



Neuerungen in der Hygiene

Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Andreas Podbielski

Direktor des Instituts für Medizinische Mikrobiologie,
Virologie und Hygiene, Universitätsmedizin Rostock



www.imikro.uni-rostock.de

Hygiene in Zahnarztpraxen ist vielleicht nicht immer im Fokus der Aufmerksamkeit aller vor Ort Handelnden, aber unbestreitbar immer wichtig. In dieser Ausgabe der ZWP hat die zahnärztliche Hygiene einen besonderen Stellenwert. Es gibt dazu – glücklicherweise – keinen speziellen Anlass im Sinne besonderer, beunruhigender Vorkommnisse oder neuer, tiefgreifend veränderter Vorschriften. Aber es macht auch ohne solche Anlässe Sinn, ab und zu über Hygiene zu sprechen – um sie immer wieder in den Fokus zu rücken und so unspektakuläre Neuerungen in das tägliche Handeln zu integrieren oder auch die eine oder andere kleinere Abweichung vom geraden Weg zu korrigieren. Zentraler Orientierungspunkt für die praktische zahnärztliche Hygiene ist nach wie vor die Empfehlung des Robert Koch-Instituts (RKI) zur Infektionsprävention in der Zahnheilkunde. Diese zuletzt im Jahr 2006 überarbeitete Empfehlung hat inhaltlich weiterhin in allen Teilen Bestand, eine Neufassung ist derzeit nicht absehbar. Dagegen wurde das Infektionsschutzgesetz (IfSG) im Jahr 2011 novelliert. Dies betrifft insbesondere den § 23, der eine Reihe von grundlegenden Maßnahmen zur Infektionsprävention und zu einem antiinfektiösen Qualitätsmanagement (QM) regelt. So gilt für RKI-Empfehlungen nunmehr die Vermutungsregel. Das heißt, wenn eine medizinische Einrichtung ihre Hygienemaßnahmen nachweislich entsprechend der RKI-Empfehlungen ausführt, wird im Konfliktfall davon ausgegangen, dass die Einrichtung korrekt gehandelt hat. Selbstverständlich kann von den Empfehlungen abgewichen werden, wenn dies die besondere Situation der Einrichtung zulässt bzw. erfordert und gleichwertige Maßnahmen genutzt werden. Diese Abweichung sollte unbedingt zusammen mit den zugrunde liegenden Argumenten vor Aufnahme der abweichenden Maßnahmen im QM-System der Einrichtung schriftlich dokumentiert werden! Ferner wurde in der Neufassung des § 23 IfSG allen Bundesländern zur Auflage gemacht, bis zum 31. März 2012 eigene Landeshygieneverordnungen zu erlassen. Das wurde von den Ländern bis auf Bayern und Thüringen zum Stichtag umgesetzt. Dabei war es den Ländern freigestellt, den Geltungsbereich dieser Landeshygieneverordnungen auch auf den Bereich von nicht operativ tätigen Zahnarztpraxen auszudehnen. Die Länder nutzten diese Möglichkeit unterschiedlich, sodass wir nun ein bundeseinheitliches IfSG mit Gültigkeit auch für Zahnarzt-

praxen und – dem Föderalismus sei Dank – darunter weit voneinander abweichende, ggf. nicht auf Zahnarztpraxen zutreffende landesspezifische Regelungen haben. Insofern ist die von Dr. Schlegel in diesem Heft vorgestellte Hygieneverordnung des Landes Nordrhein-Westfalen ein Beispiel unter 16 Varianten. In den Ländern, in denen Zahnarztpraxen nicht zum Geltungsbereich der Hygieneverordnung gehören, leitet sich aus dem IfSG auch keine Pflicht zur Aufstellung eines Hygieneplans für die Praxis ab. Trotzdem tut jeder Praxisbetreiber gut daran, einen solchen aufzustellen und sich daran zu halten. Immerhin wird ein Hygieneplan und eine entsprechende Betriebsanweisung über §§ 11, 12 Biostoffverordnung zumindest zum Schutz der angestellten Arbeitnehmer zwingend gefordert. Auch für die gesetzlich geforderte Qualitätssicherung in der niedergelassenen Praxis (SGB V §§ 135–137) ist ein Hygieneplan unerlässlich.

Kürzlich wurde auch die RKI-Empfehlung zur Aufbereitung von Medizinprodukten überarbeitet und mit anderen Vorgaben zu diesem Thema zusammengefasst. Mögliche Konsequenzen für Zahnarztpraxen werden im Beitrag von Frau Walter-Bergob in diesem Heft beschrieben. Tatsächlich ist wenig Neues für Zahnarztpraxen hinzugekommen, die Änderungen liegen hauptsächlich in der Konkretisierung einiger Vorgaben. Inwieweit die Vorgaben zur Sach- und Fachkunde von Medizinprodukten aufbereitendem Personal auch die Zahnarztpraxen betreffen (und damit ggf. zu kostenträchtigem Fortbildungsbedarf führen), muss im Zusammenspiel zwischen Zahnärztekammern und Landesbehörden ausgelotet werden.

Jenseits von offiziellen Regelungen für Zahnarztpraxen werden multiresistente Erreger in der allgemeinen Bevölkerung in den letzten Jahren zunehmend häufiger nachgewiesen. Asymptomatische Träger solcher Keime können sich jederzeit unter den Patienten von Zahnarztpraxen befinden und so als unerkannte Erregerquelle fungieren. Tatsächlich stellen diese Erreger für das gesunde, die angebrachten Arbeitsschutzmaßnahmen nutzende Praxispersonal keine besondere Gefahr dar. Und wenn die allgemeine Praxishygiene stimmt, sind auch mittelbar exponierte andere Patienten der Praxen hinreichend geschützt. Insofern ist hier keine übertriebene Angst angebracht, sehr wohl aber Respekt vor diesen potenziell bedrohlichen Keimen und in der Folge die konsequente Einhaltung der Hygieneregeln (z.B. Dens 11/2012, S. 22–23).

Die Prävalenzzunahme der multiresistenten Bakterien ist durch einen unkritischen Umgang mit Antibiotika in der Therapie von Menschen und in der Tiermast bedingt. Zahnärzte verordnen sieben Prozent aller in Deutschland ausgegebenen humanmedizinischen Antibiotika. Daher haben es auch Zahnärzte in der Hand, mit durchdachten und zwingend indizierten Antibiotikatherapien etwas gegen die weitere Zunahme multiresistenter Bakterien in der Bevölkerung zu tun. Zukünftig wird es dazu konkrete Hilfestellungen geben: ein vom Bundesgesundheitsministerium geförderte Konsortium der Universitätsmedizin Rostock arbeitet mit Hochdruck daran.

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen viel Vergnügen mit dem Schwerpunktthema dieser Ausgabe und die eine oder andere Erkenntnis zur Verbesserung Ihres Hygienemanagements in Ihrer Praxis. Auf dass Sie weiterhin eine glückliche und erfolgreiche Hand auf diesem Gebiet haben.