

Praxishygiene im 3. Jahrtausend Jetzt erst recht!

Die Hygienekette in der Praxis lückenlos aufrecht zu halten, ist jeden Tag erneut eine Herausforderung für das Team. Prionen, SARS und Erreger, bei denen man schon Entwarnung gegeben hatte, laden nicht zur Lockerung des Hygieneplans ein. Mehr denn je ist hier ein hoher Standard gefragt. Über die Finessen der Hygiene sprachen wir mit dem Experten Prof. Dr. K. Bössmann der Universität Kiel.

■ Dental World: Gibt es sie noch: die «hehren Ziele» in der Praxishygiene? Oder haben die heutigen Zahnmedizinerinnen und Zahnmediziner die Keime im Griff?

Prof. Bössmann: Die Ziele der Praxishygiene sind nach wie vor aktuell; im Gegenteil: sie sind noch höher gesteckt bzw. erfordern erhöhte Anstrengungen, wenn man z.B. an das Erscheinen neuer infektiöser Partikel denkt, der sogenannten Prionen, die beim Menschen eine spongiforme Enzephalitis auslösen können.

Theoretisch haben wir die Keime «im Griff», aber die Wirklichkeit sieht häufig anders aus. Ein gutes

oder vernachlässigt wurden, kam es zu tödlichen Infektionen. Die Massnahmen der Praxishygiene basieren prinzipiell auf demselben Prinzip. Der Übertragung von Krankheitserregern wird durch geeignete Maßnahmen vorgebeugt. Durch eine konsequente Befolgung der Hygiene Grundsätze würde man also die Keime «im Griff» haben, dies bedeutet aber, dass in der Zahnarztpraxis eine lückenlose Hygienekette herrschen muss.

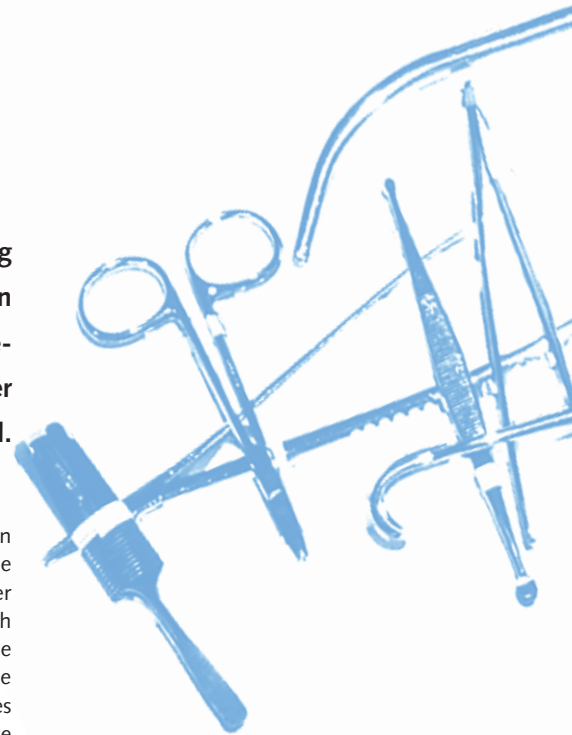
■ Profis wie Sie bestehen auf einer lückenlosen Hygienekette. Was ist das genau?

Eine lückenlose Hygienekette umfasst alle Massnahmen, die geeignet sind, Krankheitserreger weder vom Patienten auf das Praxisteam oder andere Patienten, noch umgekehrt weiterzugeben. Zum Beispiel wird der Wert einer Flächenhygiene nach Behandlung von Patient A konterkariert, wenn Mitglieder des Praxisteam die Keime von Patient A auf Patient B durch ausgelassene Händehygiene übertragen. Wenn man sich für die Praxishygiene einsetzt, muss diese kompromisslos erfolgen. Dem Zahnarzt muss eine lückenlose Hygienekette angeboten werden, d.h. für jedes Detailproblem muss eine Lösung gefunden werden. Ob hierfür die Angebote der Industrie ausreichen, ist zu diskutieren. Die Hygieneempfehlungen im Sinne einer durchgängigen Kette müssen von Fachleuten offeriert werden und sollten vom Praxisinhaber umgesetzt werden.

