

Hygienische Prävention in Zahnarztpraxen

(das Fragebogen gestützte Selbstauskunftssystem als Teil der vereinbarten kooperativen Strukturen für die Regelüberwachung von Zahnarztpraxen gem. § 23 IfSG und § 7 ÖGdG ist nicht Gegenstand der Überwachung nach MPG)

Fragebogen (Stand: 07/2018)

Bitte nach Beantwortung der Fragen zurücksenden an:

LZK
...
...
.....

Tag der Bestandsaufnahme

Name der Einrichtung
Anschritt:

Telefon:
evtl. Fax:
evtl. E-mail:

Organisation der Praxis:

Träger/Inhaber
fachlich verantwortl. Ltr.
(falls nicht Inhaber)

NUR VON DER LANDESZAHNÄRZTEKAMMER AUSZUFÜLLEN:

Hygienische Prävention von Zahnarztpraxen (gem. § 23 IfSG und § 7 ÖGdG)

Der von obenstehender Praxis ausgefüllte Fragenbogen wurde überprüft, es ergab sich:

- 0 Keine Beratung notwendig, da keine Beanstandung
- 0 Eine Beratung erfolgte am _____ bezüglich Kapitel _____, danach keine weitere Beanstandung
- 0 Beratung bezüglich Kapitel _____ notwendig, jedoch keine Beratung erfolgt; Grund: _____

Zuständiges Gesundheitsamt: _____

Datum: _____ Bearbeiterin _____ Unterschrift
(Christmann, LZK)

A. Angaben zur Praxisstruktur:

- Einzelpraxis sonstige Praxisformen
- Anzahl der Zahnärztinnen / Zahnärzte:
- Anzahl der zahnmed. Fachangestellten:
- Sonstige Mitarbeiterinnen (Anzahl, Qualifikation?)
-
- In der Praxis werden *auch* zahnärztlich-chirurgische/oralchirurgische Eingriffe mit erhöhten Anforderungen an die Hygiene (*) durchgeführt

B. Angaben zum allgemeinen Hygienemanagement:

1. **für das Hygienemanagement ist in der Praxis zuständig** Praxisinhaber
 hygienebeauftragte/r Zahnärztin/arzt
 ZFA
 externer Hygieneberater
(Name:))
2. **regelmäßige Hygienebesprechungen finden statt** Ja Nein
wenn ja, wie oft? jährlich quartalsmäßig u. mehr
3. **hygienische Fortbildungsmaßnahmen werden absolviert** Ja Nein
falls ja: intern extern
4. **ein Hygieneplan ist** vorhanden nicht vorhanden
falls ja, nach RKI/BZÄK
5. a) **existiert ein separater Reinigungs- und Desinfektionsplan?** Ja Nein
- b) **existiert ein eingearbeiteter Reinigungs- und Desinfektionsplan?** Ja Nein

6. Für zahnärztlich-chirurgische/oralchirurgische Eingriffe werden *nur* sterilisierbare *oder* sterile Einmal- Übertragungsinstrumente eingesetzt

Ja

Nein

Beantwortung der Frage 6 entfällt, da es sich um eine kieferorthopädische Praxis handelt, in der keine chirurgischen Eingriffe durchgeführt werden

(*) Erläuterungen zu dem Begriff s. Glossar

7. Für welche der folgenden Arbeitsbereiche regelt der Hygieneplan das Verfahren?

- | | | |
|--|--|-------------------------------|
| 1. Händewaschen und Händedesinfektion | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 2. Schutzkleidung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 3. Verhütung der Übertragung von HIV und weiteren blutübertragbaren sowie anderen Infektionserkrankungen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 4. Zahnlabor (falls vorhanden) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 5. Hygienebeauftragter | <input checked="" type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 6. hygienische Untersuchungen i. R. d. Qualitätssicherung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 7. Abfallentsorgung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 8. Flächenreinigung und -desinfektion | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 9. Aufbereitung von Medizinprodukten | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 10. Instrumentensterilisation | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 11. Instrumentendesinfektion | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

C. Angaben zu speziellen Hygienemaßnahmen:

1. Wird in der Praxis **Berufskleidung** getragen? Ja Nein

2. Wird **zusätzlich Schutzkleidung** getragen bei Tätigkeiten mit erhöhter Kontaminationsgefahr? Ja Nein

3. In **welchen Arbeitsbereichen** wird bereichsspezifische Schutzkleidung getragen?

Patientenbehandlung Labor Instrumentenaufbereitung

Sonstige

4. Personalhygiene beim Umgang mit Patienten am Stuhl:

- | | | |
|--|--------------------------------|--|
| Mundschutz | <input type="checkbox"/> immer | <input type="checkbox"/> anlassbezogen |
| Augen-/ Gesichtsschutz | <input type="checkbox"/> immer | <input type="checkbox"/> anlassbezogen |
| 1x-Schutzhandschuhe | <input type="checkbox"/> immer | <input type="checkbox"/> anlassbezogen |
| Handschuhwechsel
nach jedem Patienten | <input type="checkbox"/> immer | <input type="checkbox"/> anlassbezogen |

