



Checkliste* zur Begehung von ambulanten Intensivpflegediensten (AIPD), die
Intensiv-Wohngemeinschaften (WG)
gem. IfSG § 23 Abs. 6a sowie IfSG § 36 Abs. 1 und 2 i.V.m. IfSG § 15a versorgen

*Erstellt auf Grundlage der "Checkliste zur Überprüfung ambulanter Intensivpflegedienste" der Landeshauptstadt München (2016)

Definition für die Begehung:

Die Begehung der ambulanten Intensivpflegedienste innerhalb der betreuten Intensiv-WG erfolgt angemeldet als Routineüberwachung und umfasst möglichst alle Räumlichkeiten (in WG und Büro-Zentrale) sowie die Wege der Patienten, des Personals und des Materials.

1 Überprüfung		
Adresse des überprüften Pflegedienstes / der überprüften Wohngemeinschaft		
1.1 Überprüfungsdatum / -dauer	Datum:	Dauer:
1.2 Erstkontrolle	<input type="checkbox"/> Ja	
1.3 Folgekontrolle	<input type="checkbox"/> Ja Grund: <input type="checkbox"/> Routine <input type="checkbox"/> Mängel bei letzter Kontr. Datum der letzten Kontrolle:	
1.4 Teilnehmer Einrichtung / AIPD		
1.5 Teilnehmer Gesundheitsamt		
1.6 Sonstige (z.B. MDK)		
2 Hygieneplan		
2.1 Ist ein Hygieneplan vorhanden, aktuell, vollständig und für jeden Mitarbeiter jederzeit zur Verfügung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
2.2 Gibt es Nachweise über die Einweisung der Mitarbeiter in den Hygieneplan?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

2.3 Sind Hygienestandards zu den folgenden Themen im Hygieneplan vorhanden?		
2.3.1 Personalhygiene und Personalschutz		
• Kleiderordnung / Persönliche Schutzausrüstung (Handschuhe, Schutzmasken, Schutzbrillen, Schutzhauben)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
• Händehygiene	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
• Sofortmaßnahmen bei Verletzungen mit potenziell kontaminiertem Material	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
2.3.2 Reinigung und Desinfektion		
• Reinigungs- und Desinfektionsplan	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
• Flächenreinigung und Flächendesinfektion	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
• Instrumenten- und Materialaufbereitung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
2.3.3 Patientenbezogene Hygienemaßnahmen		
• Endotracheales Absaugen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
• Trachealkanülenversorgung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
• Trachealkanülenaufbereitung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
• Hygieneanforderung vor invasiven Maßnahmen (Injektion / Punktion, Harnwegskatheter)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
• PEG-Sonden-Pflege	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
• Umgang mit Harnwegskathetern	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
• Umgang mit Inhalationen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
• Umgang mit Injektionen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
• Umgang mit Medikamenten	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
2.3.4 Spezielle Hygienemaßnahmen bei bestimmten Erregern		
• MRSA	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
• MRGN	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
• VRE (Vancomycin-resistente Enterokokken)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
• Clostridioides (früher Clostridium)-difficile-Infektionen (CDI)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
• Noroviren	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
• Sonstige meldepflichtige Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
2.3.5 Diverses		
• Umgang mit Wäsche (Lagerung / Aufbereitung)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
• Umgang mit Abfall (Entsorgung)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
3 Personalschutz		
3.1 Gibt es eine betriebsärztliche Betreuung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
3.1.1 Wenn ja, Name und Anschrift		
3.2 Liegt eine Gefährdungsbeurteilung vor?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
3.2.1 Aus welchem Blickwinkel ist diese Gefährdungsbeurteilung geschrieben?	<input type="checkbox"/> Einrichtungsbezogen <input type="checkbox"/> Patientenbezogen <input type="checkbox"/> Tätigkeitsbezogen	
3.3 Ist die Persönliche Schutzausrüstung (PSA) vollständig vorhanden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

