



## Fragen zu 15 Bereichen mit deren Beantwortung Du Deine Hygiene einschätzen kannst und anschließend durch Optimierung die Begehungssicherheit erhöhen wirst

98% der Praxen verlieren durch nicht optimale Handlungsweisen im Hygienebereich ihre Rechtssicherheit. Das ist ärgerlich und gleichzeitig teuer für die Praxis, wenn die Behörde zur Überprüfung kommt. Genau aus diesem Grund erhältst Du jetzt diese Checkliste, damit Du eventuelle Schwächen erkennen kannst. So bekommst Du die Möglichkeit die Hygiene vorausschauend zu optimieren und somit Deine Gesundheit, die Rechtssicherheit und den Werterhalt von Instrumentarium & Geräten erhalten kannst.

### 1. Allgemein

Examiniertes Personal (MFA / ZFA) (Anzahl)		
Hygienebeauftragter Arzt (Name)		
Hygienebeauftragte Person / Qualifikation		
Hauptverantwortliche Person für die Aufbereitung (Name)		
Abschluss der Ausbildung (Jahr)		
Stellvertretung für die Aufbereitung (Name)		
Abschluss der Ausbildung (Jahr)		
Reinigungspersonal		
angestellt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Externe Firma	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

### 2. Eingriffe

Welche Eingriffe finden statt:		
ZA Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
ZA Oralchirurgie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
ZA Zahnerhaltung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
ZA Endodontie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
ZA Parodontologie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
ZA Implantologie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
ZA Prothetik	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
ZA Kieferorthopädie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
ZA PRGF	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gerät (Angaben Hersteller, Typ)		
A Infusionen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
A Injektionen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
A kleinere invasive Eingriffe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
A Blutentnahmen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
A Punktionen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

A Wundversorgung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
A Inhalationen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
A Endoskopie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
A Operative Eingriffe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wird ein Anästhesist hinzugezogen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lokalanästhesie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Inhalationsanästhesie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Narkose	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

### 3. Hygieneplan

Gibt es in der Praxis:		
Einen Hygieneplan	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Eine Reinigungs- und Desinfektionsplan	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hängen diese aus	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Jährliche Kontrolle und Aktualisierung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wann zuletzt (Datum)		
Erfolgt eine Einweisung der MA in den Hygieneplan	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ist die Einweisung dokumentiert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wann zuletzt (Datum)		

### 4. Händehygiene

Handwaschplatz nach Vorgaben	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Einen Händehygieneplan	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Händedesinfektionsmittel VAH gelistet	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hygienische Händedesinfektion	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Name des Produktes		
chirurgische Händedesinfektion	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Name des Produktes		
Einmalgebinde	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Umfüllen des Händedesinfektionsmittels	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Aufbereitung des Spenders/ Pumpe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Jährliche Kontrolle und Aktualisierung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Einmalpapiertücher	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Mehrfach-Handtücher	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wasserhahn handberührungsfrei	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hautpflegeprodukt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Welches (Name)		
Hautschutzprodukt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Welches (Name)		

## 5. Haut- & Schleimhautdesinfektion

Schleimhautdesinfektionsmittel VAH gelistet	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Welches (Name)		
Hautdesinfektionsmittel VAH gelistet	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Welches (Name)		
Originalgebinde	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

## 6. Umgang mit bestimmten Infektionserregern

Arbeitsanweisung für multiresistente Erreger – z.B. MRSA, ORSA, MRE, VRE; ESBL etc.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Arbeitsanweisung für HIV	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Arbeitsanweisung für Hepatitis C	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Arbeitsanweisung für Herpes	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Arbeitsanweisung für Tuberkulose	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Arbeitsanweisung für Covid 19	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Arbeitsanweisung für Röteln	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Arbeitsanweisung für Masern	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Arbeitsanweisung für CJK Creutzfeld-Jacob-Krankheit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Arbeitsanweisung für Noroviren	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

## 7. Flächenreinigung & Desinfektion

Flächendesinfektionsmittel VAH gelistet	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Welches (Name)		
Welches (Name)		
Welches (Name)		
Welches (Name)		
Wischdesinfektion	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Selbst tränken	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lösung zum selbst tränken anmischen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Fertig getränkt für Eimer	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Eimer Aufbereitung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kennzeichnung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haltbarkeit (Zeitangabe)		
Flowpack mit getränkten Tüchern	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kennzeichnung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haltbarkeit (Zeitangabe)		
Sprühdesinfektion	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Methode der Bodenreinigung (Name)		
Verwendung Besen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Verwendung Staubsauger	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Aufbereitung der Reinigungsgeräte	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Wechsel der Bezüge	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Anzahl der Bezüge (Menge)		
Trennung der Bezüge nach Bereich	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Reinigung der Bezüge	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Dosieranleitungen für Reiniger	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Dosieranleitungen für Desinfektionsmittel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

## 8. Umgang mit Medikamenten

Medikamente im Medikamentenschrank	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Medikamente im Kühlschrank	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kühlschrankthermometer	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Dokumentation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Verfalldatenkontrolle	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Mehrfachnutzung des Kühlschranks	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Anbruchsdatendokumentation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Originalverpackung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Notfallkoffer	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Regelmäßige Überprüfung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Welcher Zyklus (Zeitangabe)		
Verantwortlichkeiten geregelt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Beipackzettel vorliegend	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Medikamente zur Mitgabe an Patienten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Augenspüllösung vorhanden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

## 9. Abfallentsorgung

Verwendung von Mediboxen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Verwendung von anderen Abfallbehältnissen zum zugipsen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Entsorgungsunternehmen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Welches? (Name)		
Röntgenchemikalien	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Amalgam	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Chemostatika	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

## 10. Betriebsärztliche Betreuung

Betreuung vorhanden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Durch wen? (Name, Adresse)		
Alle Mitarbeiter in der Betreuung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Impfangebot allgemein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Impfung Hepatitis B	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Impfung Tetanus	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Impfung Masern	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Impfung Röteln	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Impfung Grippe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Impfung Covid 19, SARS CoV2	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Beratung Mutterschutz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Beratung Arbeitsschutz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Beratung Wiedereingliederung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Beratung psychische Belastungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

## 11. Wäsche

Aufbereitung von Wäsche:		
Zu Hause waschen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
In der Praxis waschen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
In der Wäscherei waschen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Verwendung von VAH gelisteten Wäschedesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Welches (Name)		
Arbeitsanweisungen Thema Wäsche vorhanden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Waschmaschine haushaltsüblich	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Waschmaschine industriell	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wäschetrockner vorhanden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Trennung der Wäsche bei der Lagerung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wechselrhythmus der Arbeitskleidung (Zeitangabe)		
Abwurf vorhanden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Läppchentest	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

## 12. PSA Persönliche Schutzausrüstung

PSA für OP/ invasive Eingriffe		
Kittel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haube	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sterile Handschuhe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schuhe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schutzbrille o. Visier	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
MNS o. FFP2	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
PSA für Behandlungen		
Untersuchungs-Handschuhe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schutzbrille o. Visier	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
MNS o. FFP2	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kittel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
PSA für Aufbereitung unrein		

Kittel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haube	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Chemikalienfeste Handschuhe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schutzbrille o. Visier	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
MNS o. FFP2	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
PSA für Aufbereitung rein		
Haube	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schutzbrille o. Visier	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

### 13. Räumliche Bedingungen

Gibt es:		
Umkleieraum	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nach Geschlecht getrennt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
WC Patienten & Mitarbeiter getrennt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ausreichende Anzahl	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Küche/ Teeküche/ Aufenthaltsraum	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Putzmittelraum	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wäscheraum	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
AEMP Aufbereitungseinheit für Medizinprodukte	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wie viele Räume o. Bereiche in der AEMP (Anzahl)		
Trennung korrekt (unrein, rein, Lagerung)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lager für Medizinprodukte	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lager für sterile Produkte	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Labor	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Anzahl der Eingriffsräume (Menge)		
Anzahl der Untersuchungs-Behandlungsräume (Menge)		

