehältern für den üblichen Praxisabfall aus der Krankenversorgung? | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  | Fällt infektiöser Abfall an (z. B. mikrobiologische Kulturen)? | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  | Stehen für infektiösen Abfall zugelassene verschlossene Einwegbehältnisse zur Verfügung?  | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  | Werden diese durch ein zugelassenes Unternehmen entsorgt? | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  | Fällt Zytostatikaabfall an? | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  | Wie wird dieser entsorgt? |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **14** | **Betriebsärztliche Betreuung** |
|  | Betriebsärztliche Betreuung vorhanden? | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  | Wird den Mitarbeitern eine Hepatitis B Impfung angeboten?Angebot weiterer Impfungen? | [ ]  ja[ ]  ja | [ ]  nein[ ]  nein |
|  | Existiert eine Verfahrensanweisung zum Umgang mit Stichverletzungen? | [ ]  ja | [ ]  nein |

|  |  |
| --- | --- |
| **15** | **Aufbereitung von Medizinprodukten (siehe Hinweise)** |
|  | Die Aufbereitung von Medizinprodukten wird vom Betreiber durchgeführt | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  | Dokumentation der Verantwortlichkeiten vorhanden*(z.B. Zuständigkeiten (Organigramm), praktische Durchführung, Verträge mit Dritten)* | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  | Qualifikation des Personals plausibel*(Ausbildung oder Erfahrung und Kenntnisse)* | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  | Risikobewertung und Einstufung der Medizinprodukte vorhanden*(unkritisch ❑ / semikritisch A❑ B❑ / kritisch A❑ B❑ C❑)* | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  | Aufbereitungsverfahren im Verhältnis zur Einstufung plausibel | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  | Standardarbeitsanweisungen für die Aufbereitung vorhanden | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  | Räumlichkeiten für die Aufbereitung augenscheinlich geeignet  | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  | Validierungsunterlagen vorhanden oder wesentliche Anforderungen an den Betrieb von Reinigungs-/Desinfektionsgeräten bzw. Sterilisatoren plausibel | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  | Dokumentation der Aufbereitungsprozesse vorhanden*(Chargenkontrolle mit Freigabeentscheidung, Routinekontrollen, periodische Prüfungen)* | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  | Erfolgt eine sachgerechte Lagerung von Sterilgut? (trocken, staub- und lichtgeschützt, geschützt vor Beschädigung der Verpackung, Lagerfristen eingehalten) | [ ]  ja | [ ]  nein |

Hinweise:

1. Bei einer möglichen Prüfung der Aufbereitung von Medizinprodukten seitens der Bezirksämter im Rahmen des Infektionsschutzgesetzes handelt es sich um eine **freiwillige Plausibilitätskontrolle durch die Hygienekontrolleure**. Da die Vollzugszuständigkeit für diese Thematik bei der BGV – V142 liegt, liegt auch die abschließende Beurteilung von Fragestellungen aus dem Bereich des Medizinprodukterechts ebenfalls ausschließlich bei V142. Diese bleibt von der Kontrolle durch die Bezirksämter unberührt.
2. Soweit sich Hinweise auf Abweichungen ergeben oder Mängel zeigen, ist der Vorgang an V142 abzugeben.