

# Hygienische Überwachung von Arztpraxen

(gem. § 36 IfSG und § 7 ÖGdG)

## Fragebogen

(Stand: 07/2006)

Bitte nach Beantwortung der Fragen zurücksenden an:

Kreisverwaltung .....
.....
.....
.....

Tag der Bestandsaufnahme .....

Name der Einrichtung .....

Anschrift: .....

.....

Telefon: ..... Fax: .....

e-mail: .....

Ich bin an e-mail-Informationen des Gesundheitsamtes über aktuelle fachspezifische gesundheitsrelevante Geschehen interessiert. Ja   
Nein

**Fachgebiet/Spezialisierung(en)** .....

.....

.....

**Organisation der Praxis:**

Träger/Inhaber .....

Medizinisch verantwortl. Ltr. ....

Qualifikation/Facharzt .....

**A. Angaben zur Praxisstruktur :** Hausärztliche Praxis Fachärztliche Praxis

als

 Einzelpraxis Gemeinschaftspraxis Praxisgemeinschaft Praxisklinik medizinisches

Versorgungszentrum

Anzahl der Ärztinnen / Ärzte .....

Anzahl der ArzthelferInnen .....

Anzahl der auszubildenden ArzthelferInnen .....

Anzahl der OP- Pflegekräfte .....

Sonstige Mitarbeiterinnen (Anzahl, Qualifikation ?)

.....

**1. In der Praxis werden - außer Blutentnahmen oder Injektionen - die Haut penetrierende „Eingriffe“, Endoskopien oder Dialysen durchgeführt** Ja Nein (*bitte weiter ab Buchstabe B.*)**2. folgende Arten von „Eingriffen“ werden durchgeführt** nur suprafasziale („oberflächliche“) Eingriffe subfasziale (= „operative“) Eingriffemit Eröffnung/Punktionen von primär sterilen  Ja  Nein

Körperhöhlen

 Arthroskopien gastro-enterale Endoskopien Gastro-/Duodenoskopien Koloskopien Rektoskopien Bronchoskopien Dialysen andere Eingriffe .....**3. Falls subfasziale Eingriffe (= „Operationen“) vorgenommen werden, in welcher Weise werden diese durchgeführt ?** „konventionell“

oder

 minimal invasiv**4. a) wird die Qualitätsvereinbarung zur Koloskopie gem. § 135 Abs.2 SGB V angewandt?** Ja Nein**b) unterliegt die Praxis der „Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen bei ambulanten Operationen gemäß § 14 des Vertrages nach § 115 b Abs. 1 SGB V“?** Ja (*bitte weiter ab Buchstabe F.*) nein

**B. Angaben zum allgemeinen Hygienemanagement:**

1. **wer ist für das Hygiene-management in der Praxis zuständig?**  
 Praxisinhaber  
 hygienebeauftragte/r Ärztin/Arzt  
 ArzthelferIn / OP – Personal  
 externer Hygieneberater  
 (Name: .....)
2. **regelmäßige Hygienebesprechungen finden statt?**  
*wenn ja, wie oft?*  
 Ja  Nein  
 jährlich  quartalsmäßig u. mehr
3. **werden hygienische Fortbildungsmaßnahmen absolviert?**  
*wenn ja,*  
 Ja  Nein  
 intern  extern
4. **existiert ein Reinigungs- und Desinfektionsplan ?**  
*wenn ja,*  
 Ja  Nein  
 selbst erarbeitet  nach Vorlagen der Produkthersteller
5. **ein Hygieneplan ist**  
*wenn ja,*  
 vorhanden  nicht vorhanden  
 nach RKI-Richtlinie
6. **Festlegung hygienerelevanter Verfahrensabläufe in Hygieneplänen gem. §36(1) IfSG [entsprechend der Richtlinie des RKI für „Krankenhaushygiene und Infektionsprävention“ (RKI-RiLi)] ISBN 3-437-11458-1**

