



# Checkliste für Hygiene-Begehungen von Arztpraxen und ambulantem Operieren

Infektionshygienische Überwachung durch das Gesundheitsamt des Ennepe-Ruhr-Kreises gemäß § 23 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG), der Richtlinie für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention, der TRBA 250 und der Desinfektionsmittelliste der 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."

Erstbegehung       Routinekontrolle       Nachkontrolle       Beschwerdebegehung

An der Besichtigung haben teilgenommen: .....

.....

.....

.....

Ort, Datum:

## 1 Allgemeine Angaben zur Einrichtung

1.1 Postanschrift:                      Name: .....

  Straße: .....

  Ort: .....

  Telefon: .....

  Telefax: .....

  eMail: .....

1.2 Fachrichtung: .....

1.3 Anzahl der in der Praxis beschäftigten Mitarbeiter:      Ärztliches Personal: .....

  Medizinische Fachangestellte: .....

  Assistenten (z.B. MTA): .....

  Angelerntes Personal: .....

  Reinigungspersonal: .....

  Praxispersonal  Externe Firma

  Anästhesist: .....

  Sonstige: .....

|     |   | <b>Ja</b>                | <b>Nein</b>              |
|-----|---|--------------------------|--------------------------|
| 1.4 | Existiert in der Praxis   |                          |                          |
|     | ein Hygieneplan?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|     | ein Reinigungs- und Desinfektionsplan?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.5 | Ist der Reinigungs- und Desinfektionsplan ausgehängt?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.6 | Hygienebeauftragte(r)   |                          |                          |
|     | <input type="checkbox"/> Praxisbetreiber <input type="checkbox"/> Medizinische Fachangestellte(r)   |                          |                          |
|     | <input type="checkbox"/> Zusätzliche externe Hygieneberatung  |                          |                          |
|     | Name / Adresse: .....   |                          |                          |
|     | .....   |                          |                          |
|     | .....   |                          |                          |
| 1.7 | Vorhaltung <b>Persönlicher Schutzausrüstung</b> (Schutzbekleidung)  |                          |                          |
|     | 1.7.1 Flüssigkeitsdichte Einmalhandschuhe (z.B. medizinische Handschuhe mit AQL ≤ 1,5, hautverträglich, ungepudert und allergenarm)?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|     | .....   |                          |                          |
|     | <input type="checkbox"/> sterile OP-Handschuhe  |                          |                          |
|     | <input type="checkbox"/> Verwendung doppelter Handschuhe bei ambulanten Eingriffen  |                          |                          |
|     | 1.7.2 Geeignete Schutzhandschuhe für den Umgang mit Desinfektionslösungen, Desinfektion und Reinigung benutzter Instrumente, Geräte oder Flächen oder bei Kontakt zu hautschädigenden Stoffen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|     | 1.7.3 Mund-Nasen-Schutz (MNS)?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|     | 1.7.4 Haarschutz?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|     | 1.7.5 OP-Kittel?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.8 | Personal  |                          |                          |
|     | 1.8.1 Kurze, unlackierte Fingernägel, keine künstlichen Fingernägel?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|     | 1.8.2 Kein Tragen von Schmuck (auch keine Eheringe) oder Armbanduhren?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|     | 1.8.3 Tragen von Arbeitskleidung?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Bemerkungen:**

**2 Invasive Eingriffe /Ambulante Eingriffe bzw. Operationen**  
 (vgl. RKI-Richtlinie Anhang zur Anlage Ziffern 5.1 und 4.3.3: Anforderungen der Hygiene beim ambulanten Operieren in Krankenhaus und Praxis)

|     |                                  |                          |                          |
|-----|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 2.1 | Eröffnung von Körperhöhlen?      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|     | Ohne Eröffnung von Körperhöhlen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|   | <b>Ja</b>                | <b>Nein</b>              |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Punktion von Körperhöhlen?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Endoskopische Untersuchungen?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Welche? .....   |                          |                          |
| Operative Eingriffe?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Welche? .....   |                          |                          |
| Minimal-invasive Eingriffe?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Welche? .....   |                          |                          |
| Vollnarkose?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.2 Operative Eingriffe werden an ..... Tagen pro Woche durchgeführt. |                          |                          |
| 2.3 Anzahl der operative Eingriffe pro Jahr: .....                    |                          |                          |
| 2.4 Anzahl der Operationen pro Jahr: .....                            |                          |                          |

