



Checkliste zur Überprüfung von Arztpraxen

1. Allgemeine Angaben

1.1	Organisationsform			
	Praxis	<input type="checkbox"/>	Gemeinschaftspraxis	<input type="checkbox"/>
	Praxisgemeinschaft	<input type="checkbox"/>	Praxisklinik	<input type="checkbox"/>

1.2	Personal	
	Inhaber/ Ärztlicher Leiter	
	Zahl (angestellte) Ärzte	
	Zahl MFA	
	Zahl Auszubildende	

1.3	Leistungsspektrum			
	Anzahl Patienten/Quartal			
	Infusionen		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Injektionen i.v., i.m.		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Postoperative Nachsorge / Wundversorgung		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Sonstiges (Gelenkpunktionen, Inhalationen etc.)		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

2. Baulich – funktionelle Voraussetzungen

	Behandlungszimmer		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Anzahl			
	Eingriffsraum		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Anzahl			
	Flächendesinfizierbare Oberflächen		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Defizite			
	Händewaschplätze gem. TRBA 250 (und KRINKO-Vorgaben)		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Behandlungsräume - Eingriffsraum		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Medizinproduktaufbereitungsraum		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Gesonderte Personaltoilette(n)		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

3. Hygienemanagement / allgemeine Hygiene

	Externe Beratung (Krankenhaushygieniker/Hygienefachkraft)		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Vorliegen eines Hygieneplans		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Angepasst, gelenkt und aktuell		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Defizite			

	Vorliegen eines Reinigungs- und Desinfektionsplans	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Angepasst	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Defizite		
	Dokumentierte Personaleinweisung in Hygieneplan und RDP	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

4.	Händedesinfektion und Hautantiseptik		
4.1	Händedesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	VAH-gelistet	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Originalgebinde	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Ablaufdatum überschritten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Beschriftung mit Anbruchdatum	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Tragen von Schmuck/ Uhren	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Lange o. künstliche Fingernägel/ Nagellack	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
4.2	Hautantiseptikum	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	VAH-gelistet	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Ablaufdatum überschritten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Beschriftung mit Anbruchdatum	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

5.	Flächendesinfektion		
	Durchführung Reinigungskraft	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
5.1	Sprühdesinfektion	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
5.2	Flächenschnelldesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	VAH-gelistet	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Ablaufdatum überschritten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Anbruchdatum vermerkt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Verbrauchsdaten berücksichtigt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
5.3	Tuchspendersystem	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Deckel geschlossen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Tuch ragt raus	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Tücher kompatibel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Beschriftung korrekt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Ablaufdatum überschritten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Verbrauchsdatum überschritten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Aufbereitung des Eimers korrekt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
5.4	Routinedesinfektion / Name des DM	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	VAH-gelistet	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Korrekte Konzentration	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Korrekte Einwirkzeit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Vollständige PSA beim Ansetzen verwendet (Brille, MNS, Handschuhe)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Einmalputzlappen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

6. Reinigung			
	Durchführung eigenes Personal	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Durchführung Firma	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Einweisung Reinigungskraft nachvollziehbar	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Verwendung von Einmalmaterial	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Korrekte Aufbereitung der Utensilien	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

7. Arbeitskleidung / Persönliche Schutzausrüstung - allgemein			
	Arbeitskleidung Arzt / Ärztin	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Arbeitskleidung Praxispersonal	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Trennung Arbeits-/Privatkleidung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Trennung saubere/ benutzte Arbeitskleidung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	PSA wird in ausreichender Menge vorgehalten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Einmalhandschuhe (Untersuchung)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Desinfektionsmittelbeständige Handschuhe vorhanden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Einmalschürzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Mund-Nasen-Schutz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Schutzbrille	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

8. Wäscheaufbereitung (Arbeitskleidung/Laken)			
	Aufbereitung externe Wäscherei	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Aufbereitung in der Praxis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Aufbereitung im häuslichen Bereich	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Desinfizierendes Waschverfahren	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Wäschedesinfektionsmittel/ -temperatur korrekt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Desinfektion Trommelauslass	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	PSA beim Umgang mit kontaminierter Wäsche (Handschuhe, Einmalschürze)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Maschinelle Trocknung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Mikrobiologische Kontrollen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

