

KASSENZAHNÄRZTLICHE VEREINIGUNG IM LANDE BREMEN
KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS

Richtlinien
der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung für
Verfahren und Maßnahmen zur Qualitätssicherung
in der ambulanten vertragszahnärztlichen Versorgung

**(QUALITÄTSSICHERUNGS-
RICHTLINIEN
im Sinne von § 135 Abs. 3 SGB V)**

vom 15.10.1998

**Richtlinien der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung
für Verfahren und Maßnahmen zur Qualitätssicherung
in der ambulanten vertragszahnärztlichen Versorgung
(Qualitätssicherungsrichtlinien im Sinne von
§ 135 Abs. 3 SGB V)
vom 15.10.1998**

Präambel

Diese Richtlinien sollen dem Vertragszahnarzt ein internes Qualitätsmanagement in seiner Praxis ermöglichen, das der Erhaltung und dem Ausbau des erreichten, auch international anerkannten Qualitätsniveaus dient. Dabei werden alle Maßnahmen gefördert, die den Erhalt bzw. die Wiederherstellung der oralen Strukturen als Element eines gesunden Gesamtorganismus unterstützen. Dies gilt auch für den Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung, auch wenn in diesem unter dem Gesichtspunkt einer Erhaltung der Finanzierbarkeit dieses Teils der sozialen Sicherungssysteme nicht alle zahnärztlichen Leistungen erbringbar sind. Allerdings stellen die demographische Entwicklung und die anhaltend hohe Arbeitslosigkeit in der Bundesrepublik Deutschland Komponenten dar, die eine zunehmende Reduzierung der finanziellen Basis der gesetzlichen Krankenversicherung bewirken. Dies hat bereits zu zusätzlichen finanziellen Belastungen sowohl der Versicherten als auch der Vertragszahnärzteschaft geführt. Ungeachtet dieser Entwicklung wird vom Gesetzgeber bis jetzt noch der allgemeine Grundsatz, wonach die GKV nicht nur die unmittelbar indizierte medizinische Versorgung, sondern darüber hinaus auch jene kostenlos zur Verfügung zu stellen hat, die unter den Gesichtspunkten des Komforts und der Ästhetik wünschenswert sein mag, dazu geführt, dass zwischenzeitlich für die drei Determinanten der Qualitätssicherung, nämlich der

- Strukturqualität,
- Prozessqualität,
- Ergebnisqualität,

Risiken für den Erhalt einer weiterhin qualitätsgesicherten Versorgung entstanden sind. Die sich bereits deutlich abzeichnende Notwendigkeit einer Konzentration der notwendigerweise beschränkten finanziellen Mittel der GKV auf die unmittelbar indizierte medizinische Versorgung findet demgegenüber noch immer nicht die erforderliche Anerkennung, dies kann jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass ein Erhalt des zwischenzeitlich erreichten Qualitätsniveaus nur dann möglich sein wird, wenn im Sinne einer voraussetzungsorientierten Qualitätssicherung eine hochstehende zahnmedizinische Ausbildung ebenso gewährleistet bleibt, wie eine kontinuierliche Fortbildung und die Möglichkeit einer darauf aufbauenden fachlichen Qualifikation. Die so vermittelten Kenntnisse können in der vertragszahnärztlichen Praxis jedoch auf Dauer nur dann umgesetzt werden, wenn für die dort zu erbringenden Leistungen auch kostengerechte Vergütungen gewährleistet werden. Maßnahmen, die diese Vergütungen in Frage stellen, wie z. B. Plafondierungen, Pauschalierungen, Budgetierungen oder Degressionsregelungen stellen ebenso eine Gefährdung des bisherigen Qualitätsniveaus dar, wie Einschränkungen der Therapie- und Vertragsfreiheit von Vertragszahnarzt und Patient.

Die KZBV kann in diesen Richtlinien den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und den Vertragszahnärzten lediglich Verfahren und Maßnahmen aufzeigen, die im Rahmen der Regelungen des SGB V und der darauf aufbauenden gesamt- und mantelvertraglichen Bestimmungen zur Erhaltung der Qualität der vertragszahnärztlichen Versorgung beitragen können. Dabei ist zu beachten, dass die Besonderheiten der vertragszahnärztlichen Versorgung angemessen berücksichtigt werden müssen, da sich diese an den Kriterien einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenversicherten orientiert (§ 72 Abs. 2 SGB V), und an diese somit keine Maßstäbe angelegt werden können, die dem Stand des technisch/werkstoffkundlich Machbaren im Sinne einer, an Maßstäben der universitären Forschung orientierten Maximalversorgung entsprechen. Der Vertragszahnarzt muss daher die begrenzten finanziellen Mittel der GKV ebenso berücksichtigen wie die Tatsache, dass der Grenznutzen zusätzlicher Leistungen abnimmt. Er muss daher eine Qualität der Versorgung gewährleisten, die einen möglichst effizienten Einsatz der finanziellen Ressourcen bewirkt und zugleich für den Patienten eine Minimierung des unvermeidlichen Behandlungsrisikos ermöglicht. Dadurch wird der einzelne Vertragszahnarzt aber nicht aus der Verantwortung seinem Patienten gegenüber entlassen, bei jeder Behandlung im Einzelfall fachlich zu beurteilen, inwieweit er eine in diesem Sinne ausreichende Qualität der vertragszahnärztlichen Versorgung gewährleisten kann. Soweit ihm dies aufgrund seiner Aus-, Fort- und Weiterbildung, bzw. aufgrund spezieller technischer oder personeller Anforderungen oder einer fehlenden wirtschaftlichen Erbringbarkeit der betreffenden Leistungen nicht möglich ist, ist der Vertragszahnarzt berechtigt und verpflichtet, die Erbringung derartiger Leistungen abzulehnen. Die Richtlinien sollen im Rahmen der beschränkten Regelungskompetenz der KZBV dazu beitragen, diese Konsequenz nach Möglichkeit zu verhindern.

Maßnahmen der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen:

Die KZVen sollen durch die Mitwirkung an entsprechenden Schulungsveranstaltungen die kontinuierliche Fort- und gegebenenfalls auch Weiterbildung ihrer Mitglieder unterstützen und fördern. Ergänzend können sie die Einrichtung und Durchführung von Qualitätszirkeln in der ambulanten vertragszahnärztlichen Versorgung anbieten und fördern.

Unabhängig von derartigen Einzelmaßnahmen sollen sie den Vertragszahnarzt auf seinen Wunsch hin bei der Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen unterstützen und beraten.

Zur Koordination dieser Aufgaben soll jede KZV einen Zahnarzt als Qualitätsbeauftragten der KZV bestellen, der unmittelbar dem Vorstand der KZV unterstellt ist. Der Qualitätsbeauftragte hat insbesondere die Aufgabe

- die KZV und deren Vertragszahnärzte in Fragen der Qualitätssicherung zu beraten,
- ein angemessenes Fort- und Weiterbildungsangebot zu fördern
- und gegebenenfalls die Tätigkeit von Qualitätszirkeln zu betreuen und zu koordinieren, bzw. bei deren Gründung beratend tätig zu werden.

Qualitätszirkel als Maßnahme des intraprofessionellen Qualitätsmanagements

Qualitätszirkel stellen im Rahmen des Qualitätsmanagements eine der Möglichkeiten zur Qualitätssteigerung und Qualitätserhaltung (Qualitätssicherung) in der zahnmedizinischen

Versorgung dar. Hierbei sollte im Vordergrund die Entwicklung adäquater Problemlösungsstrategien und deren Umsetzung in den Praxisalltag stehen. Dieses bedeutet, dass nicht eine isolierte Betrachtungsweise der drei Parameterbereiche Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität vorgenommen werden sollte, da sonst die Interdependenzen der Einzelkomponenten übersehen werden. Die Lösungsansätze sollten immer vor dem Hintergrund der jeweils aktuellen strukturellen Rahmenbedingungen betrachtet werden. Eine Analyse über die Nützlichkeit und Wirksamkeit von therapeutischen Maßnahmen ist in einen alltagsrepräsentativen Versorgungsrahmen zu stellen. Der Vergleich mit selektiven Kollektiven, wie z. B. Patienten aus Universitätskliniken, verbietet sich. Die Beurteilung der therapeutischen Ergebnisqualität sollte sich auf die Alltagsbedingungen der praktischen Versorgung ausreichend beziehen. Durch das Konzept der voraussetzungsorientierten Qualitätssicherung wird die einseitige Orientierung an der ergebnisbezogenen Beurteilung einer zahnmedizinischen Behandlung aufgehoben. Der Hauptakzent wird hierbei auf die Struktur- und Prozessqualität gelegt. In diesem Konzept können Qualitätszirkel der konkreten Einflussnahme auf die Struktur- und Prozessgrößen unter Berücksichtigung der Alltagsbedingungen dienen. Sie haben neben den klassischen, berufsbegleitenden Fortbildungen durch die Selbstverwaltungsträger des zahnärztlichen Berufsstandes einen erheblichen Stellenwert eingenommen.

In den Qualitätszirkeln soll ein gelenkter interkollegialer Erfahrungsaustausch zwischen den Teilnehmern unter der Leitung eines geschulten Moderators stattfinden. Der Moderator ist in der Regel ein Zahnarzt, der die Aufgabe hat, die Gruppe organisatorisch, didaktisch, strukturierend und methodisch zu betreuen. Qualitätszirkel unterscheiden sich von anderen strukturähnlichen Verfahrensweisen, wie z. B. der in akademischen Einrichtungen vermittelten Wissenschaft, der traditionellen Fortbildung, der Balint-Gruppe oder dem individuelle organisierten interkollegialen Colloquium, in ihrem didaktischen Konzept. Der Erfahrungsaustausch in Qualitätszirkeln soll in Kleingruppen erfolgen. Der Lerneffekt entsteht dadurch, dass durch die verschiedenen eingebrachten Sichtweisen der einzelnen Mitglieder synergetische Effekte entstehen, die dann wiederum kritisch rückgekoppelt die eigenen Vorstellungen beeinflussen können. Im Unterschied zu den traditionellen Fortbildungen steht hier nicht das Wissen im Vordergrund, sondern das Handeln in der eigenen Praxis, häufig orientiert an „Problemfällen“ des jeweiligen Praxisalltags.

Die Wesensmerkmale von ärztlichen/zahnärztlichen Qualitätszirkeln lassen sich wie folgt darstellen. Qualitätszirkel arbeiten:

- auf freiwilliger Basis
- mit selbstgewählten Themen
- erfahrungsbezogen
- im interkollegialen Diskurs
- themenzentriert
- systematisch
- zielbezogen
- kontinuierlich
- mit festem, möglichst überschaubarem Teilnehmerkreis
- von Moderatoren gestützt

Der Nutzen eines Qualitätszirkels ist für die Teilnehmer in der Erzeugung einer sogenannten Lernspirale zu sehen, die im Sinne eines zyklischen Prozesses immer wieder Problemerkennung, Problemanalyse, Problemlösung und Problemlösungsbewertung (Evaluation) aufeinander bezieht und damit den Wissensfortschritt in der Gruppe vorantreibt.

Bildung und Arbeitsweise eines Qualitätszirkels

Die Bildung und Durchführung von Qualitätszirkeln wird im Folgenden beispielhaft dargestellt.

Gründungsphase

Im Vorfeld der Gründung eines Qualitätszirkels sollte ein zukünftiger Moderator an einer Moderatorenschulung teilgenommen haben, um sich auf die grundlegenden Aufgaben seiner Rolle im Rahmen der Zirkelarbeit vorbereiten zu können. Hierzu gehören, ausgerichtet auf eine Problemlösung, die Strukturierung des Arbeitsprozesses und die Schaffung einer kreativen Atmosphäre, die eine kontinuierliche themenzentrierte effektive Arbeit ermöglicht. Eine erfolgreiche Qualitätszirkelarbeit hängt entscheidend von der konstruktiven Mitarbeit aller Mitglieder ab.

An der Qualitätszirkelarbeit sollten nur Zahnärzte teilnehmen, die in dieser Form der Fortbildung für sich die Möglichkeit sehen, eine Verbesserung ihrer Arbeit zu erreichen. In der Gründungsphase der Zirkelarbeit erfolgt die Schaffung einer gemeinsamen Ausgangsbasis über die Zielsetzungen des Qualitätsmanagements und die Ziele der hier zu leistenden Arbeit. Eine der wichtigsten Bedingungen für eine erfolgreiche Arbeit ist die gegenseitige Vorstellung oder Selbstvorstellung der Mitglieder, die Schaffung einer Vertrauensbasis und die Erreichung der fachlichen Akzeptanz untereinander. Weiterhin sollten von Beginn an die Rahmenbedingungen für die Qualitätszirkelarbeit festgelegt werden. Die fortlaufende Dokumentation und Evaluation der Zirkelarbeit gestattet eine reflektorische Überprüfung der Rahmenbedingungen und gegebenenfalls die Möglichkeit einer Revision. Hierzu gehört auch die regelmäßige Überprüfung, ob die Fortführung eines Qualitätszirkels als erforderlich angesehen wird.

Arbeitsphase

In der Arbeitsphase zur Qualitätsverbesserung werden in der Regel mehrere Teilschritte in Form eines Regelkreises durchlaufen, wobei auch bedingt durch kritische Selbstreflexion ein mehrmaliger Durchlauf einzelner Teilschritte oder des gesamten Kreislaufs als erforderlich angesehen werden kann. Unabhängig davon, ob es sich um einen Zirkel handelt, der sich zu einem bestimmten Thema konstituiert hat oder ob es sich um einen themenalternierenden Zirkel handelt, ist die schematische Vorgehensweise identisch.

Nach der Themenfestlegung sollte eine genaue Analyse der Praxisrealität durch jedes Zirkelmitglied erfolgen. Hierbei darf nicht auf den Einzelfall abgestellt werden, sondern es sollte die Erfassung des Routineablaufes erfolgen. Der Beschreibung des Ist-Zustandes folgt dann eine Schwachstellenanalyse. In dem nächsten Schritt sollte eine gemeinsame Formulierung der Zielvorstellungen vorgenommen werden. Es geht z. B. darum, festzulegen, ob am Ende des Diskussionsprozesses eine zukünftige gemeinsame Vorgehensweise verabredet werden soll. Anschließend kann dann, nach Anpassung der Praxisabläufe, die Umsetzung erfolgen. Die durchzuführende Dokumentation erstreckt sich auf die veränderten Praxisbedingungen und die nach dem Konsens behandelten Fälle und die dabei erzielten Ergebnisse. Die anschließende Evaluation sollte die Erreichung des gesetzten Zieles überprüfen und ermitteln, ob eine Qualitätsverbesserung eingetreten ist. In Abhängigkeit vom erreichten Ergebnis und der Ab-

weichungsanalyse des Soll-Ist-Vergleichs kann entweder der erneute Eintritt in den Kreislauf und eine Revision der Vorgehensweise oder aber bei Erreichung eines zufriedenen Ergebnisses, die Zuwendung zu einem neuen Thema erfolgen. In jeder Phase des Regelkreisdurchlaufes besteht natürlich die Möglichkeit, externes Expertenwissen für die Problemlösung heranzuziehen. Hier besteht die Schnittstelle zu den traditionellen Fortbildungsveranstaltungen. Qualitätszirkel stellen also kein isoliertes Fortbildungsinstrument dar, sondern sind vielmehr als integraler Teil der Wissens- und Methodenvermittlung zu betrachten. Die Möglichkeit der Reevaluation und Zielrevision in einer festen Teilnehmergruppe heben den Qualitätszirkel deutlich von anderen Maßnahmen im Rahmen des Qualitätsmanagements ab.

Beendigung der Qualitätszirkelarbeit

Die Beendigung der Zirkelarbeit kann sich dadurch ergeben, dass die konkrete Problemstellung, für die ein Zirkel eingerichtet wurde, als gelöst angesehen wird. Sie kann sich auch dadurch ergeben, dass die unterschiedlichen benannten Problemkreise erschöpfend behandelt wurden und sich zurzeit kein weiterer Handlungsbedarf ergibt. Es besteht natürlich immer die Möglichkeit, Qualitätszirkel für eine Zeit ruhen zu lassen, um dann mit gleicher oder aber auch geänderter Besetzung in der Arbeit fortzufahren. Entscheidend für das Überlebenspotential eines Qualitätszirkels ist immer ein gemeinsames Bedürfnis nach fachlicher Kompetenzsteigerung und an einem interkollegialen Erfahrungsaustausch in einem vertrauensvollen Rahmen.

Evaluation der Qualitätszirkelarbeit

Die Evaluation der Qualitätszirkelarbeit soll der sinnvollen Selbstkontrolle der Arbeit dienen. Die Evaluation soll sich einerseits auf die Zirkelarbeit selbst und andererseits auf die Veränderung des diagnostischen und therapeutischen Handelns und der dadurch erreichten Qualitätsverbesserung beziehen.

Anforderungen an die Hygiene bei der vertragszahnärztlichen Versorgung

Mit der Ausführung der zahnärztlichen Tätigkeit sind eine Vielzahl von Infektionsmöglichkeiten verbunden. Die damit verbundenen Risiken sollen durch die unterschiedlichsten präventiven Maßnahmen minimiert bzw. ausgeschaltet werden. Hier sind zu nennen eine sorgfältige und ergänzende Anamnese vor den Behandlungen, die Schematisierung und systematische Durchführung von Arbeitsabläufen mit dem vorrangigen Ziel der Non-Kontamination und der Einsatz von anerkannten Technologien bei der Infektionsprophylaxe in der zahnärztlichen Praxis.

Als Übertragungswege von Infektionskrankheiten kommen in der Zahnmedizin unter anderem folgende Möglichkeiten in Betracht:

- eine direkte Übertragung durch Speichel, Blut und/oder andere potentiell infektiöse Sekrete bzw. Exkrete;
- eine indirekte Übertragung über z. B. kontaminierte Instrumente, benutzte Materialien, Zahnersatz des Patienten.

Als Trägermedium für die Übertragung von Infektionen können Blut, Speichel, nasopharyngeale Sekrete und Aerosole dienen. Die Infektionen können erfolgen z. B. über die intakte oder verletzte Haut, die Bindehaut des Auges, die Schleimhäute oder durch Inhalation. Entscheidend für das Auslösen einer Infektionskrankheit ist nicht nur die Infektionsdosis, sondern auch die Immunitätslage der entsprechenden Person. Ziel aller Hygienemaßnahmen soll sein, Strategien der Infektionsprävention unter den gegebenen Rahmenbedingungen zu entwickeln, die das Risiko sowohl für das Praxisteam wie auch für die Patienten auf ein Minimum senken können. Das Kosten-Nutzen-Verhältnis ist hierbei zu berücksichtigen und erfordert adäquate Rahmenbedingungen.

Zur Vermeidung von Infektionskrankheiten sollen für die ambulante Behandlung in zahnärztlichen Praxen Anforderungen an die Praxishygiene formuliert werden. Hierbei soll berücksichtigt werden, dass in der ambulanten zahnärztlichen Versorgung auch Eingriffe durchgeführt werden, bei denen besondere Hygieneanforderungen notwendig werden können. Hierzu zählen u. a. umfangreiche zahnärztlich-chirurgische Eingriffe und Eingriffe bei Patienten mit einem erhöhten Infektionsrisiko aufgrund einer systemischen Erkrankung sowie bei immunsupprimierten Patienten und solchen Patienten, bei denen eine Radiotherapie durchgeführt wurde.

Der erweiterten Kenntnisvermittlung auf dem Gebiet der Praxishygiene über das Zahnmedizinstudium hinaus kommt im Rahmen der Fort- und Weiterbildung ein hoher Stellenwert zu. Hierzu gehört insbesondere die Kenntnisvermittlung über die bestehenden einschlägigen Rahmenbedingungen für die Durchführung der Praxishygiene. Hierzu zählen allgemeine und spezielle Rechtsnormen aus dem privaten und öffentlichen Recht, Unfallverhütungsvorschriften der Berufsgenossenschaften, Normen und Richtlinien. Neben den gesetzlichen Vorschriften bestehen also Empfehlungen, die nicht unmittelbar rechtsverbindlich sind. Im Rahmen der Konkretisierung gelten sie aber als antizipierte wissenschaftliche Sachverständigen-gutachten und lassen vermuten, dass sie den aktuellen Stand der Wissenschaft wiedergeben.

Voraussetzungen

Die Verantwortlichkeit für die Praxishygiene gehört in den Kompetenzbereich des Praxisinhabers, auch wenn die Durchführung an die Mitarbeiter delegiert werden kann. Bei der Delegation an die Mitarbeiter ist zu berücksichtigen, dass sich diese auf dem entsprechenden aktuellen Wissenstand der Praxishygiene befinden sollen. Eine besondere Aufmerksamkeit soll auf Auszubildende, Praktikanten und Hilfskräfte gerichtet werden. Weiterhin ist eine vorrangige Schutzbedürftigkeit bei der werdenden Mutter gegeben.

Erkennbare Mängel und Gefahren sollen unverzüglich dem Praxisinhaber gemeldet werden. Für die Behebung der Mängel ist Sorge zu tragen.

Alle Beschäftigten einer Zahnarztpraxis sind verpflichtet, nicht nur für die eigene Sicherheit Sorge zu tragen, sondern auch für alle weiteren Mitarbeiter sowie für die Patienten.

Hygieneplan

Für die Durchführung der unterschiedlichen Maßnahmen soll ein Hygieneplan erstellt werden. Der Hygieneplan soll die Maßnahmen zur Aufbereitung des gebrauchten Instrumentariums nach der zahnärztlichen Behandlung benennen. Zu diesen Maßnahmen gehören: die Desin-

fektion, die Reinigung, gegebenenfalls die Verpackung der Instrumente, gegebenenfalls die Sterilisation der Instrumente und die Lagerung der Instrumente.

Es sollten weiter grundsätzliche Angaben zur erforderlichen Händehygiene, zur hygienischen Wartung der Praxisräume und der Praxiseinrichtung sowie dem Umgang mit verschmutzter und kontaminierter Arbeitskleidung und Schutzkleidung enthalten sein.

Der Hygieneplan soll eine Handlungsleitlinie für den Bereich der Praxishygiene darstellen. Diese Leitlinie soll auf die verschiedenen Arbeitsabläufe abgestimmt sein und den aktuellen Gegebenheiten entsprechend angepasst werden. Es sollte eine regelmäßige Unterweisung des Personals erfolgen. Die erfolgten Unterweisungen sind zu dokumentieren.

Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen

Eine arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchung soll in regelmäßigen Abständen den Beschäftigten, die Tätigkeit mit Infektionsgefährdung ausüben, ermöglicht werden und soll von den entsprechenden Ärzten durchgeführt werden. Hierzu gehört auch zur Minimierung eines spezifischen Infektionsrisikos eine Impfprophylaxe, die sich an den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert-Koch-Institut orientiert. Die Vorsorgeuntersuchungen können fakultativ auch bei Vorliegen eines Expositionsereignisses zwischen den Fristen erforderlich werden. Verletzungen im Zusammenhang mit der Berufsausübung sind zu dokumentieren.

Bauliche Voraussetzungen

Die baulichen Voraussetzungen sollen eine zahnärztliche Behandlung unter hygienisch einwandfreien Bedingungen ermöglichen. Es gelten hier die einschlägigen Rechtsnormen. Bei der Planung von Praxisräumen kann gegebenenfalls ein Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin beratend herangezogen werden. Für die bestehenden Praxen gilt ein Bestandschutz, sofern nicht Rechtsvorschriften etwas anderes bedingen. Bei Umbaumaßnahmen in bestehenden Praxen sollten die Rahmenbedingungen berücksichtigt werden, sofern hierdurch nicht eine unzumutbare Härte für den Betrieb der Praxis entsteht. Ersatzweise sind auch andere, ebenso wirksame Maßnahmen durchführbar.

Für eine effektive Infektionsprävention soll eine Trennung zwischen dem Behandlungsbereich und den sonstigen Bereichen der Praxis bestehen.

Die Größe der Arbeitsräume soll so bemessen sein, dass sich das Personal bei der Arbeitsverrichtung ungehindert bewegen kann.

Behandlungsräume

Die Fußböden von Behandlungsräumen müssen flüssigkeitsdicht, feucht zu reinigen und desinfizierbar sein. Die Außenflächen von eingebauten Einrichtungsgegenständen müssen ebenfalls diesen Anforderungen entsprechen.

Es soll mindestens ein Waschplatz mit Warm- und Kaltwasserversorgung vorhanden sein, der für alle an der Behandlung Beteiligten gut erreichbar sein soll. Die Wasserzufuhr soll ohne

Handbedienung regelbar sein. Für die Händereinigungsmittel und Händedesinfektionsmittel müssen Direktspender zur Verfügung stehen, die ebenfalls ohne Handbedienung nutzbar sein sollen. Bei der hygienischen Händedesinfektion kommen nur Einmalhandtücher aus einem Spender zum Einsatz bzw. Textilhandtücher, die nach dem einmaligen Gebrauch unter hygienischen Gesichtspunkten wieder aufbereitet werden können.

Röntgenbereich

Der Röntgenraum gehört nicht unmittelbar zum Behandlungsbereich. Es soll hier allerdings möglich sein, im Einzelfall Maßnahmen wie Händedesinfektion, Desinfektion von Filmhaltern, Desinfektion von herausnehmbarem Zahnersatz und der dafür vorgesehenen Ablagefläche sowie eine Desinfektion des Röntgentubus, vornehmen zu können. Hierzu ist in diesem Bereich ein Direktspender für Händedesinfektionsmittel vorzusehen. Enorale Röntgenfilme müssen desinfiziert sein.

Aufbereitungsbereich

Die Aufbereitung des benutzten Instrumentariums soll in einem gesonderten Bereich stattfinden. Die Arbeitsabläufe der Aufbereitung (Desinfektion, Reinigung, Wartung, gegebenenfalls Verpackung, gegebenenfalls Sterilisation und Lagerung) sind hier nach dem Hygieneplan durchzuführen. Die Arbeitsvorgänge sind in unreine und reine Ausführungen zu trennen. Der Hygieneplan ist auszuhängen. Die Desinfektion und Reinigung von zahnmedizinischen Abformungen, zahntechnischen Werkstücken und Hilfsmitteln soll vorzugsweise im Aufbereitungsbereich erfolgen.

Wartebereich

Der allgemeine Wartebereich sollte getrennt vom Behandlungsbereich und pflegeleicht sein.

Personalbereich

Für das Personal soll ein Raum für Pausen und Umkleidung vorgesehen werden. Hier erfolgt der Wechsel der Straßenkleidung gegen die Berufskleidung. Die Trennung von Straßenkleidung, sauberer Berufskleidung und benutzter Berufskleidung muss möglich sein. Bei Bedarf soll die Möglichkeit der Aufbewahrung für Speisen und Getränke ermöglicht werden.

Toiletten

Die Toilette für das Personal sollte getrennt sein von der Patiententoilette. Waschbecken, Seifenspender und Einmalhandtücher müssen zur Verfügung gestellt werden.

Wartung der Praxisräume

Am Ende des Behandlungstages ist eine Flächendesinfektion der Arbeitsflächen vorzunehmen. Für die Fußböden reicht eine normale Feuchtreinigung, es sei denn, es handelt sich um Bereiche, in denen bestimmungsgemäß Risikopatienten behandelt werden.

Vorbeugende Maßnahmen im Zusammenhang mit der zahnärztlichen Behandlung

Berufsbekleidung, Schutzbekleidung, Abdeckmaterialien

Zur Durchführung einer ordnungsgemäßen Behandlung ist es erforderlich, dass sich die für die Behandlung notwendige Einrichtung in einem Zustand befindet, die den Anforderungen an die Praxishygiene entspricht. Das Personal hat bei der Behandlung Berufskleidung zu tragen und diese regelmäßig zu wechseln. In besonderen Fällen kann es erforderlich sein, bei der Behandlung zusätzlich zur Berufskleidung Schutzkleidung zu tragen. Bei umfangreichen zahnärztlich-chirurgischen Eingriffen hat eine sterile Abdeckung der Umgebung des Operationsfeldes zu erfolgen. Darüber hinaus sollte eine nicht sterile Abdeckung von Geräten und Flächen erfolgen, die einer Desinfektion schwer zugänglich sind. Kontaminierte Abdeckmaterialien und die Schutzkleidung sind nach jeder Patientenbehandlung zu wechseln. Nach Ablegen der Schutzkleidung hat eine Händedesinfektion zu erfolgen. Die Aufbewahrung benutzter Kleidung soll in entsprechenden Behältnissen erfolgen. Nach der Behandlung von hochinfektösen Patienten erfolgt eine getrennte Aufbewahrung der Abdeckmaterialien und der Schutzkleidung bis zur entsprechenden Aufbereitung oder Entsorgung.

Behandlungsprinzip der Non-Kontamination

Wenn möglich, sollte eine Behandlung, z. B. die Befundung, ohne direkten körperlichen Kontakt des Zahnarztes mit dem Patienten erfolgen. Sofern hierdurch auf das Tragen von Handschuhen verzichtet werden kann, ist dieses als ein wichtiger Beitrag zur Allergieprophylaxe – vor allem vor Latex – zu werten. Die Gestaltung von Arbeitsabläufen und entsprechenden Arbeitstechniken bieten hier einen wichtigen Schutz vor einer Kontamination. Das Prinzip der Non-Kontamination, als indirekte Maßnahme der Infektionsprophylaxe, gilt vor allem bei der Entsorgung von Behandlungsmaterialien und bei der Aufbereitung des benutzten Instrumentariums. Ist dieses Prinzip nicht durchführbar, sollten bei den Entsorgungs- und Reinigungsarbeiten widerstandsfähige Handschuhe getragen werden.

Vor- und Nachbereitung der Patientenbehandlung

Während der Behandlung sind keine Uhren und sonstigen Schmuckgegenstände zu tragen. Die Haare dürfen während der Behandlung nicht ins Gesicht fallen. Hände, Mund, Nase und Augen sind während der Behandlung vor einer Kontamination zu schützen.

Händehygiene

Die Händehygiene ist eine der wichtigsten Maßnahmen zur Infektionsprophylaxe und zur Vermeidung von Hautschäden. Neben der Reinigung und Desinfektion gehört hierzu auch

eine effektive Pflege der Haut nach Beendigung der Behandlungen. Sie dient dem Schutze des Patienten sowie des Praxisteam.

Die Händehygiene hat vor und nach jedem Eingriff zu erfolgen. Hierzu gehört vor dem Eingriff die Reinigung und anschließende Desinfektion und nach dem Eingriff die Desinfektion der Hände und Unterarme. Zur Desinfektion der Hände sollten Mittel verwendet werden, die der Liste der Deutschen Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie (DGHM) oder der gültigen amtlichen Liste des Robert-Koch-Institutes zu entnehmen sind.

Es wird unterschieden in die hygienische Händedesinfektion und die chirurgische Händedesinfektion. Zuerst erfolgt immer eine gründliche Reinigung der Hände. Die anschließende Desinfektion erfolgt auf trockener Haut. Während der vorgeschriebenen Einwirkzeit müssen die Hände mit dem Desinfektionsmittel feucht gehalten werden. Bei der chirurgischen Händedesinfektion ist die Einwirkzeit in Abhängigkeit von dem verwendeten Präparat zu beachten. Eine entsprechende Händedesinfektion ist nach jeder Unterbrechung eines Eingriffes erforderlich.

Eine chirurgische Händedesinfektion in Verbindung mit der Verwendung von sterilen Handschuhen ist erforderlich bei der Durchführung von umfangreichen zahnärztlich-chirurgischen Eingriffen und bei der Behandlung von Patienten mit erhöhtem Infektionsrisiko.

Nach Beendigung des Eingriffes hat ebenfalls eine Desinfektion der Hände zu erfolgen.

Schutz vor Verletzungen

Eine häufige Verletzungsursache bei der Behandlung sind Nadelstichverletzungen durch gebrauchte Injektionskanülen beim Zurückschieben in die Schutzkappe. Dieses ist dadurch zu vermeiden, dass gebrauchte Kanülen nur mit einer Hand in die Schutzkappe zurückgeschoben werden oder in einen Sammelbehälter abgestreift werden dürfen. Das bei der Behandlung benutzte Instrumentarium kann grundsätzlich als kontaminiert angesehen werden. Die Entsorgung bzw. Wiederaufbereitung soll so erfolgen, dass ein Verletzungs- und Infektionsrisiko ausgeschlossen werden kann. 1

Instrumentenaufbereitung

Die Instrumentenaufbereitung umfasst alle Arbeitsschritte, die erforderlich sind, um das benutzte zahnärztliche Instrumentarium für eine erneute Behandlung herzurichten. Jeglicher Verletzungsgefahr durch benutzte Instrumente ist vorzubeugen. Es ist für einen kontaminations-sicheren Transport in den Aufbereitungsraum Sorge zu tragen. In dem Hygieneplan sollte die Art der Aufbereitung (manuell oder maschinell) angegeben werden. Bei der manuellen Aufbereitung des benutzten Instrumentariums ist die Reihenfolge der folgenden Arbeitsschritte vorgesehen:

Desinfektion, Reinigung, gegebenenfalls Sterilgutverpackung, gegebenenfalls Sterilisation, Lagerung.

Für die Desinfektion sollen die erforderlichen Mittel entsprechend der Liste der Deutschen Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie (DGHM) oder der gültigen amtlichen Liste des Robert-Koch-Institutes benutzt werden. Ein besonderes Augenmerk gilt den Übertragungsin-

strumenten (Hand- und Winkelstücke). Eine Desinfektion lediglich der Außenflächen ist nicht hinreichend. Alle Instrumente, die bei umfangreichen zahnärztlich-chirurgischen Behandlungen bzw. bei Patienten mit erhöhtem Infektionsrisiko benutzt werden sollen, müssen nach der Desinfektion und Reinigung sterilisiert werden und steril zum Einsatz kommen.

Maßnahmen bei Kontamination und Verletzung

Bei der Kontamination mit potentiell infektiösem Material ist dieses sofort zu entfernen und die kontaminierten Stellen sind mit einer ausreichenden Menge Desinfektionsmittel über einen ausreichenden Zeitraum zu desinfizieren. Im Zweifelsfalle ist ein Arzt aufzusuchen. Nach Verletzungen sind unverzüglich Maßnahmen zur Erstversorgung einzuleiten. Es sollte ein Durchgangsarzt aufgesucht werden, der die weiteren erforderlichen Maßnahmen einleitet. Das Unfallgeschehen sollte dokumentiert werden, hierzu gehört auch die Bezeichnung des Gegenstandes (z. B. Injektionsnadel, Skalpell, etc.) mit dem die Verletzung ausgelöst wurde. Zur Dokumentation gehört auch der Infektionsstatus des behandelten Patienten, soweit dieser bekannt ist. Das Ereignis ist dem Versicherungsträger (BGW) anzuzeigen, wenn hieraus eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als drei Tagen resultiert.

Entsorgung

Im Hygieneplan sind die Maßnahmen zur Abfallentsorgung festzulegen. Die Abfälle aus den Behandlungsräumen sind in ausreichend widerstandsfähigen, dichten und gegebenenfalls feuchtigkeitsbeständigen Einwegbehältern zu entsorgen, die vor dem Transport zu verschließen sind. Die Entsorgung von kontaminierten Instrumenten hat so zu erfolgen, dass die von ihnen ausgehende Gefahr auf ein Minimum reduziert wird. Überwachungsbedürftige Abfälle, wie Photochemikalien und quecksilberhaltige Abfälle, sind in geeigneten Behältern und fachgerecht zu entsorgen. Hierüber ist ein Nachweis zu führen.

Qualitätsmanagement in der zahnärztlichen Hygiene

Folgende Aufgaben gehören zum Qualitätsmanagement des Hygienebereichs einer zahnärztlichen Praxis:

- Bedarfsorientierte Aktualisierung des Hygieneplans,
- Durchführung der Maßnahmen des Hygienebereiches unter Berücksichtigung des Hygieneplanes,
- Durchführung von Untersuchungen beim wiederholten Auftreten von behandlungsdeterminierten Infektionen zur Ermittlung der Infektionsquelle,
- Überwachung der Sterilisationsgeräte mittels biologischer Indikatoren.