**Für welche der folgenden Bereiche regelt der Hygieneplan das Verfahren?**

- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Händewaschen und Händedesinfektion   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 2. Flächenreinigung und –desinfektion   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 3. Schutzkleidung   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 4. Injektionen und Punktionen   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 5. Katheterisierung von Gefäßen   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 6. Katheterisierung der Harnblase   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 7. Intubation, Tracheotomie, Beatmung und Inhalation  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 8. Wundverbandwechsel   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 9. Durchführung operativer Maßnahmen (Eingriffe und Operationen)  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 10. Dialyse   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 11. Verhütung der Übertragung von HIV und weiteren blutübertragbaren sowie anderen Infektionserkrankungen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 12. Endoskopie  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 13. Medizinische Laboratorien   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 14. Hygienebeauftragter   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 15. Hygienische Untersuchungen i.R.d. Qualitätssicherung  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| 16. Aufbereitung von Medizinprodukten                             | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 17. Instrumentensterilisation                                     | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 18. Instrumentendesinfektion                                      | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 19. Endoskopaufbereitung  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 19. Raumluftechnische Anlagen gem. DIN 1946 [4]<br>(Klimaanlagen) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

7. a) **Verwendetes Händedesinfektionsmittel:** .....
- b) **Verwendetes Flächendesinfektionsmittel:** .....
- c) **Verwendetes Instrumentendesinfektionsmittel:** .....

### C. Angaben zu speziellen Hygienemaßnahmen:

#### 1. welche hygienischen Vorkehrungen werden bei Hautpenetration getroffen:

- |   |   |
|---|---|
| a) bei Blutentnahmen<br>und i.v.-, i.m.-, s.c. -Injektionen | <input type="checkbox"/> Hygienische Händedesinfektion        |
|   | <input type="checkbox"/> Sterilisier <i>te</i> Tupfer         |
|   | <input type="checkbox"/> sterilisier <i>te</i> 1x- Handschuhe |
| b) bei Punktionen von Gelenken<br>und Körperhöhlen          | <input type="checkbox"/> Hygienische Händedesinfektion        |
|   | <input type="checkbox"/> <i>Sterile</i> Schutzkleidung        |
|   | <input type="checkbox"/> <i>Sterile</i> 1x- Handschuhe        |
|   | <input type="checkbox"/> <i>Sterile</i> Abdeckung             |
|   | <input type="checkbox"/> <i>Sterile</i> Tupfer                |

2. wird in der Praxis **Berufskleidung** getragen?  Ja  Nein

3. wird in bestimmten Arbeitsbereichen besondere Kleidung (**Bereichskleidung**) getragen ?  Ja  Nein

- |  |  |  |
|--|--|--|
| wenn ja, in welchen Arbeitsbereichen ? | <input type="checkbox"/> Endoskopie      | <input type="checkbox"/> Eingriffsraum |
|  | <input type="checkbox"/> Operationsräume | <input type="checkbox"/> Dialyse       |
|  | <input type="checkbox"/> Behandlungsraum | <input type="checkbox"/> Labor         |

4. wird **zusätzlich Schutzkleidung** getragen bei Tätigkeiten mit Kontaminationsgefahr  Ja  Nein

- |                                   |                                      |                                      |
|-----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| wenn ja, bei welchen Tätigkeiten? | <input type="checkbox"/> Endoskopie  | <input type="checkbox"/> Labor       |
|                                   | <input type="checkbox"/> Reinigung   | <input type="checkbox"/> Eingriff/OP |
|                                   | <input type="checkbox"/> andere..... |                                      |

5. als Kanülenabfallbehälter werden verwendet:  Glasflaschen
- durchstichsichere Kunststoffbehälter
- Pappschachtel
- Sonstiges .....