Hierbei spielt die Kostenfrage eine nicht unerhebliche Rolle. Um bereit zu sein, Investitionen, Sach- und Personalkosten für Hygienemassnahmen aufzubringen, ist es Voraussetzung, dass der Zahnarzt die Gefahr, Infektionskrankheiten zu erwerben, akzeptiert.

■ Welches sind die häufigsten Hygiene-Fehler in der Praxis?

Die soeben erwähnte Hygienekette wird am häufigsten durchbrochen durch eine nichtkorrekte Händehygiene. Bei Unterbrechung der Behandlung erfolgt kein Ablegen der Handschuhe mit anschließender Händedesinfektion, so dass Patientenkeime in die Umgebung getragen werden. Wenn die Handschuhe schon anbehalten werden, sollten diese wenigstens aussen desinfiziert werden, ehe man zum Telefon geht oder Material holt. Häufig kann man beobachten, dass ein einziger Mundschutz einen Vor- oder Nachmittag lang getragen in den Pausen



an den Hals gesenkt wird. Beim erneuten Positionieren über Mund und Nase gelangen die Keime des Vorpatienten an die Handschuhe des Zahnarztes und er gibt sie unmittelbar an den nächsten Patienten weiter.

In vielen Praxen ist der Ablauf der Instrumentenaufbereitung nicht logisch. Dies führt z.B. zum Kontakt von gebrauchten und aufbereiteten Instrumenten. Bei ungeschützter Lagerung von Instrumenten – also nicht ausserhalb des Aerosols der Patientenbehandlung oder offen in Schubladen, die während der Behandlung nicht geschlossen sind – ist eine Fremdkontamination und damit eine Weitergabe an andere Patienten nicht zu verhindern.

■ Welche Infektionen treten beim zahnmedizinischen Personal häufiger auf als bei anderen Berufsgruppen?

Für zahnmedizinisch tätige Personen steht die Infektionsgefahr mit Hepatitis-Viren nach wie vor an erster Stelle. Schon vor mehr als 15 Jahren wurde z.B. in Nordrhein Westfalen nachgewiesen, dass etwa 50 % einer untersuchten Zahnarzt-Gruppe Antikörper gegen HBV besass. Ohne diesen Befund verallgemeinern zu wollen, wird doch deutlich, dass eine wesentlich höhere Rate als beim Schnitt der Bevölkerung vorliegt. Auch bei Zahn-technikern konnte eine erhöhte Infektionsrate gefunden werden. Nach den Angaben des Robert Koch-Instituts beträgt die Durchseuchung der Allgemeinbevölkerung in Deutschland mit Hepatitis C 0.5 – 0.7 %. Wenn auch diese Werte bei zahnmedizinischem Personal in den Industrieländern nicht erheblich höher liegen, so kann eine HCV-Infektion doch das Ende oder zumindest eine Einschränkung zahnärztlicher Tätigkeit bedeuten. Und: Gegen HCV gibt es keine Impfung.

HI-Viren spielen keine so bedeutende Rolle, wie man anfänglich befürchtet hatte. Allerdings ist zu bedenken, dass HIV-positive Patienten häufig andere Krankheitserreger, wie z.B. Tuberkulosebakterien, beherbergen.