### 14. Instrumentenaufbereitung

Werden Instrumente aufbereitet	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Qualifikation des Personals plausibel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zertifikate vorhanden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Verantwortlichkeiten geregelt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Risikobewertung und Klassifizierung vorhanden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Aufbereitungsverfahren zur Risikobewertung plausibel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Aufbereitung kritisch B manuell	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Aufbereitung kritisch B maschinell	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Standardanweisungen zur Aufbereitung vorhanden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Räumlichkeit augenscheinlich geeignet	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Dokumentation der Prozesse	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Validierung der Prozesse	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Validierungsunterlagen vorhanden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Routineprüfungen werden durchgeführt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Routineprüfungen werden dokumentiert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sachgerechte Lagerung der Instrumente	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Pflege der Instrumente	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Funktionsprüfung der Instrumente	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Verpackungsart Folien-Papier-Siegelverpackung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Verpackungsart Sterilisationspapier o. Vlies	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Verpackungsart OP-Container	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Verwendung Ultraschallbad	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gerät (Angaben Hersteller, Typ)		
Verwendung RDG	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gerät (Angaben Hersteller, Typ)		
Verwendung DAC	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gerät (Angaben Hersteller, Typ)		
Verwendung CareClave	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gerät (Angaben Hersteller, Typ)		
Verwendung Siegelgerät	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gerät (Angaben Hersteller, Typ)		
Verwendung Pflegegerät	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gerät (Angaben Hersteller, Typ)		
Verwendung Sterilisator	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gerät (Angaben Hersteller, Typ)		

## 15. Labor und Wasser

Jährliche Wasserproben	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Labor (Name)		
Perlatorreinigung wöchentlich	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Verantwortlichkeiten geregelt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Spülprotokoll vorhanden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Verwendung von Labor-Testgeräten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gerät (Angaben Hersteller, Typ)		
Welche laboratoriumsmedizinische Untersuchungen werden in der Praxis durchgeführt?		
Unit-Use Reagenzien	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Benutzungstägliche Kontrollprobenmessungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Benutzungswöchentliche Kontrollprobenmessungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ringversuche	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

## **Alles bekannt und umgesetzt? Oder waren einige Begriffe oder Bereiche noch unbekannt oder ungeregelt in Deiner Praxis?**

Wenn Du das nicht so stehen lassen kannst und auch nicht möchtest, unterstützen wir Dich gerne. Damit aus dem „Fehler ein Helfer“ wird und Du Sicherheit gewinnst.

### **AKTUELL:**

Deine Praxis erfüllt noch nicht alle gesetzlichen Hygieneanforderungen sowie die erforderlichen Richtlinien und Empfehlungen, die Pflicht für Eure Praxis sind? Du willst diese nun endlich umsetzen für mehr Sicherheit Deiner Mitarbeiter: Innen, Kollegen: Innen und Patienten: Innen?

### **ZIEL:**

Du hättest gerne, dass Dir gezeigt wird was und vor allem wie Du die Flut an Gesetzen, Richtlinien, Empfehlungen, etc. optimal umsetzen und gleichzeitig wünschst Du Dir eine:n kompetente:n Ansprechpartner: In, der Dich begleitet?

### **LÖSUNG:**

Lerne von Deiner Spezialistin Melanie Pohl wie Du optimal alle Anforderungen umsetzt und Herausforderungen für ein optimales Hygienemanagement in Deiner Praxis meisterst.



### **DEINE SPEZIALISTIN:**

Melanie Pohl ist Fachwirtin im SGW, PM, QB (TÜV), Dozentin fhts / DGSV Sach- & Fachkunde. Sie ist QM- und Hygienespezialistin und verfügt über 25 Jahre Berufserfahrung bei der Einführung und Weiterentwicklung professioneller Abläufe in der Praxis. Weit über 1.000 Praxen hat Melanie Pohl bereits betreut und mit ihrer Fachkompetenz geholfen.