

Qualitätsmanagement in der Prophylaxe

Die Frage nach einer optimalen Prophylaxesitzung bezüglich Zeitdauer, Inhalt, Qualität und Abrechnung wird immer wieder gestellt. Als Basis der Gestaltung der Prophylaxesitzung kann nur eine ehrliche diagnosebezogene Behandlung dienen.

Die ausführende Prophylaxeassistentin muss sowohl theoretisch als auch praktisch ihr Handwerk beherrschen, denn Zeit ist Geld, sowohl aus der Sicht der Praxis als auch aus der Sicht des Patienten. Für ihn lohnen Investitionen in die Gesundheit, wenn sie ihr Geld wert sind, also die Wirksamkeit der Therapie spürbar ist. Letztlich entscheidet der Zahnarzt mit seinem Wissen um Ätiologie und Pathogenese der Erkrankungen und mit seinem Qualitätsanspruch an Diagnostik und Therapie, sowie seinem praxisinternen Konzept über die Qualität der Behandlung seiner **ausgebildeten Prophylaxeassistentin**. Dies erfordert ein Miteinander im Praxisteam, und laufende Weiterbildung.

Vor der Prophylaxebehandlung sollte der Ist-Zustand des Patienten ermittelt werden. Die Prophylaxeassistentin muss sich ein umfassendes Bild machen, um Erkrankungen und deren Schweregrad, Risiken allgemeiner und lokaler Art zu erfassen. Auch Kenntnisse zur Individualität des Patienten bezüglich seiner Ernährungs- und Lebensgewohnheiten und des Mundhygieneverhaltens mit Bezug zu seiner Mundgesundheit oder -krankheit sind hilfreich. Zusätzlich sollten Informationen aus Röntgenbildern und Indizes wie dem DMF-t und dem PSI genutzt werden. Auf dieser Grundlage kann dann sowohl der Inhalt der einzelnen Sitzung als auch die Recallfrequenz für den Patienten empfohlen werden. Zur Strukturierung der Behandlung und Planungssicherheit für den Patienten sollte dazu ein individueller Kostenvoranschlag erstellt werden.

Grundsätzlich kann die Prophylaxesitzung in zwei Teile gegliedert werden.

Der **erste Teil** einer Prophylaxesitzung dient in der Regel der Anleitung zur Optimierung der häuslichen Individualprophylaxe. Dabei werden sowohl Entzündungs- als auch Mundhygieneindizes (z. B. GOZ 1000/1010/4005) genutzt, um Defizite aber auch Entwicklungen während des Recalls zu erfassen. Für eine langfristige diffe-

renzierte Betreuung ist die Anwendung von Indizes, wie dem modifizierten SBI und dem O'Leary, der Vorzug gegenüber den nur Teilbereiche erfassenden PBI und API zu geben. Die Plaque sollte z. B. mit Mira-2-Ton-Lösung angefärbt werden. Die Indizes dienen zusätzlich der Motivation und Instruktion des Patienten. Erfolgreich kann man bei diesen Anleitungen sein, wenn der Patient die Mundhygiene „begreift“. Er muss es unter Anleitung selbst tun. Der Patient wird mittels exakter, immer wiederkehrender Übungen trainiert. Ziel ist die Befähigung zur optimierten Putztechnik, individuellen Interdentalraum-pflege, Zungenreinigung, Pflege vorhandener Restaurationen und Zahnersatzreinigung. Besonderes Augenmerk muss auch auf die Pflege eines Implantatbereiches gerichtet werden. Der Befund und die Fähigkeit des Patienten, mit den Hilfsmitteln umzugehen, entscheiden über deren Auswahl. Dem behandelnden Zahnarzt obliegt es, die für eine optimale Mundhygiene notwendige Hygienefähigkeit herzustellen (Depuration). Es sollten alle kariösen Läsionen versorgt, zerstörte oder teilretinierte Zähne entfernt und Füllungsüberhänge beseitigt sein. Auch die Neuanfertigung von Zahnersatz kann unter diesem Aspekt notwendig werden. Dies erfordert neben dem kritischen Auge der Prophylaxemitarbeiterin eine konsequente Informationsübertragung zum Zahnarzt.

