



Informationsblatt 5

Stand 01/2013

Der HIV-positive Patient in der Zahnarztpraxis

Epidemiologische Situation:

Seit Beginn der HIV- Epidemie wurden in Deutschland insgesamt 91 000 HIV- Infektionen gemeldet. Nach aktuellen Erhebungen des Robert- Koch- Institutes betrug Ende 2010 die Anzahl der Menschen mit HIV/ AIDS bundesweit etwa 70 000. Pro Jahr werden derzeit ca. 3000 Neuinfektionen registriert.

In Sachsen wurden seit Beginn der Epidemie bis 2009 750 HIV-Erstdiagnosen gemeldet, davon fielen 95 HIV-Erstdiagnosen und 20 AIDS-Erkrankungen allein auf das Jahr 2009.

Beruflich erworbene Infektionen sind verglichen mit dem Übertragungsrisiko der Hepatitis B und C sehr selten.

Genannt sei hier nochmals das Infektionsrisiko durch Blut bei Nadelstichverletzungen, welches mit 0,3 % angegeben wird (bei Schleimhautexposition/ Exposition entzündlich veränderter Hautareale ca. 0,03 % Übertragungsrisiko).

In Deutschland wurden bis 2006 bisher 57 berufsbedingte HIV/ AIDS- Infektionen bei medizinischem Personal anerkannt.

Rechtliche Fragen im Umgang mit HIV-positiven Patienten:

Von einer Infektionsgefährdung ist bei der Einhaltung gültiger hygienischer Vorschriften nicht auszugehen. Dementsprechend besteht für den HIV- positiven Patienten keine Offenbarungspflicht gegenüber dem behandelnden Zahnarzt.

Befragungen haben gezeigt, dass tatsächlich ca. ¼ der Patienten ihren Infektionsstatus auf Grund schlechter Erfahrungen verschweigen.

Ein HIV- Test kann nur nach entsprechender Aufklärung und bei vorliegender Zustimmung des Patienten erfolgen.

Eine namentliche Meldepflicht durch das Infektionsschutzgesetz existiert für HIV/ AIDS nicht.

Die letztlich resultierende Ungewissheit über den Infektionsstatus des Patienten (betrifft auch alle anderen übertragbaren Infektionskrankheiten) unterstreicht aus betriebsärztlicher Sicht die Notwendigkeit der Verwendung persönlicher Schutzausrüstungen bei **jedem** Patienten. Der dadurch erreichte Infektionsschutz ist nach derzeitigem Kenntnisstand ausreichend, so dass die Ablehnung einer Behandlung auf Grund einer Infektionsgefährdung nicht gerechtfertigt ist (Ausnahme: Schwangere dürfen keine unfallträchtigen Manipulationen an HIV- infizierten Patienten ausüben).

Verhalten im Expositionsfall:

(siehe auch Informationsblatt "Kanülenstichverletzung")

Bei Stich- und Schnittverletzungen mit HIV- kontaminierten Gegenständen ist sofort eine Blutung anzuregen (Dauer 1 bis 2 Minuten), ggf. durch einen chirurgischen Eingriff. Abbinden von Gliedmaßen ist nicht indiziert. Anschließend ist die Wunde mit einem viruziden Antiseptikum mindestens 10 Minuten feucht zu halten (getränkter Tupfer/ Kompresse).

Im Falle einer Kontamination des Auges ist eine ausreichende Spülung mit Wasser oder physiologischer Flüssigkeit (Aqua dest. oder NaCl 0,9% steril) vorzunehmen. In zahlreichen Veröffentlichungen wird auch 5% ige PVP- Jod- Lösung, steril als Apothekerzubereitung empfohlen.

Bei Aufnahme infektiösen Materials in die Mundhöhle ist möglichst mit 80 %em unvergällten Alkohol mehrfach intensiv zu spülen.

Anschließend sollte umgehend kompetenter ärztlicher Rat in Bezug auf die Infektionsgefährdung und die Indikationsstellung einer medikamentösen Postexpositionsprophylaxe (im Weiteren PEP genannt) eingeholt werden (z. B. von immunologischen Abteilungen oder Infektionsabteilungen der Universitätskliniken => Adressen siehe Rückseite des Informationsblattes „Verhalten bei Stichverletzung“).

Stellvertretend für die Höhe des Infektionsrisikos im stomatologischen Bereich sollen hier die Indikationsempfehlungen für die PEP genannt werden:

PEP empfehlen: Perkutane (durch die Haut hindurch) Exposition mit Material hoher Viruskonzentration (Blut, Liquor, Sperma, Punktatmaterial, Organmaterial, Viruskulturmateriale).

PEP anbieten: Kontakt von Schleimhaut oder verletzter/ geschädigter Haut mit Flüssigkeiten mit hoher Viruskonzentration (s. o.)

PEP nicht empfehlen: Haut-/ Schleimhautkontakt, auch perkutaner Kontakt mit Körperflüssigkeiten wie Speichel und Urin, Kontakt von intakter Haut auch bei Material mit hoher Viruskonzentration, Verletzung mit Material unbekannter Herkunft

Die Einleitung einer PEP sollte umgehend erfolgen, da ein maximaler Schutz nur innerhalb der ersten zwei Stunden nach Exposition erzielt wird. Nach bisherigem Erkenntnisstand ist eine PEP 24 Stunden nach perkutaner/ intravenöser Exposition und 72 Stunden nach Schleimhautexposition nicht mehr erfolgreich. Zur Anwendung gelangt heute in der Standardprophylaxe eine Kombination aus zwei Inhibitoren der reversen Transkriptase und einem Proteaseinhibitor (orale Darreichung über 4 Wochen).

(Weiterführende Informationen mit wichtigen Adressen erhält man vom Gesundheitsamt Dresden.)