

➔ Schlüsselwörter

Hygiene

Zahnarztpraxen

Gesundheitsamt

Öffentlicher Gesundheitsdienst

Infektionshygienische Überwachung

➔ Keywords

Hygiene

Dentistry

Public health services

Protection against Infection Act

U. Heudorf

Hygiene in Zahnarztpraxen – Wege zur Zielerreichung

Hygiene in dental practices

Zusammenfassung

Seit Inkrafttreten des Infektionsschutzgesetzes können die Gesundheitsämter auch Zahnarztpraxen im Hinblick auf die Einhaltung der Anforderungen der Hygiene überwachen. Fachliche Richtschnur ist die spezielle Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention. Da Zahnarztpraxen aufgrund ihrer komplexen Einrichtung und der speziellen Geräte und Instrumente – im Vergleich mit den bereits seit Jahren zu begehenden stationären medizinischen Einrichtungen – viele Besonderheiten aufweisen, stellt die Überwachung dieser Praxen eine erhebliche Herausforderung an die Gesundheitsämter dar. Nach den positiven Erfahrungen aus der Zusammenarbeit zwischen dem Gesundheitsamt der Stadt Frankfurt und der Landeszahnärztekammer Hessen, ist vorgesehen, dieses Kooperations-Modell in ganz Hessen durchzuführen. Wesentliche Eckpunkte dieses Programms sowie eine Begehungscheckliste werden vorgestellt. (Hyg Med 2006; 31 [9]: 399–405)

Summary

According to the Protection against Infection Act (2001), public health services can control the hygienic situation in dental practices. In a pilot project in collaboration with the Public Health Service of the City of Frankfurt and the chamber of dentists in Hesse compliance with national recommendations on hygiene in dentistry was studied. Encouraged by this good experience, this collaboration model is planned to be implemented all over the state of Hesse. The essentials of this programme as well as the checklist used for the control visits are presented here.

Gesetzliche und fachliche Grundlagen

Die Umsetzung der Anforderungen an die Hygiene in medizinischen Einrichtungen ist ureigene Aufgabe der medizinischen Einrichtungen selbst. Darüber hinaus ist die externe Kontrolle durch die Gesundheitsämter gesetzlich festgeschrieben.

Gemäß dem Bundes-Seuchengesetz unterlagen nur stationäre medizinische Einrichtungen der seuchenhygienischen Überwachung durch die Gesundheitsämter (§ 48 BSeuchG [1]). Zahnarztpraxen konnten nur in den Bundesländern infektionshygienisch überwacht werden, wo dies aufgrund landesgesetzlicher Regelungen festgeschrieben war. Dies betraf zunächst die Gesundheitsdienstgesetze der Bundesländer Brandenburg, Berlin, Mecklenburg-Vorpommern (alle aus dem Jahre 1994), später kamen Rheinland-Pfalz (1996), Sachsen-Anhalt und Nordrhein-Westfalen (beide 1997) und das Saarland (1999) hinzu. Vor diesem Hintergrund ist nachvollziehbar, dass die ersten Berichte über den Hygienestatus in Zahnarztpraxen aus Mecklenburg-Vorpommern [2,3] und Brandenburg [4,5] vorliegen.

Seit Inkrafttreten des Infektionsschutzgesetzes im Jahre 2001 können darüber hinaus bundesweit auch Zahnarztpraxen infektionshygienisch überwacht werden (§ 36 Abs. 2 IfSG [6]). In der Folge wird in den letzten Jahren in verschiedenen Bundesländern in zunehmendem Maß über Routine-Hygienekontrollen auch in Zahnarztpraxen diskutiert, vereinzelt wurden diese bereits durchgeführt und die Ergebnisse publiziert [7,8].

Da aber gerade die Zahnarztpraxis im Vergleich zu stationären und ambulanten medizinischen Einrichtungen, deren Überwachung für die Mitarbeiter der Gesundheitsämter inzwischen Routine ist, nicht zuletzt aufgrund ihrer komplexen Einrichtung und der speziellen Medizinpro-

Priv.-Doz. Dr. Ursel Heudorf

Stadtgesundheitsamt
Abteilung Medizinische Dienste
und Hygiene
Braubachstr. 18–22
60311 Frankfurt

E-Mail:
ursel.heudorf@stadt-frankfurt.de

dukte (Instrumente und Geräte) eine Vielfalt von Besonderheiten aufweist, stellt die Überwachung dieser Praxen eine erhebliche Herausforderung an die Ämter dar.

