

INHALTSVERZEICHNIS

Begrüßung	03
Organisatorische Hinweise	04
Programm	05
Abstracts	07
Referenten	31
Anfahrt	32
Notizen	33
Sponsoren	35

SEHR GEEHRTE DAMEN UND HERREN, LIEBE KOLLEGINNEN UND KOLLEGEN,

anknüpfend an den im letzten Jahr erfolgreichen Leipziger Krankenhaushygienetag laden wir Sie auch dieses Jahr sehr herzlich zu unseren Krankenhaushygienetagen (!) ein.

Durch die große Resonanz sowohl der Teilnehmer als auch der Referenten freuen wir uns, Sie an zwei Tagen im großen Hörsaal des Studienzentrums begrüßen zu dürfen. Neben Vorträgen, die u. a. auch die neuesten wissenschaftlichen Ergebnisse präsentieren, haben sie zusätzlich die Möglichkeit am ersten Tag der Veranstaltung in Interaktion mit dem Team des Instituts für Hygiene / Krankenhaushygiene zu treten. In praxisnahen Workshops werden interessante Themen aus der Lehre, der Wissenschaft und täglichen Routine im Rahmen eines informativen Erfahrungsaustausches vorgestellt. Hier können Sie Ihre Fragen stellen, sich umfassend zu interessanten Themen aus Lehre und Praxis aufklären lassen und gemeinsam neue Impulse für die Hygiene setzen.

Ihre



*Prof. Dr. med. Iris F. Chaberny
Institut für Hygiene / Krankenhaushygiene*

ORGANISATORISCHE HINWEISE

Termin

Mittwoch, 7. September 2016, 09:00 – 17:30 Uhr

Donnerstag, 8. September 2016, 08:30 – 15:30 Uhr

VERANSTALTUNGSORT

Universität Leipzig, Medizinische Fakultät

Großer Hörsaal im Haus E

(Studienzentrum; Dekanat; Fakultätsverwaltung)

Liebigstraße 27, 04103 Leipzig

VERANSTALTER

Universitätsklinikum Leipzig

Institut für Hygiene / Krankenhaushygiene

Prof. Dr. med. Iris F. Chaberny

Johannisallee 34, Haus L, 04103 Leipzig

Telefon: 0341 9715600

ORGANISATION

Universitätsklinikum Leipzig

Zentrales Veranstaltungsmanagement

Liebigstraße 12, Haus 1, 04103 Leipzig

Telefon: 0341 9714192

Fax: 0341 9714199

E-Mail: veranstaltungsmanagement@uniklinik-leipzig.de

Die Veranstaltung wird gemäß (FBO) von der Sächsischen Landesärztekammer mit insgesamt 13 Punkten in der Kategorie A sowie von der Registrierung beruflich Pflegenden GmbH mit 10 Punkten zertifiziert.

Die Veranstaltung findet unter Schirmherrschaft der Ständigen Arbeitsgemeinschaft Allgemeine und Krankenhaushygiene der Deutschen Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie e.V. (DGHM) statt



PROGRAMM**MITTWOCH, 7. SEPTEMBER 2016; 09:00 – 17:30 UHR**

- 09:00 Uhr **Anmeldung**
- 09:45 Uhr **Eröffnung/Einführung in die Thematik und aktuelle Herausforderungen**
Prof. Dr. Iris Chaberny, Leipzig
- 10:00 Uhr **Der Hygieneingenieur als Vermittler**
Dipl.-Ing. Martin Scherrer, Heidelberg
- 10:20 Uhr **Antibiotic Stewardship (ABS) –
Erfassung und Bewertung des Antibiotikaverbrauchs**
Prof. Dr. Wilfried Bautsch, Braunschweig
- 10:50 Uhr **Antibiotikaverbrauchsdaten aus dem ambulanten Bereich**
Dr. Ingrid Ehrhard, Dresden
- 11:20 Uhr **Was leistet die Infektiologie im UKL?**
PD Dr. Christoph Lübbert, Leipzig
- 12:00 Uhr *Mittagspause*
- 13:00 Uhr **Der Krankenhaushygieniker: vom Surveillance- zum ABS-Experten**
Dr. Doris Weitzel-Kage, Berlin
- 13:30 Uhr **Ärzte ohne Arztkittel**
Dr. Susanne Huggett, Hamburg
- 14:00 Uhr **Ausbildung Hygienebeauftragte in der Pflege**
Ilka Bouraib, Leipzig
- 14:15 Uhr *Zeit für Aktivierungsübungen*
alle Teilnehmer
- 14:30 Uhr *Kaffeepause*
- 15:00 Uhr **Krankenhaushygiene im Wandel aktueller Anforderungen**
Prof. Dr. Heinz-Michael Just, Nürnberg
- 15:30 Uhr **Von Anfang an: OP-Training nicht nur für Studierende**
Sarah Faucheux, Leipzig
- 15:45 Uhr **Abschlussdiskussion des ersten Tages**
Prof. Dr. Iris Chaberny, Leipzig
- 16:00 Uhr **Aufteilung in Workshops**
alle Teilnehmer

PROGRAMM

DONNERSTAG, 8. SEPTEMBER 2016; 08:30 – 15:30 UHR

- 08:30 Uhr **Beginn und Wachwerden bei Kaffee und Tee**
- 09:00 Uhr **Ergebnisse und Resümee aus den Workshops vom Vortag**
Prof. Dr. Iris Chaberny, Leipzig
- 09:15 Uhr **Bakterielle Kontaminationen von Anästhesie Arbeitsplätzen**
PD Dr. Sebastian Schulz-Stübner, Freiburg
- 09:40 Uhr **Management eines 4MRGN *Acinetobacter baumannii* Ausbruchs auf einer Schwerstverbranntenstation**
Dr. Silvia Fanghänel, Halle
- 10:10 Uhr **Ergebnisse und Erkenntnisse aus dem PSYGIENE Projekt – Verhaltenspsychologische Aspekte**
Dr. Bettina Lutze, Leipzig
- 10:30 Uhr **Nosokomiale Infektionen und Blutstrominfektionen: die ALERTS- und AlertsNet-Studie**
Prof. Dr. Frank Brunkhorst, Jena
- 11:00 Uhr *Mittagspause*
- 12:00 Uhr **Hygiene im deutsch-niederländischen Grenzgebiet. Was können wir voneinander lernen?**
Dr. Jörg Herrmann, Oldenburg
- 12:40 Uhr **Medizinprodukte und Arzneimittel, eine Gratwanderung zwischen Gesetz und Realität**
PD Dr. Klaus Schröppel, Mannheim
- 13:20 Uhr **Betreiber in der Haftungsfalle? Risiken in der Sterilgut Aufbereitung vermeiden.**
RÄ Petra Geistberger, München
- 14:00 Uhr *Kaffeepause*
- 14:30 Uhr **Strukturen zur Infektionsprävention auf Intensivstationen in Deutschland**
Prof. Dr. Iris Chaberny, Leipzig
- 14:50 Uhr **Labordaten von den Erstaufnahmeuntersuchungen der Asylbewerber in Sachsen**
Dr. Ingrid Ehrhard, Dresden
- 15:20 Uhr **Abschlussdiskussion**
Prof. Dr. Iris Chaberny, Leipzig
- 15:30 Uhr **Ende der Veranstaltung**

ABSTRACTS

Dipl.-Ing. Martin Scherrer
Universitätsklinikum Heidelberg
Technische Krankenhaushygiene

Der Hygieneingenieur als Vermittler

Der Hygieneingenieur, besser Krankenhaushygieneingenieur, stellt das Bindeglied zwischen den technischen Abteilungen mit allen Gewerken (Bau, Heizung, Lüftung, Klima, Wasser, Abwasser bis hin zur Medizintechnik) und der Krankenhaushygiene dar. Er unterstützt dabei das Hygieneteam, bestehend aus Krankenhaushygieniker und Hygienefachkräften bei allen die technischen Bereiche betreffende Fragestellungen. Er ergänzt dabei die medizinische und pflegerische Kompetenz durch sein technisches Knowhow.