3.4 Ist ein Umkleideraum / -bereich vorhanden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
3.5 Besteht das Angebot für STIKO-Indikationsimpfungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
3.5.1 Welche Impfungen werden dem Personal angeboten?	<input type="checkbox"/> Influenza <input type="checkbox"/> Hepatitis A <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Masern <input type="checkbox"/> Mumps <input type="checkbox"/> Röteln <input type="checkbox"/> Pertussis <input type="checkbox"/> Varizellen	
4 Umgang mit Medizinprodukten (MP)		
4.1 Wer ist die zuständige Person (Beauftragter)?		
4.2 Bereitet der Pflegedienst MP auf?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
4.3 Bereitet der Pflegedienst auch Einmalprodukte auf?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
4.4 Erfolgt die Lagerung der MP entsprechend der KRINKO-BfArM-Empfehlung sowie den Herstellerangaben?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
4.5 Wann war die letzte Kontrolle der Gewerbeaufsicht?	Datum:	
4.6 Ist die patientenbezogene Anwendung der MP sichergestellt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
4.7 Liegt eine Risikobeurteilung der MP vor?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
5 Umgang mit Medikamenten		
5.1 Werden die Medikamente entsprechend den Herstellerangaben gelagert?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
5.2 Ist die patientenbezogene Anwendung der Medikamente sichergestellt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
5.3 Werden ausschließlich Eindosisbehältnisse bei nicht konservierten Arzneimitteln verwendet?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
5.3.1 Werden Mehrdosisbehältnisse mit einem Anbruchdatum versehen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
5.4 Erfolgt das Stellen der Medikamente an einem geeigneten Platz?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
6 Strukturelle Voraussetzungen		
6.1 Steht ein leicht erreichbarer Händewaschplatz gem. TRBA 250 zur Verfügung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
6.2 Werden patientennahe Händedesinfektionsmittelspender vorgehalten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
6.2.1 Erfolgt die Händedesinfektion (alternativ oder zusätzlich) mittels Kitteltaschenflaschen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

7 Desinfektion		
7.1 Desinfektionsmittel	Name des verwendeten Mittels	Einwirkzeit in Minuten (und bei Bedarf Dosierung in %)
7.1.1 Mit welchem Mittel erfolgt die Routine-Flächendesinfektion?		
7.1.2 Mit welchem Mittel erfolgt die Flächendesinfektion bei Norovirus-Ausbruch?		
7.1.3 Werden auch Desinfektionsmittel-getränkte Tücher verwendet?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
7.1.3.1 Wenn ja, welche?		
7.1.3.2 Wenn ja, wie werden die Boxen aufbereitet?		
7.1.4 Werden auch Sprühd desinfektionsmittel verwendet?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
7.1.4.1 Wenn ja, welche?		
7.1.5 Mit welchem Mittel erfolgt die Routine-Händedesinfektion?		
7.1.6 Mit welchem Mittel erfolgt die Händedesinfektion bei Norovirus-Ausbruch?		
7.2 Werden Einmalgebilde (Hände- und Hautdesinfektion) verwendet?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
7.3 Werden selbst getränkte Desinfektionsmitteltücher verwendet?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
7.3.1 Wenn ja, wie werden die Boxen aufbereitet?		
7.4 Sind die verwendeten Desinfektionsmittel z.B. VAH oder IHO-gelistet?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
7.4.1 Wenn nein, wie wurde das Mittel getestet? Liegen z.B. Gutachten der Hersteller vor?		
7.5 Stimmen die tatsächlich verwendeten Mittel und Einwirkzeiten mit dem Reinigungs- und Desinfektionsplan überein?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
7.6 Wer ist für die korrekte Durchführung der Routinedesinfektion (z.B. Sanitärbereiche, Oberflächen in Arbeitsbereichen, Betten, Patienten-Nachttische, bei Patientenwechsel) verantwortlich?		
7.7 Textilaufbereitung		
7.7.1 Wie und durch wen erfolgt die Aufbereitung der Arbeitskleidung?	<input type="checkbox"/> Intern <input type="checkbox"/> Extern <input type="checkbox"/> Haushaltswaschmaschine <input type="checkbox"/> Industrielwaschmaschine <input type="checkbox"/> Desinfizierende Waschverfahren <input type="checkbox"/> Mikrobiologische Überprüfungen der Waschverfahren durch:	

