

# GESUNDHEITSAMT-CHECK

Bereit für die Begehung — in 10 Minuten abgehakt

Stand Oktober 2026. Das Gesundheitsamt darf Betriebe, bei denen die Haut verletzt werden kann, infektionshygienisch überwachen (§ 36 Abs. 2 IfSG) und dafür die Räume betreten und Unterlagen einsehen (§ 16 Abs. 2 IfSG). In der Praxis kommen Begehungen oft unangekündigt. Diese Liste fasst zusammen, was die Ämter dabei typischerweise sehen wollen — zusammengestellt aus den Prüflisten der Gesundheitsämter München (2024) und Bremen (2025), dem Rahmenhygieneplan der Länder und Landes-Hygieneverordnungen. Die genauen Anforderungen unterscheiden sich je nach Bundesland und Behandlung (mit oder ohne Hautverletzung). Orientierung, keine Rechtsberatung — im Zweifel das eigene Gesundheitsamt fragen, das berät kostenlos.

## 1. Unterlagen

|                                                                                                                                                                                                                                                              | OK                       | Prüfen                   | Fehlt                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Hygieneplan vorhanden, auf eure Räume und Behandlungen zugeschnitten, jederzeit einsehbar und in den letzten 12 Monaten geprüft. Je nach Bundesland Pflicht, überall wird danach gefragt.<br>(R 2.2 · S § 2 · B)                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hygiene-Belehrung aller Mitarbeitenden mindestens einmal im Jahr, schriftlich mit Datum und Unterschrift — Vorlage auf Seite 3. (R 2.2 · S § 2)                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Reinigungs- und Desinfektionsplan: alle Mittel namentlich mit Konzentration und Einwirkzeit — Vorlage auf Seite 2. (B · R Anlage 1)                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ausbildungs- und Sachkundenachweise griffbereit oder ausgehängt. In einigen Bundesländern ist ein Hygiene-Sachkundenachweis Pflicht, z. B. Hessen: 8 Std. bei möglicher Hautverletzung, 40 Std. bei Behandlungen, die die Haut durchdringen. (H § 2 Abs. 10) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## 2. Hände

|                                                                                                                                                                                                             | OK                       | Prüfen                   | Fehlt                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Handwaschplatz im Arbeitsbereich: fließend warmes und kaltes Wasser, Flüssigseife aus dem Spender, Einmalhandtücher, Abwurfbehälter. Armatur möglichst ohne Handkontakt bedienbar.<br>(R 3.1 · M I 2.1 · B) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Händedesinfektionsmittel VAH-gelistet, Spender in jedem Behandlungsraum erreichbar. (M II 3.2, 3.8)                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Händedesinfektion vor und nach jeder Behandlung, einreiben bis die Hände trocken sind (ca. 15 bis 30 Sekunden). (M II 3.5, 3.9 · R Anlage 1)                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bei der Arbeit keine Ringe, Armbanduhren, Armreifen; Nägel kurz und unlackiert. (M II 3 · R S. 6)                                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## 3. Desinfektionsmittel

|                                                                                                                                                                   | OK                       | Prüfen                   | Fehlt                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nur VAH-gelistete Mittel im Einsatz — für Hände, Haut, Flächen und Instrumente. (M II · B · H § 3)                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Auf jeder Flasche steht das Anbruchdatum; Verfallsdatum und Haltbarkeit nach Anbruch laut Hersteller eingehalten. (M II 1.3–1.4, 3.3–3.4 · B)                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haut- und Händedesinfektionsmittel nur in Originalgebinden, kein Umfüllen aus Großgebinden.<br>(M II 1.6, 3.6 · B · R S. 5 · H § 3 Abs. 5)                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Flächendesinfektion als Wischdesinfektion (kein Sprühen), Dosierhilfe vorhanden, Einwirkzeit abgewartet, bevor die Fläche wieder genutzt wird. (M II 4.4–4.7 · B) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Quellen: M = Gesundheitsreferat München, Checkliste V7, 07.02.2024 (Teil I–V) · B = Gesundheitsamt Bremen, Hinweise zur Hygiene, Mai 2025 · R = Rahmenhygieneplan des Länder-Arbeitskreises nach § 36 IfSG, April 2007 · S = Hygiene-Verordnung Saarland vom 16.04.2014 · H = Infektionshygieneverordnung Hessen (2003, zuletzt geändert 2017, verlängert bis 31.12.2026)

#### 4. Flächen und Räume

OK Prüfen Fehlt

Liegen, Stühle und Arbeitsflächen glatt und wischdesinfizierbar; Auflage nach jeder Kundin wechseln; Arbeitsflächen mindestens täglich desinfizieren, bei Blut sofort.

(M I 2.1–2.3 · B S. 2 · S § 2 Abs. 8)

☐ ☐ ☐

Handtücher und Textilien nach jeder Kundin wechseln, Wäsche bei mindestens 60 °C.

(M V 4 · R 3.5 · B)

☐ ☐ ☐

Essen, Trinken, Rauchen und Haustiere im Arbeitsbereich: nein. (M I 1.2 · R 3.1)

☐ ☐ ☐

#### 5. Instrumente

OK Prüfen Fehlt

Alles, was die Haut durchdringt (Nadeln, Klingen, Microneedling-Aufsätze): steril verpackt, Einmalprodukt, nach Gebrauch entsorgt, Haltbarkeit des Sterilguts geprüft.