Da er sich sowohl auf den technischen Gebieten auskennen, als auch in der Krankenhaushygiene kompetent sein sollte, dient er als Vermittler zwischen diesen beiden Fachgebieten. Bei den oftmals kontrovers diskutierten Themen sollte er beide Seiten verstehen und vermittelnd eingreifen. Sowohl von Seiten der Technik als auch von Seiten der Krankenhaushygiene werden oft Anforderungen erhoben, die von der anderen Seite nicht einfach erfüllt werden kann, auch hier muss er vermitteln und Kompromisse finden.

Aufgaben finden sich vor allem auf den Gebieten Planung und Ausführung von Neu- und Umbaumaßnahmen, Raumluftechnik, Trinkwasserhygiene aber auch bei der Aufbereitung von Medizinprodukten.

Bei Baumaßnahmen kommt die Beurteilung der Planung von Grundrissen und der Betriebsabläufe hinsichtlich krankenhaushygienischer Optimierungspotenziale hinzu. Hier ist das Knowhow gegenüber den Architekten und Fachplanern aber auch gegenüber den späteren Nutzern gefragt. Bei der Durchführung von Baumaßnahmen wirkt der Krankenhaushygieneingenieur bei der Festlegung und Kontrolle von Maßnahmen zu Schmutz- und Staubkontrolle mit. Zusammen mit den anderen Teilen des Hygieneteams führt er auch die krankenhaushygienische Abnahme der Baumaßnahmen durch.

Bei der Planung und Errichtung von raumluftechnischen Anlagen insbesondere in Risikobereichen (OP und Intensivstationen) wirkt der Krankenhaushygieneingenieur begleitend mit. Seine Aufgaben sind dabei vor allem die konzeptionelle Mitentwicklung z.B. durch Festlegung der Raumklassen gemäß DIN 1946-4.

Auch bei der Trinkwasserhygiene findet der Krankenhaushygieneingenieur eines seiner Aufgabengebiete. Die regelmäßige Kontrolle der Trinkwasserversorgung, die Risikobewertung der Ergebnisse und gegebenenfalls die Planung und Durchführung von Sanierungsmaßnahmen gehören dazu.

Fortsetzung von Seite 7

Neben der Mitarbeit bei der baulichen Gestaltung von Bereichen zur Aufbereitung von Medizinprodukten sollte der Krankenhaushygieneingenieur bei der Beschaffung der technischen Ausrüstung mitwirken. Hierbei spielt neben der Eignungsprüfung der Ausrüstung auch die Prüfung des Aufstellungsortes und die Qualifikation des Aufbereitungspersonals eine Rolle. Auch die Festlegung und Kontrolle der erforderlichen technischen Qualifikationen (Validierung, Routinekontrollen, Zertifizierungen) sollte von ihm mitdurchgeführt bzw. überwacht werden.

Prof. Dr. Wilfried Bausch

Städtisches Klinikum Braunschweig

Institut für Mikrobiologie, Immunologie und Krankenhaushygiene

Antibiotic Stewardship (ABS) - Erfassung und Bewertung des Antibiotikaverbrauchs

Verbrauchsdaten zu Antiinfektiva werden in der deutschen S3 Leitlinie [1] zurecht als eine unabdingbare Voraussetzung für jedes „Antibiotic Stewardship“ (ABS)-Programm gefordert. Seit 2011 ist die Erfassung sogar für Krankenhäuser und Einrichtungen für ambulantes Operieren gesetzlich vorgeschrieben (§23 Abs. 4 IfSG), seit 2013 gibt es dazu einschlägige RKI-Empfehlungen [2]. Es gibt bereits etablierte Antibiotika-Verbrauch-Surveillance-Systeme, die Teilnahme daran ist aber freiwillig. In den meisten Einrichtungen wird die Erstellung zumeist vollständig an die Apotheke (+ Controlling) delegiert. Das ist sehr bedauerlich, denn viele Probleme bei der Erstellung dieser Statistik werden den ABS-Teilnehmern auf diese Weise nie bewusst, etwa „DDD versus RDD“, hausinterne Verlegungen oder Kostenstellen-Zuordnung der Antibiotika und ihr Einfluss auf die Ergebnisse der Verbrauchstatistik. Besonders problematisch ist die Bewertung der erhobenen Daten: Es gibt dazu keine guten Leitlinien oder Empfehlungen. So gibt es bislang nur eingeschränkt Vergleichsdaten, die eine Bewertung in „hoher“ bzw. „niedriger“ Verbrauch erlauben, keine guten Vorgaben zur Erstellung von vergleichbaren Resistenzstatistiken und auch die Infektionsstatistiken (etwa CDAD-KISS) sind in ihrer Interpretation auf Fachbereichsebene problematisch, wenn man sie mit dem Antibiotikaverbrauch korrelieren will.

In dem Vortrag sollen einige praktische Probleme dieser Art vorgestellt, Ursachen aufgezeigt und – wo möglich – Lösungswege vorgeschlagen werden.

[1] K. de With et al., Strategien zur Sicherung rationaler Antibiotika-Anwendung im Krankenhaus, 2013 (AWMF-Registernummer 092/001).

[2] Festlegung der Daten zu Art und Umfang des Antibiotika-Verbrauchs in Krankenhäusern nach § 23 Abs. 4 Satz 2 IfSG, Bundesgesundheitsbl. 56: 996 ff., 2013.

Dr. Ingrid Ehrhard

Landesuntersuchungsanstalt für das Gesundheits- und Veterinärwesen Dresden

Labordaten von den Erstaufnahme-Untersuchungen der Asylbewerber in Sachsen

Auf der Basis der „Gemeinsamen Verwaltungsvorschrift (VwV) des Sächsischen Staatsministerium für Soziales und des Sächsischen Staatsministerium des Innern zur gesundheitlichen Betreuung von Asylbewerbern durch die Gesundheitsämter im Freistaat Sachsen“ vom 24. Januar 2008, die diejenige vom 25. Mai 1992 ersetzte, wurde bei Asylsuchenden ab dem 14. Lebensjahr im Rahmen der Erstaufnahme-Untersuchung eine serologische Diagnostik (Antikörper- und/oder Antigen-Bestimmung) bezüglich folgender Infektionskrankheiten durchgeführt: HIV-Infektion, Syphilis, Hepatitis A, Hepatitis B und Hepatitis C. Zudem wurden Stuhlproben aller Asylbewerber auf verschiedene bakterielle Gastroenteritis-Erreger (*Salmonella* spp., *Shigella* spp., *Campylobacter* spp., *Enterohämorrhagische Escherichia coli* (EHEC), ggf. *Vibrio cholerae*) sowie auf Protozoen (*Entamoeba histolytica*, *Giardia lamblia*) und Helminthen untersucht. Mit der Novellierung der VwV Asylbewerbergesundheitsbetreuung am 29. Juli 2015 umfasste das Untersuchungsspektrum folgende Parameter: Hepatitis Bs-Antigen; Hepatitis A-IgM-Antikörper; Masern-, Mumps-, Röteln- und Varizella-Zoster-Virus-IgG-Antikörper (MMRV-IgG-Antikörper).

Die Auswertung der labordiagnostischen serologischen und Stuhl-Untersuchungen der Asylbegehrenden des Zeitraumes 2007 bzw. 2008 bis 2015 erbrachten folgende Ergebnisse:

Bakterielle Darmpathogene fanden sich im Stuhl von durchschnittlich 1,7% (236/13.514), Protozoen bei 8,2% (1.081/13.263) und Wurmeier bei 4,8% (602/12.612) der untersuchten Asylbewerber.

Bei durchschnittlich 0,3% (81/31.106) der Asylsuchenden ab 13 Jahren lag eine HIV-Infektion vor. Eine Syphilis-Seronegativität zeigten 0,5% (163/31.106) der Asylbewerber; eine aktive, behandlungsbedürftige Syphilis war bei 0,1% nachweisbar (26/31.106). Von den insgesamt 50.568 durchgeführten Bestimmungen auf HBs-Antigen erbrachten durchschnittlich 2,5% (1.282) ein positives Ergebnis. Bei 629 der 29.896 (2,1%) untersuchten Asylbegehrenden lagen Antikörper gegen HCV vor.

