



Hygiene in Zahnarztpraxen

Schwerpunkte und Neuheiten

Mit der Veröffentlichung des Kapitels „Infektionsprävention in der Zahnheilkunde“ gemäß der Richtlinie für Krankenhausprävention und Infektionsprophylaxe des Robert Koch-Instituts (RKI) ergaben sich viele Fragen zur Hygiene in der täglichen Routine zahnärztlicher Praxen. War die bisher durchgeführte Hygiene so unzureichend, dass neue Hygienemaßnahmen eingeführt werden mussten?

Die Statistik viel tausendfacher täglicher chirurgischer Eingriffe der Zahnmedizin belegt nicht, dass die bislang geübte zahnärztliche Hygiene grundlegend falsch war. Fälle iatrogen übertragener Kontaminationen im Krankenhausbereich beweisen nicht, dass bislang gültige Normen unzureichend gewesen wären oder grundsätzliche Mängel der Hygiene in Zahnarztpraxen bestanden. Für Zahnarztpraxen sind keine publizierten iatrogen übertragenen Hepatitis- oder HIV-Fälle bekannt.

Risikobewertung von Medizinprodukten (MP)

Grundlage jeglicher Hygienemaßnahmen ist die Risikobewertung zahnärztlich durchzuführender Tätigkeiten. Auch hierzu gibt es keine grundsätzlich neuen

Erkenntnisse. Neu ist lediglich die Einteilung der MP von bislang *nicht invasiv* und *invasiv* in nunmehr – gemäß der im englischsprachigen Raum üblichen Klassen – *unkritische*, *semikritische* und *kritische* MP.

Mit dieser Einteilung wird auch gleich die Aufbereitung mit vorgegeben mittels Reinigung, Desinfektion und Sterilisation, wobei gemäß *Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV)* den Herstellerangaben zu fol-

gen ist. Hersteller greifen also nun unmittelbar in die Hygiene der Aufbereitung von MP in Zahnarztpraxen ein, was bei Anschaffung von Geräten gut zu bedenken ist.

Über die Problematik der Validierung von Geräten, speziell *Sterilisatoren* sowie *Reinigungs- und Desinfektionsgeräten (RDG)*, wird in einem gesonderten Artikel berichtet.

Chirurgische Eingriffe in der Zahnmedizin

Bezüglich der Risikobewertung sind zahnärztliche Praxen völlig anders als humanmedizinische zu betrachten. Steht in letzteren bei chirurgischen Eingriffen zumeist die Asepsis im Vordergrund, ist dies in der Zahnmedizin nicht realisierbar, da der Mund ständig von über 800 verschiedenen Keimarten besiedelt wird, zu denen sich noch die zu behandelnden Keimherde gesellen. Zahnarztpraxen arbeiten also im septischen Bereich, wobei die wenigen Keime, die noch an „nur“ desinfizierten, also semikritischen Instrumenten hängen, keinen Einfluss auf die Gesundheit haben können.

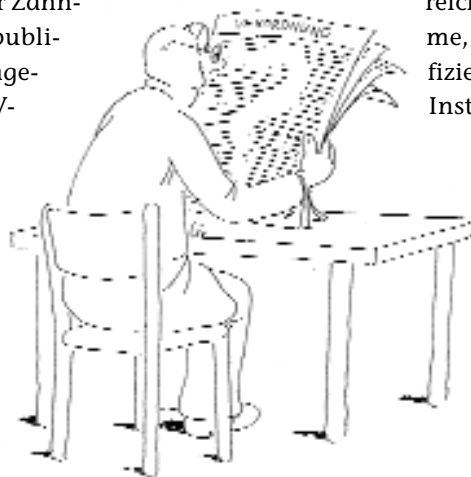
Entsprechend hat das Robert Koch-Institut (RKI) auch definiert, dass „im Vergleich zu belebten Reservoiren (Haut, Schleimhaut, Wunden), kontaminierten

Medizinprodukten (MP)

und Arzneimitteln die Bedeutung der unbelebten Flächen als Quelle nosokomialer Infektionen nachrangig und wissenschaftlich wenig untersucht ist.“ (RKI-Richtlinie Kap. C.2.1 S.2)

Vermeidung von Kreuzkontaminationen

Wesentlicher als Sterilität ist in der Zahnmedizin die Verhinderung der Keimübertragung von Patient zu Patient, insbesondere von He-





patitis- und HIV-Viren. Kreuzkontaminationen werden aber definitionsgemäß entsprechend dem RKI durch Desinfektion, nicht durch Sterilisation vermieden: „Desinfektion ist ein Prozess mit dem Ziel, einen Gegenstand/Bereich in einen Zustand zu versetzen, dass von ihm keine Infektionsgefährdung mehr ausgehen kann.“ (RKI Kap. C2 S.5) Damit soll aber nicht der langjährig geübten Praxis, bei Durchbrechung der Integrität von Gewebe nur sterile Instrumente einzusetzen, widersprochen werden.