Fachliche Richtschnur für die Zahnarztpraxen selbst und auch für die Überwachungstätigkeit der Gesundheitsämter ist die Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprä-

vention am Robert Koch-Institut „Infektionsprävention in der Zahnmedizin – Anforderungen an die Hygiene“, die 2006 aktualisiert publiziert wurde [9]. Dort sind auch typische Medizinprodukte aus Zahnarztpraxen und spezifische Anforderungen an deren Aufbereitung genannt. Für den Nichtzahnarzt bleiben dennoch viele Fragen offen, weshalb z. B. aktuell vom

Landesgesundheitsamt Mecklenburg-Vorpommern ein Katalog von Abbildungen spezieller Medizinprodukte aus der Zahnmedizin und detaillierte Angaben zu deren Aufbereitung erstellt wurden [10]. Dieser Katalog kann von interessierten Ämtern zur Vorbereitung der Begehungen angefordert werden. In Hessen wurde in Abstimmung zwischen der Landes-zahnärztekammer, dem Hessischen Sozialministerium (Bereich Infektionsschutz sowie Bereich Medizinprodukteaufbereitung, resp. Regierungspräsidien) und einigen Gesundheitsämtern eine Checkliste zur Begehung/Beratung von Zahnarztpraxen vorbereitet, die in der Anlage abgedruckt ist¹. Mit allen diesen Hilfen können Begehungen/Beratungen standardisiert und zielgerichtet fachgerecht durchgeführt werden.

Erfahrungen aus Frankfurt am Main

Das Gesundheitsamt Frankfurt führt seit Jahren standardisierte, risikobasierte Überwachungen der medizinischen Einrichtungen in seinem Bereich durch. Dabei hat es sich insbesondere in der Zusammenarbeit mit den ambulanten Praxen bewährt, den Praxen vorab umfangreiches Informationsmaterial zur Verfügung zu stellen, Fortbildungen anzubieten und die Vorgehensweise des Amtes im Vorfeld mit den entsprechenden Verbänden abzustimmen [11, 12]. Vor den geplanten Begehungen der Frankfurter Zahnärzte wurde analog zunächst Kontakt mit der Landes Zahnärztekammer aufgenommen. Bei der weiteren Abstimmung entwickelte diese den Wunsch, diese Aufgabe in Eigenregie durchzuführen, als Körperschaft öffentlichen Rechts, analog der Umsetzung der Röntgenverordnung. Da das Infektionsschutzgesetz die infektionshygienische Überwachung eindeutig den Gesundheitsämtern als hoheitliche Aufgabe überträgt, kann diese Aufgabe nicht delegiert werden. Die Gesundheitsämter haben jedoch – da es sich hier um eine Kann-Aufgabe handelt – eine gewisse Freiheit, ihre hoheitliche Aufgabe zu strukturieren. Benannt wer-

¹ An dieser Stelle sei der Kammer und dem Hessischen Sozialministerium ausdrücklich gedankt für die Zustimmung zum Abdruck der gemeinsamen Checkliste, wie sie für das geplante Projekt Hessen eingesetzt werden soll.

Tabelle 1: Pilotprojekt Frankfurt – Ergebnisse zur Aufbereitung der Medizinprodukte (MP) in allen Zahnarztpraxen (Differenzierung nach Kieferorthopäden, Zahnärzten mit einfachem chirurgischen Spektrum, mit erweiterten oder mit überwiegend chirurgischem Spektrum s. Heudorf et al. 2006). Anmerkung: DM: Desinfektionsmittel; RDG: Reinigungs- und Desinfektions-Gerät.