Die IgG-Antikörper-Positivitäten gegenüber dem Masern-Virus und dem Röteln-Virus (bei Frauen im gebärfähigen Alter) betragen jeweils durchschnittlich 87,8%, gegenüber dem Mumps-Virus 84,8% und gegenüber dem Varizella-Zoster-Virus 94,5%. Somit entsprach die Immunitätslage der Asylbewerber ab 13 Jahren bezüglich MMRV im Wesentlichen – soweit entsprechende Daten verfügbar – derjenigen der deutschen Bevölkerung, die allerdings als unzureichend anzusehen ist.

PD Dr. Christoph Lübbert

Universitätsklinikum Leipzig

Klinik und Poliklinik für Gastroenterologie und Rheumatologie

Was leistet die Infektiologie im UKL?

Der Vortrag geht auf das breite Tätigkeitsspektrum des Bereichs Infektions- und Tropenmedizin am Universitätsklinikum Leipzig (UKL) in Krankenversorgung, Lehre und Klinischer Forschung ein. Dabei werden insbesondere die hochfrequentierte Ambulanz inkl. Reise-medizinischer Sprechstunde, Gelbfieberimpfstelle und HIV-Sprechstunde, die Rolle der Klinischen Infektiologie im Antibiotic Stewardship (ABS) Programms des UKL, die Leitung der Antiinfektiva-Kommission des UKL, die Erstellung eines detaillierten Antiinfektiva-Leitfadens für das UKL im 2-Jahres-Turnus und die alljährliche Durchführung eines Wahlfachkurses Tropenmedizin für Studenten (und Gasthörer) sowie wichtige klinische Forschungsprojekte hervorgehoben.

Insgesamt problematisch ist allerdings die in Deutschland noch unzureichende Entwicklung des Querschnittfachs Infektiologie und die häufig unscharf definierte Zusammenarbeit mit eng verwandten Fachdisziplinen wie Medizinische Mikrobiologie, Virologie oder Krankenhaushygiene sowie gut etablierten klinischen Fächern mit einem hohem Anteil von Infektionspatienten (v.a. in der Inneren Medizin), die mitunter in einem unnötigen „Kompetenzgerangel“ mündet. Um hier für das UKL optimale Synergien zu schaffen, wurde Ende 2015 das Interdisziplinäre Zentrum für Infektionsmedizin (ZINF) gegründet.

Während in Nordamerika oder in der Schweiz die Mitbetreuung stationärer Infektionspatienten durch klinische Infektiologen in Form einer Konsiliararzt-Tätigkeit regelhaft erfolgt, ist eine derartige Versorgung in Deutschland noch nicht flächendeckend etabliert, was nicht zuletzt auch einem Mangel an verfügbarem, gut ausgebildeten Personal geschuldet ist. Die meisten und evidenzstärksten Daten liegen hierzu für die *Staphylococcus aureus*-Blutstrominfektion (SAB) vor. Übereinstimmend fand sich in Studien aus verschiedenen Ländern Nordamerikas und Europas ein signifikanter Überlebensvorteil der vom infektiologischen Konsiliardienst mitbetreuten und mitbehandelten Patienten. Die Krankenhaus- und Tag-30-Sterblichkeit konnte um ca. 40% gesenkt werden. Die Studien zeigen zudem, dass die über systematische Einbeziehung von Infektiologen erzielten Effekte mit einer vermehrten Einhaltung diagnostischer und therapeutischer Qualitätsstandards verknüpft sind. Neuere Studien weisen zudem auf eine kürzere Krankenhausaufenthaltsdauer hin, insbesondere wenn Patienten in der frühen Phase des stationären Aufenthalts konsiliarisch gesehen werden. Eine telefonische oder schriftliche Beratung erscheint daher einem formalen Konsil mit Evaluation der Patienten am Krankenbett unterlegen. Hierzu ist auch am UKL noch viel Aufbauarbeit zu leisten.

Literaturhinweis: Rieg S, Küpper MF. Infectious diseases consultations can make the difference: a brief review and a plea for more infectious diseases specialists in Germany. *Infection*. 2016 Apr; 44(2):159-66. doi: 10.1007/s15010-016-0883-1

Dr. Doris Weitzel-Kage

St. Hedwig Krankenhaus Berlin

Hygiene und Umweltmedizin

Der Krankenhaushygieniker: vom Surveillance-Experten zum ABS- Experten

Antibiotic-Stewardship (ABS) ist die neue Herausforderung für alle Krankenhäuser. Gemäß Infektionsschutzgesetz und der Länder Hygieneverordnungen sind die Krankenhäuser zur Surveillance von Nosokomialen Infektionen, Erregern mit speziellen Resistenzen und der Antibiotikaverbräuchen verpflichtet. Gemäß der neuen Deutschen und Österreichischen S3-Leitlinie „Strategien zur Sicherung rationaler Antibiotika-Anwendung im Krankenhaus“ wird als Voraussetzung ein ABS-Team benötigt. Der Krankenhaushygieniker soll dabei ein Teammitglied neben anderen sein.

Die Krankenhaushygiene betreibt die Surveillance seit langem systematisch und erfolgreich und daher passiert es in einigen Krankenhäusern, dass nur die Apotheke und die Krankenhaushygiene das ABS-Team bilden. Frei nach dem Motto „Sie machen doch eh Surveillance dann können Sie das doch eben mal mitmachen“

Im Vortrag soll ein Einblick gegeben werden, wie die Krankenhaushygiene das ABS-Team unter anderem mit einer Prävalenzuntersuchung unterstützen kann aber auch, dass die Krankenhaushygiene nicht allein die ABS-Arbeit übernehmen kann.

Dr. Susanne Huggett

MEDILYS Laborgesellschaft mbH Hamburg

Arzt ohne Kittel?

Im Zusammenhang mit der Auswahl neuer Dienstkleidung für alle Berufsgruppen in den Asklepios Kliniken ergab sich Ende des Jahres 2015 die Frage, ob der klassische Arztkittel in seiner bisherigen Form den aktuellen Anforderungen entspricht und zeitgemäß ist.

In einigen Kliniken in Deutschland wurde er bereits abgeschafft - in verschiedenen europäischen Ländern wie Holland und England gehört er der Vergangenheit an. Hygienische Aspekte standen dabei im Vordergrund.

Zur Vorbereitung der Entscheidung für die Asklepios Kliniken wurden zahlreiche Fragen gestellt und – wenn möglich – beantwortet:

Was spricht für, was gegen einen Arztkittel?

Welche Bedeutung hat der Arztkittel heutzutage?

Benötigen wir ihn als Statussymbol?

In welchen Bereichen der Klinik wird der Arztkittel ohnehin (z. T.) nicht getragen:

Pädiatrie, Psychiatrie, Psychosomatik, Chirurgie...?

Welche Argumente gab/gibt es für die Abschaffung des Arztkittels?

Auf welcher Basis wurde/wird die Entscheidung getroffen?

Wie reagieren Patienten, Besucher und Angehörige oder Pressevertreter, wenn Ärzte ihnen ohne Arztkittel gegenüber treten?

Wie wichtig ist der Kittel, um von Patienten als Arzt erkannt zu werden?

Wie reagieren unsere Ärzte, wenn der Arztkittel abgeschafft und durch einen Kasack ersetzt wird?

Gibt es unterschiedliche Einstellungen in verschiedenen Altersgruppen?

Kann die Abschaffung des Arztkittels dazu beitragen, die Patientensicherheit zu verbessern?

Die Antworten auf diese Fragen und die entsprechende Abwägung der Argumente werden dargestellt.

Die Entscheidung in den Asklepios Kliniken ist für die Abschaffung des Arztkittels gefallen und hat ein unerwartet großes Echo hervorgerufen.

Ilka Bouraib

Universitätsklinikum Leipzig

Institut für Hygiene und Krankenhaushygiene

Ausbildung Hygienebeauftragte in der Pflege

Der Vortrag beinhaltet die gesetzliche Vorgabe zur Ausbildung Hygienebeauftragter in der Pflege.