Rechtliche Absicherung

Wenn trotz allem seitens des RKI invasiv eingesetzte Instrumente als *kritisch* gemäß neuer Definition der RKI-Richtlinie eingestuft werden (Kap. C2.2 S.5 Abschnitt 1.2.1), diese also zu sterilisieren sind, geschieht das wohl eher aus forensischen Gründen als aus dentalhygienischer Sicht, um bei Auftreten einer Hepatitisinfektion im Fall einer Klage abgesichert zu sein. In diesem Sinne ist auch die *chargenbezogene Dokumentation* zu sehen, die nach MP-Aufbereitung vorzunehmen ist (RKI-Richtlinie Kap.C2 S.2). Diese aus Sterilgutabteilungen großer Kliniken kommende *Nachweispflicht* ordnungsgemäßer Aufbereitung mit namentlicher Nachweisführung beteiligter Mitarbeiter ist in Zahnarztpraxen nicht realisierbar. Die BLZK hat dagegen die *Negativdokumentation* gestellt, über die wegen der Brisanz des Themas in einem gesonderten Artikel in einer späteren BZB-Ausgabe berichtet wird. Die Negativdokumentation wurde zwischenzeitlich überarbeitet und ersetzt zusammen mit einer Tagesabschlussdokumentation die Chargendokumentation.

Sterilgutassistenten

Die Aufbereitung von Medizinprodukten erfordert Fachwissen, das durch Zusatzausbildungen in einem medizinischen Beruf erworben werden soll. Es ist sicher sinnvoll, Pflegedienstmitarbeiter (Krankenschwester, -pfleger) in die speziellen Belange der Desinfektion und Sterilisation einer Sterilgutabteilung einzuführen, da dies ein neues, gesondertes Berufsbild darstellt. Zahnärztliches Fachpersonal wurde aber bereits die speziellen Belange der MP-Aufbereitung berück-

sichtigend ausgebildet, weshalb eine pauschal seitens des RKI geforderte zusätzliche Spezialisierung (RKI-Richtlinie Kap. C2 Nr.1.1 S.3 und Anhang A S.19) in Zahnarztpraxen keinen Gewinn in der Hygiene bringt. Unabhängig davon ist die regelmäßige fachliche Weiterbildung zahnärztlichen Personals in neuen Arbeitsprozessen im Rahmen des Qualitätsmanagements zu sehen.

Umsetzung der RKI-Richtlinie

Nicht nur Zahnärzte haben fachliche Probleme bei der Umsetzung der RKI-Richtlinie, sondern auch Behörden, die für deren Einhaltung verantwortlich zeichnen. Es fehlen nicht nur Erläuterungen zu den vom RKI zu pauschal, Fachdisziplinen übergreifend gegebenen Vorgaben, die oftmals auch noch unscharf formuliert wurden. Wenn zum Beispiel das Robert Koch-Institut *aus Praktikabilitätsgründen* (Kap. H2 S.33) eine generelle Desinfektion fordert, der Normensetzer niedergelassenen Zahnärzten also vorgibt, was für diese praktikabel zu sein hat, ist die RKI-Richtlinie sachlich nicht mehr nachvollziehbar, sie wird willkürlich.

Es fehlen insbesondere auch Prüfanweisungen für Kontrollbehörden, die wesentlich mitbestimmen werden, welche Neuanschaffungen beispielsweise bezüglich Sterilisatoren erforderlich sind.

Hygiene ist seit der preußischen Gesetzgebung bis heute Ländersache geblieben. Deshalb war und ist es gut und richtig, dass sich die Bayerische Landes Zahnärztekammer mit den zuständigen Gremien zusammengesetzt hat, um Zahnärzten klare Angaben zur Hygiene geben zu können. Vor allem die besonders kritisch betrachtete Aufbereitung von Medizinprodukten wurde dabei präzisiert und in Kürze unter dem Referatsleiter für Praxisführung, Dr. Michael Rottner, mittels gemeinsam mit Gewerbeaufsicht und Gesundheitsämtern erarbeiteten Arbeitsanleitungen publiziert. Anhand dieser Anleitungen haben Praxen ausreichend Zeit, sich auf die neue RKI-Richtlinie vorzubereiten, die erwartungsgemäß Anfang 2008 behördlich abgefragt wird.

Dr.-Ing. Dr. med. Bernhard Drüen
Leiter der Stelle für Arbeitssicherheit der BLZK