

# 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:09/ 2023)

**Bitte nach Beantwortung der Fragen zurücksenden an:**

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

Tag der Bestandsaufnahme .....

Name der Einrichtung .....

Anschrift: .....  
.....  
.....

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 oben stehender 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 : .....  
(ZFA,ZMF, ZMV)

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  
 angestellte/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 in den Hygieneplan eingearbeiteter Reinigungs- und Desinfektionsplan ?**     Ja                       Nein

(\*) Erläuterungen zu dem Begriff s. Glossar

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

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 ( <i>falls vorhanden</i> )  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 5. Hygienebeauftragter   | <input 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<br>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.

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

- |                      | <i>täglich</i>           | <i>2x wöchentlich</i>    | <i>bei Bedarf</i>        |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 4. 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 Patientenhaut- (z.B. Beh.Stuhl) oder Handkontakten (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

Ergänzende Hinweise für Gesundheitsämter und Zahnärzte im Rahmen des Fragebogens zur Hygienischen Prävention nach § 23 IfSG und § 7 ÖGdG

## Glossar

Die in diesem Fragebogen verwendeten Formulierungen und Begriffe sollen klar und verständlich sein. Deshalb wird der Fragebogen auch ständig durch ein Beratungsgremium aus Vertretern der Zahnärzteschaft und des Öffentlichen Gesundheitsdienstes begleitet. Trotz intensiver Abstimmungen im Beratungsgremium können aber im Hinblick auf die gebotene Kürze in einem Fragebogen manche Formulierungen nicht alle Anforderungen, die an die allgemeine Verständlichkeit gestellt werden, erfüllen. Diese sollen daher hier im Folgenden erläutert werden. Für eine darüber hinaus gehende Vertiefung der fachlichen Zusammenhänge empfehlen wir die Nutzung der angegebenen Quelle: „Infektionsprävention in der Zahnheilkunde – Anforderungen an die Hygiene – Mitteilung der Kommission Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch- Institut Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 2006 49:375-394 DOI 10.1007/s00103-005-1219-y, da dieser nicht mehr aktualisiert wird, wird auf den DAHZ Hygieneleitfaden in der jeweiligen gültigen Fassung hingewiesen.

1. Zahnärztlich-chirurgische/oralchirurgische Eingriffe mit erhöhten Anforderungen an die Hygiene  
Hierbei handelt es sich um Eingriffe, die einen anschließenden speicheldichten Wundverschluss nach sich ziehen (Naht).

Beispiele für solche Eingriffe sind:

- Implantationen
- Transplantationen von autologem Knochen- oder Bindegewebe
- Sinus- Lift – Operationen
- Wurzelspitzenresektionen

2. Behandlung von hochgradig immuninkompetenten Patienten:

Bei der zahnärztlichen Versorgung von Patienten mit hochgradiger Immunsuppression müssen besondere hygienische Anforderungen berücksichtigt werden. So wird in der o. g. Empfehlung u. a. darauf hingewiesen, dass eine nicht verschiebbare zahnärztliche Intervention immer in Absprache mit den behandelnden Ärzten erfolgen soll und eine gegebenenfalls erforderliche antibakterielle Chemotherapie an die eventuell bestehende bakterielle Resistenzlage des Patienten angepasst werden muss.

Es können Kriterien benannt werden, die für eine hochgradige Immuninkompetenz beim Patienten sprechen. Solche

Beispiele für hochgradig immunsupprimierte Patienten sind:

- Patienten mit (angeborenen) Immundefekten mit einer hochgradigen Neutropenie ( $<0,5 \times 10^9/L$ )
- Patienten während einer intensiven antineoplastischen Chemotherapie (Induktionsbehandlung einer Leukämie oder eines Lymphoms, Chemotherapie eines soliden Tumors)
- Patienten vor oder in den ersten 100 Tagen nach einer Stammzelltransplantation
- Patienten, die nach einer Organtransplantation oder aus anderen Gründen hoch dosiert mit Steroiden oder anderen Immunsuppressiva behandelt werden.
- HIV Patienten im Stadium AIDS
- Patienten mit Mukoviszidose sind unter den Bedingungen der zahnärztlichen Behandlung Patienten mit hochgradiger Immunsuppression gleichzustellen

Anmerkung:

Werden in einer zahnärztlichen Praxis regelhaft zahnärztlich-chirurgische/oralchirurgische Eingriffe mit erhöhten Anforderungen an die Hygiene wie oben definiert durchgeführt oder hochgradig immuninkompetente Patienten wie oben definiert behandelt, so müssen in diesen Fällen sterile Spüllösungen zur Kühlung der rotierenden Instrumente (Übertragungsinstrumente) eingesetzt werden sowie Desinfektionsanlagen für die Wasser führenden Systeme (Mehrfunktionsspritzen) zur Anwendung kommen, deren Wirksamkeit auch durch bakteriologische Untersuchungen des Betriebswassers auf Legionellen, *Pseudomonas aeruginosa* und die Gesamtkeimzahl der Kolonie bildenden Einheiten (KBE) zu verifizieren ist.