Beschrieben wird der Kursaufbau (Curriculum) und die Kursgestaltung (z.B. Gruppenarbeiten) in Zusammenarbeit mit dem Bildungszentrum, der Lernklinik und dem Veranstaltungsmanagement des UKL. Im Vortrag eingebaut ist ein kurzer Erfahrungsbericht aus den bereits durchgeführten Kursen.

Prof. Dr. Heinz-Michael Just

Klinikum Nürnberg

Institut für Klinikhygiene, Medizinische Mikrobiologie und Klinische Infektiologie

Krankenhaushygiene im Wandel aktueller Anforderungen

Die Krankenhaushygiene in Deutschland basiert gem. Infektionsschutzgesetz (IfSG) auf den Empfehlungen der KRINKO. Die feiert als Kommission dieses Jahr ihr 40jähriges Jubiläum. Anfänglich wurde eine nosokomiale Infektion als eine „Krankenhausinfektion“ definiert, „die im kausalen Zusammenhang mit einem Krankenhausaufenthalt steht“ und ausgeführt, es handle sich dabei um eine „Infektion mit Keimen, die sich auf vielen verborgenen Wegen ... verbreitet hatten und häufig chemotherapieresistent geworden waren“. Man meinte damals auch, Bereiche in besonderem Maße vor Infektionen schützen zu müssen (5.2.1), sogar Bereiche wie Verwaltungsräume, Hörsäle, Unterrichtsräumen, Personalwohn- und -speiseräume, Werkstätten u.a. technische Bereiche denen ein, wenn auch geringes, Infektionsrisiko zugeschrieben wurde. Heute hat sich dagegen die Erkenntnis durchgesetzt, dass Patienten geschützt werden müssen und eine nosokomiale Infektion eine Infektion ist, „die im zeitlichen Zusammenhang mit einer stationären oder ambulanten medizinischen Maßnahme steht“ – also unabhängig von einem Ort. Auch wird nicht mehr gefordert, das ganze Krankenhaus arbeitstäglich zu desinfizieren. Stattdessen stehen konkrete Handlungsempfehlungen für Maßnahmen am und mit dem Patienten bzw. bei Patienten mit definierten infektiologischen Risiken im Focus, deren Notwendigkeit (Evidenz) aus den Ergebnissen klinischer Studien hergeleitet wird.

Dramatisch zugenommen hat in den 40 Jahren das Problem der Antibiotikaresistenz bakterieller Infektionserreger und damit verbunden die Dringlichkeit, mit der die Mitarbeiter in Medizinischen Einrichtungen aufgefordert sind alles zu tun, um „nosokomiale Infektionen zu verhüten und die Weiterverbreitung von Krankenhauserregern, insbesondere solche mit Resistenzen zu vermeiden“ (§23 IfSG). Im Laufe der Jahre wurden seitens der Politik einerseits zwar klare Zuständigkeiten definiert (Patientenschutz: Bundesministerium für Gesundheit (BMG) → Robert Koch-Institut (RKI) → KRINKO; Beschäftigtenschutz: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) → Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) → Ausschuss für Biologische Arbeitsstoffe (ABAS)), andererseits werden aber gerade in letzter Zeit Forderungen aufgestellt, die eher populistische denn wissenschaftliche Gründe haben und dem Gewollten eher zuwiderlaufen. Beispiele hierfür sind das Screening aller stationär aufgenommenen Patienten auf MRE und die – unter dem Deckmantel der Qualitätssicherung geforderte – Veröffentlichung von „Qualitätsindikatoren“, an denen sich Patienten orientieren sollen. Für die Qualität dieser Qualitätsindikatoren gibt es aber weder Kriterien, noch können sie hinreichend kontrolliert werden. Das eigens dafür von der Politik gegründete Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) hat vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) die Aufgabe bekommen, „möglichst sektorenübergreifend abgestimmte risikoadjustierte Indikatoren und Instrumente“ zu entwickeln, um die Versorgungsqualität transparent darstellen zu können. Damit werden künftig Aspekte der Infektionsvermeidung im Rahmen

Fortsetzung von Seite 15

medizinischer Maßnahmen und Bemühungen, eine Verbreitung multiresistenter Bakterien weitestgehend zu verhindern, eine zentrale Bedeutung bekommen. In welcher Form und mit welchen Inhalten dann Informationen für Patienten im Internet zur Verfügung gestellt werden – und wie die Verlässlichkeit dieser Daten überprüft werden kann, bleibt abzuwarten. Unabhängig davon wird eine fruchtbare Kooperation zwischen Krankenhaushygiene und Qualitätsmanagement, ergänzt um „Antibiotic-Stewardship“ für den Erfolg aller festgelegten Maßnahmen innerhalb einer Medizinischen Einrichtung entscheidend sein.

Sarah Faucheux

Universitätsklinikum Leipzig

Institut für Hygiene und Krankenhaushygiene

Von Anfang an: OP-Training nicht nur für Studierende

Das Medizinstudium in Deutschland gliedert sich in einen zweijährigen vorklinischen, einen dreijährigen klinischen Abschnitt und das anschließende Praktische Jahr (PJ).

Während der Vorklinik kommen die Studierenden zum ersten Mal, z.B. während des Pflegepraktikums, mit Patienten in Kontakt. Aktuell werden ihnen erst im klinischen Abschnitt des Studiums, zeitlich gesehen also nach ihrem ersten Patientenkontakt, Grundlagen zur Hygiene und Mikrobiologie vermittelt.

Daher wurde an der Universität Leipzig mit dem Wintersemester 2015/2016 ein neuer Kurs im Rahmen der „Einführung in die klinische Medizin“ etabliert, der sich an die Studierenden des 3. und 4. Fachsemesters richtet.

Dieser erste Kontakt mit dem breiten Gebiet der Krankenhaushygiene wird in Form eines interaktiven Praktikums und eines Seminars gestaltet. Dabei erhalten die Studierenden eine theoretische Einführung, bevor sie die Händedesinfektion an der Schwarzlichtlampe üben können. Außerdem wird ihnen demonstriert, wie man einen sterilen Kittel selbst anzieht, bevor sie selbst vom Tutor angezogen werden. Darüber hinaus werden die wichtigsten Punkte zum hygienisch korrekten Verhalten im OP-Bereich vermittelt.

Ziel des OP-Trainings ist es, einen früheren Bezug zum Fach Hygiene herzustellen, als dies bisher im Studium der Fall ist. Dieser Kurs dient auch, Hygiene als Längsschnittfach zu etablieren: OP-Training in der Vorklinik, Vorlesung und Praktikum im klinischen Abschnitt des Studiums und Rekapitulation vor dem Praktischen Jahr.

Außerdem sollen die Studierenden auf ihre ersten Famulaturen, speziell in operativen Fächern vorbereitet werden.

PD Dr. Sebastian Schulz-Stübner

Deutsches Beratungszentrum für Hygiene Freiburg
BZH GmbH

Bakterielle Kontaminationen von Anästhesie Arbeitsplätzen

Dem Anästhesieteam kommt eine wichtige Bedeutung in der Vermeidung postoperativer Wundinfektionen durch Aufrechterhaltung der perioperativen Homöostase und zeitgerechte Gabe der perioperativen Antibiotikaprophylaxe zu. Aber auch die Grundlagen zur Vermeidung von katheterassoziierten Infektionen von peripheren Venenverweilkanülen und zentralen Venenkathetern oder beatmungsassoziierten Pneumonien müssen auch im Operationssaal zur Anwendung kommen. Hinzu kommt die Vermeidung von Transmission im Sinne von Kolonisationen in einem Bereich mit hohem Patientenfluss und je nach Größe der Einheit häufig wechselndem Personal [1].

Hierbei kann die als besonders aseptisch empfundene Umgebung des Operationssaals nicht selten zu einem Gefühl der falschen Sicherheit führen, wodurch das Anästhesiepersonal in Gefahr gerät, elementare Aspekte der Basishygiene und insbesondere die Händehygiene zu vernachlässigen.