5. Abfallsammlung für spitze und scharfe Gegenstände erfolgt in durchstichsicheren Behältern:

Ja Nein

6. Mehrdosisbehältnisse mit Durchstichstopfen finden Anwendung

Ja Nein

- falls ja,
- vor jeder neuen Nutzung wird desinfiziert und neu angestochen
 - Kennzeichnung von Öffnungsdatum und -zeit
 - gekühlte Lagerung (getrennt von Lebensmitteln)
 - Verwendung spezieller Verweilkanülen mit Sterilfilter (z.B. Steri- Minispike)
 - die maximale Aufbewahrungsdauer bezogen auf jedes Produkt nach Eröffnung wird eingehalten

D. Angaben zu(r) Dentaleinheit(en):

1. Anzahl der Dentaleinheiten:

2. Hersteller/Typ:

- | | |
|---------|---------|
| 1. | 4. |
| 2. | 5. |
| 3. | 6. |

3. für die Dentaleinheit(en) gelten besondere Anforderungen an die Hygiene des Betriebswassers

Ja, weil mind. eine der folgend genannten Voraussetzungen zutrifft:

- 0 Behandlung auch hochgradig immuninkompetenter Patienten (*)
- 0 Behandlung auch von Patienten mit Mukoviszidose
- 0 Durchführung zahnärztlich-chirurgisch/oralchirurgischer Eingriffe mit erhöhten Anforderungen an die Hygiene (*)

- Nein**, da die o.g. Voraussetzungen sicher ausgeschlossen werden *oder* für die Durchführung zahnärztlich- chirurgischer / oralchirurgischer Eingriffe steriles Wasser / NaCl - Lösung verwendet wird.

(*) Erläuterungen zu dem Begriff s. Glossar

4. es erfolgt eine *kontinuierliche* Aufbereitung/Desinfektion des Betriebswassers (der Mehrfunktionsspritzen) durch

[verbindliche Voraussetzung für die *regelmäßige* Versorgung hochgradig immunsupprimierter Patienten, wenn das Betriebswasser der Trinkwasserversorgung entnommen wird]

- Keimfilter (vorgeschaltet oder geräteseitig integriert)
- geräteseitig integrierte Zudosierung chemischer Mittel aus nachzufüllendem Vorratstank
- integriertes Chlor- Elektrolyseverfahren
- sonstiges Verfahren
- keine zusätzliche Behandlung des Betriebswassers
- weil Eingriffe unter den Voraussetzungen der Frage Nr. D. 3. *nicht* durchgeführt werden
- weil für Eingriffe unter den Voraussetzungen der Frage Nr. D.3. – analog zum Kühlwasser – nur steriles, externes Wasser verwendet wird

5. Verwendung *sterilen* Wassers / NaCl - Lösung für den Betrieb von Übertragungsinstrumenten (Kühlwasser)

[verbindliche Voraussetzung für die *regelmäßige* Versorgung von Patienten mit hochgradiger Immunkompetenz, Mukoviszidose oder die Durchführung von zahnärztlich-chirurgisch/oralchirurgischen Eingriffen mit *erhöhten* Anforderungen an die Hygiene]

- Ja Nein

6. Wasserversorgung der Dentaleinheit:

Anschluss an die Trinkwasserversorgung (Hausinstallation)

- Ja Nein

wenn nein, bitte Beschreibung der alternativen Wasserversorgung:

.....

7. folgende Proben des Betriebswassers werden min. 1x/Jahr entnommen und bakteriologisch untersucht:

- a) Wasser der Mehrfunktionsspritze Ja Nein

[**grundsätzlich empfohlen; verpflichtend**, wenn auch Patienten mit hochgradiger Immunkompetenz oder Mukoviszidose behandelt werden oder zahnärztlich-chirurgisch/oralchirurgische Eingriffe mit *erhöhten* Anforderungen an die Hygiene durchgeführt werden – KBE, Leg., Pseudomonas: 120 ml]

- b) Kühlwasser des Übertragungsinstrumentes Ja Nein
 [grundsätzlich empfohlen; verpflichtend, wenn nicht ausgeschlossen werden kann, dass auch Patienten mit hochgradiger Immunkompetenz oder Mukoviszidose behandelt werden – KBE, Leg.: 10 ml]

(falls ja, bitte Ergebnis(se) der letzten hyg.- mikrobiolog. Prüfungen bitte in Anlage beifügen!)

