

Vorschriften, die sich mit Hygiene befassen, gibt es bereits reichlich. Wenn beschriebenes Papier eine wirksame Barriere gegen Infektionserreger wäre, stünde in Deutschland alles zum Besten. Dabei ist eines klar: Die Hygiene in deutschen Zahnarztpraxen hat ein anerkannt hohes Niveau. Das ist auch gut so. Allerdings scheint die Politik davon noch nicht restlos überzeugt zu sein. Vielleicht sind Arzt- und Zahnarztpraxen aber auch dieses Mal nur „Kollateralschäden“ festgestellter Hygienedefizite im Krankenhausbereich.

Hygiene in der Zahnarztpraxis

Autor: Dr. Hendrik Schlegel



© DarkBird

Nicht zuletzt vor dem Hintergrund der tragischen Todesfälle von Frühgeborenen in Mainz und Bremen (nach Infektion mit „Krankenhauskeimen“) sowie der zunehmenden Zahl multiresistenter Keime wurde das bekannte Infektionsschutzgesetz (IfSG) vom 20.7.2000 in den letzten Jahren mehrfach geändert und liegt nun in der Fassung vom 7.8.2013 vor. Zudem haben die Länder auf der Grundlage des IfSG Hygieneverordnungen erlassen, die auch die Leiter von Zahnarztpraxen betreffen. Die Infektionshygiene ist also erneut in den Fokus der Gesundheitspolitik geraten. Dies zeigt sich nicht nur in Form neuer Vorschriften, sondern auch in Tendenzen, die Überwachungspraxis zu verschärfen.

Überwachung der Infektionshygiene nach IfSG

Die Überwachung der Infektionshygiene nach dem IfSG erfolgt durch die Untere Gesundheitsbehörde (in NRW: Gesundheitsamt). Betroffen sind beispielsweise Krankenhäuser, Einrichtungen für ambulantes Operieren, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, in denen eine den Krankenhäusern vergleichbare medizinische Versorgung erfolgt, Dialyse-

einrichtungen, Tageskliniken sowie Arzt- und Zahnarztpraxen. Zu unterscheiden ist dabei eine „Kann“- und eine „Muss“-Überwachung.

Was gilt für die „normale“ Zahnarztpraxis?

Die grundsätzliche Regelung hierzu findet sich in § 23 Abs. 6 IfSG. Danach unterliegen Einrichtungen nach § 23 Abs. 5 Satz 1 IfSG (z.B. Krankenhäuser und Einrichtungen für ambulantes Operieren) der infektionshygienischen Überwachung durch das Gesundheitsamt („Muss“-Überwachung). Einrichtungen nach § 23 Abs. 5 Satz 2 IfSG (z.B. Zahnarztpraxen, in denen invasive Eingriffe vorgenommen werden), können durch das Gesundheitsamt infektionshygienisch überwacht werden („Kann“-Überwachung).

So weit, so gut, könnte man meinen. Bei den Überwachungsbehörden scheint aber strittig zu sein, ob Zahnarztpraxen, die bestimmte invasive Eingriffe vornehmen, nicht doch als Einrichtungen des ambulanten Operierens einzuordnen sind und damit der „Muss“-Überwachung unterliegen. Was gilt beispielsweise, wenn eine Zahnarztpraxis Implantate setzt oder Zähne durch Osteotomie entfernt?

Einrichtung des ambulanten Operierens

Für die Bestimmung des Begriffs „Einrichtung des ambulanten Operierens“ kommt der Mitteilung „Anforderungen der Hygiene bei Operationen und anderen invasiven Eingriffen“ der KRINKO (Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2000, S. 644 ff.) besondere Bedeutung zu. Die Mitteilung sieht den Begriff „invasiver Eingriff“ als Oberbegriff an und unterteilt ihn in Operationen, kleinere invasive Eingriffe sowie invasive Untersuchungen und vergleichbare Maßnahmen. Diese Differenzierung erstreckt sich ausdrücklich auch auf den ambulanten Bereich. Die in der Mitteilung geforderten Anforderungen sind baulich-funktioneller und betrieblich-organisatorischer Natur. Sie betreffen daher in erster Linie nicht die Tätigkeit des behandelnden Arztes bzw. Zahnarztes, sondern die Gestaltung und Organisation der Einrichtung bzw. der Praxis als solche. Einrichtungen und Praxen, in denen Operationen durchgeführt werden, müssen spezielle baulich-funktionelle Anforderungen erfüllen, insbesondere über eine separate Operationsabteilung verfügen. Eine Operationsabteilung besteht