Ein gut organisierter Anästhesiearbeitsplatz hilft, die notwendigen Hygienemaßnahmen einzuhalten und die Zahl der notwendigen Händedesinfektionen zu reduzieren. Grundsätzlich sollte der Anästhesiearbeitsplatz so organisiert werden, dass eine reine und eine unreine Arbeitsfläche definiert wird. Als reine Arbeitsfläche bietet sich in der Regel der Anästhesiewagen an. Die Arbeitsfläche wird vor Beginn der ersten Narkose wischdesinfiziert. Bei jedem Patientenwechsel erfolgt eine Desinfektion aller patientennahe Flächen und Handkontaktflächen, einschließlich der Arbeitsflächen, der Monitoroberflächen und Stellknöpfe, Kabel, Blutdruckmanschetten etc.. Werden die Narkose-beatmungsschläuche bei Einsatz eines geeigneten Atemfiltersystems für mehrere Patienten verwendet, muss auch deren Außenfläche als Handkontaktfläche wischdesinfiziert werden [2].

Geschultes und motiviertes Reinigungspersonal führt diese Desinfektionsmaßnahmen schneller und effektiver durch, als das Anästhesiepflegepersonal, welches parallel nicht selten andere Aufgaben in der Patientenversorgung oder Vorbereitung des nächsten Eingriffes wahrnehmen muss [3].

Es ist sinnvoll, die Ausrüstung und Materialbestückung möglichst einheitlich zu gestalten und am Anästhesiearbeitsplatz nur den Tagesbedarf (Infusionsbestecke, Stöpsel, Spritzen etc.) an Verbrauchsmaterialien (mit einem Sicherheitsaufschlag für Nofälle) vorzuhalten und zum Abschluss des OP-Tags aufzurüsten. Damit wird das Überlagern von Sterilgütern verhindert und die Kontaminationsgefahr insgesamt reduziert. Je nach OP-Bereich selten verwendete Materialien (z. B. bestimmte zentrale Venenkatheter, Pulmonalkatheter, PICCO-Katheter, PDA-Sets, periphere Nervenkatheeter, Bronchoskope u. ä.) können

Fortsetzung von Seite 18

zentral gelagert und nur bei Bedarf in den Saal verbracht werden. Hierfür sind spezielle Interventionswagen hilfreich, die dann mit allen für die Anlage der entsprechenden Katheter erforderlichen Materialien (ggf. auch inklusive Ultraschallgerät, Nervenstimulator und anderer Hilfsmittel) und insbesondere auch der erforderlichen Schutzkleidung (sterile Kittel, sterile Handschuhe) ausgerüstet sind [4].

Für die Durchführung von Regionalanästhesien wurden unlängst aktualisierte Empfehlungen der DGAI veröffentlicht [5], die auch die Prozeduren außerhalb des OP-Bereiches mit einbeziehen.

Literatur

- [1] Schulz-Stübner S. Infektionsprävention durch das Anästhesieteam. *Anaesthesist* 2013; 62: 61–76
- [2] Schulz-Stübner S. Umgang mit Beatmungsschläuchen an Anästhesiebeatmungsgeräten im OP und an Transportbeatmungsgeräten auf der Intensivstation. *Anästh Intensivmed* 2011; 52: 720–2
- [3] Goebel U, Gebele N, Ebner W, Dettenkofer M, Hauschke D, Buerkle H, Schulz-Stübner S. Bacterial contamination of the anesthesia workplace and efficiency of routine cleaning procedures: a prospective cohort study. *Anesth Analg* 2016; 122: 1444-1447
- [4] Schulz-Stübner S. Hygiene in der Anästhesie. *Krankenhaushygiene up2date* 2016; 11: 19-36
- [5] Kerwat K, Schulz-Stübner S, Steinfeldt T, Kessler P, Volk T, Gastmeier P, Geffers C, Ermert T, Boschin MG, Wiesmann T, Wulf H. Hygieneempfehlungen für die Regionalanästhesie. *Anästh Intensivmed* 2015; 56: 34-40

Dr. Silvia Fanghänel

Berufsgenossenschaftliche Kliniken Bergmannstrost Halle
Krankenhaushygiene

Management eines Ausbruches mit 4MRGN *Acinetobacter baumannii* auf einer Schwerstverbranntenstation

In dem Vortrag wird das strukturierte Vorgehen bei einem Ausbruch mit 4 MRGN *Acinetobacter baumannii* in einem Brandverletzententrum (BVZ) beschrieben.

Sieben Patienten waren in den Ausbruch involviert.

Nach der Feststellung des Auslöseereignisses und Analyse der aktuellen Situation wurde sofort das Ausbruchsteam durch die Krankenhaushygiene aktiviert und Interventionsmaßnahmen zur Unterbrechung der Infektkette eingeleitet.

Mittels umfangreicher Umgebungsuntersuchungen konnte der Bronchoskopieturm als Quelle ermittelt werden.

Der Ausbruch war nach Verlegung der Patienten, Schlussdesinfektion und anschließender Verneblung des gesamten BVZ mit 5-6 % Wasserstoffperoxid innerhalb von 18 Tagen beendet.

Dr. Bettina Lutze

Universitätsklinikum Leipzig

Institut für Hygiene und Krankenhaushygiene

Ergebnisse und Erkenntnisse aus dem PSYGIENE Projekt: Verhaltenspsychologische Aspekte

Lutze, Bettina¹; von Lengerke, Thomas²; Krauth, Christian³; Lange, Karin²; Schwadtke, Laura⁴; Stahmeyer, Jona³; Chaberny, Iris F.¹

- ¹ Universitätsklinikum Leipzig, Institut für Hygiene/Krankenhaushygiene
- ² Medizinische Hochschule Hannover, Forschungs- und Lehrereinheit Medizinische Psychologie
- ³ Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung

Hintergrund und Fragestellung:

Die cluster-randomisierte kontrollierte PSYGIENE-Studie (VerhaltensPSYchologisch optimierte Förderung der hyGIENischEn Händedesinfektion) widmet sich der Konzeption verhaltenspsychologischer Interventionen zur Förderung der hygienischen Händehygiene-Compliance. Dabei wurde überprüft, ob maßgeschneiderte, verhaltenspsychologische Interventionen nachhaltigere Effekte auf die Händehygiene-Compliance haben als gängige Schulungen der „Aktion Saubere Hände“ (ASH).

Methodik:

Ausgangspunkt der verhaltenspsychologischen Interventionen war die empirische Erfassung von Stärken, Schwächen, Chancen und Risiken der beteiligten Intensiv- und Knochenmarktransplantationsstationen (ITS/KMTS) der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) nach dem HAPA-Modell (Health Action Process Approach) [1]. Auf Basis dieser sog. SWOT-Analyse wurden maßgeschneiderte Interventionen entwickelt. Dabei stellten die Verhaltensänderungstechniken nach [2] den klassifikatorischen Rahmen für die Interventionen dar. Die PSYGIENE-Interventionen wurden 2013 umgesetzt. Die Händehygiene-Compliance der Ärzte und Pflegekräfte der 10 ITS und 2 KMTS der MHH wurde entsprechend der ersten sechs Jahre der ASH (2008-2013) auch 2014-2015 mittels wiederholter Querschnittbeobachtungen erfasst.

Ergebnisse:

Im Jahr nach der PSYGIENE-Interventionsphase (2014) verbesserte sich die Compliance in beiden Studienarmen (ASH: Ärzte: +21%, Pflege: +11%, $p < 0,001$; PSYGIENE: Ärzte: +9%, $p = 0,034$, Pflege: +10%, $p < 0,001$). Die Entwicklung 2015 zeigt einen nachhaltigeren Trend für die PSYGIENE-Interventionen. Während sich die Compliance der

Fortsetzung von Seite 21

ASH-Stationen verschlechterte, stieg die Compliance bei den PSYGIENE-Stationen weiter an: Die Ärzte verbesserten sich im Vergleich zu 2014 weitere 6% ($p=0,023$), und die Compliance der Pflegekräfte erhöhte sich ebenfalls um 6% ($p=0,006$).

Schlussfolgerung:

Die Ergebnisse verdeutlichen das positive Potenzial der PSYGIENE-Interventionen in Bezug auf eine nachhaltige Optimierung der Händehygiene-Compliance. Damit werden Effekte von Interventionen, die nicht nur Motivation, sondern auch ihre Umsetzung in dauerhaft leitliniengerechtes Verhalten fördern, bestätigt.