(M III 11.1–11.4 · R 3.2 · H § 2 Abs. 4)

☐ ☐ ☐

Mehrfach-Instrumente nach jeder Kundin reinigen, viruswirksam desinfizieren, trocknen. Fester Aufbereitungsplatz, möglichst eigenes Becken getrennt vom Handwaschplatz, unrein und rein getrennt. (M III 1.1–1.4, 2.3 · B)

☐ ☐ ☐

Wenn ihr sterilisiert: Gerätebuch, jede Charge mit Datum, Inhalt und Chargennummer dokumentiert, Prüfung mit Sporenpackchen mindestens halbjährlich, Sterilisator mindestens jährlich auf Sterilisiersicherheit geprüft. (M III 9.1–9.6 · R S. 11–12)

☐ ☐ ☐

#### 6. Abfall und Erste Hilfe

OK Prüfen Fehlt

Abfallbehälter mit Deckel und Fußbedienung an jedem Arbeitsplatz. (M I 3.2 · B · R 3.6)

☐ ☐ ☐

Nadeln, Klingen und andere spitze oder scharfe Gegenstände sofort nach Gebrauch in einen durchstichsicheren, bruchfesten, verschließbaren Behälter — nie lose in den Müllbeutel.

(M I 3.1 · B · R 3.6 · H § 4)

☐ ☐ ☐

Verbandkasten (DIN 13157) vollständig und ohne abgelaufene Teile; Wunddesinfektionsmittel mit Anbruchdatum und sterile Pflaster griffbereit. (M II 5.1–5.4 · B · R 3.7)

☐ ☐ ☐

Für Mitarbeitende mit möglichem Blutkontakt: arbeitsmedizinische Vorsorge angeboten und Hepatitis-B-Impfschutz besprochen. Der Rahmenhygieneplan empfiehlt aktuellen Impfschutz; Details klärt der Betriebsarzt oder die Berufsgenossenschaft. (R 4.2–4.3)

☐ ☐ ☐

Geprüft am: \_\_\_\_\_

Von: \_\_\_\_\_

Offene Punkte erledigt bis: \_\_\_\_\_

## Desinfektionsmittel-Liste

Das Gesundheitsamt will sehen, welche Mittel ihr wofür einsetzt und ob Konzentration und Einwirkzeit stimmen. Nur VAH-gelistete Mittel verwenden (Liste: [vah-online.de](http://vah-online.de)). Anbruchdatum immer zusätzlich auf die Flasche schreiben.

| Bereich                    | Produkt und Hersteller | VAH | Konzentration | Einwirkzeit | Haltbar nach Anbruch | Standort |
|----------------------------|------------------------|-----|---------------|-------------|----------------------|----------|
| Hände                      |                        |     |               |             |                      |          |
| Haut (vor Behandlung)      |                        |     |               |             |                      |          |
| Liege und Arbeitsflächen   |                        |     |               |             |                      |          |
| Fußboden                   |                        |     |               |             |                      |          |
| Instrumente (Desinfektion) |                        |     |               |             |                      |          |
| Instrumente (Reinigung)    |                        |     |               |             |                      |          |
| Wäsche                     |                        |     |               |             |                      |          |
| Wunddesinfektion           |                        |     |               |             |                      |          |
|                            |                        |     |               |             |                      |          |
|                            |                        |     |               |             |                      |          |
|                            |                        |     |               |             |                      |          |
|                            |                        |     |               |             |                      |          |

Liste geprüft am: \_\_\_\_\_

Nächste Prüfung: \_\_\_\_\_ (spätestens, wenn ein Mittel gewechselt wird)

## Notizen für die nächste Begehung

Offene Punkte, Rückfragen ans Gesundheitsamt, Termine für Nachbesserungen.

---

---

---

---

---

---

---

## Belehrungs- und Unterweisungsnachweis

Mindestens einmal im Jahr und bei jeder neuen Mitarbeiterin. Datum, Themen und Unterschriften — mehr braucht der Nachweis nicht.  
Aufbewahren und bei der Begehung vorlegen. (R 2.2 · S § 2)

Betrieb: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Durchgeführt von: \_\_\_\_\_

### Behandelte Themen

- |                                                                                                 |                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hygieneplan und Reinigungs-/Desinfektionsplan                          | <input type="checkbox"/> Händehygiene (Waschen, Desinfektion, Schmuck, Nägel) |
| <input type="checkbox"/> Umgang mit Desinfektionsmitteln (Dosierung, Einwirkzeit, Anbruchdatum) | <input type="checkbox"/> Schutzhandschuhe und Hautschutz                      |
| <input type="checkbox"/> Aufbereitung von Instrumenten, Einmalprodukte                          | <input type="checkbox"/> Abfall und spitze/scharfe Gegenstände                |
| <input type="checkbox"/> Verhalten bei Verletzung, Erste Hilfe, Verbandbuch                     | <input type="checkbox"/> Arbeitsschutz und Gefährdungsbeurteilung             |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____                                                       |                                                                               |

### Teilnehmende

| Nr. | Name | Unterschrift Mitarbeiter/in |
|-----|------|-----------------------------|
| 1   |      |                             |
| 2   |      |                             |
| 3   |      |                             |
| 4   |      |                             |
| 5   |      |                             |
| 6   |      |                             |
| 7   |      |                             |
| 8   |      |                             |
| 9   |      |                             |
| 10  |      |                             |
| 11  |      |                             |
| 12  |      |                             |

Nächste Belehrung spätestens am: \_\_\_\_\_ (12 Monate)

Unterschrift Leitung: \_\_\_\_\_