8. lassen Sie **vor** Betriebsbeginn das Wasser aus den Auslaufstellen der Dentaleinheit mind. 2 min *und* vor jedem neuen Patienten mind. 20 sec ablaufen?

Ja Nein

E. Beschreibung der örtlichen Gegebenheiten und Infrastruktur:

1. **wie viele separate Untersuchungs- und Behandlungsräume hat die Praxis?**

1 2 3 mehr als 3

2. **sind in den Behandlungsräumen und Personaltoiletten Spender für Seife, Händedesinfektion und 1x- (Papier-)Handtücher vorhanden?**

Ja Nein

3. **sind die Toilettenanlagen für Patienten und Personal getrennt?**

Ja Nein

4. **sind Personalumkleiden mit getrennten Aufbewahrungsmöglichkeiten für Berufs- und Privatkleidung vorhanden?**

Ja Nein

5. **Welche getrennten Funktionsräume sind vorhanden?**

- | | | |
|---|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Entsorgungsraum | <input type="checkbox"/> Labor | <input type="checkbox"/> Röntgen |
| <input type="checkbox"/> Instrumentenaufbereitung | <input type="checkbox"/> Lagerraum | <input type="checkbox"/> Technikraum |
| <input type="checkbox"/> Putzmittel | <input type="checkbox"/> Sonstige: | |

.....

F. Angaben zum Umgang mit Praxiswäsche:

1. Wäscheaufbereitung

- a) Fremdvergabe Ja Nein
Falls ja,
 beauftragtes Unternehmen:

Wäschearten, die extern aufbereitet werden:

- Schutzkleidung
 Berufskleidung
 Reinigungsutensilien
 sonstige

- b) als Schutzkleidung wird nur Einmalkleidung verwendet Ja Nein

falls nein:

- c) Selbstaufbereitung von **Schutzkleidung** Ja Nein

falls ja

- in *separatem* Waschgang Ja Nein
 - als koch-/desinfizierendes Waschverfahren Ja Nein
 - Schutzkleidung wird anschließend
 im Steri behandelt Ja Nein

(bitte zu F. 1. c. die letzten Ergebnisse der obligaten hyg.-mikrobiolog. Prüfung der Waschmaschine(n) beifügen, wenn die Schutzkleidung nicht abschließend in einem Sterilisator behandelt wird!)

- d) Selbstaufbereitung von **Reinigungsutensilien** Ja Nein

falls ja

- in *separatem* Waschgang Ja Nein
 - als koch-/desinfizierendes Waschverfahren Ja Nein

(bitte zu F. 1. d. die letzten Ergebnisse einer evtl. hyg.-mikrobiolog. Prüfung der Waschmaschine(n) beifügen!)

2. Sammlung der benutzten Schutzkleidung (*nicht* der Einmalkleidung)

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

3. Häufigkeit des Wäschewechsels

- | | täglich | 2x wöchentlich | bei Bedarf |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Berufskleidung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Schutzkleidung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

G. Angaben zur Reinigung der Praxis:

1. **die Durchführung der Reinigung gem. Reinigungsplan wird dokumentiert** Ja Nein
2. **Fremdvergabe an ein Reinigungsunternehmen** Ja Nein
3. **nass –wischendes Reinigungsverfahren für glatte Flächen** Ja Nein

4 a. **folgende Flächen werden täglich feucht *gereinigt***

- glatte Fußböden Türklinken Sanitärbereiche
 WC-Sitze Handwaschbecken
 sonstige

b. **folgende Flächen werden bei Bedarf *wischdesinfiziert*:**

- Flächen mit Patienten*haut*- (z.B. Beh.Stuhl) oder *Hand*kontakten (z.B. Türklinken)
 Arbeitsflächen mit möglichem Kontakt zu Körpersekreten oder Aerosolen
 sonstige Flächen

5. **sind Teppichböden vorhanden?**

- Ja Nein
- falls ja,*
in Bereichen mit Infektionsgefährdung Ja Nein

H. Umgang mit Infektionskrankheiten:

1. **Die gesetzlichen Meldepflichten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) sind bekannt** Ja Nein
2. **die Empfehlungen des RKI insbesondere zur „Verhütung der Übertragung von HIV und weiteren blutübertragbaren sowie anderen Infektionserkrankungen“ werden beachtet** Ja Nein

- Verfügbare Ergebnisse der hygienisch – mikrobiologischen Kontrollen zu den Fragen D.7. sowie F.1.c und d. sind in Anlage beigefügt.
- Ich bin damit einverstanden, dass die LZK dem zuständigen Gesundheitsamt diesen Fragebogen mit den von mir gemachten Angaben in Bezug auf meine Praxis im Original weiterleitet.

(Bei Einverständnis bitte ankreuzen)

Datum, Unterschrift des Praxisinhabers, Stempel

MUSTER