- [1] Schwarzer R, Fleig L. Von der Risikowahrnehmung zur Änderung des Gesundheitsverhaltens. Zbl Arbeitsmed 2014;64(5):338-41.
- [2] Michie S, Richardson M, Johnston M, Abraham C, Francis J, Hardeman W, et al. The behavior change technique taxonomy (v1) of 93 hierarchically clustered techniques. Ann Behav Med 2013;46(1):81-95.

Prof. Dr. Frank Brunkhorst
Universitätsklinikum Jena
Zentrum für Klinische Studien

Nosokomiale Infektionen und Blutstrominfektionen: die ALERTS- und AlertsNet-Studie

Nach aktuellen Daten des vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Zentrums für Sepsis und Sepsisfolgen (CSCC) am Universitätsklinikum Jena nehmen die Inzidenz- und Sterblichkeitsraten septischer Erkrankungen in Deutschland zu. Angesichts der demographischen Entwicklung, aber auch der Zunahme der Antibiotikaresistenz wird sich dieser Trend eher verstärken.

Eine adäquate antimikrobielle Behandlung ist ohne eine adäquate mikrobiologische Diagnostik und Resistenztestung nicht möglich. Der Anteil der resistenten Bakterien ist zum einen abhängig von Unterschieden in der klinischen Praxis der mikrobiologischen Blutkulturdiagnostik, zum anderen von den Charakteristika der Institutionen (z.B. vom Krankenhausstyp und dem Anteil an Intensivstationen), der Fall-Zusammensetzung (Case-Mix) in der jeweiligen Einrichtung und der Verfügbarkeit mikrobiologischer Laboratorien. Eine Einschätzung der Sepsis Inzidenz und Antibiotikaresistenz kann daher ohne Einbeziehung dieser Parameter nicht verlässlich erfolgen.

Basierend auf dem novellierten Infektionsschutzgesetz (IfSG) 2011 wurde mit dem vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und ab August 2015 vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) unterstützten Forschungsprojekt AlertsNet ein thüringenweites Projekt zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung in Hinblick auf eine indikationsgerechte und ausreichende Blutkulturdiagnostik konzipiert (<http://www.alertsnet.de/>). Darin erfolgt eine Vernetzung aller stationären Einrichtungen (Klinken und Rehabilitationseinrichtungen) mit Blutkulturdiagnostik des Freistaates sowie deren anhängigen mikrobiologischen Labore. Das Projekt wird erstmalig in Deutschland bevölkerungsrepräsentative Daten für eine Bevölkerung von über 2,3 Millionen Einwohner zur Inzidenz von Blutstromerregern, aufkommenden Resistenzen sowie zum Antibiotikagebrauch liefern.

Die Blutkultur ist das wichtigste mikrobiologische Untersuchungsverfahren in der Intensivmedizin. Kenntnis des zugrunde liegenden Erregers und seiner Empfindlichkeit gegenüber Antiinfektiva erlaubt eine gezielte antimikrobielle Therapie und stellt die Weichen für weitere diagnostische Maßnahmen. Die Umsetzung nach aktuellen Leitlinien ist daher eine wichtige Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie septischer Patienten. Sie verbessert deren Prognose und senkt die hohen Sterberaten. Zudem wird die Liegedauer der Patienten verkürzt und eine antibiotische Übertherapie vermieden. Im Projekt wurde daher bereits eine landesweite elektronische Blutkultur-Datenbank (EBCR) für mikrobiologische Befunddaten etabliert (Abbildung 1). Die Datenbank beinhaltet neben den Befundinformationen klinische und demographische Daten von Patienten mit nachgewiesener BSI. Die mikrobiologischen Befundinformationen werden aus den Laboren über ein gesichertes Netzwerk (VPN) an die Datenbank übertragen. Das EBCR wertet die mikrobiologischen Befunde automatisiert aus und sendet im Falle klinisch relevant-positiver Befunde

Fortsetzung von Seite 23

eine Anfrage für die Dokumentation klinischer Daten an die teilnehmenden klinischen Einrichtungen. Dieses in Deutschland bisher einzigartige elektronische „online-surveillance“ System wird zukünftig eine kurzfristige Intervention zu Gunsten der Verbesserung der Versorgungsqualität vor Ort ermöglichen. Thüringen nimmt damit in Deutschland eine Vorreiterrolle ein.

Da aktuelle Blutkulturbefunde zentral erfasst werden können, ist zudem geplant, im Falle von *Staphylococcus aureus*-Bakterämien (SAB) dem behandelnden Arzt des Blutkultur-positiven Patienten in der angeschlossenen klinischen Einrichtung im Rahmen eines telefonischen Konsils durch einen Infektiologen (Infectious Disease Consultant, IDC) des Universitätsklinikums Jena, zeitnahe fachliche Hilfe hinsichtlich einer adäquaten antiinfektiven Therapie anzubieten. Zudem wird eine Sammlung von Blutstrom-Pathogenen und assoziierten Biomaterialien aufgebaut werden, die Grundlagenforschungsprojekten zur Verfügung stehen soll.

Durch eine nachfolgende Aufklärungsmaßnahme als Intervention wird unter anderem angestrebt, eine signifikante Erhöhung der Zahl abgenommener Blutkulturen zu erreichen. Dies ist von grundlegendem Interesse, da im europäischen Vergleich die Rate in Deutschland abgenommener Blutkulturen immer noch defizitär ist: So liegt Deutschland im EARS-Net Report 2012 mit lediglich 16,6 (16,5 im EARS-Net Report 2011) Blutkultur-Sets auf 1.000 Patiententage gleichauf mit Estland hinter Malta (24,0) und Polen (25,4) im unteren Drittel der europäischen Länder (<http://www.ecdc.europa.eu>). Nach den bisherigen Empfehlungen sollte die Rate an abgenommenen Blutkultur-Sets je nach Ausrichtung des Krankenhauses zwischen 100 und 200 auf 1.000 Patiententage, die Positivitätsrate (Anteil von positiven Blutkulturen unter allen abgenommenen Blutkulturen) nicht unter 5% und nicht über 15% betragen.

Derzeit ist weder eine leitliniengerechte Blutkulturdiagnostik flächendeckend sichergestellt, noch sind Einrichtungs-spezifische Angaben und Daten zum jeweiligen Case-Mix verfügbar bzw. können aufeinander bezogen werden. Erst die vom Gesetzgeber geforderte Vernetzung aller klinischen Einrichtungen und der von ihnen mit Blutkulturen belieferten mikrobiologischen Labore liefert die Voraussetzung für die Erfassung aller aktuellen Blutkulturdaten und deren epidemiologische Bewertung. Diese ist erforderlich um konkrete Qualitätslücken zu offenbaren und eine gezielte Verbesserung der Versorgungsqualität zu ermöglichen (s. Thüringer medizinische Hygieneverordnung, ThürmedHygVO, vom 17. Juni 2012).

Bislang erklärten 36 von ca. 44 relevanten klinischen und Rehabilitations-Einrichtungen Thüringens ihre Bereitschaft zur Teilnahme. Alle 44 sind derzeit an ca. 18 mikrobiologische Labore, z.T. in angrenzenden Bundesländern, angeschlossen. Eine Verstärkung des Projekts wird über die BMBF-Finanzierung (bis 2020) hinaus mit Mitteln des Thüringer

Fortsetzung von Seite 24

Gesundheitsministeriums angestrebt. Eine Übernahme des Konzepts in anderen Bundesländern wird erwogen, das Robert Koch-Institut (RKI) und die AG Deutsches Elektronisches Meldesystem Infektionsschutz (DEMIS) befinden sich diesbezgl. mit dem AlertsNet Projektteam im Informationsaustausch.

