



Priv.-Doz. Dr. med. habil. Maria Eberlein-Gonska
Vorsitzende der Gesellschaft für Qualitätsmanagement
in der Gesundheitsversorgung e.V. (GQMG)

Priv.-Doz. Dr. rer. nat. habil. Lutz Jatzwauk
Leiter Zentralbereich Krankenhaus-Hygiene/Umwelt-
schutz am Universitätsklinikum Dresden

Hygiene ist eine Sorgfaltspflicht

Am 30. Dezember 2006 trat die QM-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für die vertragszahnärztliche Versorgung in Kraft. Ohne ein konkretes QM-Modell oder -Verfahren zu favorisieren, legt sie die Mindestanforderungen an das Qualitätsmanagement in der Zahnarztpraxis fest. Unter Qualität ist dabei nicht nur ein dem anerkannten Stand der Zahnmedizin entsprechendes Ergebnis der parodontologischen, prothetischen, endodontologischen, kieferorthopädischen oder oralchirurgischen Tätigkeit des Zahnarztes zu verstehen. Qualität war und ist auch die Minimierung von Infektionen bei Patienten und Mitarbeitern der Zahnarztpraxis.

Der aktuelle Stand der Infektionsprävention und -bekämpfung in der Zahnmedizin wird durch mehrere Richtlinien (Leitlinien) repräsentiert. Es gibt bisher allerdings nur wenige aktuelle Untersuchungen, die die Umsetzung der Hygienemaßnahmen in Zahnarztpraxen überprüfen. Im Jahre 2008 wurde eine Multicenterstudie zur Durchführung ausgewählter Hygienemaßnahmen in 331 randomisierter Zahnarztpraxen in Berlin, Greifswald und Magdeburg realisiert. Dabei traten wesentliche Hygienedefizite zutage. Eine hygienische Händedesinfektion vor jeder Behandlung wurde von 20 bis 50 Prozent der befragten Zahnärzte angegeben, wobei 59 bis 75 Prozent keine Schutzhandschuhe benutzten. Lediglich 8 bis 26 Prozent der Befragten führten eine ausreichende innere und äußere Desinfektion oder Sterilisation der Übertragungsinstrumente nach Einsatz am Patienten durch. Im Gegensatz dazu steht eine Untersuchung des Instituts der Deutschen Zahnärzte aus dem Jahre 2008 über die Kosten für Hygienemaßnahmen in 30 Zahnarztpraxen in Nordrhein-Westfalen. Demnach stiegen die für Hygienemaßnahmen im Vergleich zu einer gleichartigen Untersuchung aus dem Jahre 1996 aufgewendeten Personal- und Sachkosten von 29.779 Euro pro Praxis und Jahr auf 54.925 Euro (um 84 Prozent). Sollte sich diese Kostensteigerung nicht auch in besserer Qualität niederschlagen?

Hygiene ist eine Sorgfaltspflicht, die dem Zahnarzt auferlegt ist und diesen verpflichtet, nach dem anerkannten Stand von Wissenschaft und Technik zu arbeiten. Dabei ist es notwendig, in wissenschaftlichen Studien Bewiesenes von Unbewiesenen zu trennen. Während man früher im kleinen Kreis einen Konsensus von Empfehlungen erarbeitete, wird heute vorwiegend nach sogenannten Standards und Richtlinien gearbeitet. Das amerikanische Centers for Disease Control and Prevention (CDC) verwendet bereits seit Jahren bei der Publikation von Hygieneempfehlungen eine Kategorisierung. Eine solche wird nun auch in Deutschland vom Robert Koch-Institut für die Empfehlungen zur Hygiene in der Zahnmedizin angewandt. Diese Kategorisierung ermöglicht den Lesern abzuschätzen, ob die Wirksamkeit der einzelnen Empfehlungen tatsächlich in klinischen Studien bewiesen ist und welche Relevanz eine Empfehlung für die einzelne Zahnarztpraxis hat. Mit diesem Ansatz eröffnen sich folgende Fragen: Zählt im Zeitalter der „evidence based medicine“ und der „evidence based dentistry“ die persönliche Erfahrung, die lokale Tradition oder der gesunde Menschenverstand nichts mehr? Soll die Praxishygiene nur noch Maßnahmen enthalten, deren Inhalt auf die Infektionsraten durch klinische Studien exakt bewiesen ist? Eine Antwort könnte sein, dass solche Maßnahmen dort erfolgen müssen und dort ihren Platz haben, wo die Beweisführung zu aufwendig oder unethisch wäre. Gleichzeitig ist die Zahnmedizin wie alle medizinischen Fächer dazu aufgefordert, kosteneffizient zu arbeiten. Dies impliziert, sich vor allem auf diejenigen Hygienemaßnahmen zu konzentrieren, für die tatsächlich der Nachweis der Wirksamkeit hinreichend belegt werden konnte. Diese sollten dann allerdings konsequent und nachweislich realisiert werden.