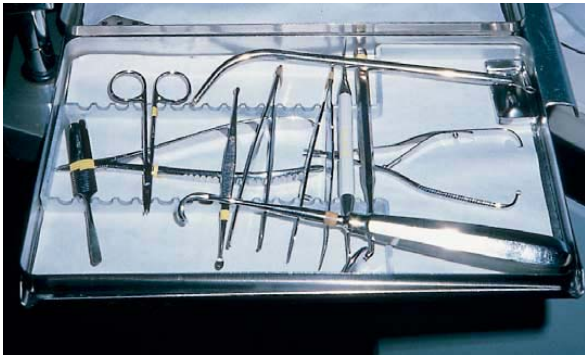
Foto: zVg

Prof. Dr. K. Bössmann

Beispiel dafür ist das erst kürzlich aufgetretene Schwere Akute Respiratorische Syndrom SARS. Durch stringente Präventivmassnahmen konnte nach einiger Zeit die Verbreitung der Krankheit gestoppt werden. Der Erreger wurde als ein bislang unbekanntes Mitglied der Familie der Coronaviren identifiziert. Durch konsequente Vorbeugungsmassnahmen liess sich eine weltumspannende Übertragung dieses Krankheitserregers verhindern – nur, die Präventionsmassnahmen mussten auch durchgeführt werden.

Dort, wo Schutzmassnahmen nicht möglich waren

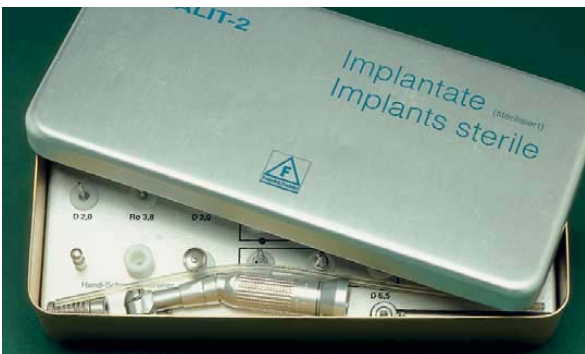
Fortsetzung von Seite 13



Das aufgewellte Filterpapier hat die Perforationen im Bodenteil und Deckel ungenügend abgedeckt. Das oralchirurgische Instrumentarium ist möglicherweise nicht mehr steril.



Instrumente nicht in Einzellagerung. Bei der Entnahme ohne Pinzette kommt es zu Kontaminationen. Sonden sollten steril vorgehalten werden.



Nicht regelkonforme Kassette für die Implantologie, da keine Perforationen, Filter o. ä.

Fotos: Prof. Dr. K. Bössmann

■ Stimmt es nach wie vor, dass Hepatitis B-Viren die aggressivsten in der Praxis sind? Reicht da nicht einfach auch die Schutzimpfung?

Das Risiko einer Hepatitis B-Infektion nach einer Nadelstichverletzung oder einer vergleichbaren Exposition ist höher als 20%. Im Vergleich dazu: HCV etwa 2%, HIV etwa 0,1%. Damit stellen Hepatitis B-Viren die grösste Bedrohung dar. Die leider zu selten durchgeführte Schutzimpfung ist ein fast 100-prozentiger Schutz, wenn – wie schon vorher ausgeführt – die Antikörperkonzentration hoch genug ist und nach 10 Jahren untersucht und gegebenenfalls durch Nachimpfung wieder angehoben wird. Es gibt allerdings einige Menschen, die auf eine Impfung gegen HBV nicht mit einer Antikörperbildung oder nur unzureichend reagieren. Diese Personen haben dann keinen Schutz. Aber: Die Impfung gegen HBV entbindet nicht von allgemeinen Hygienemassnahmen.

■ Gibt es Erreger, die in unseren Breitengraden als ausgerottet galten und in den letzten Jahren doch wieder zu einer Bedrohung geworden sind?

Ja, hierzu zählt z.B. der Erreger der Tuberkulose.

Mycobacterium tuberculosis war in unseren Breiten nie vollständig ausgerottet. 2001 registrierte man in Deutschland 7866 Fälle. Zwar ist die Erkrankungshäufigkeit in den letzten 10 Jahren rückläufig, aber aus England und Frankreich werden bereits stagnierende Erkrankungszahlen gemeldet. 2001 betrug der Anteil importierter Erkrankungen 43%. Quellen sind die Migranten aus Ost- und Südosteuropa und aus asiatischen Ländern. Da Tuberkulosebakterien widerstandsfähiger als andere Bakterien gegen viele Desinfektionsmittel sind, dürfen in der Zahnarztpraxis z.B. für die Instrumentendesinfektion nur Desinfektionsmittel mit dem Wirksamkeitskürzel «wirksam gegen Tbc» eingesetzt werden. Chlorhexidin z.B. ist nicht wirksam gegen Tbc.

Ein anderes Problem kann Diphtherie sein, da die Erreger dieser Krankheit vermehrt durch Immigranten nach Mittel- und Westeuropa eingeschleust werden.

■ Wie bringe ich mein Personal dazu, das Praxis-hygienekonzept konsequent einzuhalten?

Das Vorbildverhalten des Praxisinhabers ist eine

Grundvoraussetzung dafür, dass auch das Personal das Praxishygienekonzept konsequent einhält. Dem assistierenden Personal muss die Logik des Handelns vermittelt werden. Halbjährliche Unterweisungen und die ständige Aktualisierung des Hygieneplanes sowie der Besuch von Fortbildungsveranstaltungen festigen das Hygienebewusstsein. Natürlich schleifen sich die Handlungen ab, so dass der Praxisinhaber wie in allen anderen Bereichen kontrollieren und korrigieren muss.

■ Besteht bei diesen täglichen Feldzügen gegen die Erreger nicht die Gefahr, dass gegen Desinfektionsmittel immune «Super-Bakterien» herangezüchtet werden?

In der Praxis werden viel höhere Konzentrationen angewendet als die minimale Hemmkonzentration bestimmter Desinfektionsmittel bei resistenten Bakterienstämmen beträgt, so dass im Desinfektionsmittelbereich bei adäquater Präparateauswahl und Anwendung nicht mit Versagerquoten zu rechnen ist. Der sicherste Weg zur Vermeidung von Resistenzen ist die ausreichend hohe Dosierung und der regelmässige Wechsel verunreinigter Instrumentendesinfektions-Lösungen, so wie sie vom Hersteller vorgegeben sind.

■ So ein Hygienekonzept kommt auf den ersten Blick wie ein grosser Zeitdieb daher: Verraten Sie ein paar Tricks, wie im Rahmen einer lückenlosen Hygienekette dennoch Zeit gespart werden kann?

Grundvoraussetzung für die zeitsparende Durchführung der Hygienekette ist eine Praxisorganisation, in die Hygienemassnahmen organisch eingebunden sind. Hygienemassnahmen dürfen einen Praxisablauf nicht stören, sie müssen sich gleichsam «wie von selbst» erledigen (lassen). Händehygiene und Flächenhygiene müssen sich nahtlos in den Ablauf der Patientenbehandlung integrieren. Die Wartung der Instrumente sollte in einem ausreichend grossen, separaten Raum erfolgen, in dem von unrein nach rein gearbeitet wird. Bei sehr grossen Praxen kann es sinnvoll sein, hierfür eine gut angeleitete Person einzusetzen, die auch aus einem fachfremden Gebiet stammen kann. Hierdurch werden die Stuhlassistentinnen entlastet und können sich ausschliesslich auf die Patientenbehandlung konzentrieren. Der Ablauf der Instrumentenaufbereitung sollte weitgehend mit Maschinen erfolgen. Maschinen sind kostengünstiger als Personal. Maschinen können die gesetzlichen Forderungen nach validierten oder zumindest standardisierten Verfahren erfüllen. Die Grösse z.B. eines Thermodesinfektors muss auf den Instrumentendurchsatz pro Halbtage oder Tag abgestimmt sein. Wenn die Instrumentenreinigung und -desinfektion in Maschinen erfolgt, ist es nicht notwendig, die Instrumente zusätzlich vorher in eine Lösung einzulegen. Vorteilhaft ist ein zentraler «Steriraum» von dem aus alle Behandlungszimmer beliefert werden können.

■ Herr Prof. Bössmann, wir danken Ihnen für dieses aufschlussreiche Gespräch!



Delia Nagel