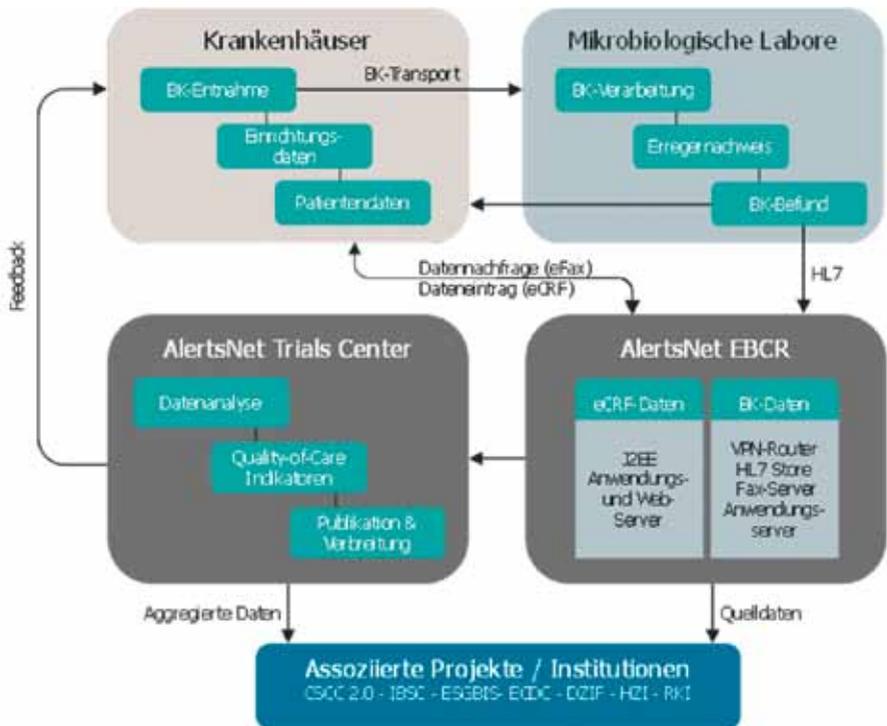


Abbildung 1: Datenflüsse in AlertsNet. BK: Blutkultur; CSCC: Integriertes Forschungs- und Behandlungszentrum (IFB) Sepsis und Sepsisfolgen (Center for Sepsis Control and Care); DZIF: Deutsches Zentrum für Infektionsforschung; eCRF: elektronische Case Report Form; ESGBIS: ESCMID (European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases) Study Group for Bloodstream Infections and Sepsis; HL7: Datenkommunikationsstandard im Gesundheitsbereich; HZI: Helmholtz-Zentrum für Infektionsforschung, Braunschweig; IBSC: International Bacteremia Surveillance Collaborative; RKI: Robert Koch-Institut.

Dr. Jörg Herrmann

Klinikum Oldenburg gGmbH

Institut für Hygiene

Hygiene im deutsch-niederländischen Grenzgebiet – Was können wir voneinander lernen?

Die „Hygiene“ in Deutschland (D) hat einen schlechten Ruf. Ein Hygieneskandal jagt den anderen und schon reflexartig erschallt in diesen Fällen der Ruf nach einer „Hygiene nach dem niederländischen Vorbild“. Den „Hygiene-Mythos“ haben sich unsere Nachbarn mit ihrem MRSA-Management erworben, bei dem sie bereits Anfang der 90ziger Jahre die „Search and destroy“ Strategie eingeführt und damit ihre MRSA-Raten unter 2% gehalten haben.

Neben der Tatsache, dass die Niederländer deutlich weniger häufig ins Krankenhaus oder zum Arzt gehen als die Deutschen und damit selten mit Hospitalkeimen konfrontiert werden, gibt es drei gravierende Unterschiede in Bezug auf das Hygienemanagement: Erstens gibt es in den Niederlanden (NL) in 95% der Kliniken Experten für Mikrobiologie und Infektionsprävention. Der „aarts microbioloog“ leitet das mikrobiologische Labor, führt die Hygienefachkräfte und ist für das „Antibiotic Stewardship“ verantwortlich. Diese Versorgung gibt es nicht einmal in 10% der deutschen Kliniken. Im Rahmen zahlreicher Laborreformen und Einsparkampagnen sind die Experten für Hygiene und Antibiotika aus den Krankenhäusern verschwunden, was sich heute zum Leidwesen der Patienten rächt. Zweitens stehen in den NL für die Patientenversorgung „viel mehr Hände“ zur Verfügung. Versorgt in D auf einer Intensivstation eine Intensivpflegekraft 3-4 Patienten (mit entsprechender Gefahr der Keimübertragung), ist das Verhältnis Patient zu Pflegekraft in den NL 1:1. Bei einer Auslastung der Kliniken von ca. 75% stehen immer ausreichend Zimmer und Personal für die Versorgung von isoliierungspflichtigen Patienten zur Verfügung. Allerdings entstehen hierdurch teilweise Wartezeiten für große Operationen, die die Patienten über die Grenze in deutsche Kliniken führen.

Der dritte gravierende Unterschied zwischen D und den NL besteht in der Überwachung durch den öffentlichen Gesundheitsdienst. Die „inspectie voor de gezondheidszorg“ (Inspektion im Gesundheitswesen) ist eine zentrale Einrichtung des niederländischen Gesundheitsministeriums, die berechtigt ist, OP-Abteilungen, Fachabteilungen oder ganze Krankenhäuser zu schließen. In D können dies grundsätzlich auch die Gesundheitsämter, von denen es über 400 eigenständige Einrichtungen gibt. Eine entsprechende zentrale Koordination gibt es nicht.

Es gibt zwei Bereiche, in denen wir in D deutlich besser aufgestellt sind:

Mit der „Aktion Saubere Hände“ läuft eine sehr erfolgreiche Kampagne, um die die Niederländer uns beneiden. Darüber hinaus ist die technische Hygiene traditionell eine deutsche Stärke.

Fortsetzung von Seite 26

Wie sieht die „gemeinsame“ Zukunft aus?

„Tier-assoziierte MRSA“ und ESBL-Bildner (MRGN) stellen eine große Herausforderung für die D-NL Grenzregion dar, da auf beiden Seiten die Massentierhaltung weit verbreitet ist. Bei den ESBL-Bildnern haben die NL eher schon größere Probleme als D. Es bedarf gemeinsamer Anstrengungen in der Human- und Veterinärmedizin im Sinne des „One Health Konzeptes“, um diese neuen Herausforderungen in den Griff zu bekommen. Neben der Verbesserung der Hygiene steht hier vor allem der sachgerechte Einsatz von Antibiotika im Fokus.

PD Dr. Klaus Schröppel

Universitätsmedizin Mannheim

Zentrale Klinische Einrichtungen

Medizinprodukte und Arzneimittel, eine Gratwanderung zwischen Gesetz und Realität

Dem diagnostischen und therapeutischen Nutzen von Medizinprodukten und Arzneimitteln stehen im praktischen Alltag häufig Probleme in der Umsetzung von Herstellerangaben oder der korrekten Entnahme bzw. Lagerung gegenüber. In klinischen Bereichen mit hohen Anforderungen an eine möglichst kurzfristige Anpassung der indizierten Diagnostik und Therapie an den klinischen Verlauf des Patienten (z.B. Neonatologie, Hämatookologie, Intensivmedizin) werden deshalb die formalen Regeln bis an den Grenzbereich strapaziert und – meist in Unkenntnis der korrekten Vorgehensweise – auch gesetzliche Vorschriften missachtet.

In der Gegenüberstellung aus Konzepten der zentralen oder der dezentralen Aufbereitung von Medizinprodukten soll dargelegt werden, wo aus Gründen der Qualität, der Betriebssicherheit und der betriebswirtschaftlichen Rahmenbedingungen die eine oder andere Lösung zu bevorzugen ist. Für die Fragestellungen der erlaubnisfreien Herstellung unter dem sogenannten Arztprivileg werden Beispiele diskutiert, die alltäglich in der Neonatologie eine Rolle spielen.

Durch eine sorgfältige Abstimmung der Nutzeranforderungen, der Krankenhaushygiene und der Medizintechnik bzw. der Apotheke ist es sehr wohl möglich, schlanke und effektive Prozesse zu realisieren, ohne dabei die Gefahr gesetzlicher Verstöße in Kauf nehmen zu müssen.