**Bemerkungen:**

**3 Erfassung von Infektionen / Infektionsprävention**

|     |  |                          |                          |
|-----|--|--------------------------|--------------------------|
| 3.1 | Erfolgt eine Erfassung der Infektionen / Resistenzen gemäß § 23 IfSG?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.2 | Infektionen: .....   |                          |                          |
| 3.3 | Eine Einsichtnahme in das „Infektionsbuch“ erfolgte  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.4 | Existieren besondere Verhaltensregeln bei Behandlung von Patienten, die mit den folgenden Krankheitserregern kolonisiert / infiziert sind, bzw. bei denen die unten genannten Krankheitszeichen vorliegen: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|     | <input type="checkbox"/> Multiresistente Erreger (MRSA und andere multiresistente Erreger)?  |                          |                          |
|     | <input type="checkbox"/> HBV (Hepatitis B-Virus) / HCV (Hepatitis C-Virus)?  |                          |                          |
|     | <input type="checkbox"/> HIV (Humanes Immundefizienz-Virus)?   |                          |                          |
|     | Sind hierzu Festlegungen im Hygieneplan getroffen?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.5 | Wird bei Ihnen auf MRSA gescreent?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|     | Sind folgende Punkte geregelt?   |                          |                          |
|     | Schulung des Personals   | <input type="checkbox"/> |                          |
|     | Informationen über MRSA-Trägerschaft an Folgeeinrichtung   | <input type="checkbox"/> |                          |
|     | Fortsetzung einer im Krankenhaus begonnenen Therapie/Sanierung von Patienten mit MRSA, z.B. mit Nasensalbe   | <input type="checkbox"/> |                          |
|     | Sonstige Sanierungsmaßnahmen, z.B. vor einer Krankenhauseinweisung   | <input type="checkbox"/> |                          |
|     | Allgemeine Hygienemaßnahmen  | <input type="checkbox"/> |                          |

|     |   | <b>Ja</b>                | <b>Nein</b>              |
|-----|---|--------------------------|--------------------------|
|     | Desinfektion/Reinigung  | <input type="checkbox"/> |                          |
| 3.6 | Wird ein kolonisierter / infizierter Patient am Ende einer Schicht versorgt bzw. zum Ende einer Sprechstunde einbestellt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Bemerkungen:**

**4 Einsatz von diagnostischen und therapeutischen Geräten**

|     |   |                          |                          |
|-----|---|--------------------------|--------------------------|
| 4.1 | Werden Inhalationsgeräte / Lufu Geräte benutzt?           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.2 | Ist ein Beatmungsgerät vorhanden?                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.3 | Andere diagnostische und therapeutischen Geräte:<br>..... |                          |                          |

**Bemerkungen:**

**5 Räumliche Bedingungen**

|     |   |                          |                          |
|-----|---|--------------------------|--------------------------|
| 5.1 | Gibt es einen   |                          |                          |
|     | Aufenthaltsraum / Teeküche?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|     | Umkleideraum, ggf. Schwarz-Weiß-Trennung (Spinde mit Trennung von Straßen- und Bereichskleidung)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|     | Separater Raum zur Instrumentenaufbereitung / Sterilisation?                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|     | Putzmittelraum, ggf. Schrank?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|     | Wäscheaufbereitung?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|     | Lager?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|     | Anzahl der Behandlungsräume/OP's: .....   |                          |                          |
| 5.2 | Wenn ambulantes Operieren, ist die OP-Abteilung vom Praxisbereich getrennt?                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|     | Separater Eingriffsraum / OP  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|     | Personalschleuse / Anlegen von keimarmer Bereichsbekleidung                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|     | Anlegen von Mund- und Nasenschutz vor Betreten des OP's   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|     | Ggf. Patientenumkleiden / Patientenschleuse   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|     | Patientenruheraum   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|     | Chirurgischer Handwaschplatz außerhalb des OP   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.3 | Ist eine RLT - Anlage (raumluftechnische Anlage/Klimaanlage) vorhanden?                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|     | <u>Wenn ja</u> , erfolgt eine jährliche Überprüfung?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|   | Ja                       | Nein                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Letzte Überprüfung: .....   |                          |                          |
| Befund: .....   |                          |                          |
| 5.4 Existieren getrennte Sanitäranlagen für Personal und Patienten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Bemerkungen:</b>   |                          |                          |