6. **Mehrdosisbehältnisse mit Durchstichstopfen finden Anwendung**  Ja  Nein

falls ja,  vor jeder Nutzung wird neu desinfiziert und angestochen  
 Kennzeichnung mit Öffnungsdatum und –zeit  
 gekühlte Lagerung (getrennt von Lebensmitteln)  
 Verwendung spezieller Verweilkanülen mit Sterilfilter (Steri-Minispike)

maximale Aufbewahrungsdauer nach Eröffnung : .....

7. **Sterilgut wird gelagert**  offen (Regale, Arbeitstische, Schubladen)  
 in geschlossenem Schrank

max. Lagerdauer: .....

8. **sterile OP-Kleidung wird nur als 1x-Wäsche verwendet**

Ja  Nein

*falls nein*, bitte Beschreibung des Aufbereitungsverfahrens:

.....

#### D. Beschreibung der örtlichen Gegebenheiten und Infrastruktur:

1. a) **Wie viele separate Untersuchungs- und Behandlungsräume hat die Praxis ?** Anzahl: .....

b) **werden Behandlungskabinen durch Vorhänge o.ä. abgetrennt**  Ja  Nein

2. **Sind die Toilettenanlagen für Patienten und Personal getrennt ?**  Ja  Nein

3. **Sind auf den Personaltoiletten Spender für fl. Seife, Händedesinfektion und 1x- (Papier-)Handtücher vorhanden?**  Ja  Nein

4. **Sind Personalumkleiden mit getrennten Aufbewahrungsmöglichkeiten für Berufs- und Privatkleidung vorhanden?**  Ja  Nein

5. **Welche n u r für den genannten Zweck genutzten Funktionsräume sind vorhanden ?**

<input type="checkbox"/> Endoskopie	<input type="checkbox"/> Labor	<input type="checkbox"/> Röntgen
<input type="checkbox"/> Instrumentenaufbereitung	<input type="checkbox"/> Lungenfunktionslabor	<input type="checkbox"/> Eingriffsraum
<input type="checkbox"/> Ein- und Ausleitungsraum	<input type="checkbox"/> OP - Raum	<input type="checkbox"/> Waschraum
<input type="checkbox"/> Personalschleuse	<input type="checkbox"/> Patientenschleuse	<input type="checkbox"/> Entsorgungsraum
<input type="checkbox"/> Lagerraum	<input type="checkbox"/> Sterilisation	<input type="checkbox"/> Technikraum
<input type="checkbox"/> Sonstige .....		

**E. Angaben zum Umgang mit Praxiswäsche:****1. Wäscheaufbereitung**

- a) Fremdvergabe an Wäscherei  Ja  Nein  
**wenn ja,**  
 beauftragtes Unternehmen: .....

*Wäscheart:*

Berufskleidung  Schutzkleidung  sonstige .....

- b) Selbstaufbereitung  Ja  Nein  
**falls ja,**  
 - Schutzkleidung in *separater* Maschine  Ja  Nein  
 - mit desinfizierendem Waschverfahren  Ja  Nein

[ *bitte die Ergebnisse einer evtl. hyg.-mikrobiolog. Prüfung in Anlage beifügen!*]

**2. Wäschesammlung**

- a) in geschlossenen Gebinden/Säcken  Ja  Nein  
 b) Lagerung in separatem Raum  Ja  Nein

**3. Häufigkeit des Wäschewechsels**

- a) Berufskleidung  täglich  wöchentlich  bei Bedarf  
 b) Schutzkleidung(z.B. Kittel)  täglich  wöchentlich  bei Bedarf

**F. Angaben zur Aufbereitung von Medizinprodukten (MP):**

1. **Als Sterilmaterial wird ausschließlich Einmalmaterial oder fremdaufbereitetes Material/Gerät verwendet**  Ja  Nein  
 wenn ja, ggf. mit der Wiederaufbereitung beauftragtes Unternehmen: .....
2. **Sterilgut wird (auch) selbst aufbereitet**  Ja  Nein  
 (bitte weiter ab Frage F.6.)
3. **Die verbindlich einzuhaltenden Vorgaben für die Aufbereitung von MP gem. § 4 MP Betreiberverordnung sind bekannt und werden eingehalten:**  
 Ja  Nein
4. a) **Risikobewertung und Einstufung der aufzubereitenden MP ist gem. RKI-Rili erfolgt:**  
 Ja  Nein
- b) **mit der Aufbereitung beauftragt:** .....
- c) **erforderliche Sachkenntnis nachgewiesen**  Ja  Nein

d) es erfolgt eine chargenbezogene nachvollziehbare Dokumentation der Aufbereitung:

Ja  Nein

e) mit der Freigabe beauftragt: .....