DAS BESTE

ist, wenn die Validierung zum Kinderspiel wird

KINDER- LEICHT

VALI- DIEREN



reddot design award
winner



Animation

Der neue Hygopac Plus Validierbares Durchlaufsigelgerät für Klarsichtsterilisierverpackungen • Schnelles, sicheres Versiegeln • Intelligentes und einfaches Validierungskonzept • Datenspeicherung auf SD-Karte oder über Netzwerk.

Mehr unter www.duerredental.com



75 mm
100 m
STEAM processed:
braun, brown, brun, marrone, marrón



EN ISO 11607-1

6020-051-00

75 mm
100 m

STEAM processed:
braun, brown, brun, marrone, marrón



No usar si el papel o el sellado se encuentra deteriorado
Non utilizzare se la confezione è danneggiata

Keine beschädigte Verpackung verwenden
Do not use if pack is damaged
Ne pas utiliser si l'emballage est endommagé



aus einem oder mehreren Operationsräumen mit je einem Operationstisch. Hierzu kommen weitere Funktionsräume, wie z. B. Personalumkleideräume und Schleusen.

Praxen und Einrichtungen, die kleinere invasive Eingriffe vornehmen, müssen dagegen geringere baulich-funktionelle Anforderungen erfüllen. Kleinere invasive Eingriffe werden in einem Eingriffsraum durchgeführt. Die Abgrenzung zwischen „Operationen“ und „kleineren invasiven Eingriffen“ wird unter Nr. 6 der oben genannten Mitteilung gegeben. Eingriffe, die in der dazugehörigen Tabelle mit den Buchstaben „OP“ gekennzeichnet wurden, sind demnach als „Operationen im Sinne der Mitteilung“ einzuordnen. Mit dem Buchstaben „E“ sind demgegenüber „kleinere invasive Eingriffe im Sinne der Mitteilung“ markiert, die nicht den Charakter einer Operation haben“.

Die hier infrage stehenden Implantatbehandlungen oder Zahnentfernungen durch Osteotomie sind mit dem Buchstaben „E“ gekennzeichnet. Nur zwei invasive Eingriffe fallen in der Tabelle ausschließlich unter „OP“: Überbrückungsosteosynthese eines Kieferdefektes unter Verwendung von Knochen oder alloplastischem Material und allmähliche Reposition einer Mehrfach-, Trümmer- oder Defektfraktur des Ober- oder Unterkiefers oder von dislozierten Transversal- und/oder Sagittalfrakturen des Oberkiefers.

Damit ist eindeutig geklärt, dass „normale“ Zahnarztpraxen, in denen invasive Eingriffe wie Implantationen, Osteotomien, Mundboden- und Vestibulumplastiken, Wurzelspitzenresektionen und vieles andere mehr durchgeführt werden, keine Einrichtungen des ambulanten Operierens sind.

Wie unterscheiden sich „Kann“- und „Muss“-Überwachungen?

Die Unterscheidung setzt am Ermessen der entscheidenden Behörde an. Zu differenzieren sind hier das sogenannte Entschließungsermessen und Auswahlermessen. Verkürzt gesagt, geht es beim Entschließungsermessen darum, ob die zuständige Behörde von ihrer Befugnis (zur Überwachung) Gebrauch machen will, und beim Auswahlermessen, welche Maßnahme die Behörde umsetzt, wenn sie sich zu einem Tätigwerden entschlossen hat. Bei sogenannten „Muss-Überwachungen“ (Krankenhäuser, Einrichtungen des ambulanten Operierens etc.) ist das Entschließungs-

tipp

Lesen Sie sorgfältig die RKI-Empfehlung 4/2006 „Infektionsprävention in der Zahnheilkunde – Anforderungen an die Hygiene“, dann wissen Sie in etwa, was auf Sie zukommt.

ermessen auf null reduziert. Hier muss also begangen werden. Es ist aber das Auswahlermessen zu beachten. Danach muss die Behörde pflichtgemäß und ermessensfehlerfrei festlegen, in welcher Häufigkeit und in welcher Tiefe beispielsweise die Überwachung durchgeführt wird.