Im **zweiten Teil** der Prophylaxesitzung wird die Professionellen Zahnreinigung (PZR GOZ 1040) durchgeführt. Zum Schutz von Patient und Behandler/in vor extrem keimbeladenen Aerosolen wird die Vorbereitung durch eine antibakterielle Spülung der Mundhöhle empfohlen. Im **Ergebnis der PZR muss der von allen Auflagerungen befreite polierte Zahn** stehen. So wird die Voraussetzung dafür geschaffen, dass vorhandene Entzündungen abheilen und der Patient mit seinen Putzbemühungen am sauberen und glatten Zahn effizienter sein kann. Die Gebührenposition GOZ 1040 beinhaltet das Arbeiten supragingival

bis gingival am Zahn. Es kann durchaus notwendig sein, infra- oder subgingival klinisch erreichbare und sichtbare Auflagerungen zu entfernen und den Zahn in diesem Bereich zu konditionieren. Wenn diese Leistung zahnmedizinisch notwendig ist und als selbstständige Leistung erfasst wird, ist z. B. eine analoge Berechnung mit einer nach Zeit und Aufwand entsprechenden Position aus GOZ oder GOÄ möglich. Zur Erreichung des Ziels werden unterschiedliche Hilfsmittel und Instrumente eingesetzt. Die Auswahl erfolgt indikationsgerecht nach Kriterien der Effizienz und Schadensvermeidung. Die Grobdeposition kann in vielen Fällen mit Ultraschall erfolgen. Danach erfolgt der Einsatz von Scalern und Küretten. Instrumente sollten in korrekt geschärftem Zustand für jeden Patienten vorliegen. Der Instrumentenverschleiß ist nicht zu verachten, aber auch alte Instrumente können noch an Frontzähnen für die Belagsentfernung in den anatomisch schwer erreichbaren oralen Grübchen genutzt werden. Auf Implantatoberflächen darf kein Metallinstrument angewandt werden, dafür gibt es spezielle Kunststoffküretten. Die Air-flow-Anwendung kann zusätzlich bei Problemauflagerungen erfolgen. Dabei ist zwischen der Anwendung von Natriumbikarbonat und Glycin zu unterscheiden. Ersteres kann auf dem Zahnschmelz z. B. zur Entfernung von Raucherbelägen zum Einsatz kommen. Der Anwendungswinkel soll streng koronal gerichtet sein. Es dürfen u. a. keine Initialläsionen und keine Restaurationen bearbeitet werden. Glycin eignet sich darüber hinaus auch für Wurzeloberflächen und Implantate. Dementsprechend wird der Einsatzwinkel auch in apikale Richtung möglich sein. Auch hier sind die Diagnostik und das Ziel der Behandlung ein Kriterium der Anwendung. Grundsätzlich sollte die PZR quadrantenweise mit guter Abstützung erfolgen. Bei allen Anwendungen sind der eigene Arbeitsschutz und der Schutz des Patienten, z. B. mit Schutzbrillen, Tüchern oder der Anlage von Optragate zu beachten. Letzteres er-



möglichst auch ein zügigeres Arbeiten. Nach der Reinigung erfolgt die Politur der Zähne. Hier kann mit unterschiedlichen Systemen gearbeitet werden. Es gibt Polierpasten, welche durch den Andruck in der Anwendung in ihrer Korngröße eine Veränderung erfahren. Damit wird der RDA heruntergeregt. Dies erfordert aber immer aufs Neue viel Zeit am Zahn. Sonst besteht die Gefahr, dass der Patient mit einer zu rauen Zahnoberfläche entlassen wird. Andere Poliersysteme bieten Polierpasten mit unterschiedlichem RDA an. Auch hier wird mit Poliergummikelchen von grob nach fein gearbeitet. Interdental kann zusätzlich mit Gummispitzen bzw. Zahnseide und Polierpaste gearbeitet werden. Auch Polierstreifen mit unterschiedlichen Körnungen kommen zum Einsatz. Es darf in jedem Fall keine Körnungsgröße übersprungen werden. Die Politur endet mit der feinsten Körnung. Mit Poliersystemen besteht die Möglichkeit, bei Patienten, welche langjährig im PZR-Recall sind, zunehmend auf den Einsatz der groben Körnungen zu verzichten. Dies schont die Zahnschubstanz und spart Zeit.

Die abschließende Fluoridierung kann der Remineralisation (in der GOZ 1040 inkludiert) oder der Behandlung empfindlicher Zahnhälse (Oz/GOZ 2010) dienen. Wird subgingival an Problemzähnen oder Implantaten ein antibakterielles Gel einge-

bracht, sollte auch dies dokumentiert und abgerechnet werden (GOZ 4025 + Material). Der Zeitbedarf richtet sich nach Ziel und Inhalt der Sitzung, den Befunden und der Zahnanzahl.

Sicherlich ist die Differenzierung der Patienten über den PSI als Basis für die Entscheidung zur Eingliederung in ein **Behandlungs- und Recallkonzept** gut geeignet. Man kann Patienten erfassen, bei welchen die PZR neben den lokaltherapeutischen Ergebnissen eher einen Vorsorgecharakter hat. Hier ist ein Recallabstand von 12 bzw. 6 Monaten ausreichend, wenn keine anderen gesundheitlichen Belastungen vorliegen. Hat man einen Patienten mit einer Parodontitis (PSI 3 und 4 mit röntgenologisch dargestellter Knochenreduktion) vor sich, sollte der Patient bewusst auf die drei Behandlungsphasen eingeschwenkt werden.

Die erste Phase hat die Hygienisierung und Entzündungsreduktion zur OP-Vorbereitung zum Ziel. Es gibt keine Vorschrift, welche die Sitzungszahl hierfür festlegt. Der Zahnarzt entscheidet auf **Empfehlung der ausgebildeten Prophylaxeassistentin**, ob der Patient optimal vorbereitet ist und sich seiner Erkrankung und seinem Engagement bewusst ist.

Nach der operativen Phase (Systematische Parodontalbehandlung mit Nach-

kontrollen und Nachbehandlung), die der Zahnarzt ausführt, folgt die Eingliederung in ein zahnlebenslanges Recall. Dabei steht zuerst die adäquate Anpassung der Interdentalraumhilfsmittel an die neue Situation im Vordergrund. Es ist sinnvoll, nach der PA-Behandlung das Recall enger zu fassen. In großen Abständen sollte dies aber kritisch geprüft und angepasst werden. Grundsätzlich sind der Risiko-Index nach Lang („Spinne“) bzw. die OGM-Manager der verschiedenen Abrechnungsprogramme dafür hilfreich. Auch diese Einstufung kann durch die **ausgebildete Prophylaxeassistentin** erfolgen. Letztlich kann eine Prophylaxe durch PZR nur erfolgreich sein, wenn sie Risiko- und Erfolgsorientiert ist. Dies wird erreicht, wenn sowohl momentane Besonderheiten (z. B. Medikamenteneinnahmen, Brackets, Zahnersatz, persönliche Belastung des Patienten, sowie das Alter) als auch langfristige Belastungen (z. B. Diabetes, Immunschwäche, Rauchen, Dialyse usw.) mit in das Konzept einbezogen werden. Der Zeiteinsatz innerhalb einer Prophylaxesitzung ist möglichst zugunsten der PZR zu entscheiden, da diese Maßnahme den größten Effekt für den Patienten bringt. Viel Erfolg bei der Strukturierung ihrer Prophylaxebetreuung!

Dr. med. Petra Lode
Zahnärztin in eigener Niederlassung

Anzeige

Lachgassedierung · Zertifizierung · Nur 15 Teilnehmer pro Seminar

Das Institut für zahnärztliche Lachgassedierung -IfzL- bringt mit erfolgreichen Fortbildungen die moderne Lachgassedierung auf den Punkt:

- Intensives, praktisches Training immer am Behandlungsstuhl in Form von Rollenspielen
- Lachgassedierung in der Erwachsenen- und Kinderzahnheilkunde
- Vorträge der Buchautoren: Wolfgang Lüder & Cynthia von der Wense
- Integriertes Notfalltraining
- Vorlagen zur Abrechnung Dokumentation & Aufklärung sowie Marketing
- Kleiner Teilnehmerkreis – nur 15 Teilnehmer

Kosten-/ Lerneffizient:

Buchen Sie eine Teamschulung nur für Ihre Praxis! Wir kommen mit unseren Referenten in Ihre Praxis und schulen Ihr gesamtes Team zum Pauschalpreis - das Rundum-Sorglos-Paket!



Institut für zahnärztliche Lachgassedierung
Stefanie Lohmeier



Hauptreferent:
Wolfgang Lüder (Zahnarzt), Mitglied
in der Dental Sedation Teachers Group

16 Fortbildungspunkte
gemäß BZÄK und DGZMK



Lachgasgerät
der Firma Tecno-Gaz

Bezugsquelle:
Lachgasgeräte TLS med-sedation
GmbH, Tel: 08031 68569
Vorteilspreise bei Buchung eines Seminars bei IfzL -Stefanie Lohmeier!

Termine Exklusiv-Schulungen:

18. / 19. Jan. 2013	Wien
01. / 02. Februar 2013	Wiesbaden
08. / 09. Februar 2013	Rosenheim
22. / 23. Februar 2013	Düren (bei Prof. Dr. M. Yildirim)
01. / 02. März 2013	Kitzbühel
12. / 13. April 2013	Passau (bei Fa. Henry Schein)
19. / 20. April 2013	Osnabrück
26. / 27. April 2013	Chemnitz
24. / 25. Mai 2013	Brake bei Bremen
14. / 15. Juni 2013	Wien

Termine in
Chemnitz!

Termine Info-Veranstaltungen:

Passau: 20. Feb. 2013 von 14.00 - 17.00 Uhr
bei der Fa. Henry Schein Dental Depot
Chemnitz: 27. Feb. 2013 von 14.00 - 18.00 Uhr
bei der Fa. MeDent GmbH Sachsen

Kontakt:

IfzL – Institut für zahnärztliche Lachgassedierung, Stefanie Lohmeier, Bad Trißl Straße 39
D-83080 Oberaudorf, Tel: 08033-9799620, www.ifzl.de, E-Mail: info@ifzl.de

Besuchen Sie uns auf der IDS: Halle 11.2 Stand Nr. M018 N019

Multiresistente Bakterien in der Zahnarztpraxis

Eine im letzten Jahrzehnt teilweise stark zunehmende Prävalenz multiresistenter Bakterien in Einrichtungen des Gesundheitswesens hat zu einiger medialer Aufmerksamkeit einerseits und Unsicherheiten vieler potenziell Betroffener andererseits geführt. Im Folgenden wird dargestellt, inwieweit auch Zahnarztpraxen, d. h. deren Mitarbeiter und Patienten, von den Problemen mit multiresistenten Bakterien (multiresistente Erreger, vrtRE) betroffen sind.

Zu den in Deutschland für Zahnärzte epidemiologisch relevanten multiresistenten Bakterien gehören MRSA (Methicillin-resistente *Staphylococcus aureus*) und 3MRGN bzw. 4MRGN (Enterobakterien wie *E. coli* und *Klebsiella* sp., *Pseudomonas aeruginosa* und *Acinetobacter baumannii* mit Resistenzen gegen Penicilline plus Cephalosporine plus Carbapeneme und/oder Chinolone). Diese Bakterien kommen auch in ein bis zwei Prozent (MRSA) bzw. bis fünf Prozent (3MRGN) der infektiologisch unauffälligen Bevölkerung ohne häufigen Kontakt zum Gesundheitswesen vor. Diese von den Erregern nur besiedelte Menschen (sog. asymptomatische Träger) sind i. d. R. über Wochen und Monate, ggf. sogar Jahre, Keimträger und damit Quelle für Übertragungen.

Die Besiedlung mit den multiresistenten Bakterien wird durch häufige, auf die Mikroflora des Körpers selektierend wirkende Antibiotikatherapien begünstigt. Insofern ist die im Vorfeld wirksamste Prävention gegen diese Erreger die Beschränkung des Einsatzes von Antibiotika auf das für die menschliche Gesundheit unumgängliche Mindestmaß und die Nutzung der jeweils gezielt wirksamsten Antibiotika. Daran können auch Zahnärzte durch wohlüberlegte Therapien mitwirken!

Typischer anatomischer, für Zahnärzte relevanter Ort der Besiedlung bei solchen Trägern sind Mundhöhle und Rachen, im Fall von MRSA auch die Naseneingänge. Von dort aus können sie meist durch direkte Handkontakte auf der Körperoberfläche des Trägers verteilt bzw. auf andere Personen übertragen werden. Insbesondere MRSA und *Acinetobacter baumannii* kön-

nen auch durch indirekte Handkontakte von kontaminierten Oberflächen der menschlichen Umgebung verteilt werden, da beide eine hohe Umweltresistenz (sog. Tenazität) aufweisen und auf kontaminierten Flächen und Instrumenten ggf. monatelang überleben und infektiös bleiben. Für die Enterobakterien und *Pseudomonas* gilt dies auch, sofern die Oberflächen feucht sind (z. B. Waschbecken, Reinigungsutensilien, Aufbereitungsgeräte für zahnärztliche Medizinprodukte). Aerogene Übertragungen durch kontaminierte Tröpfchen oder Aerosole sind zudem möglich und werden durch Aerosol bildende zahnärztliche Maßnahmen klar begünstigt. Eine besondere medizinische Aufmerksamkeit erfahren diese Bakterien nicht aufgrund ihrer Infektiosität – sie sind **genauso ansteckend wie die wenig resistenten Vertreter ihrer Arten** und sie verursachen auch die gleichen Erkrankungen. Das Besondere an ihnen ist, dass die entsprechenden **Infektionen nicht mehr mit den Standardantibiotika behandelt** werden können. Damit ist eine kalkuliert (d. h. ohne mikrobiologische Diagnostik und ohne Resistogramm) verabreichte Therapie bei diesen Erregern unwirksam und die Infektion entwickelt sich so, als ob keine Antibiotika verabreicht wurden, d. h. sie verläuft deutlich schwerer. Dies geschähe nicht, wenn von vornherein die passenden Antibiotika verabreicht würden – was allerdings aus vielen Gründen (Form der Verabreichbarkeit, Nebenwirkungsrate und Preis der besonderen Antibiotika, Selektion neuer Antibiotikaresistenzen) meist nicht passiert. Wenn dann doch mit diesen Mitteln therapiert wird, kommen zur Schwere der Infektion noch die Nachteile der Therapeutika hinzu.

Typischerweise kommt es zur **Infektion mit den Bakterien**, wenn die lokalen **und/oder systemischen Abwehrkräfte** von Keimträgern oder kontaminierten Personen **herabgesetzt** sind. Deswegen sind häufig Krankenhauspatienten betroffen, während gesunde, arbeitsfähige Menschen, wie z. B. die Mitarbeiter oder die meisten Patienten der Zahnarztpraxen, bei Kontakten mit den Bakterien – wenn überhaupt – nur vorüber-

gehend besiedelt werden. Lediglich bei der Einbringung in Haut- oder Schleimhautwunden stellen die Bakterien auch für ansonsten gesunde Menschen eine akute Gefahr dar. Damit sind unter diesen Umständen Zahnarztpatienten sehr wohl gefährdet.