5. Art des verwendeten Sterilisationsgerätes:
- Heißluftsterilisationsgerät  
 Autoklav  
 Sonstiges .....

6. Die Instrumentendesinfektion erfolgt

- maschinell* in Reinigungs- und Desinfektionsautomaten
- manuell*
- in Desinfektionswannen mit Siebeinsatz  Ja  Nein
  - Einlagezeit vermerkt  Ja  Nein
  - täglicher Wechsel der Lösung  Ja  Nein

7. hyg.-mikrobiolog. Wirksamkeitsprüfungen eingesetzter Desinfektions- bzw. Sterilisationsgeräte erfolgen für...

	jährlich	½-jährlich	¼-jährlich	gar nicht
... Heißluftsterilisator(en)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Autoklav(en)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Desinfektionsmaschine(n) [z.B. Thermodesinfektor(en)]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[ bitte die Ergebnisse der letzten Prüfung in Anlage beifügen!]

8. Zur Instrumentenaufbereitung steht ein separater Raum zur Verfügung

Ja  Nein

9. folgende Instrumente/Geräte werden regelmäßig aufbereitet (= Inspektion + Reinigung + Desinfektion u/o. Sterilisation):

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Scheren          | <input type="checkbox"/> Endoskope      | <input type="checkbox"/> Befeuchterbehälter |
| <input type="checkbox"/> Pinzetten        | <input type="checkbox"/> MIC*- Geräte   | <input type="checkbox"/> Standglas          |
| <input type="checkbox"/> Klemmen          | <input type="checkbox"/> Verneblerteile | <input type="checkbox"/> Kornzange          |
| <input type="checkbox"/> Halter           | <input type="checkbox"/> Skalpelle      | <input type="checkbox"/> Absaugschläuche    |
| <input type="checkbox"/> Sekretbehälter   | <input type="checkbox"/> Stethoskope    | <input type="checkbox"/> Thermometer        |
| <input type="checkbox"/> Atemschläuche    | <input type="checkbox"/> RR-Manschetten | <input type="checkbox"/> Atemmaske          |
| <input type="checkbox"/> Ultraschallköpfe | <input type="checkbox"/> Ambubeutel     |   |

\* Minimal-Invasive-Chirurgie

10. die Prüfung medizinischer Geräte erfolgt mittels hyg.-mikrobiolog. Kontrollen für ...

	jährlich	½-jährlich	¼-jährlich	gar nicht
... Anästhesiematerial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Endoskope	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Dialysegeräte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[ bitte die Ergebnisse der letzten hyg.-mikrobiolog. Prüfung beifügen!]

11. für die Instrumentenaufbereitung steht ein separater Raum zur Verfügung

Ja  Nein

G. Angaben zur Reinigung der Praxis

1. Fremdvergabe  Ja  Nein

wenn ja, an wen (Firma)? .....

2. feucht –wischendes Reinigungsverfahren für glatte Flächen  Ja  Nein

3. folgende Flächen werden täglich feucht gereinigt

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> glatte Fußböden | <input type="checkbox"/> Türklinken      | <input type="checkbox"/> Sanitärbereiche                  |
| <input type="checkbox"/> WC-Sitze        | <input type="checkbox"/> Handwaschbecken | <input type="checkbox"/> Wände in OP- und Eingriffsräumen |

4. werden Flächen täglich *desinfiziert*?  Ja  Nein

wenn ja, welche ?  alle patientennahe Flächen (Aerosoldeposition!)  
 nur Flächen, mit Patienten*haut*- (z.B. Liegen) oder *Hand*kontakt (z.B. Türklinken)

Arbeitsflächen mit möglichem Kontakt zu Körperex-/sekreten (z.B. Labortische)  
 sonstige Flächen:

.....  
 .....