**6 Händedesinfektion / Händereinigung**

|     |   |                          |                          |
|-----|---|--------------------------|--------------------------|
| 6.1 | Sind in Behandlungsräumen, WC, Labor und Aufbereitungsraum Waschbecken vorhanden?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.2 | Entspricht die Ausstattung der TRBA 250 <sup>1</sup> und den KRINKO-Empfehlungen <sup>2</sup> ?                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|     | Seifenspender   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|     | Handtuchspender   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|     | Desinfektionsspender  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.3 | Entspricht die Ausstattung der Handwaschbecken in den Behandlungsräumen, im Labor und im Aufbereitungsraum folgenden Kriterien? |                          |                          |
|     | Mit fließendem kalten und warmen Wasser   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|     | Mit handberührungsfreier Armatur  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|     | Ohne Überlauf   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|     | Der Wasserstrahl ist nicht direkt in den Siphon gerichtet.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.4 | Ist das verwendete Händedesinfektionsmittel VAH-gelistet?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|     | Name: .....   |                          |                          |
| 6.5 | Werden Originalgebinde verwendet?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.6 | Handpflegemittel  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Bemerkungen:**

<sup>1</sup> TRBA 250 = Technische Richtlinie Biologische Arbeitsstoffe „Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege“, Bezugsquelle: Berufsgenossenschaft oder Carl Heymanns Verlag KG, Luxemburger Straße 449, 50939 Köln.

<sup>2</sup> Die von der KRINKO entwickelten Leitlinien dienen als verbindliche Grundlage und Standard für die erforderlichen Präventionsmaßnahmen zum Thema Hygiene. Die aufgestellten Empfehlungen richten sich an alle Einrichtungen im Gesundheitswesen, wie z.B. Kliniken, Heime, Arztpraxen, Zahnarztpraxen, Dialysezentren, Rehabilitationseinrichtungen oder Einrichtungen für ambulantes Operieren.

KRINKO ist die Abkürzung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut.

|                     |   | Ja                       | Nein                     |
|---------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| <b>7</b>            | <b>Hautdesinfektion / Schleimhaut</b>   |                          |                          |
| 7.1                 | Ist das verwendete Desinfektionsmittel VAH-gelistet?<br>Name: .....                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7.2                 | Schleimhautantiseptikum<br>Name: .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7.3                 | Werden Originalgebinde verwendet?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7.4                 | Werden zur Hautdesinfektion Einmaltupfer aus Vorratsbehältern verwendet?            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7.5                 | Stehen für invasive Eingriffe / ambulante Operationen sterile Tupfer zur Verfügung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Bemerkungen:</b> |   |                          |                          |

|                     |  | Ja                       | Nein                     |
|---------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| <b>8</b>            | <b>Flächenreinigung und -desinfektion in ausgewählten Praxisbereichen</b>  |                          |                          |
| 8.1                 | Ist für die flächendesinfizierende Reinigung von <b>Arbeitsflächen</b> ein VAH-gelistetes Mittel vorhanden?<br>Name: .....<br>Konzentration + Einwirkzeit: .....<br>Entspricht die Konzentration und Einwirkzeit den Vorgaben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.2                 | Ist für die flächendesinfizierende Reinigung von <b>Fußböden</b> ein VAH-gelistetes Mittel vorhanden?<br>Name: .....<br>Konzentration + Einwirkzeit: .....<br>Entspricht die Konzentration und Einwirkzeit den Vorgaben?       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.3                 | Erfolgt die Flächendesinfektion als Scheuer-Wisch-Desinfektion?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.4                 | Kommt ein Wechselsystem für die Fußböden zur Anwendung?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.5                 | Sind für die Patientenliegen Einwegauflagen vorhanden?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Bemerkungen:</b> |  |                          |                          |

|            |   | Ja                       | Nein                     |
|------------|---|--------------------------|--------------------------|
| <b>9</b>   | <b>Instrumentenaufbereitung</b>   |                          |                          |
| 9.1        | Wird ausschließlich Einwegmaterial verwendet? (keine Wiederaufbereitung)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9.2        | Werden Instrumente bzw. Geräte aufbereitet?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9.3        | Fand bereits eine Überwachung durch die Bezirksregierung gemäß MedProd-Gesetz statt?                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|            | Datum: _____  |                          |                          |
| 9.4        | Fand eine Risikoeinstufung der Instrumente gemäß RKI/BfArM-Empfehlung statt?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9.5        | Werden Instrumente der Einstufung Kritisch A oder B aufbereitet?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9.6        | Wie werden benutzte Instrumente / Geräte aufbereitet?   |                          |                          |
|            | <b>manuell</b>  | <input type="checkbox"/> |                          |
|            | <b>Ultraschall</b>  | <input type="checkbox"/> |                          |
|            | <b>maschinell</b>   | <input type="checkbox"/> |                          |
| <b>9.7</b> | <b>Bei manueller Aufbereitung:</b>  |                          |                          |
|            | Ist das Mittel VAH-gelistet?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|            | Name: .....   |                          |                          |
|            | Konzentration + Einwirkzeit: .....  |                          |                          |
|            | Entspricht die Konzentration und Einwirkzeit (EWZ) den Vorgaben?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|            | <u>Wenn nein</u> , ist die Konz. und/oder EWZ zu gering?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|            | Stehen Dosierhilfen zur Verfügung?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|            | Instrumentenwanne mit Deckel vorhanden?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>9.8</b> | <b>Bei Aufbereitung im Ultraschall:</b>   |                          |                          |
|            | Wird ein gelistetes Instrumentendesinfektionsmittel benutzt und ist dieses für die Anwendung im Ultraschall geeignet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|            | Name: .....   |                          |                          |
|            | Konzentration + Einwirkzeit: .....  |                          |                          |
| <b>9.9</b> | <b>Bei maschineller Aufbereitung:</b>   |                          |                          |
|            | Programm / Zeitdauer / Temp.: ..... / ..... Min. / ..... °C   |                          |                          |
|            | Eingesetztes Mittel lt. Hersteller: .....   |                          |                          |
| 9.10       | Wo erfolgt die Aufbereitung des Instrumentariums?   |                          |                          |
| 9.11       | Sind reine und unreine Zonen definiert?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|            | Finden in dem Raum weitere Tätigkeiten statt?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|            | Wenn ja, welche?  |                          |                          |

- |      |  | <b>Ja</b>                | <b>Nein</b>              |
|------|--|--------------------------|--------------------------|
| 9.12 | Erfolgt nach jedem Patienten eine Aufbereitung von Stethoskopen, Blutdruckmanschetten, Ultraschallköpfen, Elektroden?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9.13 | Ist das RDG gewartet? (Jährlich oder nach Herstellerangaben)<br>Letzter Wartungsbericht von: .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9.14 | Ist der Aufbereitungsvorgang im RDG validiert? (nach Inbetriebnahme)<br>Ist der Aufbereitungsvorgang im RDG revalidiert? (jährlich oder nach Herstellerangaben)<br>Letzter Validierungsbericht von: .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|      | Autoklaven: spätestens nach 2 Jahren, wenn der Wartungszyklus des Gerätes dieses zulässt (DIN SPEC 58929), in anderen Fällen früher<br>RDG: jährlich (normale Praxis), auch wegen des Wartungszyklus; neue Geräte besitzen häufig einen längeren Wartungszyklus, Bsp. MELAtherm ab Baujahr 2015 = 18 Monate<br>Siegelgeräte: jährlich – Zugfestigkeitsprüfung der Siegelnaht |                          |                          |
| 9.15 | Liegt für die Instrumentenaufbereitung eine Standard-Arbeitsanweisung vor und ist diese im Aufbereitungsraum ausgehängt.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Bemerkungen:**

**10 Sterilisation**

- |        |   |                          |                          |
|--------|---|--------------------------|--------------------------|
| 10.1   | Befindet sich ein Sterilisator in der Praxis?<br><u>Wenn ja</u> , welches Sterilisationsverfahren wird angewandt?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10.1.1 | <b>Dampfsterilisation:</b> (121°C - 15 Min. / 126°C - 10 Min. / 134°C - 3 Min.)<br><u>Hersteller:</u> <u>Gerätetyp:</u> <u>Baujahr:</u><br><u>Gerätenummer:</u><br>Betriebsanweisung vorhanden?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10.1.2 | <b>Heißluftsterilisation:</b> (180°C - mind. 30 Min. / 160°C - mind. 200 Min.)<br><u>Hersteller:</u> <u>Gerätetyp:</u> <u>Baujahr:</u><br><u>Gerätenummer:</u><br>Maximalthermometer vorhanden?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10.2   | Erfolgt eine ordnungsgemäße Dokumentation der Sterilisation?<br>Tagebuch/ autom. Aufzeichnung <input type="checkbox"/> Chargenkontrolle <input type="checkbox"/> Sterilisationsdatum <input type="checkbox"/><br>Versiegelung Steritape / Plombe <input type="checkbox"/><br>BowieDick-Test: nicht möglich <input type="checkbox"/> möglich + durchgeführt <input type="checkbox"/> möglich + nicht durchgeführt <input type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10.3   | Werden halbjährliche Kontrollen bzw. nach 400 Chargen mittels Bioindikatoren (Sporenpäckchen) durchgeführt?<br>Die Überwachung der Qualität von Sterilisationsprozessen mit Bioindikatoren (Sporenpäckchen) ist ein veraltetes und unsicheres Verfahren, das als Nachweis des beständigen Aufbereitungserfolges für Medizinprodukte nicht geeignet ist. Es wird darauf hingewiesen, dass eine Überprüfung durch Bioindikatoren die Validierung nicht ersetzt! | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



|  | <b>Ja</b> | <b>Nein</b> |
|--|-----------|-------------|
| <p>Vgl. auch das Merkblatt „Information zur Aufbereitung von Medizinprodukten an Einsender von Bio-indikatoren“ und das Merkblatt "Aufbereitung von Medizinprodukten" unter: <a href="http://www.lagus.mv-regierung.de/cms2/LAGuS_prod/LAGuS/de/atv/Medizinprodukte/">http://www.lagus.mv-regierung.de/cms2/LAGuS_prod/LAGuS/de/atv/Medizinprodukte/</a>.</p> <p><u>Wenn ja</u>, letzter Befund: .....</p>   |           |             |
| 10.4   |           |             |
| <p>Erfolgt eine regelmäßige technische Wartung? (mindestens jährlich) <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></span></p> <p>Letzter Wartungsbericht von: .....</p>   |           |             |
| 10.5   |           |             |
| <p>Fand die technische Validierung des Sterilisationsprozesses statt? (nach Inbetriebnahme) <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></span></p> <p>Fand die technische Revalidierung des Sterilisationsprozesses statt? (mindestens jährlich oder nach Herstellerangaben) <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></span></p> <p>Letzter Validierungsbericht von: .....</p> <p>Durch die Validierung soll der Nachweis erbracht werden, dass</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- das gewählte Aufbereitungsverfahren zur ordnungsgemäßen Aufbereitung der vorhandenen Medizinprodukte geeignet ist (Herstellerangaben, Leistungsumfang des Verfahrens),</li> <li>- der Erfolg des Verfahrens jederzeit nachvollziehbar gewährleistet ist (vollständige Prozessvalidierung, automatische Dokumentation, Routinekontrollen),</li> <li>- die organisatorischen, personellen, räumlichen und technischen Voraussetzungen vorliegen (Risikobewertung, Einstufung, klare Regelung der Verantwortlichkeiten, Sachkenntnis, Unterweisung, Zonen-Trennung rein/unrein, QMS, ...).</li> </ul> |           |             |
| 10.6   |           |             |
| <p>Welche Art der Verpackung wird genutzt:</p> <p>Klarsichtbeutel/-schläuche aus Papier- und Kunststoffolie <input type="checkbox"/></p> <p>Wieder verwendbare Sterilisierbehälter („Container“) <input type="checkbox"/></p> <p>Verpackte Normtrays (Dentalkassetten) <input type="checkbox"/></p> <p>Sterilisationspapier <input type="checkbox"/></p>   |           |             |
| 10.7   |           |             |
| <p>Erfolgt eine geschützte Lagerung? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></span></p>  |           |             |
| 10.8   |           |             |
| <p>Wurden bei Stichproben bestimmungsgemäß keimarm oder steril zur Anwendung kommender Instrumente Beanstandungen festgestellt (Rost, Defekte, PEK)? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></span></p>  |           |             |
| 10.9   |           |             |
| <p>Sachkundenachweis(e) vorhanden? (ggf. Nachschulungen) <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></span></p> <p>Anzahl der ausgebildeten Personen: .....</p>  |           |             |
| 10.10  |           |             |
| <p>Ist eine Standard-Arbeitsanweisung für den Sterilisationsprozess vorhanden? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></span></p> <p>Schriftliche Festlegung von Zuständigkeiten? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></span></p>   |           |             |

**Bemerkungen:**

**11 Umgang mit Medikamenten und Materialien**

|      |   |                          |                          |
|------|---|--------------------------|--------------------------|
| 11.1 | Werden die Medikamente im Medikamentenschrank bzw. Medikamentenkühlschrank aufbewahrt?                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|      | <u>Wenn Medikamentenkühlschrank vorhanden</u> , ist dieser mit einem Kühlschrankthermometer versehen? (Min-Max-Thermometer) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|   | <b>Ja</b>                | <b>Nein</b>              |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Wird die Kühlschranktemperatur täglich dokumentiert?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Werden Lebensmittel im gleichen Kühlschrank mitgelagert?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11.2 Sind angebrochene Medikamente mit Anbruchsdatum versehen und ordnungsgemäß verschlossen?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <u>Wenn nein</u> , Name: .....  |                          |                          |
| 11.3 Sind Überschreitungen der Lagerfrist festgestellt worden?                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <u>Wenn ja</u> , Name/ Ablaufdatum: ..... / .....   |                          |                          |
| 11.4 Erfolgt eine geschützte Aufbewahrung von sterilem Einwegmaterial (Kanülen, Spritzen etc.)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Bemerkungen:</b>   |                          |                          |

**12 Schutzkleidung / Wäsche**

|   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 12.1 Aufbereitung der Berufskleidung/Wäsche<br>(entfällt bei Einmalschutzkleidung/Einmalartikeln)                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> mit separatem Waschgang                                      |                          |                          |
| <u>Wenn ja</u> , ist eine Standard-Arbeitsanweisung für die Wäscheaufbereitung vorhanden?                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> durch Fremdvergabe   |                          |                          |
| <u>Wenn ja</u> , liegt ein Wirksamkeitsnachweis für das verwendete Waschverfahren vor (z.B. gemäß RKI-/VAH-Listung)?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Name / Adresse der Wäscherei: .....   |                          |                          |
| .....   |                          |                          |
| 12.2 <input type="checkbox"/> desinfizierendes Waschverfahren (40°C + Desinfektionswaschmittel für 40°C)              |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> chemothermisch (60°C + Desinfektionswaschmittel) <input type="checkbox"/> thermisch (> 90°C) |                          |                          |
| 12.3 Ist für die Wäscheaufbereitung ein VAH- oder RKI-gelistetes Desinfektionswaschmittel vorhanden?                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Name: .....   |                          |                          |
| 12.4 Werden Wischbezüge in einem separaten Waschgang aufbereitet und trocken gelagert?                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12.4 Steht für Arbeiten mit Kontaminationsgefahr Schutzkleidung zur Verfügung?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Bemerkungen:</b>   |                          |                          |

|                     |  | Ja                       | Nein                     |
|---------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| <b>13</b>           | <b>Abfallentsorgung</b>  |                          |                          |
| 13.1                | Entsorgung von spitzen und scharfen Gegenständen (AS 18 01 01) in stich- und bruchfesten Einwegbehältnissen?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13.2                | Werden bei mit Blut, Sekreten und Exkreten behafteten Abfällen, z.B. Tupfer, Handschuhe (AS 18 01 04), die Anforderungen der kommunalen Abfallentsorgungssatzung beachtet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Bemerkungen:</b> |  |                          |                          |

|  |   |                          |                          |
|--|---|--------------------------|--------------------------|
| <b>15</b>                                | <b>Personenschutz / betriebsärztliche Betreuung</b>             |                          |                          |
| 15.1                                     | Werden gesicherte Blutentnahmesysteme verwendet?                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15.2                                     | Existiert eine Anleitung zum Umgang mit Nadelstichverletzungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15.3                                     | Ist eine betriebsärztliche Betreuung vorhanden?                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Name / Adresse des Betriebsarztes: ..... |   |                          |                          |
| .....                                    |   |                          |                          |
| .....                                    |   |                          |                          |
| <b>Bemerkungen:</b>                      |   |                          |                          |

**Abschließende Bemerkungen und Empfehlungen:**