

## Checkliste Hygienebegehung von Zahnarztpraxen und MKG-Praxen

Erstellt durch das Gesundheitsamt Düsseldorf und  
die Zahnärztekammer Nordrhein

### 1. Einrichtung/ Praxis

Betreiber/ Inhaber der Einrichtung	
ggf. Name der Einrichtung/ Praxis	
Anschrift	
Betriebsform	<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> Gemeinschaftspraxis <input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft
Datum der Inbetriebnahme / Übernahme	
Ansprechpartner für die Begehung	
Tel.	
Fax	
E-Mail	
Internet	
Teilnahme an einer externen Qualitätssicherung (z.B. ISO 9001)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja,
	Name, Anschrift

## 2. Begehung

Datum	
Teilnehmer	
Praxis	
Gesundheitsamt	
Sonstige	
Letzte Begehung gemäß Infektionsschutzgesetz am Medizinproduktegesetz am	

## 3. Beschäftigte

Qualifikation	Anzahl
Zahnärzte/innen	
Zahnmedizinische Fachangestellte	
Dentaltechniker/in	
Auszubildende	
Verwaltungskräfte	
<b>Reinigungskräfte</b>	
Eigene Reinigungskraft	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Reinigungsunternehmen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	wenn ja, Name und Anschrift
Sonstige (Qualifikation) z.B. Praktikanten	

#### 4. Zuständigkeit für das Hygienemanagement

Hygienebeauftragte	<input type="checkbox"/> Praxisbetreiber
	<input type="checkbox"/> Zahnmedizinische Fachangestellte
	<input type="checkbox"/> Externe Hygieneberatung
	Name und Anschrift

#### 5. Eingriffsspektrum

es werden keine operativen Eingriffe durchgeführt, die zahnärztlichen Leistungen beziehen sich ausschließlich auf:

- Kieferorthopädie
- konservierende Therapie
- prothetische Therapie
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

es werden Eingriffe durchgeführt/ Einfaches chirurgisches Spektrum

- Einfache Extraktion
- Vorwiegend geschlossene Parodontaltherapie
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

es werden Eingriffe durchgeführt/ Erweitertes chirurgisches Spektrum

- Osteotomien
- Implantationen
- Intraorale Inzision

- Sinuslifts
- Augmentation
- Offene Parodontaltherapie
- Extraorale Inzisionen
- Kiefer-Traumatologie
- Erweiterte Extraktion
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

- es werden plastisch-ästhetische und sonstige nichtzahnärztliche Eingriffe / Operationen durchgeführt
  - Plastisch-ästhetische Operationen
  - Gesichts-Traumatologie
  - Operationen außerhalb des Kopfbereichs
  - \_\_\_\_\_
  - \_\_\_\_\_
  - \_\_\_\_\_
  - \_\_\_\_\_

### 6. Sedierung / Narkose

Lachgassedierung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Inhalationsnarkosen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
intravenöse Narkosen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Name, Anschrift des Anästhesisten	_____	
	_____	
	_____	

## 7. Besondere Verhaltensmaßnahmen zur Infektionsprävention

Existieren besondere Verhaltensregeln bei Behandlung von Patienten, die mit den folgenden Krankheitserregern kolonisiert / infiziert sind, bzw. bei denen die unten genannten Krankheitszeichen vorliegen:

- Multiresistente Erreger (MRSA und andere multiresistente Erreger)
- HBV (Hepatitis B-Virus) / HCV (Hepatitis C-Virus)
- HIV (Humanes Immundefizienz-Virus)
- akute fieberhafte Erkrankung des Respirationstrakts / fieberhafte exanthematische Erkrankung (z.B. Masern, Röteln, Windpocken...)

Sind hierzu Festlegungen im Hygieneplan getroffen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
--	-----------------------------	-------------------------------

## 8. Kleidung und Abdeckung bei operativen Eingriffen

	Eingriffe <u>ohne</u> speicheldichten Wundverschluss		Eingriffe <u>mit</u> speicheldichten Wundverschluss	
Unsterile Handschuhe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sterile Handschuhe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sterile OP-Kleidung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sterile Abdeckung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Mund-/Nasenschutz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schutzbrille	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kopfhaube	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

## 9. Antisepsis

<p>Orale Antisepsis bei Patienten mit erhöhtem Infektionsrisiko</p>	<p><input type="checkbox"/> ja                      <input type="checkbox"/> nein wenn ja, mit welchen Produkten</p>
<p>Orale Antisepsis vor Eingriffen mit speicheldichtem Wundverschluss</p>	<p><input type="checkbox"/> ja                      <input type="checkbox"/> nein wenn ja, mit welchen Produkten</p>
<p>Verwendung von sterilen Lösungen bei umfangreichen Eingriffen und immunsupprimierten Patienten (Spülung und Instrumentenkühlung z. B. mit physiologischer Kochsalzlösung)</p>	<p><input type="checkbox"/> ja                      <input type="checkbox"/> nein wenn ja, mit welchen Produkten</p>

## 10. Antibiotikaprohylaxe

Erfolgt eine Antibiotikaprohylaxe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
-----------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

wenn ja,

auf Empfehlung des behandelnden Arztes

nach eigener Indikationsstellung:

bei welchen Indikationen und mit welchen Antibiotika

Indikation	Primär eingesetztes Antibiotikum
<input type="checkbox"/> Eingriffsdauer >.....Stunden	
<input type="checkbox"/> Endokarditisrisiko bei Patienten	
<input type="checkbox"/> mit rekonstruierten Klappen innerhalb der ersten 6 Monate	
<input type="checkbox"/> mit abgelaufener Endokarditis	
<input type="checkbox"/> mit zyanotischen Herzfehlern	
<input type="checkbox"/> mit operierten Herzfehlern mit Implantaten	
<input type="checkbox"/> nach Herztransplantation mit Valvulopathie	
<input type="checkbox"/> hohes <i>allgemeines</i> Infektionsrisiko bei	
<input type="checkbox"/> suboptimale Blutzuckereinstellung bei Diabetes mellitus	
<input type="checkbox"/> reduzierter Infektabwehr aufgrund immunsuppressiver Therapie	
<input type="checkbox"/> Patienten mit Gelenkprothesen	
<input type="checkbox"/> Indikationsstellung generell	
<input type="checkbox"/> innerhalb der ersten 2 Jahre nach Prothesenimplantation	
<input type="checkbox"/> Patienten mit gestörtem Knochenstoffwechsel	
<input type="checkbox"/> Radiatio im Kopf-Hals-Bereich	
<input type="checkbox"/> Biphosphonatherapie in der Anamnese	
<input type="checkbox"/> weitere Indikationen	

Werden die oben genannten Indikationen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
--	-----------------------------	-------------------------------	------------------------------------

im Rahmen der allgemeinen Anamneseerhebung erfragt?	
---	--

### 11. Arzneimittel

Werden kühlpflichtige Arzneimittel gelagert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
--	-----------------------------	-------------------------------

wenn ja,

Lagerung in separatem Kühlschrank	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
wenn ja,		
Min.-Max. Thermometer im Kühlschrank	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Arbeitstägliche Dokumentation des eingehaltenen Temperaturbereichs	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Regelmäßige Überwachung der Verfallsdaten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Verwendung von Mehrdosisbehältnissen (z.B. NaCl-Lsg., Lokalanästhetika u.a.)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	wenn ja, welche Produkte	
Dokumentation des Anbruchdatums	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Umfüllung von Haut- oder Händedesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	wenn ja, welche Produkte	



## 12. Baulich-funktionelle Strukturen

Zur Veranschaulichung wird eine aussagekräftig beschriftete Grundrisszeichnung der Praxis erbeten.

Räume	zutreffend	
OP	<input type="checkbox"/> ja	wenn ja, Anzahl : <input type="checkbox"/> nein
Eingriffe	<input type="checkbox"/> ja	wenn ja, Anzahl : <input type="checkbox"/> nein
Behandlung	<input type="checkbox"/> ja	wenn ja, Anzahl : <input type="checkbox"/> nein
Röntgen	<input type="checkbox"/> ja	wenn ja, Anzahl : <input type="checkbox"/> nein
Röntgen in Behandlung	<input type="checkbox"/> ja	wenn ja, Anzahl : <input type="checkbox"/> nein
Dentallabor	<input type="checkbox"/> ja	wenn ja, Anzahl : <input type="checkbox"/> nein
Aufwachen / Ruhezone	<input type="checkbox"/> ja	wenn ja, Anzahl : <input type="checkbox"/> nein
Instrumenten-Aufbereitung	<input type="checkbox"/> ja	wenn ja, Anzahl : <input type="checkbox"/> nein
Lager	<input type="checkbox"/> ja	wenn ja, Anzahl : <input type="checkbox"/> nein
Putzmittel	<input type="checkbox"/> ja	wenn ja, Anzahl : <input type="checkbox"/> nein
Wäscheaufbereitung	<input type="checkbox"/> ja	wenn ja, Anzahl : <input type="checkbox"/> nein
Aufenthalt / Teeküche	<input type="checkbox"/> ja	wenn ja, Anzahl : <input type="checkbox"/> nein
Personalumkleide	<input type="checkbox"/> ja	wenn ja, Anzahl : <input type="checkbox"/> nein
Personal-WC	<input type="checkbox"/> ja	wenn ja, Anzahl : <input type="checkbox"/> nein
Büro	<input type="checkbox"/> ja	wenn ja, Anzahl : <input type="checkbox"/> nein
Warten	<input type="checkbox"/> ja	wenn ja, Anzahl : <input type="checkbox"/> nein
Patienten-WC	<input type="checkbox"/> ja	wenn ja, Anzahl : <input type="checkbox"/> nein

### 13. Be- und Entlüftung / Klimageräte / Raumlufotechnische Anlagen (RLT-Anlagen)

Natürliche Lüftung (Fensterlüftung)  <div style="text-align: right;">OP</div> Eingriffsraum Behandlungsraum Aufbereitung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, Fliegengitter vor Fenster für
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Klimageräte (Anlagen ausschließlich zur Kühlung der Raumtemperatur)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, in welchen Räumen  _____ _____ _____
letzte Wartung am:	
RLT-Anlage (Anlage zur Regulierung des gesamten Raumklimas)  <input type="checkbox"/> zentral <input type="checkbox"/> dezentral	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, für welche Räume  _____ _____ _____
letzte Wartung am:	

## 14. Hygieneplan

Hygieneplan vorhanden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	wenn ja,	
In schriftlicher Form	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
In elektronischer Form	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Stand (Datum)		
Dokumentierte Einweisung neuer Mitarbeiter/innen bei Einstellung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Dokumentierte Schulungen der Mitarbeiter/innen in Folge	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	wenn ja, wie häufig (z.B. jährlich)	
Auf Grundlage des Rahmenhygieneplans der Bundeszahnärztekammer / Zahnärztekammer Nordrhein für die Praxis individuell abgestimmt erstellt.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wurde der Hygieneplan in Zusammenarbeit mit externer Beraterfirma erstellt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	wenn ja und abweichend von Pkt. 4: Name und Anschrift	

## 15. Desinfektion- und Reinigungsplan

Desinfektions- und Reinigungsplan vorhanden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	wenn ja, mit Verfahrensbeschreibung für	
Hände	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haut	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Geräte	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Einrichtungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Flächen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kleidung / Wäsche	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

## 16. Baulich-strukturelle Voraussetzungen zur Händehygiene

	Handwaschbecken	Spender für Flüssigseife	Spender für Einmalhandtücher	Spender für Hände-desinfektionsmittel
Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eingriff	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufbereitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dentallabor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personaltoilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Röntgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Räume (bitte benennen):				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Ausstattung</b>		
Wasserarmatur ohne Handkontakt zu bedienen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Fließend kaltes und warmes Wasser	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Technische Details</b>		
Regelmäßige Reinigung/ Wechsel der Wasserstrahlregler (Perlatoren)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wasserstrahl direkt in den Abfluss	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Waschbecken ohne Überlauf	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

## 17. Flächendesinfektion

<b>Frequenz/ Häufigkeit</b>	
Patientennahe Flächen nach jedem Patienten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Flächen bei sichtbarer Kontamination	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Arbeitstägliche Flächendesinfektion	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

<b>Verfahren</b>			
<input type="checkbox"/> Sprühdeseinfektion		wenn zutreffend:	
<i>Produkt</i>	<i>Hersteller</i>	<i>Konzentration</i>	<i>VAH-Listung</i>
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Wischdesinfektion		wenn zutreffend:	
<i>Produkt</i>	<i>Hersteller</i>	<i>Konzentration</i>	<i>VAH-Listung</i>
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herstellerseitig gebrauchsfertig vorgetränkte Tücher		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Produkt		wenn ja,	
Konzentration			
Einwirkzeit			
Wiederbefüllbare Tuchspendersysteme		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Gebrauchsanweisung vorhanden		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Verfahrensanweisungen zur Aufbereitung der Behälter vor erneuter Befüllung vorhanden		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Verwendung eines automatischen Desinfektionsmitteldosiergeräts	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
letzte technische Überprüfung am:	

Manuelle Herstellung von Desinfektionsmittelgebrauchslösungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	wenn ja,	
Dosiertabelle vorhanden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Dosierhilfe vorhanden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ansatz der Gebrauchslösung entsprechend der Herstellerangaben	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Aufbereitung der Reinigungsutensilien (z.B. Wischtücher zur Desinfektion)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	<i>(s. Punkt 21. Wäsche)</i>	
Verwendung von Einwegmaterial	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

## 18. Trinkwasserinstallation und wasserführende Systeme

Mobile Behandlungsgeräte (z.B. Chirurgie-Geräte, Implantations-Geräte, Koffergeräte für Alten- und Behindertenheime)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	wenn ja,	
Anzahl		
Typ / Hersteller		

### 18.1 Behandlungseinheiten ohne Anschluss an die Trinkwasserinstallation

<input type="checkbox"/> ohne Wasser	Anzahl:
<input type="checkbox"/> mit Wasservorratsbehälter („Bottle-System“)	Anzahl:
Verfahren zur Wasserentkeimung (bitte näher bezeichnen)	
Intervall: kontinuierlich, diskontinuierlich (z.B. über Nacht)	
Letzte Wartung der Behandlungseinheiten am:	

Hygienisch-mikrobiologische Prüfung der Wasserführenden Systeme	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> entfällt
	wenn ja, zuletzt am: <i>Bitte Untersuchungsbefunde beifügen</i>		

Koloniezahl 36°C	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Legionella Spezies	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Probenahme erfolgte durch	<input type="checkbox"/> mit der Untersuchung beauftragtes Labor <input type="checkbox"/> Praxisbetreiber <input type="checkbox"/> Praxismitarbeiter <input type="checkbox"/> andere Person: .....	
Spülung des Systems am Beginn des Arbeitstages für mind. 2 Min.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Spülung des Systems nach jeder Behandlung für mind. 20 s	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Desinfektion und Reinigung der Absaugung mind. 1 x tgl. gemäß Herstellerangaben (z.B. am Ende des Arbeitstages)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	wenn ja, verwendetes Produkt:	
Produkt		
Konzentration		
äußerliche Desinfektion der Schläuche und Kupplungen der Absauganlage im Griffbereich nach jedem Patienten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	wenn ja, verwendetes Produkt:	
Produkt		
Konzentration		
Austausch der Absaugkanülen nach jedem Patienten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Desinfektion und Reinigung der Absaugung vor Nutzung nach längeren Behandlungspausen wie Urlaubszeiten gemäß Herstellerangaben	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

**18.2 Behandlungseinheiten mit Anschluss an die Trinkwasserinstallation**

<input type="checkbox"/> ohne Wasserentkeimungsanlage	Anzahl:
<input type="checkbox"/> mit Wasserentkeimungsanlage	Anzahl:
Verfahren zur Wasserentkeimung (bitte näher bezeichnen)	



Intervall: kontinuierlich, diskontinuierlich (z.B. über Nacht)	
Trennung der wasserführenden Systeme von der Trinkwasserinstallation über einen Systemtrenner gem DIN EN 1717 bzw. DVGW-Prüfung belegt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  <input type="checkbox"/> nicht bekannt
Letzte Wartung am:	

Hygienisch-mikrobiologische Prüfung der Wasserführenden Systeme	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> entfällt wenn ja, zuletzt am: <i>Bitte Untersuchungsbefunde beifügen</i>
Koloniezahl 36°C	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Legionella Spezies	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Probenahme erfolgte durch	<input type="checkbox"/> mit der Untersuchung beauftragtes Labor <input type="checkbox"/> Praxisbetreiber <input type="checkbox"/> Praxismitarbeiter <input type="checkbox"/> andere Person: .....
Spülung des Systems am Beginn des Arbeitstages für mind. 2 Min.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Spülung des Systems nach jeder Behandlung für mind. 20 s	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Desinfektion und Reinigung der Absaugung am Ende des Arbeitstages mind. 1 x tgl. gemäß Herstellerangaben	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, verwendetes Produkt:
Produkt	
Konzentration	
äußerliche Desinfektion der Schläuche und Kupplungen der Absauganlage im Griffbereich nach jedem Patienten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, verwendetes Produkt:
Produkt	
Konzentration	
Austausch der Absaugkanülen nach jedem Patienten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Desinfektion und Reinigung der Absaugung vor Nutzung nach längeren Behandlungspausen wie Urlaubszeiten gemäß Herstellerangaben	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

## 19. Abfallmanagement

Abfallart	
Entsorgung von spitzen und scharfen Gegenstände (AS 18 01 01) in stich- und bruchfesten Einwegbehältnissen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Werden bei mit Blut, Sekreten oder Exkreten behafteten Abfälle (z.B. Tupfer, Handschuhe, Drainagestreifen – AS 18 01 04) die Anforderungen der kommunalen Abfallentsorgungssatzung beachtet?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Werden Röntgenchemikalien der Entsorgung durch ein entsprechend zertifiziertes Unternehmen mit Entsorgungsnachweis zugeführt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> entfällt
Werden amalgamhaltige Abfälle der Entsorgung durch ein entsprechend zertifiziertes Unternehmen mit Entsorgungsnachweis zugeführt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

## 20. Personalschutz

Betriebsärztliche/ arbeitsmedizinische Betreuung vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	wenn ja, Name und Anschrift

Gibt es Mitarbeiter, welche die folgenden Impfungen ablehnen?	
Hepatitis B	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt
Tetanus	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt
Diphtherie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt
Pertussis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt
Poliomyelitis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt
Masern	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt
Influenza	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt

Tragen von Berufskleidung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Getrennte Aufbewahrung von Berufs- und Privatkleidung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wird persönliche Schutzkleidung bedarfsorientiert getragen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sind im Hygieneplan Festlegungen getroffen zum Tragen von	
Mund-Nasenschutz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Atemschutzmaske zum Schutz von aerogen übertragenen Infektionserregern (FFP2-Maske)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schutzbrillen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
untersterilen Schutzhandschuhen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
sterilen Schutzhandschuhen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
doppelten Schutzhandschuhen (z.B. bei infektiösen Patienten)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Desinfektionsmittelbeständige Schutzhandschuhen (z.B. bei der Instrumentenaufbereitung)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Flüssigkeitsdichte Schutzhürzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kopfhauben	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sind im Hygieneplan Festlegungen getroffen, wann		
Schutzhandschuhe anzulegen sind	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schutzhandschuhe zu wechseln sind	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
desinfizierbare Schutzhandschuhe zu wechseln sind	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
sterile Handschuhe zu verwenden sind	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schutzhandschuhe abzulegen sind	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ist bekannt, wann Tätigkeitsbeschränkungen z.B. bei HIV-, HBV- oder HCV-positiven Personal erforderlich sind?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ist dem Personal bekannt, an wen es sich im Falle einer Nadelstichverletzung und der Frage einer unverzüglichen Indikationsüberprüfung zu einer postexpositionellen Prophylaxe wenden kann? (z.B. Aushang mit Notfall-Nummern, Durchgangsarzt, Krankenhaus, ...)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

## 21. Wäsche

	Einmalartikel	durch Fremdfirma	in der Praxis	im privaten Bereich
Aufbereitung von Berufskleidung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufbereitung von Wischtüchern für die Desinfektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufbereitung von Wischtüchern für die Reinigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
falls die Aufbereitung durch Fremdfirma erfolgt				
Ist die Wäscherei darüber informiert, dass es sich um möglicherweise kontaminierte Wäsche handelt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Liegt ein Wirksamkeitsnachweis für das verwendete Waschverfahren vor? (z.B. gem. RKI-/VAH-Listung, RAL-Hygienezeugnis RAL-GZ 992/2)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	wenn ja, Name und Anschrift:	

falls die Aufbereitung in der Praxis / im privaten Bereich erfolgt	
Liegt ein Wirksamkeitsnachweis für das verwendete Waschverfahren vor? (z.B. gem. RKI-/VAH-Listung)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja,
	<input type="checkbox"/> Kochwäsche
	<input type="checkbox"/> andere (verwendetes Produkt und Temperatur angeben):
Werden Tücher / Möppe, die für Desinfektionszwecke verwendet werden, falls hier keine Einmalpro- dukte verwendet werden, getrennt von solchen aufbereitet, die zur Rei- nigung eingesetzt werden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

### Bearbeitung der Checkliste

Datum	
Beantwortet von	
Funktion in der Praxis	
Unterschrift	

# **Seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen und deren Familien nachhaltig fördern**

-

## **Bildung eines Kinder- und Jugendpsychiatrischen Verbundes**

Landesinitiative „Starke Seelen“

MGEPA

Projektpartnerschaft mit Tipi gGmbH  
(Intensiv-pädagogisch therapeutische  
Wohngruppen für junge psychisch  
erkrankte Menschen zwischen 16 und 27  
Jahren)

(Träger:  
Sozialpsychiatrische Zentren im Kreis Mettmann)

## Bisherige Aktivitäten im Kreis Mettmann

- Seit 2004 Arbeitsgruppe „Kooperationsmöglichkeiten von Kinder- Jugendpsychiatrie/Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie (PSAG)“
- Seit 2006 Kooperationsvereinbarungen Jugendhilfe/ Psychiatrie zwecks Versorgung Kinder psychisch kranker Eltern in allen vier Regionen des Kreises
- Seit 2008 Beirat Kinder- und Jugendgesundheit



- Vorstellung der Projektidee in der KJP-PSAG im Juni 2013
- Bewerbung mit Konzept im September 2013
- „Zuschlag“ im Februar 2014
- Vorstellung des Konzeptes in der KJP-PSAG im März 2014 und im Beirat Kinder-/Jugendgesundheit im Mai 2014
- Einstellung der KJP-Fachkraft im August 2014

# Zielgruppe

- Ältere Kinder und Jugendliche mit Schwerpunkt ab 14 / 15 Jahren bis ins junge Erwachsenenalter
- Familien mit auffälligen / psychisch kranken Kindern
- Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten / Erkrankungen, die keinen Zugang zum Regelsystem finden
- Multiplikatoren wie Eltern, Lehrer, Erzieher und Jugendhilfe

# Projektziele

- Flexible Beratungsangebote im Rahmen einer **kinder- und jugendpsychiatrischen Beratungsstelle** beim SpDi
- **Kinder- und Jugendpsychiatrischer Verbund** zwecks Ausbau bereits bestehender Kooperationsstrukturen, Entwicklung und Vorhalten kreisweit fachlich abgestimmter Standards

# Wir wünschen uns als Kooperationspartner 😊:

- Jugendämter/ Jugendhilfe
- Psychologische Beratungsstellen
- Kinder-/ Jugendpsychiatrie – Kinder-/ Jugendmedizin
- Schulen
- Sozialpsychiatrische Zentren
- Suchtberatung
- Jobcenter
- Sozialamt
- Integrationshilfe Jugendliche
- ...

# Kinder- und Jugendpsychiatrische Beratungsstelle

- Flexible Beratungsangebote für **Erst**diagnostik und begleitende bzw. nachsorgende Hilfen für Klienten ohne Zugang zur Regelversorgung
- Nachhalten von Inanspruchnahme und Effizienz empfohlener Hilfen – Wurden angebotene Hilfen genutzt, welche Auswirkungen sind eingetreten und wie muss das Hilfesysteme dem aktuellen, auch wechselnden Bedarf angepasst werden?

# Fallbeispiele

## Fallbeispiel I:

M. /♀/ 15 Jahre

- Schulverweigerung / keine Compliance zur Mitarbeit im Rahmen weiterer angedachter Hilfen / Überforderung der Eltern
- Kontaktaufnahme durch das Jugendamt / SPFH bereits installiert
- 1 Hausbesuch / 1 Gespräch im SPDi / 1 Gespräch mit dem JA
- Vorgehen: Einschätzung der Problematik / Aufbau von Veränderungsmotivation bei M. / Initiierung von weiteren Hilfen
- Vermittlung in ambulante Diagnostik (LVR-Klinik) / Etablierung von adäquaten Jugendhilfemaßnahmen in der Familie (Tandem SPFH – Erziehungsbeistand) / Kontaktaufnahme zur Schule zwecks Wiedereinstieg in den Lernprozess (durch SPFH)

# Fallbeispiele

## Fallbeispiel II:

M. /♂/ 13 Jahre

- Schulverweigerung / delinquentes Verhalten (Intensivstraftäter) / Störung des Sozialverhalten / fehlende Compliance / Frage nach Indikation für eine geschlossene Unterbringung
- Kontaktaufnahme durch das JA und JHT / SPFH bereits installiert
- 2 Hausbesuche / Gespräche mit JHT / Gespräche mit dem JA
- Vorgehen: Einschätzung der aktuellen Problematik / Aufbau von Veränderungsmotivation bei M. / Gutachtenerstellung, kein „kernpsychiatrisches Problem“
- Empfehlung: Intensivierung der ambulanten Maßnahmen über begrenzten Zeitraum / dann stationäre Jugendhilfemaßnahme mit engem pädagogischen Setting / ggf. Antrag auf geschlossene pädagogische Unterbringung

# Fallbeispiele

## Fallbeispiel III:

N. /♀/ 16 Jahre

- Sozialer Rückzug / seit längerem kein Schulbesuch, keine Tagesstrukturierung / aggressive Impulsdurchbrüche
- Kontaktaufnahme durch die Großmutter
- 1 Hausbesuch / 1 Gespräch mit dem Jugendamt
- Vorgehen: Einschätzung der Problematik / Abklärung der Bereitschaft aller Beteiligten weitere Hilfe anzunehmen / Initiierung von weiteren Hilfen
- Weitervermittlung an das Jugendamt mit der Empfehlung der Installation einer SPFH (zur Unterstützung der Tagesstrukturierung und Schul-/Ausbildungsfindung) / Familientherapie / Einzeltherapie für N. b. B. im weiteren Verlauf



# Kinder- und Jugendpsychiatrischer Verbund I

- Aufgreifen schon etablierter Kooperationsstrukturen und Ausbau derselben für transparente und verbindliche Angebote für (Kinder), Jugendliche und Eltern
- Verbindliche Vereinbarungen / Leitlinien – vergleichbar mit dem Gemeindepsychiatrischen Verbund (Zusammenschluss zwecks kreisweit fachlich abgestimmter Standards, die regional unterschiedlich und den jeweiligen Strukturen angepasst sein sollten)

# Kinder- und Jugend- psychiatrischer Verbund II

- (Zunächst) begleitete Selbsthilfegruppe (Pädagogik / Psychiatrie) für Eltern von auffälligen Jugendlichen
- Niederschwelliger „offener Treff“ für Jugendliche
- Projektbezogene Kooperationen (z.B. Schulprojekte)
- Entwickeln / Begleiten eines Clearings für Menschen mit komplexem Hilfebedarf (orientiert an bereits existierenden städtischen Modellen, z.B. Clearingstelle in Ratingen, AFL in Velbert)
- Einbeziehen von Migrationsbeauftragten / Integrationshilfe Jugendliche

# Personalia

- Fördermittel (kreisintern) für:
  1. Projektkoordination
  2. Sozialpädagogin (bereits bei KipE Rheinland beteiligt)
  3. Verwaltungskraft
  4. **Fachkraft mit Approbation Kinder-/Jugendlichen Psychotherapie**
- Fördermittel für Projektpartner Tipi

# Sicherung der Nachhaltigkeit

- **Verbund:** Tipi als „Grundstein“
- Evaluation im Rahmen einer Masterarbeit
- Gegebenenfalls Erweiterung der für den Bereich KipE getroffenen Vereinbarungen
- Gremienstrukturen und Leitlinien „vor Ort“ für die Kooperation im Allgemeinen und Fallarbeit im Einzelfall
- Internetpräsenz der Angebote, Pflege / Aktualisierung des Portals

Aufgrund der Ausrichtung der Aufgaben von Unterer Gesundheitsbehörde und SpDi (PsychKG §3/ 6, SGB XII § 59, Schulgesetz NRW § 43, 54, ÖGDG NRW (§ 16)

sowie

weiterer Gesetzesvorgaben, z.B. Gesetz zur Stärkung eines aktiven Schutzes von Kindern und Jugendlichen vom 1.1.2012 § 81 (strukturelle Zusammenarbeit von Jugendhilfe mit Justiz, Schulen, ÖGD, Beratungsstellen, Jobcenter etc.)

wird der Erhalt von implementierten Strukturen angestrebt

Entwicklung von Hilfen für Kinder  
und Jugendliche, die sie brauchen:

rechtzeitig – passgenau – fach- und  
kostenträgerübergreifend

HANDLUNGSVISION

„Wenn der Wind der  
Veränderung weht, bauen die  
einen Mauern und die anderen  
Windmühlen“

(unbekannt)

## *Kontaktadressen:*

### **Antje Arnolds**

Fachärztin für Nervenheilkunde

### **Carsten Vollmers**

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

Kreisverwaltung Mettmann

53-01 Gesundheitsamt Sozialpsychiatrischer Dienst

Tel.: (0 21 04) 99 2311

Fax: (0 21 04) 99 5310

Tel: (0 21 04) 99 2338

Fax: (0 21 04) 99 5310

Mail: [antje.arnolds@kreis-mettmann.de](mailto:antje.arnolds@kreis-mettmann.de)

Mail: [carsten.vollmers@kreis-mettmann.de](mailto:carsten.vollmers@kreis-mettmann.de)



Bericht über die Entwicklung der Verfahren zur Feststellung einer Schwerbehinderung  
- Ergänzende Angaben zu der Entwicklung im Jahr 2014

**1. Erstanträge**

	Kreis ME	Richtwerte der Bezirksregierung
eingegangene Anträge	5.119	
erledigte Anträge	4.987	
Erledigungsquote	97,42%	> 99%
Erledigung mit Feststellungsbescheid GdB ab 50	2.312	
Feststellungsquote	46,36%	44-48%
Bearbeitungsdauer	2,6 Monate	2,8 Monate

**2. Änderungsanträge**

eingegangene Anträge	6.065	
erledigte Anträge	5.886	
Erledigungsquote	97,05%	> 99%
Erledigung mit Feststellungsbescheid GdB ab 50 (erstmalig)	915	
Feststellungsquote	15,55%	11,5-14,5%
Bearbeitungsdauer	2,65 Monate	2,8 Monate

**3. Widersprüche**

Abgeschlossene Erst-, Änderungsanträge und Nachprüfungen	13.493	
davon Widersprüche	2.805	
Widerspruchsquote	20,79%	< 22%
erledigte Widersprüche	2.748	
Erledigungsquote	97,97%	> 99%
Erledigung durch Abhilfe	826	
Abhilfequote	30,06%	< 28%


Die häufigsten Gründe für eine Abhilfe im Widerspruchsverfahren sind:


- Die behandelnden Ärzte ergänzen ihre ursprünglichen Befundberichte
- Die Antragsteller geben zusätzliche Ärzte an
- Negativer Verlauf der Krankheiten seit Antragstellung

**Offene Beschlüsse, Prüf- und Arbeitsaufträge des Gesundheitsausschusses**  
**Berichtszeitraum 01.01.2014 bis 31.12.2014**  
**sowie Fortschreibung der offenen Beschlüsse, Prüf- und Arbeitsaufträge aus Vorjahren**

Datum der Sitzung	TOP / Betreff	Beschluss / Auftrag	Stand der Ausführung mit kurzer Begründung	
<b>offene Beschlüsse, Prüf- und Arbeitsaufträge aus 2014</b>				
01.12.2014	<b>Traumaambulanz</b>	Im Rahmen der Haushaltsberatungen wurde - ausgehend von einem Antrag der SPD-Fraktion- die Verwaltung beauftragt, bis zum Frühjahr 2015 zum Thema der ambulanten Versorgung von Flüchtlingen eine Konzeption unter Einbeziehung von Jugendhilfe, Schulen und sonstigen Akteuren zu erstellen.	Eine erste Beratung ist für den Ausschuss am 02.02.2015 geplant.	
01.12.2014	<b>Versorgungssituation für Kinder mit Förderbedarf im Kreis Mettmann</b>	Anlässlich des vorgelegten Sachstandsberichtes zur Versorgungssituation von Kindern mit Förderbedarf im Kreis Mettmann wurde die Verwaltung in Zusammenhang mit der Umstellung des Förderverfahrens des LVR beauftragt, die sich aus der Umstellung ergebende Problemlage im Kreis Mettmann darzulegen.	In der Sitzung des Ausschusses am 02.02.2015 erfolgt hierzu ein Bericht.	
<b>Fortschreibung der offenen Beschlüsse, Prüf- und Arbeitsaufträge aus Vorjahren</b>				
04.02.2013	<b>Psychisch kranke Kinder und Jugendliche im Kreis Mettmann</b>	Anlässlich des vorgelegten Sachstandsberichtes zum Projekt „Kinder psychisch kranker Eltern“ sah Herr Schnitzler die grundsätzliche Notwendigkeit, die Problematik „Psychisch kranke Kinder und Jugendliche im Kreis Mettmann“ in einer der nächsten Sitzungen des Ausschusses eingehend zu thematisieren (Abstimmung von stationären und ambulanten Angeboten / Zusammenarbeit der Jugend- und Gesundheitshilfe).	<u>Aktuelle Entwicklung:</u> Der Kreis Mettmann hat sich bekanntermaßen erfolgreich um Projektmittel zur Förderung von Maßnahmen im Rahmen der Landesinitiative „Erhalt und Verbesserung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in NRW“ beworben. Ziel ist u.a. die Schaffung eines Kinder- und Jugendpsychiatrischen Verbundes, durch den kreisweit transparente und verbindliche Strukturen und Angebote zur nachhaltigen	

			<p>Förderung von Kindern und Jugendlichen sowie deren Familien geschaffen und weiterentwickelt werden sollen.</p> <p>Das Projekt wird in der Sitzung des Gesundheitsausschusses am 02.02.2015 vorgestellt. Im Anschluss daran besteht die Möglichkeit, die Problematik „Psychisch kranke Kinder und Jugendliche im Kreis Mettmann“ ausführlich zu diskutieren.</p>	
--	--	--	--	--

 = nicht umgesetzt

 = noch in Bearbeitung