Bei sogenannten „Kann-Überwachungen“ (Zahnarztpraxen, die invasive Eingriffe vornehmen) ist sowohl das Entschließungsermessen als auch das Auswahlermessen zu beachten.

Das Entschließungsermessen wurde in NRW bislang so gehandhabt, dass Praxen nur anlassbezogen oder stichprobenartig begangen wurden. Davon scheint man nun abrücken zu wollen. Diese Tendenz gibt es auch in anderen Bundesländern. Es wird demnach genau zu beobachten sein, ob die Überwachungsbehörden das Entschließungs- und Auswahlermessen entsprechend dem Zweck der Ermächtigung ausüben und die gesetzlichen Grenzen des Ermessens einhalten. Die Prinzipien der Verhältnismäßigkeit, Geeignetheit und Erforderlichkeit sind dabei im Rahmen der Ermessensausübung zu beachten.

- Verhältnismäßigkeit: Die Behörde muss eine vernünftige Relation zwischen dem angestrebten Zweck und dem gewählten Mittel herstellen (sie muss angemessen tätig werden).
- Geeignetheit: Wenn mehrere Maßnahmen möglich sind, ist diejenige zu ergreifen, die den Betroffenen am wenigsten belastet.
- Angemessenheit: Dieser Grundsatz verbietet Maßnahmen, die zu dem beabsichtigten Zweck erkennbar außer Verhältnis stehen.

In Westfalen-Lippe sind erste Überwachungen der Infektionshygiene durchgeführt worden. Sie dauerten zwischen eineinhalb und zwei Stunden. Grundlage war die RKI-Empfehlung 4/2006, die „rauf und runter“ gecheckt wurde. Die Grenzen zur Überwachung nach dem Medizinproduktegesetz (MPG) und der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) wurden exakt eingehalten, Kosten für die Maßnahme zunächst nicht erhoben, obwohl man

dies im Vorfeld angekündigt hatte. Auflagen an die Praxen sind uns bislang nicht bekannt, werden aber sicherlich noch ausgesprochen.

Wie Überwachungsmaßnahmen in Ihrem Bundesland gehandhabt werden, können Sie gegebenenfalls über Ihre Kammer erfahren. Eine Checkliste zur Hygiene für Zahnarztpraxen kann Ihnen hierbei Orientierung geben (siehe QR-Code „Checkliste – Hygiene für Zahnarztpraxen“).

Worauf sollten Sie sonst noch achten?

Nicht nur das IfSG, die RKI-Empfehlung 4/2006 (unbedingt vorhalten!), sondern auch die von den Ländern erlassenen Hygieneverordnungen sehen vor, dass Zahnarztpraxen einen individuellen Hygieneplan vorhalten, der gegebenenfalls angepasst werden muss, wenn z. B. neue Desinfektionsmittel verwendet werden sollen. Die Mitarbeiterinnen müssen in den Hygieneplan unterwiesen werden – zu Beginn einer Tätigkeit und danach mindestens jährlich. Eine Hygienebeauftragte ist schriftlich – unter schriftlicher Festlegung ihrer Aufgaben und Befugnisse – zu bestellen (gilt in NRW). Die ZFA ist grundsätzlich für einen solchen Posten qualifiziert. Gegebenenfalls sind Defizite durch einen entsprechenden Kurs (z. B. der zuständigen Zahnärztekammer) auszuräumen.