9. Abfallentsorgung			
	Durchstichsichere Behälter für Sharps	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Geeigneter Müllabwurfbehälter (handberührungsfrei bedienbar, mit Deckel)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

10. Umgang mit Medikamenten			
	Lagerung geschlossen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Haltbarkeitsdaten beachtet	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Anbruchsdatum vermerkt (z.B. Salben)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
10.1	Medikamentenkühlschrank vorhanden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Minimum-/Maximumthermometer	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Temperaturkontrolle dokumentiert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

	Temperatur nachvollziehbar ok	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
10.2	Mehrdosisbehältnisse	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Haltbarkeit beachtet	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Mini-Spike verwendet	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
10.3	Einzel dosisbehältnisse	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Einzel dosisbehältnisse mehrfach verwendet	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
10.4	Salben: Entnahme mit Spatel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
10.5	Zubereitung von Parenteralia korrekt– Demonstration (fakultativ)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
10.6	Notfallkoffer entsprechend der Praxis ausreichend ausgestattet	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
10.7	Korrekte Aufbewahrung der Rezeptformulare (verschlossen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
10.8	Betäubungsmittel vorhanden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Wenn ja, weiter mit Checkliste BtM-Überprüfung allgemein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

11. Medizinprodukte			
	Aufbereitung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
11.1	Sterilgutlagerung geschlossen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Verfallsdaten von Sterilgut / Einmalmaterial beachtet	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
11.2	Blutdruckmessgerät vorhanden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Messtechnische Kontrolle (alle 2 Jahre)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
11.3	EKG vorhanden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Sicherheitstechnische Kontrolle	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Verwendung von Einmalelektroden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
11.4	Sonographiegerät vorhanden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Gerätename	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Sicherheitstechnische Kontrolle	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Sachgerechte Aufbereitung der Sonden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
11.5	Ergometer vorhanden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Verwendung von Einmalelektroden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Sicherheitstechnische Kontrolle	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
11.6	Defibrillator vorhanden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Sicherheitstechnische Kontrolle	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	einsatzbereit (geladen, leicht zu erreichen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
11.7	BZ-Messgerät vorhanden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Mehrpersonengerät laut Hersteller	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Einmal-Stechhilfen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Als Mehrpersonengerät zugelassene Stechhilfe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
11.8	Sonstige aktive Medizinprodukte	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

12. Hausbesuchstasche			
	Hausbesuchstasche	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Händedesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

	VAH-gelistet	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Ablaufdatum überschritten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Hautantiseptikum	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	VAH-gelistet	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Ablaufdatum überschritten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Flächenschnelldesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	VAH-gelistet	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Ablaufdatum überschritten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Abwurfbehälter für Sharps	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Schutzhandschuhe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Medikamente/ Sterilgut korrekt gelagert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Literatur

Infektionsschutzgesetz vom 20. Juli 2000, zuletzt geändert durch Art. 2 G v. 13.10.2022 II 539

Infektionsschutzgesetz (IfSG) §§ 6,7 Meldepflichtige Krankheiten

Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (GDG) Art. 22

Medizinproduktegesetz (MPG)

Medizinproduktebetriebsverordnung (MPBetreibV)

Verordnung zur Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen

TRBA 250 (2014) – Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege

Arzneimittelgesetz (AMG)

Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) am

Robert Koch Institut Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen

Fachgesellschaften (AWMF) – Leitlinien zur Hygiene in Klinik und Praxissituation

Leitfäden der AG-Praxishygiene der DGKH

Aktuelle Desinfektionsmittelliste des Verbandes für Angewandte Hygiene e.V. (VAH-Liste)

Herausgeberin: Landeshauptstadt München, Gesundheitsreferat, Bayerstraße 28a, 80335 München muenchen.de/gsr