7.7.2 Wie und durch wen erfolgt die Aufbereitung der Schutzkleidung?	<input type="checkbox"/> Intern <input type="checkbox"/> Extern <input type="checkbox"/> Haushaltswaschmaschine <input type="checkbox"/> Industriewaschmaschine <input type="checkbox"/> Desinfizierende Waschverfahren <input type="checkbox"/> Mikrobiologische Überprüfungen der Waschverfahren durch:
7.7.3 Wie und durch wen erfolgt die Aufbereitung der Reinigungsutensilien?	<input type="checkbox"/> Intern <input type="checkbox"/> Extern <input type="checkbox"/> Haushaltswaschmaschine <input type="checkbox"/> Industriewaschmaschine <input type="checkbox"/> Desinfizierende Waschverfahren <input type="checkbox"/> Mikrobiologische Überprüfungen der Waschverfahren durch:
7.7.4 Wie und durch wen erfolgt die Aufbereitung der Klientenwäsche?	<input type="checkbox"/> Intern <input type="checkbox"/> Extern <input type="checkbox"/> Haushaltswaschmaschine <input type="checkbox"/> Industriewaschmaschine <input type="checkbox"/> Desinfizierende Waschverfahren <input type="checkbox"/> Mikrobiologische Überprüfungen der Waschverfahren durch:
8 Umgang mit Devices	
8.1 Tracheostomapflege	
8.1.1 Wird die Reinigungsbürste der Trachealkanüle nach Benutzung in Instrumentendesinfektionsmittel desinfiziert, mit Wasser abgespült und gut getrocknet? Alternativ: Einmalreinigungsbürsten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Einmalreinigungsbürsten: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
8.1.2 Werden bei der Stomaversorgung Handschuhe getragen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
8.1.3 Werden zum offenen Absaugen sterile Handschuhe verwendet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
8.1.3.1 Stehen ausreichend sterile Handschuhe zur Verfügung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
8.1.3.2 Steht ausreichend persönliche Schutzausrüstung (PSA) zur Verfügung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
8.1.3.3 Werden sterile atraumatische Absaugkatheter verwendet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
8.1.3.4 Wird der Absaugkatheter nur einmal pro Absaugvorgang eingeführt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
8.1.3.5 Wird das offene Absaugsystem wöchentlich gewechselt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, wie oft:
8.1.4 Werden bei infektiösen Patienten geschlossene Absaugsysteme verwendet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
8.1.4.1 Wird das geschlossene Absaugsystem alle 24 Std. gewechselt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, wie oft:

8.1.5 Wie häufig werden Trachealkanülen (TK) gewechselt?		
8.1.5.1 Wie erfolgt die Aufbereitung der TK und durch wen?	Aufbereitungsablauf	Mitarbeiter
8.1.6 Wie oft erfolgt der Wechsel des TK-Haltebands?		
8.1.7 Werden regelmäßig Verbandswechsel durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
8.1.7.1 Wie wird der Verbandswechsel durchgeführt?		
8.1.7.2 Wo wird das Verbandsmaterial abgelegt?		
8.1.8 Erfolgt eine regelmäßige Mundpflege?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
8.2 Harnwegskatheter		
8.2.1 Wer legt / wechselt die transurethralen Harnwegskatheter?		
8.2.2 Wie oft erfolgt der Wechsel der transurethralen Harnwegskatheter?		
8.2.3 Erfolgt die konsequente Beachtung der Hygiene beim Umgang mit geschlossenen Harnableitungssystemen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
8.2.4 Wird die medizinische Indikation für die invasiven Harnableitungen (transurethrale und suprapubische Blasenkateter) regelmäßig überprüft?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
8.2.4.1 Wenn ja, durch wen?		
8.3 PEG-Sonden-Versorgung		
8.3.1 Wird zum Bestücken der PEG-Sonde ausschließlich abgekochtes, abgekühltes Wasser verwendet?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
8.3.2 Wird zur Nahrungsapplikation eine Einmalspritze verwendet?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
8.3.3 Wird bei MRE oder Wundinfektionen die Einstichstelle steril verbunden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
9 Umgang mit Lebensmitteln		
9.1 Wer bereitet die Lebensmittel zu?		
9.2 Wie werden die Lebensmittel gelagert?		
9.3 Liegen die Erstbelehrungen nach §43 IfSG vollständig vor?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
9.3.1 Werden die Belehrungen regelmäßig wiederholt und dokumentiert?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

10 Qualitätssicherung	
10.1 Wie wird die Compliance zur Händehygiene beobachtet und dokumentiert (Prozessqualität)?	<input type="checkbox"/> Internes Audit <input type="checkbox"/> Messung des Desinfektionsmittelverbrauchs <input type="checkbox"/> Gar nicht
10.2 Wird der Verbrauch von Händedesinfektionsmitteln erfasst?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
10.2.1 Wenn ja, wie? (Bitte Dokumentation am Begehungstag vorlegen.)	Dokumentation liegt vor <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
10.3 Werden Infektionen und Kolonisationen erfasst und bewertet (Surveillance)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
10.3.1 Durch wen erfolgt die Surveillance?	
10.3.2 Aufgrund welcher Kriterien erfolgt die Surveillance?	
10.3.2 Welche Infektionen werden (systematisch) erfasst und ausgewertet?	<input type="checkbox"/> Atemwegsinfektionen <input type="checkbox"/> Harnwegsinfektionen <input type="checkbox"/> Wundinfektionen Sonstige:
10.4 Erfolgt ein aktives Screening auf multiresistente Erreger?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
10.4.1 Durch wen wird das Screening veranlasst und durch wen durchgeführt?	
10.5 Wieviele Krankenhausaufenthalte haben die Klienten durchschnittlich pro Jahr?	
10.6 Wie lange bleiben die Klienten durchschnittlich in dieser WG?	

Anmerkungen:
