



Serie

Praxisbegehungen

Prof. Dr. Thomas Ratajczak

Rechtsanwalt
 Fachanwalt für Medizinrecht
 Fachanwalt für Sozialrecht
 Justitiar des BDIZ EDI

Kanzlei RATAJCZAK & PARTNER

Rechtsanwälte

Berlin · Essen · Freiburg im
 Breisgau · Jena · Meißen ·
 München · Sindelfingen

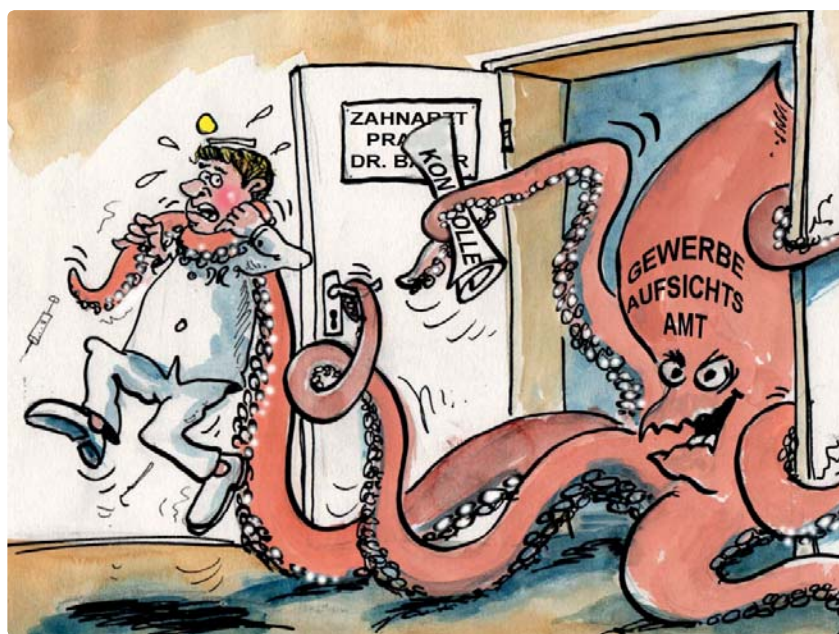
Posener Straße 1
 71063 Sindelfingen

Fon +49 7031-9505-18
 (Frau Sybill Ratajczak)

Fax +49 7031-9505-99

ratajczak@bdizedi.org

www.rpmed.de



Vorbemerkungen

Als vor einigen Jahren die Praxisbegehungen durch Gesundheitsämter und Regierungspräsidien bzw. den diesen in den verschiedenen Bundesländern vergleichbaren Behörden begannen, stellten sich ob des meist vorgefundenen Zustandes wenige Fragen nach der Rechtmäßigkeit und Verhältnismäßigkeit der angeordneten Maßnahmen. Das ändert sich offenbar. Es gibt zunehmend Hinweise, dass sich bei mit Praxisbegehungen befassten Behörden ein Eigenleben entwickelt, dass die Auslegung der rechtlichen Grundlagen nach persönlichem Gusto (die Juristen sprechen hier

idR von Willkür) erfolgt und die Tatsache, dass es so wenige gerichtliche Kontrolle gibt, diese Fehlentwicklungen erst ermöglicht hat. Das geht so weit, dass in Anordnungen, über deren Rechtsqualität als Verwaltungsakte man sich streiten mag, Vorgaben zur Gestaltung der Praxishygiene gemacht werden, ohne dass dafür eine Rechtsgrundlage angegeben wird. Schaut man genauer hin, gibt es diese vielfach auch gar nicht.

Herrschte bisher in der Regel bei den Praxisinhabern ziemliche Panik, wenn Praxisbegehungen zu Hygieneuntersuchungen stattfanden, ist es an der Zeit, gegenzuhalten.

Rechtsgrundlagen

Rechtsgrundlage für die Praxisbegehungen sind das Infektionsschutzgesetz (IfSG) und vor allem die auf der Basis von § 23 Abs. 8 IfSG erlassenen Hygieneverordnungen der Bundesländer. Jedes der 16 Bundesländer hat mittlerweile seine eigene Hygieneverordnung erlassen. Dabei folgt das Hygienerecht guter bundesdeutscher Föderalistradition. Nicht nur haben die Bundesländer es für richtig gehalten, für ein und dieselbe Aufgabe individuelle Bezeichnungen zu finden, sondern auch die Inhalte sind nur bedingt in allen Ländern dieselben. Schließlich schimmert auch noch jahrhundertal-

Praxisbegehungen

tes Traditionsbewusstsein durch, wenn sich etwa die Verordnung des Landes Sachsen „Verordnung der Sächsischen Staatsregierung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen“ nennt. Die nachstehende Synopse soll einen Überblick über die Regelungsbereiche erlauben. Eingestellt werden nur die Überschriften. Für die Reihenfolge orientiere ich mich an der Verordnung Baden-Württembergs.

Als weitere Rechtsgrundlagen für Maßnahmen dienen:

- Medizinproduktegesetz, insbesondere die auf dessen Grundlage erlassene Medizinproduktebetreiber-Verordnung (MPBetreibV),
- Gefahrstoffverordnung,
- Biostoffverordnung und unter anderem die darauf fußende Technische Regel für Biologische Arbeitsstoffe (TRBA

250: „Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrts-pflege“,

- Arbeitsschutzgesetz und die dafür geltenden Arbeitsstättenregeln.

Zu erwähnen sind auch die Vorschriften der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV), hier insbesondere die BGR 250, die der TRBA 250 entspricht.

Synopse der Medizinhygieneverordnungen der 16 Bundesländer

Bezeichnung	Baden-Württemberg	Bayern	Berlin	Brandenburg
Datum der Verordnung	20.07.2012	09.08.2012	12.06.2012	06.02.2012
Bezeichnung	Verordnung des Sozialministeriums über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen	Verordnung zur Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen	Verordnung zur Regelung der Hygiene in medizinischen Einrichtungen	Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen
Amtliche Abkürzung	MedHygVO	MedHygV	Hygieneverordnung	MedHygV
Geltungsbereich	§ 1 Regelungsgegenstand, Geltungsbereich	§ 1 Regelungsgegenstand, Geltungsbereich	§ 1 Regelungsgegenstand, Verantwortlichkeit, Hygienepläne in Praxen	§ 1 Regelungsgegenstand, Geltungsbereich
Anforderung an Bau	§ 3 Anforderungen an Bau, Ausstattung und Betrieb der Einrichtungen	§ 2 a Anforderungen an Bau, Ausstattung und Betrieb	§ 2 Anforderungen an Bau, Ausstattung und Betrieb der Einrichtungen	§ 2 Anforderungen an Bau und Betrieb medizinischer Einrichtungen
Grundsätze	§ 2 Grundsätze			
Pflichten Einrichtung		§ 2 Pflichten der Einrichtungen		
Spezielle Pflichten der Einrichtungen		§ 3 Spezielle Pflichten der Einrichtungen		
Hygienekommission	§ 4 Hygienekommission	§ 4 Hygienekommission	§ 3 Hygienekommission	§ 3 Hygienekommission
Hygienefachkräfte	§ 6 Hygienefachkraft	§ 7 Hygienefachkräfte	§ 5 Hygienefachkräfte	§ 6 Hygienefachkräfte
Hygienebeauftragte				
Hygienebeauftragte in der Pflege		§ 9 Hygienebeauftragte in der Pflege		§ 9 Hygienebeauftragte in der Pflege
Hygienebeauftragter Arzt	§ 8 Hygienebeauftragte Ärztin oder hygienebeauftragter Arzt	§ 8 Hygienebeauftragte Ärztin und hygienebeauftragter Arzt	§ 7 Hygienebeauftragte Ärztinnen und Ärzte	§ 8 Hygienebeauftragte Ärztin und hygienebeauftragter Arzt
Ausstattung Fachpersonal	§ 5 Ausstattung mit Fachpersonal	§ 5 Ausstattung mit Fachpersonal		§ 5 Fachpersonal
Krankenhaushygieniker	§ 7 Krankenhaushygienikerin oder -hygieniker	§ 6 Krankenhaushygieniker	§ 6 Krankenhaushygienikerin und Krankenhaushygieniker	§ 7 Krankenhaushygienikerin und Krankenhaushygieniker
Hygienepläne			§ 4 Hygienepläne in Einrichtungen nach § 1 Absatz 1	§ 4 Hygienepläne
Maßnahmen der Hygiene				

Praxisbegehungen

Bezeichnung	Baden-Württemberg	Bayern	Berlin	Brandenburg
Information des Personals	§ 12 Information des Personals	§ 12 Information und Schulung des Personals		§ 13 Information des Personals
Fortbildung	§ 9 Qualifikation und Schulung des Personals	§ 12 Information und Schulung des Personals	§ 9 Fortbildung des Personals	§ 10 Fortbildung des Personals
Erfassung und Bewertung von nosokomialen Infektionen	§ 10 Erfassung, Bewertung und Dokumentation	§ 10 Aufzeichnung und Bewertung, Ausbruchsmangement	§ 11 Erkennung und Dokumentation von Krankheitserregern	§ 11 Dokumentation und Bewertung von nosokomialen Infektionen, Ausbruchsmangement und Antibiotikaresistenzen
Erfassen von Risiken				
Untersuchungen und Hygienekontrollen			§ 10 Klinisch-pharmazeutische Beratung	
Sektorübergreifender Informationsaustausch	§ 13 Sektorenübergreifender Informationsaustausch und Netzwerkbildung	§ 13 Sektorübergreifender Informationsaustausch		§ 14 Sektorübergreifender Informationsaustausch
Weitergabe von Informationen			§ 12 Aufzeichnung und Bewertung von nosokomialen Infektionen, des Auftretens von Krankheitserregern mit Resistenzen und des Antibiotikaverbrauchs	
Überwachung		§ 14 Überwachung		
Übertragung Ermächtigung				
Gleichstellung				
Übergangsvorschriften			§ 8 Übergangsregelung	
Änderung Landesverordnung/KH-Verordnung			§ 16 Änderung der Krankenhaus-Verordnung	
Inkrafttreten	§ 15 Inkrafttreten	§ 16 Inkrafttreten	§ 17 Inkrafttreten	§ 16 Inkrafttreten
Akteneinsicht	§ 11 Akteneinsicht, Zutrittsrecht	§ 11 Datenschutz, Akteneinsichtsrecht	§ 13 Akteneinsicht	§ 12 Zutritts- und Einsichtsrecht
Ordnungswidrigkeiten	§ 14 Ordnungswidrigkeiten	§ 15 Ordnungswidrigkeiten	§ 15 Ordnungswidrigkeiten	§ 15 Ordnungswidrigkeiten
Verfolgung und Ahndung von Ordnungswidrigkeiten				
			§ 14 Information aufnehmender Einrichtungen und niedergelassener Ärztinnen und Ärzte	

Bezeichnung	Bremen	Hamburg	Hessen	Mecklenburg-Vorpommern
Datum der Verordnung	27.03.2012	27.03.2012	01.12.2011	22.02.2012
Bezeichnung	Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen	Hamburgische Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen	Hessische Hygieneverordnung	Verordnung zur Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen

Praxisbegehungen

Bezeichnung	Bremen	Hamburg	Hessen	Mecklenburg-Vorpommern
Amtliche Abkürzung	HygInfVO	HmbMedHygVO	HHygVO	MedHygVO MV
Geltungsbereich	§ 1 Regelungsgegenstand, Geltungsbereich	§ 1 Anwendungsbereich	§ 1 Geltungsbereich	§ 1 Regelungsgegenstand, Einrichtungen
Anforderung an Bau	§ 2 Anforderungen an Bau, Ausstattung und Betrieb der Einrichtungen	§ 3 Anforderungen an Bau, Ausstattung und Betrieb	§ 2 Allgemeine Maßnahmen der Hygiene	§ 2 Hygienische Mindestanforderungen an Bau, Ausstattung und Betrieb von medizinischen Einrichtungen
Grundsätze		§ 2 Grundsätze		
Pflichten Einrichtung				
Spezielle Pflichten der Einrichtungen				
Hygienekommission	§ 3 Hygienekommission, Hygienepläne	§ 4 Hygienekommission, Hygienepläne	§ 4 Hygienekommission	§ 3 Hygienekommission
Hygienefachkräfte	§ 5 Hygienefachkräfte	§ 8 Hygienefachkräfte	§ 8 Hygienefachkräfte	§ 7 Hygienefachkraft
Hygienebeauftragte			§ 7 Hygienebeauftragte	
Hygienebeauftragte in der Pflege		§ 9 Hygienebeauftragte in der Pflege		§ 7a Hygienebeauftragte in der Pflege
Hygienebeauftragter Arzt	§ 7 Hygienebeauftragte Ärztin und hygienebeauftragter Arzt	§ 7 Hygienebeauftragte Ärztinnen und Ärzte		§ 6 Hygienebeauftragte Ärztin, Hygienebeauftragter Arzt
Ausstattung Fachpersonal	§ 4 Ausstattung mit Fachpersonal	§ 5 Ausstattung mit Hygienefachpersonal		§ 4 Hygienefachpersonal
Krankenhaushygieniker	§ 6 Krankenhaushygienikerin und Krankenhaushygieniker	§ 6 Krankenhaushygienikerin und Krankenhaushygieniker	§ 6 Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker	§ 5 Krankenhaushygienikerin, Krankenhaushygieniker
Hygienepläne			§ 5 Hygienepläne	§ 8 Hygieneplan
Maßnahmen der Hygiene			§ 3 Maßnahmen der Hygiene in stationären Einrichtungen der Patientenversorgung	
Information des Personals	§ 12 Information des Personals	§ 13 Information des Personals		
Fortbildung	§ 8 Qualifikation und Schulung des Personals	§ 10 Qualifikation und Schulung des Personals	§ 10 Fortbildung	§ 9 Fort- und Weiterbildung
Erfassung und Bewertung von nosokomialen Infektionen	§ 9 Surveillance und Dokumentation von nosokomialen Infektionen und Antibiotikaresistenzen	§ 11 Erfassung, Bewertung und Dokumentation von nosokomialen Infektionen, Antibiotikaresistenzen und Antibiotikaverbrauch	§ 12 Fortlaufende Erfassung und Bewertung	§ 10 Infektionssurveillance und Dokumentation von nosokomialen Infektionen und Antinfektivaresistenzen
Erfassen von Risiken				
Untersuchungen und Hygienekontrollen			§ 11 Untersuchungen und Hygienekontrollen	§ 12 Untersuchungen und Hygienekontrollen
Sektorübergreifender Informationsaustausch	§ 13 Sektorübergreifender Informationsaustausch	§ 14 Sektorenübergreifender Informationsaustausch		
Weitergabe von Informationen				

Bezeichnung	Bremen	Hamburg	Hessen	Mecklenburg-Vorpommern
Überwachung	§ 10 Infektionshygienische Überwachung			
Übertragung Ermächtigung				
Gleichstellung				
Übergangsvorschriften			§ 14 Übergangsvorschriften	
Änderung Landesverordnung/ KH-Verordnung				
Inkrafttreten	§ 15 Inkrafttreten, Außerkrafttreten		§ 15 Inkrafttreten, Außerkrafttreten	§ 15 Inkrafttreten
Akteneinsicht	§ 11 Akteneinsicht, Zutrittsrecht	§ 12 Akteneinsicht, Zutrittsrecht	§ 9 Einsicht in Unterlagen	
Ordnungswidrigkeiten	§ 14 Ordnungswidrigkeiten	§ 15 Ordnungswidrigkeiten	§ 13 Ordnungswidrigkeiten	§ 13 Ordnungswidrigkeiten
Verfolgung und Ahndung von Ordnungswidrigkeiten				§ 14 Verfolgung und Ahndung von Ordnungswidrigkeiten
				§ 11 Weitergabe von infektionsschutzrelevanten Informationen

Bezeichnung	Niedersachsen	Nordrhein-Westfalen	Rheinland-Pfalz	Saarland
Datum der Verordnung	26.03.2012	13.03.2012	17.02.2012	28.03.2012
Bezeichnung	Niedersächsische Verordnung über Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen	Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen	Landesverordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen	Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen
Amtliche Abkürzung	NMedHygVO	HygMedVO	MedHygVO	-
Geltungsbereich	§ 1 Regelungsgegenstand	§ 1 Anwendungsbereich	§ 1 Geltungsbereich	§ 1 Regelungsgegenstand, Geltungsbereich
Anforderung an Bau		§ 2 Hygiene in medizinischen Einrichtungen nach § 1 Absatz 1	§ 2 Anforderungen an Bau, Ausstattung und Betrieb medizinischer Einrichtungen	§ 2 Anforderungen an Bau, Ausstattung und Betrieb
Grundsätze				
Pflichten Einrichtung	§ 2 Allgemeine Sicherstellungspflichten der Leitung einer medizinischen Einrichtung			
Spezielle Pflichten der Einrichtungen				
Hygienekommission	§ 7 Hygienekommission	§ 3 Hygienekommission	§ 3 Hygienekommission	§ 3 Hygienekommission
Hygienefachkräfte	§ 6 Hygienefachkräfte	§ 4 Hygienefachkräfte	§ 6 Hygienefachkräfte	§ 6 Hygienefachkräfte
Hygienebeauftragte		§ 5 Hygienebeauftragte		
Hygienebeauftragte in der Pflege			§ 8 Hygienebeauftragte in der Pflege	§ 8 Hygienebeauftragte in der Pflege

Praxisbegehungen

Bezeichnung	Niedersachsen	Nordrhein-Westfalen	Rheinland-Pfalz	Saarland
Hygienebeauftragter Arzt	§ 5 Hygienebeauftragte Ärztinnen und Ärzte		§ 7 Hygienebeauftragte Ärztinnen und Ärzte	§ 7 Hygienebeauftragte Ärztin und hygienebeauftragter Arzt
Ausstattung Fachpersonal	§ 3 Fachpersonal, Beraterinnen und Berater		§ 4 Ausstattung mit Hygienefachpersonal	§ 4 Ausstattung mit Hygienefachpersonal
Krankenhausthygieniker	§ 4 Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker		§ 5 Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker	§ 5 Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker
Hygienepläne				§ 9 Hygienepläne
Maßnahmen der Hygiene				
Information des Personals	§ 11 Information des Personals	§ 7 Information des Personals	§ 12 Information des Personals	§ 13 Information des Personals
Fortbildung	§ 8 Fortbildung der Beschäftigten	§ 6 Qualifikation und Fortbildung	§ 9 Qualifikation und Schulung des Personals medizinischer Einrichtungen	§ 10 Qualifikation und Schulung des Personals
Erfassung und Bewertung von nosokomialen Infektionen			§ 10 Erkennung und Dokumentation von nosokomialen Infektionen und Antibiotikaresistenzen	§ 11 Erkennung und Dokumentation von nosokomialen Infektionen und Antibiotikaresistenzen
Erfassen von Risiken	§ 9 Erfassen von Risiken, Surveillance			
Untersuchungen und Hygienekontrollen				
Sektorübergreifender Informationsaustausch			§ 13 Sektorübergreifender Informationsaustausch, Mitwirkung an regionalen Netzwerken zur Bekämpfung multi-resistenter Erreger	§ 14 Sektorübergreifender Informationsaustausch, Mitwirkung an regionalen Netzwerken zur Bekämpfung multi-resistenter Erreger
Weitergabe von Informationen	§ 12 Information bei Verlegung, Überweisung und Entlassung			
Überwachung				
Übertragung Ermächtigung				
Gleichstellung				
Übergangsvorschriften				
Änderung Landesverordnung/KH-Verordnung			§ 15 Änderung der Landesverordnung zur Durchführung des Infektionsschutzgesetzes	
Inkrafttreten	§ 14 Inkrafttreten	§ 10 Inkrafttreten, Außerkrafttreten	§ 16 Inkrafttreten	§ 16 Inkrafttreten, Außerkrafttreten
Akteneinsicht	§ 10 Akteneinsicht, Information des Fachpersonals	§ 8 Aufzeichnungen, Akteneinsicht, Zutrittsrecht	§ 11 Zutritts- und Akteneinsichtsrecht	§ 12 Akteneinsicht, Zutrittsrecht
Ordnungswidrigkeiten		§ 9 Ordnungswidrigkeiten	§ 14 Ordnungswidrigkeiten	§ 15 Ordnungswidrigkeiten

Bezeichnung	Niedersachsen	Nordrhein-Westfalen	Rheinland-Pfalz	Saarland
Verfolgung und Ahndung von Ordnungswidrigkeiten				
	§ 13 Anforderungen an Praxen			

Bezeichnung	Sachsen-Anhalt	Sachsen	Schleswig-Holstein	Thüringen
Datum der Verordnung	26.03.2012	12.06.2012	08.09.2011	17.06.2012
Bezeichnung	Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen	Verordnung der Sächsischen Staatsregierung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen	Landesverordnung über die Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen (Medizinische Infektionspräventionsverordnung)	Thüringer Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen und zur Übertragung einer Ermächtigung nach dem Infektionsschutzgesetz (Thüringer medizinische Hygieneverordnung)
Amtliche Abkürzung	MedHygVO LSA	SächsMedHygVO	MedIpVO	ThürmedHygVO
Geltungsbereich	§ 1 Geltungsbereich	§ 1 Regelungsgegenstand und Geltungsbereich	§ 1 Anwendungsbereich	§ 1 Geltungsbereich und Regelungsgegenstand
Anforderung an Bau	§ 3 Anforderungen an Bau, Ausstattung und Betrieb der medizinischen Einrichtungen	§ 2 Anforderungen an Bau, Ausstattung und Betrieb der Einrichtungen		§ 2 Hygienische Mindestanforderungen an Bau, Ausstattung und Betrieb von medizinischen Einrichtungen
Grundsätze	§ 2 Grundsätze		§ 2 Grundsätze	
Pflichten Einrichtung				
Spezielle Pflichten der Einrichtungen				
Hygienekommission	§ 4 Hygienekommission, Hygienepläne	§ 3 Hygienekommission und Hygienepläne	§ 3 Hygienekommission	§ 4 Hygienekommission
Hygienefachkräfte	§ 7 Hygienefachkräfte	§ 6 Hygienefachkräfte	§ 5 Hygienefachkraft	§ 8 Hygienefachkräfte
Hygienebeauftragte	§ 8 Hygienebeauftragte		§ 6 Hygienebeauftragte	
Hygienebeauftragte in der Pflege		§ 8 Hygienebeauftragte in der Pflege		
Hygienebeauftragter Arzt		§ 7 Hygienebeauftragte Ärzte		§ 7 Hygienebeauftragte Ärzte
Ausstattung Fachpersonal	§ 5 Fachpersonal	§ 4 Ausstattung mit Fachpersonal		
Krankenhausthygieniker	§ 6 Krankenhaushygieniker	§ 5 Krankenhaushygieniker	§ 4 Krankenhaushygienikerin, Krankenhaushygieniker	§ 6 Krankenhaushygieniker
Hygienepläne			§ 8 Hygieneplan	§ 5 Hygienepläne
Maßnahmen der Hygiene				
Information des Personals	§ 12 Information des Personals	§ 21 Information des Personals		

Praxisbegehungen

Bezeichnung	Sachsen-Anhalt	Sachsen	Schleswig-Holstein	Thüringen
Fortbildung	§ 9 Fortbildung	§ 9 Fortbildung	§ 9 Fortbildung	§ 10 Fortbildung
Erfassung und Bewertung von nosokomialen Infektionen	§ 10 Surveillance und Dokumentation von nosokomialen Infektionen und Antibiotikaresistenzen	§ 10 Surveillance und Dokumentation von nosokomialen Infektionen und Antibiotikaresistenzen	§ 7 Erfassung und Bewertung von nosokomialen Infektionen, resistenten Erregern und Antibiotikaeinsatz	§ 12 Fortlaufende Erfassung und Bewertung
Erfassen von Risiken				
Untersuchungen und Hygienekontrollen				§ 11 Untersuchungen und Hygienekontrollen
Sektorübergreifender Informationsaustausch	§ 13 Sektorübergreifender Informationsaustausch	§ 13 Sektorübergreifender Informationsaustausch		§ 13 Sektorenübergreifende Information und Zusammenarbeit
Weitergabe von Informationen			§ 11 Weitergabe von infektionsschutzrelevanten Informationen	
Überwachung				
Übertragung Ermächtigung		§ 15 Übertragung der Ermächtigung zum Erlass von Rechtsverordnungen	§ 13 Übertragung der Verordnungsermächtigung	§ 15 Übertragung einer Verordnungsermächtigung
Gleichstellung	§ 15 Sprachliche Gleichstellung			§ 16 Gleichstellungsbestimmung
Übergangsvorschriften				
Änderung Landesverordnung/KH-Verordnung				
Inkrafttreten	§ 16 Inkrafttreten	§ 16 Inkrafttreten und Außerkrafttreten	§ 14 Inkrafttreten	§ 17 Inkrafttreten
Akteneinsicht	§ 11 Akteneinsicht, Zutrittsrecht	§ 11 Akteneinsicht und Zutrittsrecht	§ 10 Aufzeichnungen, Akteneinsicht, Zutrittsrecht	§ 9 Einsicht in Unterlagen, Zutrittsrecht
Ordnungswidrigkeiten	§ 14 Ordnungswidrigkeiten	§ 14 Ordnungswidrigkeiten	§ 12 Ordnungswidrigkeiten (Bußgeldvorschriften)	§ 14 Ordnungswidrigkeiten
Verfolgung und Ahndung von Ordnungswidrigkeiten				
				§ 3 Personelle Anforderungen sowie Maßnahmen der Hygiene in Einrichtungen der Patientenversorgung

Anwendungsbereich für Zahnarztpraxen

Vier Länder-Medizinhygieneverordnungen erwähnen Zahnarztpraxen nicht explizit (Rheinland-Pfalz, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein). Man muss sich hier die Frage stellen, ob diese Verordnungen aus anderen Gründen gel-

ten oder Maßnahmen direkt auf das IfSG gestützt werden können.

Das IfSG erwähnt Zahnarztpraxen nur an drei Stellen:

§ 23 Abs. 3 Nr. 8: „Die Leiter [unter anderem von Zahnarztpraxen] haben sicherzustellen, dass die nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft erforderli-

chen Maßnahmen getroffen werden, um nosokomiale Infektionen zu verhüten und die Weiterverbreitung von Krankheitserregern, insbesondere solcher mit Resistenzen, zu vermeiden.“

§ 23 Abs. 5 Satz 2: „Die Landesregierungen können durch Rechtsverordnung vorsehen, dass Leiter von Zahnarztpraxen

sowie Leiter von Arztpraxen und Praxen sonstiger humanmedizinischer Heilberufe, in denen invasive Eingriffe vorgenommen werden, sicherzustellen haben, dass innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Infektionshygiene in Hygieneplänen festgelegt sind. [2]

§ 45 Abs. 1: „Einer Erlaubnis nach § 44 [Erlaubnispflicht für Tätigkeiten mit Krankheitserregern] bedürfen nicht Personen, die zur selbstständigen Ausübung des Berufs als Arzt, Zahnarzt oder Tierarzt berechtigt sind, für mikrobiologische Untersuchungen zur orientierenden medizinischen und veterinärmedizinischen Diagnostik mittels solcher kultureller Verfahren, die auf die primäre Anzucht und nachfolgender Subkultur zum Zwecke der Resistenzbestimmung beschränkt sind und bei denen die angewendeten Methoden nicht auf den spezifischen Nachweis meldepflichtiger Krankheitserreger gerichtet sind, soweit die Untersuchungen für die unmittelbare Behandlung der eigenen Patienten für die eigene Praxis durchgeführt werden.“

Behördliche Überwachung

Für die behördliche Überwachung sind in den einzelnen Bundesländern verschiedene Behörden zuständig. Dargestellt werden soll die Zuständigkeitsvielfalt anhand der Situation in Baden-Württemberg.

Dort sind die Regierungspräsidien zuständig für aktive und nicht aktive Medizinprodukte (allerdings verteilt auf unterschiedliche Referate) sowie das Regierungspräsidium Tübingen für Medizinprodukte mit Messfunktion.

Die Gesundheitsämter sind zuständig für die Überwachung nach IfSG und Med-HygVO. Aktiv sind auch die Berufsgenossenschaften, gegebenenfalls der Zoll und andere mehr.

Schwierigkeiten in der Praxis

Die Hauptschwierigkeiten in der Praxis liegen darin, dass die meisten existie-

renden Vorschriften für den Krankenhausbetrieb entwickelt wurden und es nur wenige dezidiert die Bedingungen niedergelassener Tätigkeit regelnde Vorschriften gibt.

Die 1998 veröffentlichten „Anforderungen an die Hygiene in der Zahnmedizin“ (Bundesgesundheitsblatt 1998, Nr. 41, S. 363 – 369) wurden von der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert Koch-Institut (RKI) erarbeitet. Das gilt auch für die 2006 veröffentlichte **Empfehlung** zur „Infektionsprävention in der Zahnheilkunde – Anforderungen an die Hygiene“ (Bundesgesundheitsblatt 2006, Nr. 49, S. 375 – 394). Zwar haben an der Ausarbeitung zahnärztliche Kliniker mitgearbeitet, aber es handelt sich im Wesentlichen eben um die Arbeit von Klinikern. Die Frage, ob und inwieweit diese Empfehlungen – sinnvollerweise – in den Zahnarztpraxen umgesetzt werden sollten, stellt sich seitdem und wird von den einzelnen Zahnärztekammern unterschiedlich beantwortet.

Es handelt sich bei den Stellungnahmen des RKI um Empfehlungen. Das heißt, dass die Nichtbefolgung dieser Empfehlungen nicht zwingend falsch ist. § 4 Abs. 2 MPBetreibV stellt nur eine Vermutungsregel für eine ordnungsgemäße Aufbereitung von bestimmungsgemäß keimarm oder steril zur Anwendung kommenden Medizinprodukten im Sinne des § 4 Abs. 1 MPBetreibV auf, wenn die gemeinsame Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert Koch-Institut und des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte zu den Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten beachtet wird.

Es handelt sich bei der Empfehlung zur „Infektionsprävention in der Zahnheilkunde – Anforderungen an die Hygiene“ aus dem Jahre 2006 **nicht** um eine solche gemeinsame Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert Koch-Institut

und des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte! Das wird leider regelmäßig übersehen, wenn es um die Frage der Einhaltung dieser Empfehlung geht.

Die Empfehlung aus dem Jahre 2006 trägt folgende Überschrift im Bundesgesetzblatt:



Gemeinsame Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert Koch-Institut und des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte tragen Überschriften, die das BfArM gesondert mit ausweisen (Beispiel):



Als Folge dieser Unklarheiten kommt es zu durchaus seltsamen Vorgängen. Sterilisatoren werden in Baden-Württemberg durch das Gesundheitsamt mit Sporenproben überprüft. Die Regierungspräsidien verlangen bei Begehungen dagegen für denselben Sterilisator eine Validierung durch den Hersteller.

Überwachung von Zahnarztpraxen

Die infektionshygienische Überwachung von Zahnarztpraxen durch die Gesundheitsämter erfolgt in der Regel anlassbezogen (§ 36 Abs. 2 IfSG: Kann-Überwachung).

Überwacht werden:

- Die Einhaltung der baulich-funktionellen Voraussetzungen,
- Vorhandensein und Zustand der (erforderlichen) technischen Ausstattung,

Praxisbegehungen

- die Erfüllung der organisatorischen Voraussetzungen,
- das Vorliegen eines Qualitätsmanagementsystems,
- die Beschäftigung ausreichend qualifizierten Personals,
- der Instrumentenkreislauf und es werden
- Stichproben aufbereiteter Instrumente genommen.

Als häufigste Beanstandungen werden genannt:

- Fehlende Validierung der maschinellen Prozesse,
- fehlende oder unzureichende Arbeitsanweisungen,
- falsch angewendete Desinfektionsmittel,
- nicht ausreichende Sachkenntnis des Praxispersonals/der Praxisinhaber.

Mit der „nicht ausreichenden Sachkenntnis“ hat es so eine Bewandnis. Verlangt wird in der Regel die Absolvierung eines 40 Stunden-Theorie-Kurses bei der Deutschen Gesellschaft für Sterilgutversorgung e.V. (DGSV), die allerdings selber für einen verbindlichen 120-Stunden-Kurs eintritt (Pressemitteilung vom Oktober 2014). Die DGSV wurde, wie es auf ihrer Homepage heißt, „am 13. November 1996 durch motivierte Personen aus der Sterilgutversorgung, der Wissenschaft und der Industrie in Tübingen gegründet. Zweck des Vereins ist die Förderung des Gesundheitswesens durch die Unterstützung von Forschung, Wissenschaft, Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie des Erfahrungsaustausches mit der Praxis auf dem Gebiet der Sterilgutversorgung.“ Warum es die DGSV sein muss, deren Kurse nur genehmigt werden, und nicht Kammerfortbildungen, bleibt einstweilen ein Geheimnis.

Bei der Überwachungen durch die Gesundheitsämter sind häufige Kritikpunkte

- Unzureichende Prüfung der Sterilisatoren
- Fehlen eines Hygienekonzeptes/-plans
- Mangelhafte Instrumentenaufbereitung



- Mangelhafte Gerätaufbereitung (zum Beispiel Endoskopie)
- Defizite bei der Materiallagerung
- ungeeigneter Umgang mit Dienstkleidung

Das Gesundheitsamt Frankfurt am Main beanstandete in einer Publikation vom Oktober 2010 folgende Mängel bei **Händedesinfektion/-Reinigung**:

- Es werden Ringe, Armreifen und/oder Uhren getragen.
- Die Händedesinfektion wird fehlerhaft durchgeführt.
- Die Einwirkzeit des Händedesinfektionsmittels ist nicht bekannt.
- Es ist nicht bekannt, dass nach dem Ausziehen von Schutzhandschuhen eine Händedesinfektion erforderlich ist.
- Das Händedesinfektionsmittel ist nicht VAH-gelistet.
- Keine „handberührungsfreie“ Entnahme gewährleistet.
- Es sind nicht in allen Behandlungsbereichen Händedesinfektionsmittelspender vorhanden.
- Händedesinfektionsmittel wird aus Kanistern umgefüllt.
- Verfallsdatum überschritten.
- Waschbecken sind nicht mit Spendern für Seife, Händedesinfektionsmittel und Papierhandtüchern beziehungsweise Einmalhandtüchern ausgerüstet.
- Es finden sich noch Stückseife und Gemeinschaftshandtücher.

- Spender für Seife/Desinfektionsmittel, insbesondere Auslass, verschmutzt.
- Es werden keine Handpflegemittel zur Verfügung gestellt.
- Es wird mit Wunden/entzündeten Händen ohne Schutz gearbeitet.
- Es ist nicht bekannt, dass beim Auftreten von Noroviren ein viruswirksames Händedesinfektionsmittel verwendet werden muss.
- Es ist nicht bekannt, dass beim Auftreten von Sporenbildnern (zum Beispiel Clostridien) nur die Kombination von Händewaschen + Händedesinfektion eine Übertragung verhindert.

Bei der **Hautdesinfektion** wird beanstandet:

- Hautdesinfektionsmittel wird aus großen Kanistern umgefüllt.
- Verfallsdatum überschritten.
- Einwirkzeit wird nicht eingehalten, insbesondere bei der länger erforderlichen Einwirkzeit talgdrüsenreicher Areale.

Bei der **Instrumentendesinfektion/-reinigung** wird beanstandet:

- Instrumentendesinfektionsmittel nicht VAH-gelistet.
- Die Lösung wird falsch angesetzt, da keine genaue Anleitung/Dosiertabelle vorhanden ist (zum Beispiel 3l Wasser + 30 ml Desinfektionsmittel = 1%ige Lösung).



Fotos: freepeoplea / Andreas Teske / Fotolia.com

- Es wird keine Dosierhilfe verwendet (Schussmethode).
- Es steht keine Instrumentendesinfektionsmittelwanne mit Siebeinsatz und Deckel zur Verfügung.
- Es stehen keine/die falschen Bürstchen zur Reinigung zur Verfügung und/oder werden nicht regelmäßig desinfiziert.
- Die Instrumente werden nach der Reinigung nicht auf Rückstände und Beschädigung kontrolliert; hierzu fehlt eine Lupe.
- Desinfektionsmittellösung wird nicht arbeitstäglich oder bei sichtbarer Verunreinigung gewechselt beziehungsweise bei verlängerter Standzeit laut Hersteller keine entsprechende Deklaration vorgenommen.
- Instrumente kritisch B werden manuell aufbereitet (maschinelle Aufbereitung ist zwingend vorgeschrieben!!).
- Es besteht keine Trennung von reinen und unreinen Arbeitsschritten.
- Es wird keine Schutzkleidung bei der Instrumentendesinfektion getragen.

Häufige Beanstandungen bei der **Validierung** sind:

- Der mit der Instrumentenaufbereitung Betraute ist nicht ausgebildet (Sachkundekurs).
- Die Einteilung der Instrumente in Risikogruppen nach RKI ist nicht erfolgt.

- Es bestehen keine schriftlichen Arbeitsanweisungen für die Instrumentenaufbereitung.
- Es erfolgt keine Chargenkontrolle.
- Es besteht keine Dokumentation der Sterilisation inklusive Freigabe.

Häufige Beanstandungen bei der **Flächendesinfektion** sind:

- Flächendesinfektionsmittel ist nicht VAH-gelistet (VAH = Verbund für Angewandte Hygiene e.V.).
- Die Lösung wird falsch angesetzt, da keine genaue Arbeitsanweisung besteht (zum Beispiel keine schriftliche Arbeitsanweisung für die Reinigungskraft vorhanden).
- Es werden nicht arbeitstäglich frische Wechselmops/Putztücher verwendet, sondern Wiederverwendung bereits benutzter Reinigungsutensilien.
- Es erfolgt keine Scheuer-Wischdesinfektion, sondern eine Sprühdessinfektion.
- Es ist im Hygieneplan nicht definiert, welche Flächen wie oft und wie desinfizierend gereinigt werden müssen.
- Geräte werden nicht desinfizierend aufbereitet (zum Beispiel Sonoköpfe, Stethoskope, Blutdruck-Manschetten).
- Utensilien im Wartezimmer (zum Beispiel Stofftiere) werden nicht regelmäßig desinfiziert.
- In Grippezeiten wird nicht daran gedacht, Flächen mit häufigem

Handkontakt zu desinfizieren. Es ist nicht bekannt, dass beim Auftreten von Noroviren ein viruswirksames Flächendesinfektionsmittel verwendet werden muss.

- Es wird nicht der Einstundenwert bei Festlegung der Konzentration als Grundlage genommen.
- Es ist nicht bekannt, dass eine Wiederverbenutzung der Fläche nach Antrocknung erfolgen kann.
- Es gibt defekte Oberflächen, sodass eine sachgemäße Flächendesinfektion erschwert/unmöglich ist.

Häufige Beanstandungen beim Umgang mit **Medikamenten** sind:

- Das Verfallsdatum wird weder regelmäßig überprüft noch dokumentiert.
- Anbruchdaten von Tropfen/Lösungen sind nicht vermerkt.
- Verbrauchsfristen von Tropfen sind nicht bekannt.
- Mehrfachentnahme aus Lösungen ohne Konservierungsstoffe (beispielsweise NaCl).
- Bei Mehrfachentnahme aus Lösungen mit Konservierungsstoffen werden keine Filterkanülen (Steri-minispikes) verwendet.
- Beim Richten von Infusionen wird die Arbeitsfläche vorher nicht desinfiziert.
- Lagerung von Medikamenten zusammen mit beziehungsweise nicht getrennt von Lebensmitteln im selben Kühlschrank.
- Keine regelmäßige Überprüfung der Kühlschranktemperatur, keine Dokumentation.

Weitere häufige Beanstandungen:

- Dienstkleidung wird nicht getrennt von der Privatkleidung aufbewahrt.
- Wärmende Decken werden nicht für jeden Patienten frisch aufbereitet zur Verfügung gestellt.
- Praxiswäsche (zum Beispiel Handtücher, Laken) werden nicht bei mindestens 60 Grad aufbereitet.
- Es wird eine Lagerung auf dem Schrank oder auf dem Boden durchgeführt, sodass eine Reinigung

Praxisbegehungen

beziehungsweise Desinfektion erschwert/nicht möglich ist.

- Es ist keine betriebsärztliche Betreuung für die Angestellten gewährleistet.
- Es sind keine Arbeitsanweisungen zum Umgang mit MRSA und anderen multiresistenten Keimen vorhanden.
- Es gibt keinen vollständigen Impfschutz für die Angestellten.
- Es gibt keine Anweisung, dass Angestellte bei bestimmten Krankheiten (zum Beispiel Fieber, Durchfall) nicht arbeiten dürfen.
- Es wird im Hygieneplan zum Beispiel bei räumlichen Mängeln nicht beschrieben, wie man diese zum Beispiel durch organisatorische Maßnahmen ausgleichen kann.
- Der Hygieneplan wurde vom Betreiber nicht in Kraft gesetzt/von den Mitarbeitern nicht durch Unterschrift abgezeichnet.
- Der Wasserhahn weist deutliche Verkalkungen auf (Biofilmbildung).

Umsetzung der MedHygVO

Die Medizinhygieneverordnung gelten – mit den schon erwähnten vier Ausnahmen Rheinland-Pfalz, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein – im Grundsatz unterschiedslos für Krankenhäuser, Einrichtungen für ambulantes Operieren, Arzt- und Zahnarztpraxen, und andere dort aufgeführte Gesundheitsbetriebe. Aus der nebeneinander erfolgenden Erwähnung von Einrichtungen für ambulantes Operieren und Arzt- und Zahnarztpraxen zum Beispiel in § 23 Abs. 3 IfSG ist zu folgen, dass Arzt- und Zahnarztpraxen grundsätzlich keine Einrichtungen für ambulantes Operieren im Sinne des IfSG sind, sondern darunter lediglich die zum Beispiel von vielen Anästhesisten, aber auch von Kliniken vorgehaltenen ambulanten OP-Zentren fallen sollen. Unter den Begriff der Einrichtungen für ambulantes Operieren werden aber auch alle Praxen subsumiert, für die die Qualitätssicherungsvereinbarung ambulantes Operieren nach § 135 Abs. 2 SGB V anwendbar ist. Das dürfte im zahnärzt-

lichen Bereich derzeit nur MKG-Chirurgen betreffen.

Allgemeine Forderungen der MedHygVO sind die Einhaltung der Hygiene in den Einrichtungen, Maßnahmen zur Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen und Krankheitserregern mit Resistenzen sowie die Pflicht, einen Hygieneplan erstellen (siehe zum Beispiel § 2 BW MedHygVO). Der Hygieneplan ist für alle verbindlich, auch für Zahnarztpraxen, während die übrigen Maßnahmen in der Regel für Praxen, die nicht unter den Begriff der Einrichtungen für ambulantes Operieren fallen, in der Regel nicht gelten.

Für Zahnarztpraxen besteht dagegen keine Pflicht, sich durch Hygienefachkräfte beraten zu lassen oder gar einen hygienebeauftragten Arzt zu bestellen.

Hygieneplan

Die Bundeszahnärztekammer hat im Internet einen vielseitigen Musterhygieneplan veröffentlicht. Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg hat in ihrem 2014 veröffentlichten Leitfaden „Hygiene in der Arztpraxis“ auf ein umfangreiches Muster verzichtet und folgenden Vorschlag zur Gliederung der Inhalte eines Hygieneplans in der Arztpraxis veröffentlicht, auf den ich wegen seiner einfachen Strukturierung aufmerksam machen will:

- Personalhygiene
 - Händehygiene
 - Händewaschen
 - Hygienische Händedesinfektion
 - Chirurgische Händedesinfektion
 - Handpflege
 - Tragen von Schutzhandschuhen
- Personalschutz
 - Arbeitskleidung
 - Bereichskleidung
 - Schutzkleidung
- Infektionsschutz, Sofortmaßnahmen bei Verletzungen mit kontaminierten beziehungsweise infektiösen Materialien

- Umgebungshygiene
 - Flächenreinigung und Flächen-desinfektion
 - Reinigungs- und Desinfektionsmaßnahmen an Arbeitsflächen, Geräten und sonstigen Gebrauchsgegenständen, Mobiliar, Räumen, Böden
 - Umgang mit Reinigungs- und Desinfektionsmitteln
- Aufbereitung von Textilien
- Umgang mit Abfällen
- Hygienemaßnahmen bei Behandlung der Patienten
 - Haut- und Schleimhautantiseptik
 - Besonderheiten bei praxisspezifischen medizinischen Maßnahmen (zum Beispiel Wundversorgung, invasive Maßnahmen, Operationen, Hausbesuchen)
 - Besonderheiten bei Behandlung infektiöser Patienten
- Umgang mit Medikamenten und Impfstoffen
- Aufbereitung von Medizinprodukten
 - Risikobewertung und Einstufung der Medizinprodukte
 - Beschreibung/Anweisungen zum praxisspezifischen Verfahren
 - Lagerung von Sterilgut
 - Mikrobiologische und physikalische Untersuchungen
- Meldung von Krankheiten
- Erfassung nosokomialer Infektionen und Aufzeichnung des Antibiotikaverbrauchs nach § 23 Absatz 4 IfSG (nur ambulant operierende Einrichtungen)

Anlagen:

- Reinigungs- und Desinfektionsplan
- Formulare (zum Beispiel Meldeformular zur Meldung von Krankheiten)
- Musterdokumente (zum Beispiel Sterilisationskontrollblatt, Erfassungsbogen für nosokomiale Infektionen)

Beispiel: Handwaschbecken

Offenbar bieten die Handwaschbecken bei den Praxisbegehungen Anlass für regelmäßige Beanstandungen. Eine Publikation des VAH vom 29.01.2015 wird mit folgender Frage eingeleitet:

„Wir finden bei der Begehung von Arztpraxen und ambulant operierenden Einrichtungen regelmäßig, dass die Handwaschplätze nicht gemäß bestehenden Vorgaben ausgestattet sind, das heißt, der Händedesinfektionsmittelspender hängt, aber statt eines entsprechenden Waschlotionsspenders gibt es dann die Seifenpumpflasche vom Drogeriemarkt.“

Welche Daten beziehungsweise Literatur würden unsere Argumentation, dass „medizinische“ Waschlotion zu verwenden ist, stützen (bisher haben wir mit dem Zusatz von Konservierungsstoffen bei letzteren argumentiert)?“

Die fettgedruckte Passage lenkt das Augenmerk auf einen wichtigen Aspekt. Für vieles, was in Praxisbegehungen gefordert oder beanstandet wird, gibt es vermutlich keine valide Rechts- noch Datenbasis.

Die TRBA 250 enthält im Abschnitt 4.1.1 folgende Vorgaben für den Handwaschplatz:

„(1) Den Beschäftigten sind leicht erreichbare Handwaschplätze mit fließendem warmen und kalten Wasser, Spendern für Hautreinigungsmittel und Einmalhandtücher zur Verfügung zu stellen.“

(2) Die Handwaschbecken sind mit Armaturen auszustatten, die ohne Handberührungen bedienbar sind. Geeignet sind zum Beispiel haushaltsübliche Einhebelmischbatterien mit verlängertem Hebel, die mit dem Handgelenk bedienbar sind, oder selbstschließende Waschtisch-Armaturen (Druckknopf).

(3) Galten die Anforderungen nach Absatz 2 bis zur Bekanntmachung dieser TRBA nicht, so ist eine entsprechende Nachrüstung nur im Zusammenhang mit einer Neugestaltung oder wesentlichen Umgestaltung des Handwaschplatzes erforderlich.“

Das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg forderte dagegen schon 2004 ohne Angaben von Rechtsgrund oder fachlicher Basis: „Ein Handwaschbecken mit Einweg-Mischbatterie gehört auch außerhalb der Sanitärräume in jedes Zimmer, in dem Patientenkontakte stattfinden oder

mit klinischem Probenmaterial gearbeitet wird. Ein zentrales Flurwaschbecken wird dieser Notwendigkeit nicht gerecht!“

Was gilt nun? In der Praxis lassen sich viele Ärzte und Zahnärzte hier „ins Bockshorn“ jagen und folgen zähneknirschend entsprechenden Anmerkungen bei Praxisbegehungen. Aber müssen sie das auch?

Was tun?

Die Praxishygiene hat sich – auch bedingt durch die Angst vor den Begehungen – zu einem Bereich entwickelt, der in den Praxen viel Arbeitskraft bindet, auch durch den Dokumentationsaufwand, ohne dass es viel Evidenz für einen Zusatznutzen gibt. Die Anzahl der sogenannten nosokomialen Infektionen in Deutschland ist nicht bekannt. Die Schätzungen variieren stark, wobei man den Eindruck hat, als würde die Schätzung der jährlichen Todesfälle von den verschiedenen Institutionen nicht ohne Hintersinn erfolgen. Daten aus den USA belegen, dass für nosokomiale Infektionen Gefäßzugänge wie etwa zentrale Venenkatheter die Hauptrolle spielen. Da die menschliche Haut nur bedingt keimfrei zu bekommen ist und die Übertragungswege kaum abzustellen sind, wenn man Patienten nicht vollständig isolieren will, stellt sich die – heutzutage fast schon ketzerische – Frage, ob man sich mit dem wohl schon seit langem bestehenden und keineswegs hohen Infektionsniveau möglicherweise einfach abfinden muss.

Jedenfalls ist nicht alles das, was sich auf dem Papier als Verbesserung liest, auch fachlich und damit rechtlich geboten.

Die Begehungsprotokolle dienen der Information, stellen aber keine Verwaltungsakte dar. Sie sollten sorgfältig gelesen werden. Stimmen sie in Teilen nicht mit der eigenen Wahrnehmung überein, sollte das der Behörde mitgeteilt werden. Es hilft überhaupt, bei der Begehung einen Praxismitarbeiter zu bitten, ebenfalls Protokoll zu führen. Bedenken, dass das bei den Praxisbegehern

nicht gut ankommen könnte, kann man haben. Aber: Wer sich nicht wehrt, lebt verkehrt! Sachlichkeit und Souveränität als Praxisinhaber zeigen sich auch und gerade im Umgang mit Behörden. Man sollte sich – was wir leider immer wieder erleben – nur nicht als in Sache Praxishygiene völlig ahnungslos gerieren. Die von allen Zahnärztekammer erlassenen Hygieneleitfäden sind nun mal schon Pflichtlektüre nicht nur für die Aufbereitung etc. zuständigen Praxismitarbeiter, sondern auch für die Chefs!

Ehe man den Praxisbegehern Änderungen an der Praxiseinrichtung/der Handhabungsweise et cetera zusagt, sollte man sich genau und am besten schriftlich erklären lassen, auf welcher Rechtsgrundlage diese erforderlich sind.

Die stets übersandten Begehungsprotokolle sind nicht einfach abzuarbeiten, da – wie schon gesagt – keine Verwaltungsakte. Wenn das Gesundheitsamt et cetera eine Änderung haben will, dann soll es einen Bescheid mit Rechtsbehelfsbelehrung versehen schicken. Aus dem Bescheid muss sich auch die Rechtsgrundlage ergeben. Es ist in der Praxis offenbar gar nicht so selten, dass die Behörden sich nicht an diese Vorgaben des allgemeinen Verwaltungsrechts halten.

Da hilft nur: Rechtsrat einholen.

Aber man darf die Begehungsprotokolle auch nicht einfach ignorieren, was wir auch immer wieder erleben. Sie bedürfen sorgfältiger Prüfung. Das meiste, was in ihnen vermerkt wird, ist zumeist durchaus vernünftig. Außerdem kommt es nach Erstbeanstandungen zu einer Zweitbegehung.

Gegebenenfalls ist zu überlegen, die Zweitbegehung mit rechtlicher Begleitung, sei es Anwalt oder spezialisiertem Kammer-/KZV-Mitarbeiter durchzustehen. Beharrliche Verstöße gegen die Praxishygienevorschriften können zum Verlust der vertragszahnärztlichen Zulassung und zum Verlust der Approbation führen. ■