Aufbereitung Medizinprodukte	Alle	Praxen
Allgemeine Fragen	N=127	%
Manuelle Aufbereitung	66	52,0
Manuelle Aufbereitung + Ultraschall	61	48,0
Maschinelle Aufbereitung	41	32,3
Desinfektion von Abformmaterialien	113	89,0
Aufbereitung der MP nach Risikogruppen		
Reinigung und Desinfektion der MP standardisiert nach Risikogruppen	121	95,3
Einstufung der MP in Risikogruppen korrekt	118	92,9
Aufbereitung der Übertragungsinstrumente entspr. Risikogruppen	110	86,6
Nur Praxen, die manuell aufbereiten	N=66	%
Instrumenten-DM DGHM-gelistet	59	89,4
Konzentration und Einwirkzeit korrekt	62	93,9
Wechsel des DM nach Bedarf	65	98,5
Standzeiten der Hersteller beachtet	65	98,5
Wanne mit Abdeckung	58	87,9
Wanne Füllhöhe gekennzeichnet	61	92,4
Dosierhilfen vorhanden	63	95,5
Nur Praxen, die manuell + mit Ultraschall aufbereiten	N=61	%
DM-Ultraschall DGHM-gelistet	50	82,0
DM-Ultraschall Konzentration und Einwirkzeit korrekt	52	85,2
DM für Ultraschall geeignet	50	82,0
DM-Wechsel nach Bedarf	54	88,5
Abdeckung Ultraschall-Wanne vorhanden	53	86,9
Nur Praxen, die maschinell aufbereiten	N=41	%
CE-Kennzeichnung des RDG	29	70,7
Thermisches Verfahren	18	43,9
Chemisches(chemotherm.) Verfahren	23	56,1
Biologische Kontrollen alle 6 Monate	12	29,3
Wartung regelmäßig	30	73,2
Sterilisator	N=127	%
Typ B	78	61,4
Wartung (mind. 1x/J)	117	92,9
Biologische Testung (mind. 1x / 6Mo)	106	83,5

den insbesondere Stichprobenprogramme [13], gerade auch angesichts enger Personalkapazitäten vieler Ämter.

Vor diesem Hintergrund wurde das „Pilotprojekt Frankfurt“ entwickelt und im Sommer/Herbst 2005 durchgeführt. Nach Vorgesprächen und Erstellen einer ersten Checkliste auf Grundlage der damals gültigen Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention [14] wurden die Frankfurter Zahnärzte durch die Kammer über das Projekt informiert. Die Kammer führte in Abstimmung mit dem Gesundheitsamt Fortbildungsmaßnahmen durch, erstellte einen Musterhygieneplan und richtete eine Hygiene-Hotline ein. Beauftragte der Kammer besuchten nach Einweisung durch die Kammer und das Gesundheitsamt 127 Praxen, berieten die Ärzte vor Ort und erhoben den Hygienestandard anhand der Checkliste. Die Ergebnisse wurden anonymisiert dem Gesundheitsamt übergeben, ausgewertet und publiziert [8]. Tabelle 1 zeigt orientierend die erhobenen Daten zur Aufbereitung der Medizinprodukte. Der mit diesem Pilotprojekt eingeschlagene Weg hat sich aus Sicht aller Beteiligten bewährt; insbesondere wurde bei den niedergelassenen Ärzten eine hohe Akzeptanz für die Fortbildungen und Praxisbesuche und eine gute Compliance festgestellt.

Projekt Hessen

Es ist vorgesehen, dieses „Pilotprojekt Frankfurt“ auf ganz Hessen zu übertragen und im Jahre 2006 das „Projekt Hessen“ zu starten. Nach Abschluss einer Rahmenempfehlung zwischen dem Hessischen Sozialministerium und der Landeszahnärztekammer Hessen plant die Kammer, innerhalb von 5 Jahren sämtliche ca. 4500 Zahnarztpraxen in Hessen (Zahnärzte und Praxisassistentinnen) in großen Veranstaltungen fortzubilden und im Anschluss daran die Praxen analog der gemeinsam zwischen Kammer, Hessischem Sozialministerium (Bereiche In-

fektionsschutz und Medizinprodukteaufbereitung) und verschiedenen hessischen Gesundheitsämtern abgestimmten Checkliste (Anhang) incl. einer Maßnahmenliste zu besuchen und individuell zu beraten. Vom Ansatz her wird also – durchaus im Sinne von § 1 Infektionsschutzgesetz – die Eigenverantwortung der Kammer und ihrer Mitglieder für die Hygiene und Infektionsprävention für Patienten und Personal in den Zahnarztpraxen in den Mittelpunkt gestellt.

Die nach Infektionsschutzgesetz für die infektionshygienische Überwachung der Praxen zuständigen Gesundheitsämter sollen jährlich von der Kammer die bei diesen Besuchen standardisiert erhobenen Daten anonymisiert erhalten. Werden in einer Praxis festgestellte Mängel nicht innerhalb der vereinbarten Frist beseitigt, wird die Kammer darüber hinaus diese Praxis zeitnah dem zuständigen Gesundheitsamt namentlich melden, damit dieses seinem Gesetzauftrag gemäß das Notwendige veranlasst. Vor diesem Hintergrund können/sollen die Gesundheitsämter die Überwachung der Zahnarztpraxen – über anlassbezogene Begehungen hinaus – auf ein Stichprobenprogramm begrenzen, um eine zeitliche und finanzielle Doppelbelastung der Praxen zu vermeiden.

Eine jährliche gemeinsame Evaluation und ggf. Anpassungen des Projekts sind vorgesehen. Sollte sich hierbei oder bei den Stichprobenprogrammen der Ämter zeigen, dass dieses Projekt, d.h. Stärkung der Compliance mit der Hygiene in Zahnarztpraxen durch die Kammer und ihre Mitglieder selbst, nicht zu dem gewünschten Erfolg führt, werden/müssen die Gesundheitsämter ihre Überwachung wieder intensivieren. Werden aber – wie aus dem Pilotprojekt Frankfurt zu erwarten – weiterhin positive Ergebnisse erhalten, können die Gesundheitsämter ihre knappen Ressourcen in der infektionshygienischen Überwachung anderer medizinischer Einrichtungen einsetzen, um auch dort die Hygiene und Infektionsprävention zu fördern.

Literatur

1. BSeuchG: Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten beim Menschen (Bundesseuchengesetz) vom 18. Dezember 1979 (BGI S. 2262, ber. I 1980 S. 151; zuletzt geändert durch Gesetz vom 12. September 1990 BGI. I, S. 2002 und BGI III 2126–1.
2. Littmann M: Hygienebegehungen ambulanter Arzt-/Zahnarztpraxen in Mecklenburg-Vorpommern (M-V). Das Gesundheitswesen (1999) 61: A 6.
3. Pohl U: Hygienebegehungen in Zahnarztpraxen im Land Mecklenburg-Vorpommern 1998. Dens (2000) 16–19.
4. Hiller I: Auswertung einer Erhebung zur Qualität der Hygiene in Zahnarztpraxen. LZÄKB (1998) 34–37.
5. Hiller I: Hygienische Qualitätssicherung in Zahnarztpraxen Brandenburgs – Auswertung einer Erhebung des LGA Brandenburg in Zusammenarbeit mit der Landeszahnärztekammer Brandenburg und Gesundheitsämtern 1997/1998. Das Gesundheitswesen (2000) 62: A 41.
6. IfSG: Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (IfSG) Bundesgesetzblatt (2000) 1045–1077.
7. Enk M: Vorgehen des Gesundheitsamtes Vechta bei der infektionshygienischen Überwachung von Arzt- und Zahnarztpraxen. Hyg Med (2005) 30: 207–210.
8. Heudorf U, Dehler A, Klenner W, Exner M: Hygiene und Infektionsprävention in Zahnarztpraxen – Pilotprojekt Frankfurt 2005. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz (2006) 49: 648–659.
9. KRINKO Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert Koch-Institut: Infektionsprävention in der Zahnmedizin – Anforderungen an die Hygiene. Bundesgesundheitsblatt (2006) 49: 375–394.
10. Kober P: Risikobewertung und Einstufung in der Zahnmedizin gebräuchlicher Medizinprodukte. Gesundheitswesen (2006) 68: 213. poststelle.gesundheit.nst@lagus.mv-regierung.de
11. Heudorf U: Compliance mit hygienischen Rechtsvorschriften und Richtlinien – aus Sicht des Gesundheitsamtes. Hygiene und Medizin (2005) 30: 292–297.
12. Heudorf U, Hofmann H, Kutze G, Otto U: Hygiene in Praxen von Heilpraktikern. Ergebnisse der infektionshygienischen Überwachung des Gesundheitsamtes Frankfurt, 2003. Gesundheitswesen (2005) 67: 162–172.
13. Bahles S, Baumann HG, Schnitzler N (2003) Infektionsschutzgesetz. Kommentar und Vorschriften-sammlung. 2. Auflage. Verlag Kohlhammer, Stuttgart/Berlin/Köln.
14. KRINKO Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert Koch-Institut: Anforderungen an die Hygiene in der Zahnmedizin. Bundesgesundheitsblatt (1998) 41: 363–369.



Anlage „Checkliste“

s. nächste Seite >>>>



Checkliste für Hygieneberatungen von Zahnarztpraxen

(Auf der Basis der Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene „Infektionsprävention in der Zahnheilkunde – Anforderungen an die Hygiene (2006)“)

Landeszahnärztekammer Hessen

Verantwortlich: LZKH / Dr. A. Dehler

Zahnarztpraxis

Datum der Begehung: ____ . ____ . ____

Uhrzeit: von ____ Uhr bis ____ Uhr

Teilnehmer: _____

1. Allgemeine Angaben

Anzahl der Zahnärzte/innen:

Anzahl der Beschäftigten:

Zahnarztshelferinnen / ZFA:

Hygieneplan (gem. BZÄK) liegt vor

Stand: _____ ja nein

Reinigungs- und Desinfektionsplan liegt vor

Stand: _____ ja nein

Die im Reinigungs- und Desinfektionsplan benannten Substanzen kommen auch zur Anwendung:

Aushang (Wo): _____ ja nein

2. Art der Eingriffe

Einfaches chirurgisches Spektrum
(kleine Extraktionen, vorwiegend geschlossene PA)

Erweitertes chirurgisches Spektrum
(Osteomien, alle WR's, Implantation, geschlossene und offene PA, intraorale Inzissionen)

Umfassendes chirurgisches Spektrum
(u. a. Sinuslift, extraorale Inzission, chirurgische Traumatologie)

3. Personalhygiene

Umkleideraum: getrennte Aufbewahrung von Berufs- und Normalkleidung ja nein

Aufbereitung der Berufskleidung erfolgt gemäß DAHZ (entfällt bei Einmalschutzkleidung)

- privat mit separater Waschmaschine
- durch Fremdvergabe
- desinfizierendes Waschverfahren
- chemothermisch thermisch (> 90 °C)

Für **Personenschutz** sind vorhanden

- Flüssigkeitsdichte Einmalhandschuhe
- Latex gepudert ungepudert latexfreie
- sterile OP-Handschuhe
- Schutzkittel / Schutzhürze
- Mund-Nasenschutz-Masken Schutzbrille
- geeignete Handschuhe für den Umgang mit
- Desinfektionslösungen
- Verwendung doppelter Handschuhe bei bekannt infektiösen Patienten

4. Händedesinfektion / Händereinigung

Sind in Behandlungsräumen

Waschbecken vorhanden ja nein

Berührungsfreie Armaturen ja nein

- Seifenspender Spender für HDM
- Handtuchspender Handpflegemittel
- Abwurf für Einmalhandtücher

Wird Schmuck an Händen und Unterarmen vor Behandlungsbeginn abgelegt? ja nein

Sind die Fingernägel kurz (nicht die Fingerkuppe überragend, nicht lackiert?) ja nein

Händedesinfektionsmittel: _____

Originalgebinde ja nein

DGHM/VAH-gelistet ja nein

Getrennte Sanitäranlagen für Personal und Patienten ja nein

5. Medizinprodukteaufbereitung

Liegt eine Risikobewertung der Medizinprodukte entsprechend der RKI-Richtlinie „Infektionsprävention in der Zahnheilkunde“ vor? ja nein

Wenn ja, welche?

unkritische MP

semikritische MP A B

kritische MP A B

Einstufung korrekt? ja nein

Reine und unreine Zonen sind definiert (d. h. Trennung steriler und unsteriler Instrumente)? ja nein

Werden die Absaugkanäle der Behandlungseinheiten desinfiziert? ja nein

Aufbereitung von Instrumenten / Materialien erfolgt

nur manuell manuell mit Ultraschall maschinell

Reinigung und Desinfektion von Instrumenten ist den Risikogruppen entsprechend standardisiert (Hygieneplan) ja nein

Manuelle Aufbereitung

Instrumentendesinfektionsmittel: _____

DGHM/VAH - gelistet ja nein

Konzentration: _____ Einwirkzeit: _____
(nach Vorgabe DGHM/VAH-Liste)

Wechsel des Desinfektionsmittels arbeitstäglich (Vorgabe des Herstellers)? ja nein

Instrumentenwanne mit Abdeckung ja nein

Dosierhilfen vorhanden ja nein

Werden Abformmaterialien/prothetische Werkstücke aufbereitet? ja nein

Werden Übertragungsinstrumente entsprechend der Risikogruppen-einteilung aufbereitet? ja nein

Manuelle Aufbereitung mit Ultraschall (bei Desinfektion)

Instrumentendesinfektionsmittel: _____

DGHM/VAH - gelistet ja nein

Konzentration: _____ Einwirkzeit: _____
(nach Vorgabe DGHM/VAH-Liste)

Desinfektionsmittel für Ultraschallbad geeignet ja nein

Wechsel des Desinfektionsmittels arbeitstäglich (Vorgabe des Herstellers)? ja nein

Abdeckung für Ultraschallwanne vorhanden? ja nein

Maschinelle Aufbereitung

Gerätetyp: _____

Baujahr: _____

CE-Kennzeichnung: ja nein

Abnahmeprüfung (Hersteller) ja nein

Desinfektionsverfahren

thermisch chemisch-thermisch

Periodische Prüfungen nach Angaben des Herstellers ja nein

letzte Überprüfung: _____ Befund: _____

Drucker ja nein

Wartung nach Angaben des Herstellers ja nein

6. Sterilisation

Ist ein Sterilisator vorhanden ja nein

Fabrikat: _____

Baujahr: _____

Sterilisationsverfahren

Dampfsterilisation

CE-Kennzeichnung des Sterilisators ja nein

Kammervolumen des Sterilisators (1 StE = 54 l)

<= 1 StE >= 1 StE

entspricht der Sterilisator der
DIN EN 13060 ja nein

Wenn ja: Über welche Typen von Sterilisationszyklen
verfügt der Sterilisator?

Typ B: Sterilisation aller verpackten und unverpackten massiven,
hohlen und porösen Produkte

Fabrikat: _____

Baujahr: _____

PCD (Helixtest) mit Indikator

pro Charge

Entspricht DIN EN 867-5?

Typ N: Sterilisation von Produkten nach Herstellerangaben (schriftliche
Bestätigung des Herstellers über das individuell geforderte
Leistungsspektrum liegt vor)

Fabrikat: _____

Baujahr: _____

Typ S: Sterilisation von Produkten nach Herstellerangaben (schriftliche
Bestätigung des Herstellers über das individuell geforderte
Leistungsspektrum liegt vor)

ja nein

Fabrikat: _____

Baujahr: _____

chemischer Indikator gemäß DIN EN 867-5 pro Charge

ja nein

Typ nicht DIN EN 13060 entsprechend
Mikrobiologische Einzelproduktprüfung 1x jährlich vorgenommen

ja nein

chemischer Indikator gemäß DIN EN 867-5 pro Charge

ja nein

Fabrikat: _____

Baujahr: _____

Dokumentation der Sterilisationsprozesse

ja nein

automatisch manuell

Erfasste Parameter:

Druck Temperatur Zeit

Dokumentationsblatt führt auf:

Verantwortliche Person ja nein

Chargennummer ja nein

Sterilisationsdatum ja nein

Bemerkungen: _____

Lagerzeit des Sterilgut ja nein

beachtet und

Verantwortlichkeit geregelt

Art der Verpackung

Klarsicht Kassette Papier

regelmäßige technische Wartung ja nein
(Nach Herstellerangabe)

7. Flächenreinigung und Desinfektion

Werden die Flächen in der
Praxis gemäß aushängendem
Reinigungs- und Desinfektions-
plan desinfizierend gereinigt?

ja nein

Flächendesinfektionsmittel:

DGHM/VAH - gelistet ja nein

Konzentration: _____ Einwirkzeit: _____
(nach Vorgabe DGHM/VAH-Liste)

Flächendesinfektion erfolgt durch

Scheuer-Wisch-Methode Sprühmethode

Ansatz der Desinfektionslösung erfolgt

täglich, vor Betriebsbeginn

bei Bedarf (Trübung, Flockenbildung)

Scheuer-Wischdesinfektion nach jedem Patienten? ja nein

8. Abfallentsorgung

Durchstichsichere Behälter spitze und scharfe Gegenstände vorhanden? ja nein

Abfallsammler mit Fuß-bedienter Abdeckung versehen? ja nein

9. Trinkwasser

Haus- und PraxiseingangsfILTER vorhanden? ja nein

Regelmäßiger Austausch? ja nein

Ist eine Wasseraufbereitungsanlage vorhanden? ja nein

10. Ausstattung

Sind pro tätigen Behandler mindestens 3 Übertragungsinstrumente vorhanden? ja nein

Erfolgt der Betrieb und die routinemäßige Wartung der Behandlungseinheiten gemäß Herstellerangaben? ja nein

11. BUS-Dienst

Betriebsärztliche / Sicherheitstechnische Betreuung vorhanden? ja nein

12. Bemerkungen