Solange die Bakterien sich nur auf unbelebten Oberflächen bzw. der Haut befinden, können sie sehr effizient mit Standard-Desinfektionsmitteln bekämpft werden – Resistenzen gegen diese Mittel sind bisher noch für keine Bakterienart bekannt. Auch auf Schleimhäuten und selbst in Wunden können sie unmittelbar nach dem ersten Kontakt mit geeigneten Antiseptika sehr gut abgetötet werden. Erst wenn sich die Bakterien in dieser neuen Umgebung nach einigen Stunden etabliert haben, sinkt die Effizienz einer Antiseptika-Behandlung drastisch. Sobald es zu einer schweren Infektion kommt, hilft i. d. R. nur noch eine Kombination von Antibiotika und invasiven, meist chirurgischen Maßnahmen. Wie können Zahnärzte und deren Personal mit (möglichen) Problempatienten umgehen? Anders als in anderen medizinischen Bereichen wird für die meisten der Keimträger unter den Zahnarzt-Patienten der Trägerstatus nicht bekannt sein. Es gibt inzwischen zwar eine gesetzliche Pflicht über das Infektionsschutzgesetz (§ 23 (8) IfSG) und die Landeshygieneverordnung (§ 11 MedHygVO M-V) zur Information der Ärzte und Einrichtungen, die solche Patienten behandeln/ betreuen, durch die Institution (meist das Krankenhaus), in der ein Trägerstatus bekannt wird. Bis auf Weiteres steht allerdings zu befürchten, dass diese Informationen nicht bis zu den Zahnarztpraxen gelangen. Insofern ist es naheliegend und vernünftig, jeden Patienten so hygienisch zu behandeln, als sei er Träger von Problemkeimen.

Welches sind die Hygienemaßnahmen beim Umgang mit Trägern von multiresistenten Bakterien? Die **Standardhygienemaßnahmen** für eine zahnärztliche Behandlung reichen auch für diese Erreger vollkommen aus! Das bedeutet:

- Durchführen der **Händehygiene** mit einem alkoholischen Präparat vor und



nach jedem diagnostischen oder therapeutischen Patientenkontakt als allerwichtigste Maßnahme! Wenn mit einem kurzärmeligen Kittel oder Hemd gearbeitet wird, muss die Händehygiene auf die Unterarme ausgedehnt werden!

- Tragen von **persönlicher Schutzausrüstung**, sobald am/im Mund des Patienten gearbeitet wird. Die Schutzausrüstung wird aufbereitet oder entsorgt und eine Händedesinfektion durchgeführt, wenn die Arbeit am Patienten beendet ist.
- Streng **patientenbezogene Nutzung aller desinfizierten bzw. sterilen Geräte, Instrumente und Materialien**. Nach dem Gebrauch an einem Patienten werden die Restmaterialien und benutzte Einmalprodukte entsorgt und die Geräte sowie Instrumente ordnungsgemäß aufbereitet. Nicht genutzte Materialien und Instrumente werden bis zum Moment der Nutzung geschützt gelagert (z. B. in Schubladen, Schränken oder unter Folien).
- Für die Behandlung eines bekannten MRE-Patienten werden alle voraussichtlich benötigten Instrumente und Materialien bereitgelegt, sodass die Vorräte während der Behandlung möglichst nicht mehr berührt werden müssen. Die Organisation des Behandlungsraums soll regelmäßig daraufhin geprüft werden, ob Vorräte auch außerhalb des Raums gelagert bzw. nicht für die Behandlung unmittelbar notwendige Tätigkeiten (z. B. Dokumentation, Schreibarbeiten) außerhalb des Raums durchgeführt werden können.
- Desinfizierende Reinigung aller patientennahen Oberflächen nach Beendigung einer Behandlung. In diese Desinfektion

sind unbedingt auch die Griffe und Bedienfelder aller während der Behandlung berührten Geräte einzubeziehen. Wegen der Kombination aus Desinfektions- und Reinigungswirkung ist die Wischdesinfektion einer Sprühdesinfektion unbedingt vorzuziehen. Es bestehen keine besonderen Anforderungen an die Eigenschaften der chemischen Desinfektionsmittel, Mittel mit dem Wirkungsbereich A reichen vollkommen aus. Auch für die thermische Aufbereitung von Geräten und Instrumenten reichen die Standardprogramme aus.

Mit dem aus dem Kontakt mit den Erregern resultierenden Abfall kann wie mit dem übigen Praxisabfall verfahren werden. Auch mit der Wäsche muss nicht anders verfahren werden, solange sie durch ein zertifiziertes Unternehmen aufbereitet wird. Sofern die Wäsche in Eigenregie gewaschen wird, ist die Praxiswäsche streng von der Privatwäsche zu trennen. Dabei sollen eine technisch geeignete Waschmaschine und bei Temperaturen unter 60 °C desinfizierend wirkende Waschmittel genutzt werden.

Wie verhält man sich bezüglich eines möglichen Trägerstatus unter den Praxismitarbeitern? Typischerweise wird dieser Trägerstatus nur per Zufall bekannt werden. Es gibt weder eine rechtliche Grundlage noch eine hygienisch sinnvolle Notwendigkeit, den Trägerstatus einmalig oder gar regelmäßig durch Abstrichuntersuchungen der Mitarbeiter zu ergründen. Ausnahme hiervon ist das Ausbruchsgeschehen. In diesem Fall macht das Gesundheitsamt bindende Vorgaben.

Für nasale und/oder pharyngeale Träger der multiresistenten Bakterien existieren Therapieverfahren zur Keimeradikation durch Aufbringen von Antiseptika. Die mittel- und langfristige Wirksamkeit dieser Verfahren ist leider nicht sehr hoch. Trotzdem sollte eine Eradikation der Erreger versucht werden. Es gibt keinen rechtlich begründeten Zwang dazu, sondern lediglich das ggf. zu weckende Eigeninteresse der Betroffenen, weil Keimträger ein höheres Risiko auf eine endogene Infektion mit ihrem Erreger haben. Die Eradikationsbehandlung muss unter der Aufsicht eines kompetenten Arztes durchgeführt und kontrolliert werden.

Unabhängig von dieser Behandlung können Keimträger weiterhin am Patienten arbeiten, sofern sie die o. g. Hygieneregeln gegenüber Patienten jederzeit peinlich genau einhalten. Ob Patienten über den Keimträgerstatus des medizinischen Personals aufzuklären sind, ist eine ungelöste juristische Frage. Bisher ist diese Aufklärung nicht üblich. Ferner sind von Keimträgern die Hygieneregeln im besonderen Maß im Umgang mit den anderen Mitarbeitern der Praxis zu beachten, da auch im Kontakt mit Kollegen (z. B. patientenferne Arbeitsbereiche, Pausenraum) die Möglichkeit der direkten oder indirekten Keimübertragung besteht.

*Prof. Dr. med. Dr. rer. nat.
Andreas Podbielski
Krankenhaushygieniker,
Universitätsmedizin Rostock
Dipl.-Stom. Holger Donath
Vorsitzender des Ausschusses
Zahnärztliche Berufsausübung
und Hygiene der Zahnärztekammer
Mecklenburg-Vorpommern*

Wir trauern um unsere Kollegin

Dr. med.

Martina Kießling

(Dresden)

geb. 29.01.1953 gest. 14.11.2012

Wir trauern um unsere Kollegin

Dipl.-Stom.

Evelin Wernicke-Kaufmann

(Hoyerswerda)

geb. 17.07.1955 gest. 18.11.2012

Wir werden ihnen ein ehrendes Andenken bewahren.