Bei den bei uns bekannt gewordenen Begehungen arbeitete der Prüfer offensichtlich eine Checkliste ab. In Anwesenheit der Hygienebeauftragten und des Praxisinhabers wurden sämtliche Räume begangen. Fragen kamen zu folgenden Punkten:

- Einrichtung/Praxis
- Beschäftigte (z. B. Anzahl, Zahntechniker, Reinigungskraft etc.)
- Zuständigkeit Hygienemanagement (Hygienebeauftragte etc.)
- Eingriffsspektrum
- Sedierung/Narkose
- Besondere Verhaltensmaßnahmen zur Infektionsprävention (existieren besondere Verhaltensregeln bei Behandlungen von Patienten, die z. B. mit MRSA, HBV oder HIV infiziert sind). Gibt es Festlegungen im Hygieneplan hierzu?
- Kleidung, persönliche Schutzausrüstung und Abdeckung bei operativen Eingriffen
- Antisepsis
- Arzneimittel (z. B. auch Lagerung im Kühlschrank, Dokumentation des Anbruchdatums)

- Baulich-funktionelle Strukturen
- Hygieneplan
- Desinfektions- und Reinigungsplan
- Baulich-strukturelle Voraussetzungen zur Händehygiene (z. B. Wasserarmaturen ohne Handkontakt, genügend Waschbecken)
- Flächendesinfektion
- Trinkwasserinstallation und wasserführende Systeme (Behandlungseinheiten ohne/mit Anschluss an die Trinkwasserinstallation)
- Personenschutz (betriebsärztliche/arbeitsmedizinische Betreuung vorhanden)
- Tragen von persönlicher Schutzausrüstung etc.
- Wäsche

Abgefragt wurde auch ein Hautschutzplan. Schutzimpfungen und die G42 wurden angesprochen. Das Verwenden der Original-Gebinde bei Seife und Desinfektionsmittel wurden gecheckt (Desinfektionsmittel VAH-zertifiziert? War jeweils das Anbruchdatum auf dem Gebinde vermerkt?).

Zum Thema Toiletten wurden Fragen gestellt wie: Gibt es getrennte Toiletten für das Personal und die Patienten? Ist die Toilette wandbefestigt, sodass darunter gewischt werden kann? Gibt es Einmalhandtücher, Seifen- und Desinfektionsmittelpender (jeweils ohne Handkontakt zu bedienen)? Ist der Abfallbehälter für die Einmalhandtücher offen und an der Wand befestigt?

In puncto Röntgenraum wurde nach vorhandenen Ablageflächen, Desinfektionsmittelpender und Einmalhandtüchern gefragt.

Fragen zum Raum für Putzmittel bezogen sich auf vorhandene Wandhängevorrichtungen für Besen und Mopp, Ausgussbecken, Desinfektionsmittelpender, Seifenspender, Einmalhandtücher, der Lagerung verwendeter Materialien (z. B. Desinfektionsmittel) auf dem Fußboden (falsch) und vieles mehr (u. a. auch zur Entsorgung von Amalgam und zur Trinkwasserbeprobung). ◀

Hygiene für Zahnarztpraxen [Checkliste]



weitere infos

- www.dimdi.de
- www.rki.de
- www.aki.de
- www.bzaek.de (u. a. brauchbarer, individualisierbarer Hygieneplan)

kontakt

Dr. Hendrik Schlegel
Geschäftsführender Zahnarzt der
Zahnärztekammer Westfalen-Lippe
Auf der Horst 29
48147 Münster
Tel.: 0251 507-510
Dr. H.Schlegel@zahnaerzte-wl.de
www.zahnaerzte-wl.de

Dr. Hendrik Schlegel
[Infos zum Autor]



NEU: HYDRIM G4 Thermodesinfektoren

Die innovative G4-Technologie der neuen HYDRIM G4 Thermodesinfektoren bietet zahlreiche interaktive Möglichkeiten, die helfen Praxisabläufe noch effizienter, sicherer und kostengünstiger zu gestalten. Außerdem verfügen die leistungsstarken Geräte, die in zwei Größen erhältlich sind, bereits serienmäßig über eine Aktivlufttrocknung und beinhalten die Rollwägen.

SICHER



EN 15883-1/-2
konform

LEISTUNGSSTARK



Wirksam gegen
Schmutz
und Keime

BENUTZERFREUNDLICH



Einfache
Bedienung über
Farb-Touchscreen

PLATZSPAREND



Integriertes Fach zur
platzsparenden
Unterbringung der
Reinigungslösung

SciCan

Your Infection Control Specialist™



SciCan



@SciCan



SciCanTV

SciCan GmbH

Wangener Strasse 78
88299 Leutkirch
Deutschland

Tel.: +49 (0)7561 98343-0
Fax: +49 (0)7561 98343-699
www.scican.de