Petra Geistberger

Rechtsanwältin München

Städtisches Klinikum München GmbH

Betreiber in der Haftungsfalle? Risiken der Sterilgutaufbereitung

Der Vortrag behandelt typische Fehlerquellen in der Sterilgutaufbereitung und zeigt anhand von Beispielen aus der Rechtsprechung deren juristische Einordnung.

Die Vorgaben zur Aufbereitung von Medizinprodukten mögen für den Betreiber von Aufbereitungseinheiten begrifflich und rechtlich schwierig einzuordnen erscheinen, weil die maßgeblichen Regelungen weit gefasst sind und an mancher Stelle Raum für kreative Interpretationen lassen. Dennoch bleiben die mit der Sterilgutversorgung verbundenen Risiken beherrschbar, wenn zentrale Aufbereitungsgrundsätze eingehalten werden.

§ 3 Nr. 14 Medizinproduktegesetz legt fest: „Die Aufbereitung von bestimmungsgemäß keimarm oder steril zur Anwendung kommenden Medizinprodukten ist, die nach deren Inbetriebnahme zum Zwecke der erneuten Anwendung durchgeführte Reinigung, Desinfektion und Sterilisation einschließlich der damit zusammenhängenden Arbeitsschritte sowie die Prüfung und Wiederherstellung der technisch-funktionellen Sicherheit.“

In Verbindung mit der Medizinprodukte-Betreiberverordnung, die sich zur „ordnungsgemäßen“ Aufbereitung festlegt und auf die sog. RKI-BfArM-Empfehlung zu den Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung verweist, liegen zentrale Regelungen vor, deren konsequente Umsetzung wesentliche Haftungsrisiken minimiert.

Ökonomische Aspekte überlagern zunehmend die Diskussionen über eine erforderliche personelle, apparative und räumliche Ausstattung von Aufbereitungseinheiten, zumal sich die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen, insbesondere im Bereich der Krankenhausfinanzierung, laufend weiter verschärfen. Dies entbindet jedoch nicht von der umfassenden Verpflichtung zur Einhaltung der hygienischen Vorgaben.

Die RKI-BfArM-Empfehlung berücksichtigt unterschiedliche Bedingungen im ambulanten und stationären Bereich insoweit, als in Abhängigkeit von der Einstufung des aufzubereitenden Sterilgutes (semi-kritisch/kritisch A – C), u. a. differenzierte Anforderungen an räumliche Gegebenheiten und den Fortbildungsstand des Personals gestellt werden. In der Praxis hat sich gezeigt, dass bei intensiver interdisziplinärer Auseinandersetzung mit einzelnen Herausforderungen für jedes Thema eine hygienisch vertretbare Lösung gefunden werden kann, die in der Rechtsprechung Berücksichtigung findet.

Prof. Dr. Iris F. Chaberny

Universitätsklinikum Leipzig

Institut für Hygiene / Krankenhaushygiene

Strukturen zur Infektionsprävention auf Intensivstationen in Deutschland

Im Zuge der von der Deutschen Forschungsgesellschaft geförderten EFFECT-Studie („Effekt der täglichen Waschung von Patienten mit Octenidin-getränkten Waschhandschuhen auf Krankenhausinfektionen in Intensivstationen – eine randomisierte, doppel-blinde, cross-over Studie“), wurde im Vorfeld eine Pre-EFFECT Erhebung in Form eines ausführlichen Fragebogens durchgeführt. Die Ansprechpartner der an einer Studienteilnahme interessierten Intensivstationen, gaben hierbei Auskunft zu den auf den jeweiligen Stationen etablierten Maßnahmen zur Infektionsprävention. Es nahmen sich die Verantwortlichen von 55 Intensivstationen aus 21 Zentren die Zeit, unsere entsprechenden Fragen zu beantworten. Diese bezogen sich unter anderem auf mikrobiologische und diagnostische Qualitätsstandards, auf Methoden bei der ZVK-Anlage und -Pfleger, auf MRE-Screening und Isolationsmaßnahmen sowie auf Standards zur Überprüfung der Handhygiene-Compliance.

In diesem Vortrag sollen die Ergebnisse der Befragung aus dem Leipziger Universitätsklinikum vorgestellt werden und diese den Daten der deutschlandweit verteilten Zentren gegenübergestellt werden sowie auf die Umsetzung der KRINKO-Empfehlungen eingegangen werden.

REFERENTEN

Prof. Dr. Wilfried Bautsch	Städtisches Klinikum Braunschweig Institut für Mikrobiologie, Immunologie und Krankenhaushygiene
Ilka Bouraib	Universitätsklinikum Leipzig Institut für Hygiene / Krankenhaushygiene
Prof. Dr. Frank Brunkhorst	Universitätsklinikum Jena Zentrum für Klinische Studien
Prof. Dr. Iris F. Chaberny	Universitätsklinikum Leipzig Institut für Hygiene / Krankenhaushygiene
Dr. Ingrid Ehrhard	Landesuntersuchungsanstalt für das Gesundheits- und Veterinärwesen Dresden
Dr. Silvia Fanghänel	Berufsgenossenschaftliche Kliniken Bergmannstrost Halle Krankenhaushygiene
Sarah Faucheux	Universitätsklinikum Leipzig Institut für Hygiene / Krankenhaushygiene
Petra Geistberger	Rechtsanwältin München Städtisches Klinikum München GmbH
Dr. Jörg Herrmann	Klinikum Oldenburg gGmbH Institut für Hygiene
Dr. Susanne Huggett	MEDILYS Laborgesellschaft mbH Hamburg
Prof. Dr. Heinz-Michael Just	Klinikum Nürnberg Institut für Klinikhygiene, Medizinische Mikrobiologie und Klinische Infektiologie
Dr. Doris Weitzel-Kage	St. Hedwig Krankenhaus Berlin Hygiene und Umweltmedizin
Dr. Bettina Lutze	Universitätsklinikum Leipzig Institut für Hygiene / Krankenhaushygiene
PD Dr. Christoph Lübbert	Universitätsklinikum Leipzig Klinik und Poliklinik für Gastroenterologie und Rheumatologie
Dipl.-Ing. Martin Scherrer	Universitätsklinikum Heidelberg Technische Krankenhaushygiene
PD Dr. Klaus Schröppel	Universitätsmedizin Mannheim Zentrale Klinische Einrichtungen
PD Dr. Sebastian Schulz-Stübner	Deutsches Beratungszentrum für Hygiene Freiburg BZH GmbH

ANFAHRT

SO ERREICHEN SIE UNS (HAUS E)

 Tram;  Bus;  S-Bahn (Haltestellen):

- Bayerischer Bahnhof:
Linien  2, 9, 16;  60;  S1-S5X
- Johannissallee:
Linien  2, 16;  60
- Ostplatz:
Linien  12, 15;  60

mit dem PKW:

- über Ostplatz/Johannissallee
- über Nürnberger Straße oder Stephanstraße
- über Bayrischen Platz/Nürnberger Straße

Parkmöglichkeiten:

- Parkhaus Brüderstraße 59 (VINCI)



16 horizontal grey bars for writing notes.

FÜR DIE FREUNDLICHE UNTERSTÜTZUNG DER KRANKENHAUS-
HYGIENETAGE DANKEN WIR DEN FIRMEN:
(Stand bei Drucklegung)



Air in space

AMPri Handelsgesellschaft mbH

Bayer Vital GmbH (1.000 €)

Becton Dickinson GmbH

bioMérieux Deutschland GmbH

B. Braun Melsungen AG

Dr. SCHNELL Chemie GmbH

Dr. Schumacher GmbH

Ecolab Deutschland GmbH

Hain Lifescience GmbH

MEIKO Maschinenbau GmbH & Co. KG

Metiba Vertriebs GmbH

MSD SHARP & DOHME GmbH

OPHARDT Hygiene-Technik GmbH & Co.KG

Pall GmbH

Pfizer Pharma GmbH

Roche Diagnostics Deutschland GmbH

Schülke & Mayr GmbH

IMPRESSUM

Herausgeber:

Universitätsklinikum Leipzig
Institut für Hygiene / Krankenhaushygiene

Druck:

Merkur
Druck- und Kopierzentrum GmbH & Co.KG

Stand:

August 2016