5. sind Teppichböden vorhanden  Ja  Nein

wenn ja, a) in welchen Bereichen? .....  
 b) wie häufig werden diese feucht (mit Schaum) gereinigt?

6. die Durchführung der Reinigung wird dokumentiert  Ja  Nein

**H. Umgang mit Infektionskrankheiten**

1. **infektiöse Erkrankungen**  Ja  Nein  
(z.B. nosokomiale Infektionen) **werden praxisbezogen gesondert erfasst und dokumentiert**
2. **erfasste Indikator - OP bei ambulanten Operationen:**  
.....
3. **Die gesetzlichen Meldepflichten nach Infektionsschutzgesetz (IfSG) sind bekannt**  Ja  Nein

- 
- Verfügbare Ergebnisse der hygienisch – mikrobiologischen Kontrollen zu den Fragen F.10., F.7. und evtl. E.1.b) sind in Anlage beigefügt.
- Ich bin damit einverstanden, dass das Gesundheitsamt die zu Abschnittes „I“ dieses Fragebogens gemachten Angaben an die zuständige Regionalstelle der Gewerbeaufsicht weiterleitet.  
(Bei Einverständnis bitte ankreuzen)

Datum, Unterschrift des Praxisinhabers, Stempel

## I. Arbeitsmedizinische Betreuung:

### 1. **Zuständiger Betriebsarzt:**

.....

- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| <p><b>2. Spezielle arbeitsmedizinische Untersuchungen</b><br/>(Erstuntersuchung ; Nachuntersuchung alle 1 – 3 Jahre)</p>   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <p><b>3. Impfangebot für Ihre Beschäftigten</b><br/>(gem. BiostoffVO u. berufsgenossenschaftl. Grundsätzen)</p> <p style="margin-left: 20px;">Tetanus <input type="checkbox"/></p> <p style="margin-left: 20px;">Diphtherie <input type="checkbox"/></p> <p style="margin-left: 20px;">Polio <input type="checkbox"/></p> <p style="margin-left: 20px;">MMR <input type="checkbox"/></p> <p style="margin-left: 20px;">Hepatitis B <input type="checkbox"/></p> <p style="margin-left: 20px;">Influenza <input type="checkbox"/></p> | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <p><b>4. D-Arzt Verfahren im Falle von Verletzungen</b></p>  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <p><b>5. Betriebsanweisung für Verhalten bei Verletzungen (z.B. Nadelstich)</b></p>  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <p><b>6. Gefährdungsbeurteilung gem. BiostoffVO</b></p>  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <p><b>7. Unterweisungen gem. BioStoffVO für den sicheren Umgang mit Infektionskrankheiten</b></p>  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <p><b>8. Belehrungen über den Umgang mit Gefahrstoffen (min. 1x/J; zu dokumentieren)</b></p>   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <p><b>9. Aktuelle Sicherheitsdatenblätter der verwendeten Gefahrstoffe</b><br/>(TRGS 525: Gefahrstoffe in der humanmed. Behandlung)</p>  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <p><b>10. Prüfung der eingesetzten Reinigungs- und Desinfektionsmittel hinsichtlich der Auswahl weniger gefährlicher Produkte bei gleicher Wirksamkeit (Ersatzstoffsuche)</b></p>  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <p><b>11. Hautschutzplan (und –mittel) vorhanden</b></p>   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <p><b>12. Einmalhandschuhe aus Latex</b></p>   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <p><b>13. Verletzungssichere Entsorgung spitzer und scharfer Gegenstände (B-Abfallboxen)</b></p>   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |