

Management & Krankenhaus

M&K kompakt ist das regelmäßige Sonderheft von Management & Krankenhaus – zu besonderen Themen oder Events.



Ausgabe 9/2018
kompakt
Sonderheft



HYGIENE

Aufbereitung

Automatisierte und manuelle Verfahren

Flächendesinfektion

Oberflächen richtig desinfizieren

Arbeitsschutz

Fragen und Antworten der Behörden

Infektionsprävention

Hygienemaßnahmen erfolgreich implementieren

WILEY

„Reinigen und Desinfizieren
ohne Kompromisse.“



TopLine – Zuverlässiges Hygienemanagement für den unreinen Arbeitsraum.

Wenn im Kranken- und Pflegebereich professionelle Hygienesicherheit gefragt ist, sind MEIKO *TopLine* Reinigungs- und Desinfektionsgeräte die zuverlässigen Partner um Infektionen zu verhindern und Patienten sowie Pflegepersonal zu schützen. Weltweit genießt die MEIKO *TopLine* Technologie beim reinigen und desinfizieren von Pflegegeschirren wie Steckbecken, Urinflaschen oder Stuhleimer das volle Vertrauen unserer Kunden. Ob Einzelgerät, Pflegekombination oder komplett eingerichteter Pflegearbeitsraum – MEIKO *TopLine* bietet saubere Lösungen nach höchstem Standard oder individuell nach Maß. MEIKO *TopLine*: Hygienesicherheit verbunden mit Arbeitskomfort und Wirtschaftlichkeit.

LIEBE KOLLEGINNEN UND KOLLEGEN,

sehr geehrte Damen und sehr geehrte Herren, wir möchten Sie sehr herzlich zum Freiburger Infektiologie- und Hygienekongress vom 10. bis 12. Oktober einladen und würden uns sehr freuen, Sie in Freiburg begrüßen zu dürfen! Der Freiburger Infektiologie- und Hygienekongress jährt sich zum 28. Mal und ist als Großveranstaltung aus dem deutschsprachigen Raum nicht mehr wegzudenken.

Kontinuität und Beharrlichkeit sind in der Hygiene ebenso wichtig wie Kreativität und Flexibilität, wenn es darum geht, gesetzte Ziele zu erreichen. Letztere ermöglichen es, Lösungen zu finden, wenn Hindernisse auftauchen, während Ausdauer, Zielorientierung und innovative Ideen dafür sorgen, seinen für richtig befundenen Weg fortgesetzt zu verfolgen. Diese – zu gegebenermaßen wenig verblüffende – Erkenntnis trifft natürlich auf sehr viele berufliche Ziele wie persönliche Lebenssituationen zu. In besonderem Maße auf Arbeitsgebiete, die sich der Prävention widmen. Soll ein Ereignis nicht eintreten, so müssen die Vorkehrungen greifen, bevor das Befürchtete in Sichtweite ist. Ist es jedoch bereits ein schwieriges Unterfangen, den hohen Wert vorsorglicher Verhaltensweisen zu vermitteln, die zum gegebenen Zeitpunkt manchem Nicht-Geplagten abstrakt und wenig nutzbringend scheinen, so ist es geradezu eine Herkulesaufgabe, dafür zu sorgen, dass diese dauerhaft etabliert bleiben. Aber genau das ist die Aufgabe unseres kleinen, aber wichtigen Fachgebietes, das den beachtlichen Erfolg der modernen Medizin erst ermöglicht hat. Doch wie können wir unser Anliegen



Dr. Ernst Tabori

vermitteln oder anders gesagt: „Wie sag' ich es meinem Kinde ...?“, damit es einsieht, weshalb auf der einen Seite bestimmte Regeln und Maßnahmen konsequent einzuhalten essenziell ist, während das Unterlassen anderer Verhaltensweisen dringend ist, um Fehler und Versäumnisse zu vermeiden. Dazu werden gleich zwei Experten über Ihre Erfahrungen berichten (siehe S. 16).

Der regelmäßige Besuch von infektiologischen Fortbildungsveranstaltungen und Hygienekongressen sowie der intensive kollegiale Austausch ermöglichen es, Tendenzen und Entwicklungen frühzeitig zu erkennen und die erforderlichen Vorbereitungen

zu treffen. Wissen und Erkenntnisse ermöglichen eine sachliche Beurteilung und können Versäumnisse ebenso wie Panik, die in oft unergiebigem Aktionismus mündet, vermeiden. Wir haben in diesem Jahr eine sehr breitgefächerte Themavielfalt sowie neueste Publikationen der vergangenen Monate zusammengestellt. Darin ist neben den vielen infektiologischen sowie klassischen Hygienethemen auch ein Block zu Themen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, des Regierungspräsidiums sowie zur Unfallverhütung beinhaltet.

Der letztjährige Vortrag von Frau Dr. Gudrun Adam über ihren Auslandseinsatz bei „Ärzte ohne Grenzen“ hat großes Interesse und Zustimmung erfahren. Die positiven Rückmeldungen lobten v. a. die Möglichkeit, auch mal einen Blick über den eigenen Teller rand hinaus erhalten zu haben. Aus diesem Grunde haben wir dieses Jahr wieder ein besonderes Thema aufgegriffen: Nur ganz wenige haben Kenntnis oder gar einen Einblick in die konkrete Tätigkeit und die Arbeits- und Lebensbedingungen der Kolleginnen und Kollegen des Sanitätsdienstes bei

Auslandseinsätzen der Bundeswehr. Oberfeldarzt David Weißflog hat zahlreiche Auslandseinsätze u. a. in Afghanistan miterlebt, und wir sind froh, dass er uns die Gelegenheit gibt, hautnah davon zu erfahren (siehe S. 4).

Um den eingangs begonnenen Gedanken noch abzuschließen: Natürlich würde manches auch ohne unsere hartnäckigen Hinweise und ständigen Bemühungen hinsichtlich der erforderlichen Hygienemaßnahmen funktionieren. Ebenso würde die Welt ohne unser Fach und unsere Arbeit weiter existieren. Und auch die Sonne würde wie bisher jeden Morgen über der Erde aufgehen – allerdings gäbe es aufgrund vermeidbarer Infektionen für viele Menschen keinen Sonnenaufgang mehr ...

Um das zu verhindern, braucht es für gute Heilungserfolge – bei aller gebotenen Bescheidenheit – die Hygiene. Doch noch viel wichtiger sind engagierte Menschen, nämlich Sie, meine sehr verehrten Damen und Herren, die Tag für Tag unbeirrt dafür sorgen, dass die Rate an Infektionen verringert wird. Bundesgesundheitsminister Jens Spahn würdigt in seinem Grußwort daher völlig zu Recht, den enormen Wert Ihrer Arbeit. Sein Bedauern, dass der Applaus für diese wichtige Leistung leider viel zu oft ausbleibt, ist nur allzu begründet ...

Liebe Kolleginnen und Kollegen, ich freue mich auf das Wiedersehen beim Infektiologie- und Hygienekongress im Konzerthaus in Freiburg!

Ihr Dr. Ernst Tabori
Ärztlicher Direktor des Deutschen
Beratungszentrums für Hygiene

INHALT

- 4 Infektionsprävention im Auslandseinsatz der Bundeswehr
- 6 Nosokomiale Infektionen: Prophylaxe und Therapie im DRG-System
- 8 Einfach intelligenter: automatische Desinfektion von Ultraschallsonden
- 10 AHOI-Alle an Bord! – Infektionsschutz geht alle etwas an
- 11 Handbuch „Praxis PSA“



- 12 Begehung von Kliniken aus Sicht des Gesundheitsamtes
- 14 Wer will was wissen und sehen?
- 16 Implementierungsstrategien für Hygienemaßnahmen

- 18 Medizinprodukte im Blick des Regierungspräsidiums
- 20 Schädlinge im Krankenhaus
- 21 40 Jahre Kompetenz in Desinfektion und Hygiene
- 22 „Problemkeime“-Hygienemaßnahmen, Standards, Prävention
- 23 Wie standardisierte Prozesse den Infektionsschutz verbessern
- 24 Infektiologische Mitbetreuung reduziert Sterblichkeit

- 25 „Spender-Hygiene“ mit Außenwirkung
- 25 DRK Kliniken Berlin erhalten das MRE-Siegel
- 26 Form follows function: Bauhaus im OP
- 27 Sekundärluftkühlgerät mit thermischer Desinfektion
- 28 Umgang mit Widerständen in der krankenhaushygienischen Beratung
- 30 Warum sich in Praxiskliniken tausende Todesfälle vermeiden ließen



Innenansicht einer containergestützten Rettungsstation, Arbeitsplatz zur notfallmedizinischen Erstversorgung

INFEKTIONSPRÄVENTION IM AUSLANDSEINSATZ DER BUNDESWEHR

Grundlegende Veränderungen im sicherheitspolitischen Umfeld Deutschlands und der globalen geopolitischen Lage bergen auch gesundheitliche Risiken für Soldaten im Einsatz.

Oberfeldarzt David Weißflog,
Krankenhausthygiene, Bundeswehrkrankenhaus Westerstede

■ Infektions- und Tropenerkrankungen spielen seit Hunderten von Jahren eine bedeutende Rolle beim Einsatz von Streitkräften und stellten lange Zeit auch die Haupttodesursache dar. Vor dem Ersten Weltkrieg war das

Verhältnis von Toten verursacht durch Infektionen zu Tod durch Kampfhandlungen 10:1, während des Ersten Weltkriegs sank dieses auf 1:1, und im Golfkrieg hatten die amerikanischen Streitkräfte eine Rate von 0,01:1.

Infektionen übertreffen einsatzbedingte Verletzungen

In den modernen Kriegen und Konflikten des 20. und 21. Jahrhunderts spielen Infektionserkrankungen aber dennoch eine große Rolle. Sie sind die Ursache für eine erhöhte Morbidität und damit entscheidend für die Einsatzbereitschaft der Soldaten. Immer noch werden mehr Soldaten mit Infektionskrankheiten in den Einsatzgebieten behandelt als Soldaten, die durch kriegerische Handlungen verwundet wurden. Tribble et al. (2011) konnten bei bis zu 50% der verwundeten amerikanischen Soldaten aus Missionen im Irak und Afghanistan nosokomiale Infektionen nachweisen, wobei diese häufig mit multiresistenten Bakterien assoziiert waren. Die steigenden Überlebensraten nach traumatischen Verletzungen führen zwangsläufig zu mehr schwer- und schwerstverletzten Patienten, welche anfälliger für Infektionen sind.

Die positiven Entwicklungen bei der Mortalität lassen sich im Wesentlichen

zurückführen auf Verbesserungen in der Hygiene und Infektionskontrolle. So haben einige impfpräventable Erkrankungen wie z. B. Gelbfieber und Typhus ihre potentielle Gefahr verloren, andere Erkrankungen konnten durch ein verbessertes Öffentliches Gesundheitswesen und dem Wissen von Übertragungswegen besiegt werden (z. B. Pest). Mit der Entwicklung von Antibiotika wurde es außerdem möglich, vormals tödliche bakterielle Erkrankungen effektiv zu behandeln. Aber auch die Entwicklung von leistungsfähigen mobilen Sanitätseinrichtungen, die damit die Voraussetzungen zur effizienten Umsetzung der Hygiene bei Einsätzen der Streitkräfte schaffen, tragen zu den Entwicklungen einen nicht unerheblichen Anteil bei.

Kontakt mit breitem Erregerspektrum durch weltweite Einsätze

Jedoch kommen auch neue Herausforderungen hinzu, weil sich in einer zunehmend komplexeren Welt mit einem veränderten sicherheitspolitischen Umfeld auch die Einsatzgebiete der Bundeswehr weltweit verschieben. Hieraus ergeben sich für die eingesetzten Soldaten zusätzliche potentielle Gesundheitsrisiken und -gefahren, vor allem in den Einsatzgebieten der Tropen und Subtropen (z. B. Malaria,

Leishmaniose, Dengue-Fieber, antibiotikaresistente Erreger, unzureichende Trinkwasserversorgung etc.). Außerdem können banale Infektionskrankheiten zu einer nicht unwesentlichen Minderung der Einsatzbereitschaft und damit militärischen Stärke führen.

Die häufigsten Infektionen bei Einsätzen von Streitkräften sind Erkrankungen der oberen Atemwege und Durchfallerkrankungen. In der Literatur sind mehrfach Ausbrüche (z. B. durch Norovirus, Influenza, Q-Fieber) bei militärischem Personal beschrieben, welche die begrenzten Kapazitäten der mobilen Sanitätseinrichtungen in den Einsatzgebieten vor große Herausforderungen stellen können.

Infektiologische Risiken im Vorfeld identifizieren

Diese infektiologischen Risiken und Gefahren stellen neben der militärischen Bedrohung eine weitere Herausforderung dar, welche es im Vorfeld von Einsätzen erforderlich macht, endemisch vorkommende Erkrankungen und andere Gesundheitsrisiken auszuwerten und notwendige Schutz- und Präventionsmaßnahmen abzuleiten (Medical Intelligence).

Dies beinhaltet die Bewertung der für militärisches Personal relevanten Infektionskrankheiten und hieraus re-

© Fotos: Bundeswehr/Müller

Termin:

Freiburger Infektiologie- und Hygienekongress

12. Oktober, 14:30–15:15 Uhr

Vortrag „Infektionsprävention im Auslandseinsatz der Bundeswehr“

www.bzh-freiburg.de



Sanitätseinrichtung zur ersten notfallmedizinischen Versorgung in der jordanischen Wüste auf der Luftwaffenbasis in Al-Azraq 2017



Aufbau einer Sanitätseinrichtung einschließlich autarker Versorgung in der jordanischen Wüste auf der Luftwaffenbasis Al-Azraq

sultierende Empfehlungen für Präventionsmaßnahmen vor allem für:

- Erkrankungen, die durch Trinkwasser und Lebensmittel übertragen werden können (Hepatitis A, Cholera, Typhus)
- Vektorübertragene Infektionskrankheiten (Malaria, Leishmaniose, Krim-Kongo-Fieber)
- Zoonosen (Tollwut, Q-Fieber, Brucellose)
- Blutübertragbare Erkrankungen (Hepatitis B und C, HIV, virale hämorrhagische Fieber)
- Respiratorisch getragene Erkrankungen (Tuberkulose, Influenza, Meningokokken)
- Sexuell übertragbare Erkrankungen (HIV, Hepatitis B, Syphilis, Gonorrhö)
- Wasserassoziierte Erkrankungen (Leptospirose, Schistosomiasis)
- Traumaassoziierte Erkrankungen (Tetanus, bakterielle Infektionen)
- Biss- und Stichverletzungen durch Gifttiere

Medizinische Versorgung nach deutschem fachlichen Standard

Ebenso gilt es vor diesem Hintergrund, die Leistungsfähigkeit des lokalen Gesundheitssystems im Einsatzgebiet mit Blick auf das zu erwartende Risiko für die eingesetzten Soldaten

zu prüfen. Hieraus kann sich die Notwendigkeit ergeben, eigene Sanitätseinrichtungen der Bundeswehr in die Einsatzgebiete zu verlegen und diese zu betreiben. Hierzu stehen der Bundeswehr verschiedenste Möglichkeiten zu Verfügung. Der Sanitätsdienst der Bundeswehr kann für den schnellen Einsatz auf zeltgestützte und containergestützte Sanitätseinrichtungen zurückgreifen.

Wechselnde Einsatzorte, militärische Komplexität und belastende Umweltbedingungen stellen auch das mit der Infektionsprävention betraute Fachpersonal der Bundeswehr immer wieder vor besondere Herausforderungen. Hier folgen alle präventiven Anstrengungen dem Ziel, im Ergebnis den Soldaten im Auslandseinsatz eine medizinische Versorgung zuteilwerden zu lassen, die dem fachlichen Standard in Deutschland entspricht.

Force Health Protection und Medical Intelligence

Die verschiedensten beschriebenen infektiologischen Gefahren und Risiken stellen auch eine potentielle Gefahr für die militärische Auftragserfüllung dar. Daher resultieren aus der Erfassung und Bewertung der Gefahrenpotentiale fachliche Empfehlungen des „Force Health Protection“-Fachpersonals der

Bundeswehr, die am Ende zu praktikablen und umsetzbaren Handlungsempfehlungen für die Soldaten im Einsatz führen. Diese Aufgaben sind ein wesentlicher Schwerpunkt der medizinischen Nachrichtengewinnung (Medical Intelligence), worunter die Gesamtheit der Gewinnung von Informationen, die Bewertung und Umsetzung verstanden wird.

Prävention und Risikoevaluierung durch breite Surveillance

Um die Umsetzung in der Praxis zu gewährleisten, beginnt der Einsatz bereits im Inland mit der Ausbildung und Vorbereitung der Soldaten. Diese Ausbildung umfasst die Aufklärung über einsatzlandspezifische Gesundheitsgefahren, die Durchführung von infektionsprophylaktischen Maßnahmen sowie Handlungs- und Verhaltensanweisungen für die „Feldlagerhygiene“. Hierbei spielen auch individuelle Schutzmaßnahmen wie die Überprüfung der gesundheitlichen Eignung eines jeden Soldaten, die Durchführung von Schutzimpfungen, die Einnahme der Chemoprophylaxe zum Schutz vor Malaria und die korrekte Anwendung der imprägnierten Kleidung sowie von Moskitonetzen und Repellents zum Schutz vor Vektoren eine entscheidende Rolle.

Im Einsatz stehen dann die Durchführung und Überwachung der Präventionsmaßnahmen, die Umsetzung der Maßnahmen der Krankenhaushygiene und des Infektionsschutzes in den Sanitätseinrichtungen und Feldlagern sowie die Surveillance im Vordergrund. Die Surveillance dient dabei in erster Linie der frühen Erkennung einer möglichen Häufung von Erkrankungen im Einsatzgebiet, dem Erkennen von möglichen neuen Gesundheitsrisiken und der Risikoevaluierung, z.B. durch entomologische Untersuchungen von Mücken.

Zusammengefasst lässt sich sagen, dass sich die Maßnahmen der Infektionsprävention im Einsatz der Bundeswehr in den letzten Jahren stetig weiterentwickelt haben und sich in der täglichen Praxis bewähren. So kam es seit 2001 bei Auslandseinsätzen der Bundeswehr zu keinen nachweisbaren Einschränkungen bei der Auftragserfüllung durch präventable Infektionen.

| <https://westerstede.bwkrankenhaus.de> |



NOSOKOMIALE INFEKTIONEN: ÖKONOMISCHE ASPEKTE DER PROPHYLAXE UND THERAPIE IM DRG-SYSTEM

Vom Wollen zum Tun: Infektionsprophylaxe beginnt beim Management und muss konsequent auf allen Ebenen im Handeln umgesetzt werden.

Dr. Annette Busley MHBA, Bereichsleiterin Medizinische Versorgung, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, Essen

■ Nosokomiale Infektionen (NI) sind Infektionserkrankungen, die Patienten im Zusammenhang mit medizinischen Behandlungen erleiden. Beispiele dafür sind Wundinfektionen nach Operationen, Blutvergiftungen durch Infusionskatheter, Harnwegsinfekte durch Blasenkatheeter, aber auch die Ansteckung mit Keimen von Mitpatienten.



Dr. Annette Busley MHBA

Schadenserfahrung statt Heilungserfolg

Somit erfahren also Menschen, die ohnehin schon erkrankt sind und medizinische Hilfe benötigen, dort weiteren Schaden, wo sie die Hilfe suchen. Das Ausmaß des Schadens ist sehr unterschiedlich: Manchmal genügt die Kühlung und Schonung der Wunde oder müssen einige Antibiotikatabletten eingenommen werden, manchmal aber ist eine erneute Operation erforderlich, ein längerer Aufenthalt auf einer Intensivstation, aber leider kosten nosokomiale Infektionen auch Menschenleben. In Deutschland sterben nach Angaben des Bundesministe-

riums für Gesundheit (BMG) jährlich 10.000 Menschen durch nosokomiale Infektionen, andere Quellen gehen von deutlich höheren Zahlen aus.

NI – ein ernsthaftes Problem in der Krankenbehandlung

Untersuchungen über die Quote von nosokomialen Infektionen bei Krankenhauspatienten (Prävalenzuntersuchungen) haben mehrfach Werte von um 5% aller aktuell stationär behandelten Patienten gezeigt, wobei rund 3,5% der Patienten diese Infektion während des aktuellen Krankenhausaufenthaltes erworben haben.

Nosokomiale Infektionen sind kein unausweichliches Schicksal für den betroffenen Patienten, sie können zu einem erheblichen Anteil vermieden werden. Es gibt sehr klare Ergebnisse von wissenschaftlichen Untersuchungen, die aufzeigen, dass bestimmte Maßnahmen Wundinfektionen deutlich reduzieren, dass z.B. die Rate an den katheterassoziierten Infektionen erheblich gesenkt werden kann, dass durch sorgfältige Eingangsscreenings die Übertragung von Problem-Infektionen von Patient zu Patient vermieden werden kann und so weiter.

Wenn also Wissen über die Reduktion dieser – ja zum Teil dramatischen – Schadensfälle für Patienten vorhanden ist, warum wird es nicht umgesetzt?

„Nur“ eine Frage der Finanzierung?

Sind die Krankenhäuser in Deutschland unterfinanziert und können deshalb sinnvolle Maßnahmen nicht realisieren?

Die Finanzierung deutscher Krankenhäuser erfolgt in einem dualen System. Für Investitionen, beispielsweise für den Krankenhausbau, sind in aller Regel die Bundesländer zuständig. Hier ist zu beobachten, dass bei bekanntlich steigenden Kosten seit Jahren ein zumindest stagnierender Mittelzufluss gewährt wird. Wenn also Krankenhäuser z.B. zu wenige Einzelzimmer haben, keine modernen Schleusensysteme vor Zimmern mit Infektionspatienten oder die sanitären Anlagen in den Patientenzimmern modernen Anforderungen nicht genügen, dann ist dies das Resultat einer staatlichen Unterfinanzierung. Allerdings auch ein Resultat von Management-

entscheidungen – denn eigentlich hat jedes Krankenhaus eine sehr schöne, moderne, repräsentative Eingangshalle. Die Mittel für diese Gestaltung müssen also vorhanden gewesen sein ...

Realitätsnahe Kalkulation von Fallpauschalen

Die Kosten für die eigentliche Krankenbehandlung werden zum größten Teil von den gesetzlichen und privaten Krankenkassen finanziert. Dies erfolgt ganz überwiegend über das System der Fallpauschalen (DRG). Die Höhe dieser Fallpauschalen wird aus den tatsächlich entstandenen Kostendaten von deutschen Krankenhäusern durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) jährlich aktuell ermittelt. Die dabei ausgewertete Stichprobe ist größer als 20% aller behandelten Fälle und darf damit als unbestreitbar repräsentativ bezeichnet werden. Sämtliche Behandlungsfälle in deutschen Krankenhäusern werden dabei in ca. 1.200 Pauschalen zusammengefasst.

In einer einzelnen Fallgruppe (DRG) befinden sich somit oft viele tausend jeweils zwar sehr individuelle Behandlungsfälle, die aber in einem Hauptaspekt (z.B. große Darmoperation) übereinstimmen. Die ermittelten Kosten dieser Behandlungen streuen, und als Vergütung wird der Durchschnittsbetrag festgelegt. Dies folgt der Logik, dass ein Krankenhaus in der Regel nicht einen, sondern viele Patienten z.B. am Darm operiert und damit durch den Pauschalbetrag die Streuung der auch dort ganz individuellen Behandlungsfälle abgedeckt werden kann. Es gibt die komplizierten, in der Behandlung für das Krankenhaus teuren Behandlungsfälle und die unkomplizierten Behandlungsfälle in unserem Beispiel der Darmoperation. Für jeden erhält das Krankenhaus den gleichen Vergütungsbetrag. Dieser wird bei einem unkomplizierten Verlauf „zu hoch“ sein, was dann aber die Mehrkosten bei der Behandlung des Patienten mit Komplikationen ausgleichen kann.

Komplikationen sind in Fallpauschalen einkalkuliert

Nosokomiale Infektionen sind Komplikationen. Diese Komplikationen müssen im Krankenhaus behandelt

werden, was zum Teil hohe Zusatzkosten erzeugt. Nur in Ausnahmefällen führt das zu einer höheren Vergütung für das Krankenhaus. Die Behandlung von Komplikationen ist also meist in der Fallpauschale „eingepreist“.

Wenn nun also im Management eines Krankenhauses die Auffassung vertreten wird, dass für die Umsetzung von Hygienemaßnahmen kein Geld zur Verfügung steht, dann ist das ein ökonomischer Irrtum. Die Mittel für die Behandlung der Komplikation müssen in jedem Falle ausgegeben werden – hier können keine Managemententscheidungen mehr getroffen werden.

Beim Eintreten einer, durch geeignete Maßnahmen vermeidbaren, nosokomialen Infektion ist allerdings leider schon ein Mensch zu Schaden gekommen.

Eine ökonomisch kluge und ethisch definitiv zu fordernde Entscheidung wäre es, das vorhandene Geld sehr konsequent in die Prophylaxe von Infektionen zu investieren und nicht hinterher in die Behandlung derselben!

Verhaltensbedingte Kontaminationen vermeiden

Viele sehr wirkungsvolle Hygienemaßnahmen verursachen übrigens keine Mehrkosten, sondern nur Verantwortungübernahme des Einzelnen: Beispielhaft dafür seien genannt das Ablegen von Schmuck (auch des Eherings des Chefarztes), die Entfernung von Nagellack bei allen am Patienten tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, das Schließen des Schutzkittels auch beim flotten Stationsarzt und die gewissenhafte Händedesinfektion vor und nach jedem Patientenkontakt. Würden durch die Anästhesisten nicht regelhaft mehrlumige Venenkatheter gelegt, die auf den peripheren Stationen durch die ungenutzten Kanäle ein erhöhtes Infektionsrisiko darstellen, käme es sogar zu Einsparungen an Kosten und Infektionen.

Unbedingtes Wollen von Infektionsprophylaxe bei der Führung eines Krankenhauses, die dieses Wollen in das Tun bis in das letzte beteiligte Glied der Behandlungskette durchsetzt, kostet erst mal kein Geld! ■■

| www.mds-ev.de |



DR. WEIGERT

Hygiene mit System

Die Performance, die
**alle strahlen
lässt!**

Es ist die Leistungskraft von neodisher® MediClean forte, die Qualität des Dr. Weigert-Services sowie Ihre Produkttreue, die uns zum Marktführer macht.

Danke für Ihr Vertrauen!

www.drweigert.de



Noch ein Grund zum Strahlen:
neodisher® MediClean forte ist kennzeichnungsfrei
und deshalb besonders anwenderfreundlich!

EINFACH INTELLIGENTER: AUTOMATISCHE DESINFEKTION VON ULTRASCHALLSONDEN

Durch einen validierbaren und digital dokumentierten Prozess setzt trophon2 einen neuen Maßstab zur Desinfektion von Ultraschallsonden.

Nina Passoth, Berlin

Hygiene und Infektionsprävention sind untrennbar miteinander verbunden. Dies gilt insbesondere auch für die Minimierung des Risikos einer Pathogenübertragung durch unzureichend aufbereitete Ultraschallsonden. Nationale wie internationale medizinische Fachgesellschaften greifen dieses Problem derzeit umfassend in neuen oder aktualisierten Leitlinien auf. Im Ergebnis präferieren alle Vertreter eine maschinelle Aufbereitung gegenüber einer manuellen.

Optimierte Integration in den klinischen Alltag

Eine intelligente Lösung für die schnelle, automatisierte und validierbare Desinfektion von Ultraschallsonden bietet die jüngste Gerätegeneration von Nanosonics. In Zusammenarbeit mit Anwendern aus verschiedenen Fachdisziplinen wurde das neue Produkt entsprechend den Alltagsanforderungen an Prozessabläufe angepasst und für den täglichen Einsatz in Klinik und Praxis optimiert.

Der Desinfektionsautomat zeichnet sich durch ein neues Design und eine optimierte Benutzerfreundlichkeit aus. Die Betriebsbereitschaft ist individuell über ein animiertes Farb-Touchscreen

einstellbar, eine neue universelle Kabelklammer ermöglicht die Aufbereitung eines breiten SONDENSPEKTRUMS führender Hersteller. Eine entscheidende Neuerung ist der nun nahezu lautlose Betrieb.

Prozessvalidierung: sichert Wirksamkeit und Audits ab

Gemäß Medizinprodukte-Betreiberverordnung § 8 (1) ist die Aufbereitung (semi-)kritischer Ultraschallsonden unter Berücksichtigung der Angaben des Herstellers mit geeigneten validierten Verfahren durchzuführen. Während derzeit noch die manuelle Wischdesinfektion in der klinischen Praxis eine breite Anwendung findet, wird diese aufgrund mangelhafter Validierbarkeit und begrenztem Wirkspektrum zunehmend kritisch gesehen.

Das neuartige Verfahren ist vollständig validierbar. Alle kritischen Prozessparameter (Zeit, Temperatur, Dosierung) werden im Rahmen der Betriebsqualifikation mit externen Messinstrumenten geprüft, um sicherzustellen, dass das installierte Gerät den strengen Herstellerspezifikationen entspricht. Die Qualitätssicherung erfolgt durch hoch entwickelte primäre und verifizierende Sensoren im Inneren des Gerätes sowie durch chemische Indikatoren für Routinekontrollen. Somit wird die bakterizide, fungizide und viruzide Desinfektionsleistung für jeden Zyklus sichergestellt. Dem Betreiber wird der Validierungsbericht inklusive mikrobiologischem Gutachten durch ein ZLG-akkreditiertes Labor für seine Dokumentation zur Verfügung gestellt, sodass eine rechtliche Absicherung gegenüber den Behörden besteht. Eine automatische Prozessdokumentation kann pro Zyklus mittels Ausdruck erfolgen.

Prozessdokumentation: digitaler Datentransfer

Die zukunftsweisende AcuTrace-PLUS-Technologie ermöglicht die Rückverfolgbarkeit und Freigabe prozesskritischer Parameter sowie den elektronischen Datentransfer in das hausinterne Prozessdokumentations- oder Krankenhausinformationssystem (KIS). Als Datensatz

trophon2 bietet mit AcuTrace PLUS eine reversionssichere digitale Prozessdokumentation per RFID und direkte Integration in die IT-Systeme des Krankenhauses. Foto: Nanosonics Ltd.

werden mittels Radio-Frequenz-Identifikation (RFID) die Daten von Nutzer und Ultraschallsonde sowie die Chargen des Desinfektionsmittels und des chemischen Indikators erfasst. Ferner werden die kritischen Prozessparameter, die den Desinfektionserfolg belegen, registriert. Diese elektronischen Zyklusdaten werden nach parametrischer Freigabe über eine Schnittstelle in das Dokumentationssystem integriert und dort zentral archiviert. Für ein internes wie auch externes auditfähiges Berichtswesen wird eine Verknüpfung mit den elektronischen Patientendaten ermöglicht.

Flexibilität: ermöglicht einrichtungsspezifische Konfiguration

Ob als Benchtop-Gerät, an einer Wand aufhängung oder auf einem mobilen Kart für die Point-of-Care-Nutzung, das System ist flexibel einsetzbar. Zur idealen Integration in die Arbeitsabläufe kann das Gerät einrichtungsspezifisch konfiguriert werden. Schließlich erhält der Nutzer die komfortable Lösung, Aufbereitungsprozesse hersteller- und fachbereichsübergreifend zu standardisieren. Bevor ein Hersteller das Verfahren für die Aufbereitung seiner Sonden freigibt, werden diese strikten Kompatibilitäts- und Funktionsprüfungen unterzogen – inzwischen sind bereits über 1.000 Ultraschall- und Gamma-sonden zugelassen.

Umweltschonende Technologie für Patienten, Personal & Umwelt

Durch das in sich geschlossene System wird eine Exposition gegenüber toxischen Chemikalien ausgeschlossen. Nach dem Desinfektionszyklus wird das Wasserstoffperoxid durch ein katalytisches Zersetzungssystem sicher zu Sauerstoff und Wasser reduziert und nach außen abgeleitet. Da das Gerät nicht nur den Schallkopf, sondern die komplette Sonde, einschließlich des Handgriffs, desinfiziert, verringert sich nachweislich das Risiko einer Kreuzkontamination.

Durch Bestätigung in zahlreichen Studien ist das automatisierte Desinfektionsverfahren wegweisend durch sein Wirksamkeitsspektrum – es desinfiziert nachweislich bakterizid, fungizid, viruzid (high-level) und sporizid in einem KRINKO/BfArM-konformen, validierbaren Prozess. Gerade für endokavitäre Sonden ein entscheidender Faktor, um eine Inaktivierung von unbehüllten Viren wie z. B. potentiell

kanzerogenen Typen des Humanen Papillomavirus (HPV) sicherzustellen. Darüber hinaus wird das neue System von den Entwicklern als nachhaltig zukunftsfähig beschrieben, da sich die neue technologische Plattform durch einfache Software-Upgrades um neue Funktionen jederzeit erweitern lässt.

DGKH spricht sich für maschinelle Aufbereitungsform aus

In Deutschland wandelt sich das Verständnis und die Akzeptanz gegenüber technisierten Desinfektionsverfahren, nachdem führende Fachgesellschaften zu dem Thema Stellung bezogen haben. So hat die Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH) in der Mitteilung des Vorstands „Hinweise für die Aufbereitung ausgewählter semikritischer Medizinprodukte“ die aktuellen gesetzlichen Vorgaben aufgegriffen und hieraus geschlussfolgert, wenn mehrere Möglichkeiten der Aufbereitung angegeben werden, ist die sicherste Methode anzuwenden. Dies ist im Allgemeinen die maschinelle Form, falls diese möglich ist. Damit stärkt die DGKH-Empfehlung die Richtlinien der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert Koch-Institut (RKI) und dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM).

Ferner betont die DGKH, dass der Betreiber sowohl einen maschinellen als auch einen manuellen Aufbereitungsprozess validieren muss. Grundsätzlich umfasst eine Aufbereitung semikritischer Medizinprodukte die Arbeitsschritte Reinigung, Desinfektion, Verpackung, Kennzeichnung und dokumentierte Freigabe. Die Herstellerangaben sind hierbei zu beachten. Im Weiteren weist die DGKH darauf hin, dass nicht selten die Aufbereitung im Untersuchungsraum und mit Desinfektionstüchern bzw. -verfahren erfolgt, die nur für eine Flächendesinfektion gelistet sind, obwohl es sich bei der Aufbereitung von Ultraschallsonden um eine Instrumentendesinfektion handelt. Wichtig zu wissen: In der aktuellen Desinfektionsmittelliste des Verbundes für angewandte Hygiene (VAH, Stand August 2018) ist kein viruzid wirksames Fertigtuch in der Rubrik Instrumentendesinfektion gelistet.

www.nanosonics.eu |

Freiburger Infektiologie- und Hygienekongress Stand #40

„Diese Hände führen 4 neurochirurgische Operationen am Tag durch. 5 Tage die Woche.“

Chefarzt Dr. med. Yasser Abdalla

Schützen Sie Ihr wertvollstes
Werkzeug – **auch vor Latex!**

70%

aller latexbedingten Reaktionen
entfallen auf Fachkräfte
des Gesundheitswesens¹

1 von 50

Fachkräften im Gesundheits-
wesen entwickelt eine
Latex-Allergie – Jahr für Jahr¹

1 zu 1

Viele Nutzer empfinden in
Bezug auf Tragekomfort und
Sicherheit keinen Unterschied
zu Latex-OP-Handschuhen

1. Mercurio J. Creating a latex-safe perioperative environment. OR Nurse 2011;5(6): 18-25.

Jetzt Muster und weitere Serviceleistungen anfordern unter
www.molnlycke.de/handschuhe

Biogel® OP-Handschuhe


Mölnlycke®

AHOI – ALLE AN BORD! – INFEKTIONSSCHUTZ GEHT ALLE ETWAS AN

Der diesjährige Lohfert-Preisträger, „AHOI – Patient im Boot“ verfolgt einen innovativen Ansatz in der Hygiene: Patienten, Pflegebedürftige und Angehörige sollen eine stärkere Rolle bei der Vermeidung von Infektionen einnehmen.

Tillmann Görig und Nils-Olaf Hübner,
Universitätsmedizin Greifswald

Nosokomiale Infektionen, insbesondere durch multiresistente Erreger (MRE), stellen eine erhebliche Belastung für Patienten und Angehörige, aber auch für das medizinische Personal und die Gesellschaft insgesamt dar.

Aktuelle Lösungen gegen MRE unvollständig

Nationale und internationale Monitoringsysteme zeigen einen Anstieg insbesondere von gramnegativen MRE. Diese Entwicklung ist schon lange nicht mehr auf Krankenhäuser beschränkt, sondern betrifft ebenso stationäre und ambulante Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen sowie ambulante Arztpraxen. Die Erreger werden mit den Patienten ausgetauscht und bilden so eine „epidemiologische Brücke“ zwischen den Einrichtungen.

In der Vergangenheit zielten Maßnahmen zur Erhöhung des Infektionsschutzes, z. B. durch Einführung besserer Hygienestandards und Fortbildungen, primär auf Mitarbeiter des Gesundheitssystems ab. Das Potential der Einbindung der Betroffenen selbst wurde dagegen bisher nicht systematisch genutzt.

AHOI bindet die Patienten und Angehörigen systematisch ein

Das Projekt „AHOI – Patient im Boot“ der Universitätsmedizin Greifswald zielt genau auf das Potential der Einbindung der Betroffenen selbst (AHOI: Aktivierung der Patienten, der Pflegebedürftigen und Angehörigen für eine hygienebewusste Partizipation an der Infektionsprävention). Ziel ist eine Verringerung von Komplikationen bei Patienten und eine Entlastung der Mitarbeiter des Gesundheitssys-



Tillmann Görig



Nils-Olaf Hübner



Projekt „AHOI – Patient im Boot“

AHOI – Sie können schon dabei sein!

Ist Ihre Einrichtung bereit für Innovationen? Aktuell findet im Rahmen von AHOI eine Onlinebefragung zum Innovationsverhalten im Hygienemanagement statt. Ziel ist die Identifikation möglicher Herausforderungen und Barrieren bei der Bekämpfung nosokomialer Infektionen und bei der Einbeziehung von Patienten und deren Angehörigen. Krankenhausführungskräfte haben die Möglichkeit, sich durch die Teilnahme an der Befragung aktiv mit diesem Thema in ihrer Einrichtung auseinanderzusetzen und gleichzeitig bei der Erforschung innovativer Hygienekonzepte mitzuwirken.

Die Einladung zur Teilnahme an der Befragung erfolgt per E-Mail. Bei Interesse schreiben Sie uns unter info@ahoi-infektionsschutz.de.

Alle Informationen zum AHOI-Projekt finden Sie auf der Internetseite (www.ahoi-infektionsschutz.de) oder auf unserer Facebook-Seite (AHOI – Patient im Boot). Möchten Sie Ihre Gesundheitseinrichtung am AHOI-Projekt teilnehmen lassen, können Sie Ihre Anfrage gerne an info@ahoi-infektionsschutz.de senden.

tems. Im Unterschied zu bekannten Maßnahmen wie Infoflyern und öffentlich zugänglichen Desinfektionsmittelspendern, verfolgt AHOI einen Systemansatz. Im Kern geht es dabei um nichts weniger als eine Kulturveränderung im Gesundheitswesen: Die Patienten und ihre Angehörigen sollen als gleichwertige Partner mit Hygienekompetenz versorgt werden und ihr eigenes Hygieneverhalten verbessern. Zum anderen werden die Patienten ermutigt, das Hygieneverhalten ihrer Mitmenschen wahrzunehmen und Probleme konstruktiv anzusprechen. Dies wird durch eine gezielte multimediale und multimodale Interventionsstrategie unterstützt.

Dabei kommt dem Personal eine essenzielle Rolle zu. Die Mitarbeiter sind bei AHOI sowohl Unterstützer als auch Partner. Dafür ist eine Kommunikation auf Augenhöhe entscheidend. Hierfür wurde eine Schulung entwickelt, die die speziellen Anforderungen von AHOI verständlich und effizient vermittelt und die Mitarbeiter als Multiplikatoren dieser neuen Kommunikationskultur gewinnt.

AHOI hat seine Machbarkeit erwiesen

Das AHOI-Projekt wird seit März 2016 vom Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patienten und Bevollmächtigten für Pflege gefördert. In der ersten Förderungsphase wurden die Grundlagen des Vorhabens gelegt und der AHOI-Methodenkoffer entwickelt und erprobt.

In diesem Zusammenhang wurde 2017 eine Machbarkeitsstudie auf zwei chirurgischen Stationen der Universitätsmedizin Greifswald durchgeführt. Sie sollte klären, ob AHOI im Krankenhausbetrieb eingeführt und umgesetzt werden kann. Zudem sollte geklärt werden, wie AHOI wahrgenommen wird und ob erste Verhaltensänderungen stattgefunden haben. Da sich die Intervention auf eine Wahrnehmungs- und Verhaltensänderung von Patienten, Besuchern und Mitarbeitern konzentrierte, waren u. a. die Bewertung der Materialien durch die Patienten und die wahrgenommene Belastung der Mitarbeiter entscheidend für die Evaluation.

Die Ergebnisse zeigten, dass AHOI realisierbar ist und positiv angenommen wird. Drei Viertel der Patienten bewerteten die gesamten AHOI-Materialien als positiv. Im Hinblick auf das Empowerment gaben 88 % der

Patienten an, dass sie ihre Besucher auf die Händedesinfektion hingewiesen haben. Zusätzlich sagten 84 % der Patienten, dass sie wussten, auf welche Hygienemaßnahmen sie beim Personal achten können. Aber auch im Bereich der Compliance hat AHOI gewirkt: Über 90 % der Patienten gaben an, regelmäßig einen Händedesinfektionsmittelspender benutzt zu haben.

Für die Mitarbeiter führte AHOI nicht zu einer Mehrbelastung, 65 % der Mitarbeiter gaben an, AHOI als keine zusätzliche Arbeitsbelastung wahrzunehmen. Weiterhin gaben 92 % der Mitarbeiter an, es als Entlastung zu empfinden, wenn Patienten und Besucher sich hygienisch richtig verhalten. 75 % der Mitarbeiter konnten sich mit dem AHOI-Projekt identifizieren.

Nächste Schritte: Beleg der Wirksamkeit und breite Umsetzung

Ermutigt von den positiven Ergebnissen aus der ersten Phase wurde Anfang 2018 eine multizentrische, sektorübergreifende Interventionsstudie gestartet, um das AHOI-Konzept in einem größeren Rahmen auf seine Wirksamkeit hin zu überprüfen. Der Nachweis von Machbarkeit und Wirksamkeit ist die Basis für eine evidenzbasierte Fortführung in der Praxis.

Die Einbindung von Patienten, Pflegebedürftigen und Angehörigen wird bereits in mehreren KRINKO-Empfehlungen gefordert. Das AHOI-Projekt demonstriert, wie diese Forderung in der Praxis erfüllt werden kann. Die

Projektergebnisse werden laufend wissenschaftlich publiziert und auch auf der AHOI-Internetseite präsentiert.

Aktuell arbeitet das Projektteam an einer Umsetzung des Konzepts in einem breit einsetzbaren Methodenkoffer. Dafür ist jedoch weitere Optimierungsarbeit notwendig, um die Maßnahmen robust und skalierbar zu gestalten. Dieser Schritt ist sehr wichtig, da eine unsystematische, unvollständige oder gar fehlerhafte Umsetzung das Verhältnis zwischen

Patienten und Mitarbeitern nachhaltig beschädigen kann!

AHOI bietet Antworten auf die Herausforderungen der Hygiene

Die Zunahme von gramnegativen MRE, die demografische Entwicklung und die Verdichtung von Medizin und Pflege erfordern innovative Lösungen in der Infektionsprävention. Aufgeklärte und sich richtig verhaltende Patienten, Pflegebedürftige und Besu-

cher können von mehr Mobilität und einem stärkeren Selbstschutz profitieren. Das erhöht die Patientensicherheit und senkt gleichzeitig die Belastung der Mitarbeiter. Daher ist die aktive Einbeziehung von Patienten, Pflegebedürftigen und Angehörigen in die Infektionsprävention unumgänglich. AHOI zeigt, wie sich dieser Weg systematisch realisieren lässt.

| www.ahoi-infektionsschutz.de |

40 Jahre

DESINFEKTION
HYGIENE & PFLEGE

Besuchen Sie uns:
Freiburger Infektiologie-
und Hygienekongress

10. – 12. Oktober 2018
Konzerthaus Freiburg

Meisterstück:

Für jeden Geschmack das Richtige

Wir feiern 40 Jahre Dr. Schumacher. Probieren Sie unser Meisterstück: DESCOSEPT SENSITIVE WIPES für die Flächendesinfektion: Einfach und sicher desinfizieren mit breiter Wirksamkeit, ohne Streifen und Schlieren. Jetzt in der neuen 100-Tücher-Packung.

Wenn das kein Grund zum Feiern ist:
www.schumacher-online.com

Dr. Schumacher GmbH · Am Roggenfeld 3 · 34323 Malsfeld · Germany · T +49 5664 9496-0 · F +49 5664 8444 · www.schumacher-online.com

Biozidprodukte vorsichtig verwenden. Vor Gebrauch stets Etikett und Produktinformationen lesen.

HANDBUCH „PRAXIS PSA“

Was ist der Unterschied zwischen Arbeits- und Schutzkleidung im Gesundheitswesen? Gibt es da einen Unterschied oder ist das alles das Gleiche? Aufklärung bietet das Handbuch „Praxis PSA“ von Karl-Heinz Noetel. Laut TRBA 250 ist die Arbeitskleidung eine Ergänzung oder ein Ersatz für Privatkleidung. Sie hat keine spezifische Schutzfunktion gegen schädigende Einflüsse. Zur Arbeitskleidung zählt auch die Berufskleidung, zum Beispiel eine Uniform. Nach BGR 120 ist in Laboratorien eine geeignete Arbeitskleidung zu tragen, zum Beispiel ein Laborkittel. Schutzkleidung dagegen dient dazu, den Beschäftigten vor schädigenden Einwirkungen bei der Arbeit zu schützen, etwa die Kontamination durch biologische Arbeitsstoffe.

| www.praxis-psa.de |

Wir schützen
Ihre Gesundheit.



Dr. Schumacher



Stefan Brockmann

BEGEHUNG VON KLINIKEN AUS SICHT DES GESUNDHEITSAMTES

Weit mehr als nur die Erhebung des Hygiene-Status: Informationsaustausch, Beratungsfunktion und Hilfestellung bei der Umsetzung notwendiger Maßnahmen sind zentrale Elemente der Begehung.

Stefan Brockmann, Medizinaldirektor, Leiter Geschäftsteil Gesundheitsschutz, Kreisgesundheitsamt, Landratsamt Reutlingen

■ Mit zunehmender Komplexität der medizinischen Versorgung hat sich die Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen zu einer der wichtigsten Säulen der Patientensicherheit entwickelt. Nosokomiale Infektionen zählen heute zu den häufigsten Komplikationen eines Krankenhausaufenthaltes.

Gesundheitsämter wachen über die Hygiene in medizinischen Einrichtungen. Die gesetzliche Grundlage hierfür findet sich im Infektionsschutzgesetz (IfSG).

Rechtliche Grundlagen

Der Gesetzgeber hat im IfSG auf Bundesebene die Rahmenbedingungen zur Infektionsprävention festgelegt. Danach hat der Leiter der Einrichtung sicherzustellen, dass die nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft erforderlichen Maßnahmen getroffen werden, um nosokomiale Infektionen zu verhüten und die Weiterverbreitung von Krankheitserregern (insbesondere solcher mit Resistenzen) zu vermeiden (§ 23 IfSG). Die Einhaltung des Standes der medizinischen Wissenschaft wird in § 23 IfSG dann vermutet, wenn jeweils die veröffentlichten Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) und der Kommission Antiin-

fektiva, Resistenz und Therapie (ART) beachtet worden sind. Es ist wichtig zu verstehen, dass diese Empfehlungen hierdurch mit einer gesetzlichen Vermutungsklausel ausgestattet sind; dies unterstreicht ihren hohen Stellenwert. Zur Konkretisierung der Infektionsprävention haben alle Bundesländer ihre jeweilige Rechtsverordnung erlassen („Medizinhygiene-Verordnungen“ der Länder).

Wie wird die Überwachung umgesetzt?

Gesundheitsämter setzen die Überwachung in eigenem Ermessen um. In einigen Bundesländern gibt es Landesinstitute (z. B. LGL Bayern, LGA Baden-Württemberg, Niedersächsisches LGA), die Gesundheitsämter unterstützen oder den Rahmen vorgeben. Starre Vorgaben bezüglich Häufigkeit und Umfang der Begehungen gibt es nicht.

Grundsätzlich kann zwischen Routinebegehungen und anlassbezogenen Begehungen (z. B. bei einer Erkrankungshäufung) unterschieden werden. Routinebegehungen werden üblicherweise mit einem Vorlauf angekündigt. Typischerweise werden bei Ankündigung und Terminvereinbarung schon Fragen zur Struktur des Hauses gestellt (z. B. aktuelle Bettenzahl, Fachabteilungen und Belegarztdisziplinen, aktuelle und geplant Bau-/Umbaumaßnahmen). Diese „Planungshilfe“ ermöglicht eine effizientere Begehung. In kleineren Krankenhäusern wird oft ein Rundgang durch das ganze Haus gemacht. Zunehmend wird die Begehungsfrequenz und der Umfang der Begehung

jedoch risikobasiert festgelegt und bei einem Termin auf einzelne Bereiche (z. B. Intensivstation, Neonatologie) oder Themen (z. B. Erfassung von multiresistenten Keimen oder nosokomialen Infektionen) begrenzt.

Am Begehungstermin wird häufig zunächst eine kurze Vorbesprechung durchgeführt. Hierbei werden die vorzulegenden Unterlagen gesichtet und das konkrete Vorgehen besprochen. Dabei wird auch geklärt, in welcher Reihenfolge vorgegangen wird (z. B. Durchsicht der Daten zur Erfassung nosokomialer Infektionen und des Hygieneplans, Begehung der ausgewählten Funktionsbereiche). Im Abschlussgespräch wird das Ergebnis der Begehung zusammengefasst und einzelne Punkte diskutiert sowie das weitere Vorgehen festgelegt (z. B. Zusendung Protokoll, Zusage der Änderung beanstandeter Punkte mit Zeitangabe).

Um Missverständnissen vorzubeugen, sollte im Vorfeld einer Begehung auch geklärt sein, wessen Anwesenheit bei der Begehung erforderlich oder gewünscht ist. Der Krankenhaushygieniker und die für die Begehungsbereiche zuständigen Hygienefachkräfte sind si-

Räumliche Situation
Technische Ausstattung (z. B. Lüftung, Sanitär, Medizintechnik)
Versorgung (z. B. Lagerung von Sterilgut, Medikamenten und Medizinprodukten)
Umgang mit Sterilgut
Patientenbezogene Funktionsabläufe (z. B. Verbandwechsel, Versorgung von Beatmungspatienten, Vorbereitung von Infusionen und Injektionen)
Verhalten von Personen (Einschleusung, Händehygiene, Schmuck tragen)
Geräteaufbereitung (MP Aufbereitung Zuständigkeit RP)
Reinigung, Desinfektion und Entsorgung
Infektionserfassung

Tabelle 1: Typische Inhalte einer Stationsbegehung

Quelle: S. Brockmann

Termin:

Freiburger Infektiologie- und Hygienekongress

11. Oktober, 14:00–14:30 Uhr
Vortrag „**Begehung von Klinik und Praxis: Wer will was wissen? Das Gesundheitsamt**“
www.bzh-freiburg.de

cherlich Pflicht. Für einzelne Fragestellungen können die jeweiligen Personen (z. B. Techniker, Krankenhausapotheker) hinzugezogen werden. Leiter von Krankenhäusern sollten bedenken, dass Hygiene heute „Chefsache“ ist; also sollte z. B. der Leiter der Hygienekommission oder der ärztliche Direktor zumindest am Vorgespräch und an der Abschlussbesprechung teilnehmen.

Aufbau und Organisation der Krankenhaushygiene

Wie ist die Krankenhaushygiene in dem Unternehmen „verortet“ und wie ist sie organisiert? Dies ist eine der Kernfragen, die bei einer Begehung geklärt werden. Dies bezieht sich sowohl auf die Hygienekommission (Zusammensetzung, Tagungsfrequenz, Protokolle und Umsetzung der darin enthaltenen Punkte) als auch auf das Hygieneteam. Die Anzahl der erforderlichen Hygienefachkräfte und der Arbeitsumfang des Krankenhaushygienikers sind durch KRINKO-Empfehlungen vorgegeben. Für Hygienebeauftragte Ärzte und Hygienebeauftragte in der Pflege sollten der Arbeitsumfang und der Umfang der Freistellung

hausintern festgelegt sein. Vor allem die Personalbedarfsermittlung für den Krankenhaushygieniker sorgt zunehmend für Diskussionen, da externe Berater den in der KRINKO-Empfehlung vorgesehenen Umfang praktisch nicht leisten können. Die Krankenhäuser sind jedoch verpflichtet, die Voraussetzungen gemäß KRINKO-Empfehlung zu personellen und organisatorischen Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen bis spätestens zum 31.12.2019 zu schaffen. Daher soll an dieser Stelle noch einmal auf das Sonderprogramm des Bundesministeriums für Gesundheit zur Förderung der Krankenhaushygiene mit mehr als 350 Mio. € hingewiesen werden. Hier erhalten Krankenhäuser finanzielle Förderung, um z. B. eigene ärztliche Mitarbeiter zu Krankenhaushygienikern im Rahmen der „curriculären Weiterbildung Krankenhaushygiene“ weiterzubilden.

Nosokomiale Infektionen, Resistenzen und Antibiotikaverbrauch

Das Gesundheitsamt nimmt Einblick in die Aufzeichnung der nosokomialen Infektionen, der Resistenzen und des

Antibiotikaverbrauchs. Gegenstand der Überprüfung und Diskussionen sind vor allem die Bewertungen der Daten, die daraus gezogenen Schlussfolgerungen sowie deren Umsetzung und die Empfehlungen zum MRE-Screening.

Begehung von Funktionsbereichen

Die Begehung unterschiedlicher Funktionsbereiche hat naturgemäß ganz verschiedene Schwerpunkte. Einen festen Fahrplan hierfür gibt es nicht. Klassischerweise werden heute Risikobereiche begangen (z. B. Intensivstation, Hämato-Onkologie, Altersmedizin). In Tabelle 1 sind typische Inhalte einer Hygienebegehung von Stationen (Funktionsbereich) exemplarisch dargestellt.

Hygieneplan, Schulungsnachweise und sonstige Unterlagen

Hygieneschulung des Fachpersonals und der Mitarbeiter sind verpflichtend und müssen nachgewiesen werden. Befunde zur Trinkwasser- und Warmwasserversorgung (z. B. Legionellen) und ggf. Wasseruntersuchungen aus den Therapiebereichen werden gerne

überprüft. Personen, die Lebensmittel in Verkehr bringen (z. B. Kochen mit der Ergotherapie), müssen Schulungen nach § 43 IfSG nachweisen. Häufig gibt es Diskussionen über die Umsetzung der Hygienepläne (z. B. im Funktionsbereich).

Abzugrenzen von der Begehung des Gesundheitsamtes ist die Überprüfung von mikrobiologischen Laboratorien sowie der Aufbereitung von Medizinprodukten in der Zentralen Sterilgutversorgungsabteilung (ZSVA). Diese erfolgen i. d. R. durch die mittlere Verwaltungsebene, wie z. B. Regierungspräsidien oder Bezirksregierungen. Die Begehung der Klinikküche erfolgt durch die Lebensmittelüberwachungsbehörde.

Durch die Begehung des Gesundheitsamtes soll zum einen der Status bezüglich des hygienischen Standards erhoben werden. Sie dient aber auch dem Informationsaustausch zwischen Klinik und Öffentlichem Gesundheitsdienst (ÖGD), hat Beratungsfunktion und gibt Hilfestellung bei der Umsetzung notwendiger Maßnahmen. ■■

| www.kreis-reutlingen.de |



hagleitner

Innovative Hygiene.

Hände desinfiziert?

**Mehr Compliance,
mehr Patientensicherheit –
mit senseMANAGEMENT,
dem digitalen Spender-Monitoring.**

Informieren Sie sich:
+43 5 0456
www.hagleitner.com

WER WILL WAS WISSEN UND SEHEN?

Fragen zum Arbeitsschutz wie auch zur Umsetzung der Arbeitsschutzvorschriften sind für alle Unternehmen relevant – Hygiene ist dabei ein wichtiger Aspekt.

Nina Passoth, Berlin

■ Betriebsbegehungen dienen der Feststellung, ob und inwieweit die geltenden Arbeitsschutzbestimmungen und -regeln sowie darüber hinaus der Stand der Sicherheitstechnik und des Gesundheitsschutzes eingehalten werden. Außerdem dienen sie der Sensibilisierung der Führungs- und Arbeitskräfte für Belange des Arbeits- und Gesundheitsschutzes.

Auf welche Punkte es bei Begehungen besonders ankommt und wie sich Kliniken hierauf optimal vorbereiten können, erläutert Dipl.-Ing. Stefanie Penth als Aufsichtsperson der Unfallkasse Berlin (UKB).

M&K: Sie führen seit über 15 Jahren regelmäßig Begehungen in Krankenhäusern durch. Worauf fällt Ihr erster Blick, wenn Sie in eine neue Einrichtung kommen?

Stefanie Penth: Der erste Blick bzw. der erste Eindruck ergibt sich meist ganz unwillkürlich. Beim Betreten des Hauses fällt einem schon auf, wie die Beleuchtung ist, ob große Hektik im Eingangsbereich herrscht, auch die Sauberkeit fällt einem sofort auf. Wenn man dann weiter geht, fallen natürlich auch möglicherweise verkeilte Brand-schutztüren, fehlenden Feuerlöscher oder achtlos abgestellter Müll auf. Dieser erste Eindruck ist zwar nicht entscheidend für den Rest der Begehung, aber er wirkt trotzdem nach. Je nachdem, was man dann bei der Begehung feststellt, z. B. noch viele Mängel findet, ergibt sich ein Gesamtbild, in diesem Fall ein eher negatives. Das ist aber zum Glück die Ausnahme.

Die Kernforderungen im Arbeitsschutz lauten: keine Mitarbeitenden zu schädigen, auf menschengerechte Gestaltung zu achten und psychische Belastungen zu minimieren. Nach welchen Kriterien prüfen Sie diese schwer zu quantifizierenden Ziele ab?

Penth: Hier greift das Standardinstrument im Arbeitsschutz, die Gefähr-



Stefanie Penth

Foto: Röhl/Unfallkasse Berlin

dungsbeurteilung. Der Arbeitgeber muss all diese Punkte in seiner Gefährdungsbeurteilung berücksichtigen. Wenn er Gefährdungen oder Belastungen feststellt, muss der Arbeitgeber Maßnahmen ableiten, die diese verringern oder beseitigen. Er muss auch regelmäßig prüfen, ob diese Maßnahmen wirkungsvoll sind. Wenn ich mir die Gefährdungsbeurteilung anschau, frage ich bei einzelnen Punkten auch nach, wie man zu der Einschätzung kam. Gerade bei psychischen Belastungen und Beanspruchungen ist die Ermittlung schwierig. Da hilft z. B. ein moderierter Workshop oder eine gezielte Befragung der Mitarbeitenden weiter. Einzelne Punkte notiere ich mir auch und frage bei den Beschäftigten direkt nach.

Gibt es eine bestimmte Vorgehensweise bei Betriebsbesichtigungen bezüglich der zu prüfenden Tätigkeitsbereiche und Prozesse?

Penth: Die Vorgehensweise variiert nur leicht je nach Grund der Besich-

wir uns ansehen wollen. Als Erstes findet immer ein Gespräch statt, bei dem der Zweck der Prüfung erläutert wird. Dann erfolgen eine Prüfung der Dokumente, danach die Begehung der Arbeitsbereiche und anschließend ein Abschlussgespräch, bei dem das weitere Vorgehen besprochen wird. Wenn ich beispielsweise wegen einer Unfallermittlung komme, ist für mich auch die Unterweisung der Beschäftigten ein großes Thema. Ebenso Prüflisten von Arbeitsmitteln.

Um es konkret zu machen: Was will die BG/UK bei einer Begehung wissen, wenn es um die Organisation des Arbeitsschutzes mit Blick auf den Hautschutzplan und -produkte geht?

Penth: Uns interessiert in diesem Fall natürlich, ob der Betriebsarzt mit eingebunden war. Er ist der Ansprechpartner der Beschäftigten zum Thema Hauptprobleme und Hautschutz.

Der Hygieneplan und der Hautschutzplan sollten aufeinander abgestimmt sein, wobei die Hygiene die Leitschnur für den Hautschutz darstellt. Wichtig ist, dass für die unterschiedlichen Arbeitsbereiche im Krankenhaus auch individuelle Pläne existieren. Die Anforderungen an den Hautschutz sind in der Küche, der Reinigung und in der Pflege jeweils unterschiedlich. Dementsprechend müssen die Pläne erstellt und die Produkte ausgewählt werden. Wichtig ist auch, dass die Produkte aufeinander abgestimmt sind.

Neben dem Vorhandensein des Planes ist natürlich auch die Unterweisung der Beschäftigten in die Anwendung der Produkte von großer Bedeutung. Wenn sie drei unterschiedliche Mittel nutzen (Reinigung, Schutz und Pflege), muss den Beschäftigten auch klar sein, wann welches Mittel angewendet wird.

Welche Dokumente müssen bei der Begehung zum Thema „Hautschutz“ vorgelegt werden?

Penth: Ganz wichtig ist hier der aktuelle Hautschutzplan. In ihm müssen für die einzelnen Tätigkeiten die entsprechenden Hautreinigungs-, Hautschutz- und Hautpflegemittel aufgelistet sein, inklusive der Art und Dauer der Anwendung. Die Mittel müssen sowohl auf den Anwendungsbereich als auch untereinander abgestimmt sein. Dazu wollen wir den Nachweis der Unterweisung zu dem Thema sehen. Vor Ort prüfen wir dann, ob der Plan aushängt, ob die Produkte vorhanden sind, und fragen die Beschäftigten, wie sie diese anwenden.

Zur Person

Dipl.-Ing. Stefanie Penth ist seit dem Jahr 2000 als Aufsichtsperson bei der Unfallkasse Berlin tätig. Die gelernte Krankenschwester und studierte Ingenieurin für Krankenhausbetriebstechnik war zunächst als Leiterin der technischen Abteilung einer Klinik tätig, bevor sie sich sechs Jahre lang im Bereich Krankenhausdienstleistungen engagiert hat. Penth ist Mitglied im Sachgebiet Gesundheitsdienst der DGUV und leitet seit 2005 die Projektgruppe „Neu- und Umbauplanung im Krankenhaus – unter Gesichtspunkten des Arbeitsschutzes“ der DGUV.

tigung. Die Gefährdungsbeurteilung als zentrales Element im Arbeitsschutz schauen wir immer an. Ob weitere Unterlagen eingesehen werden, hängt vom Anlass ab. Bei einer Standardbegehung teilen wir im Vorfeld mit, welche Unterlagen und welche Bereiche

Zeigen sich Schwachstellen in der Hygiene, auf die Sie wiederkehrend aufmerksam werden?

Penth: Ein häufiger Fehler sind die Überschreitung der Standzeiten der Desinfektionsmittel oder dass das Datum, wann die Lösung angesetzt wurde, ganz fehlt.

Neben den turnusmäßigen Standardbegehungen, kommen Sie auch anlassbezogen in die Häuser. Welches sind die häufigsten Gründe hierfür und kündigen Sie Ihr Kommen in diesen Fällen vorab an?

Penth: In der Regel kündigen wir unser Kommen an, damit wir auch die verantwortlichen Personen im Betrieb antreffen. Wir haben zwar das Recht, unangekündigt zu erscheinen, aber das nützt nichts, wenn wir dann keine Entscheider antreffen.

Häufig sind wir in den Einrichtungen, weil wir im Rahmen des Berufskrankheiten-Verfahrens ermitteln

müssen. So wird z.B. die erforderliche arbeitstechnische Stellungnahme im Rahmen der Ermittlung von den Aufsichtspersonen erstellt. Auch Unfalluntersuchungen sind ein häufiger Grund, um im Betrieb vorstellig zu werden.

Behördliche Begehungen lösen häufig ein gewisses Unbehagen aus. Wie gehen Sie damit um und vor allem, wie können sich Einrichtungen auf Routine-Begehungen vorbereiten?

Penth: Bei der Ankündigung unseres Besuches geben wir immer an, welche Unterlagen wir sehen möchten. Dann können sich die Betriebe schon mal vorbereiten. Zudem sollten sich die Betriebe ihrer innerbetrieblichen Akteure wie Fachkraft für Arbeitssicherheit und Betriebsarzt bedienen. Diese haben die Aufgabe, den Arbeitgeber im Bereich Sicherheit und Gesundheit zu unterstützen.

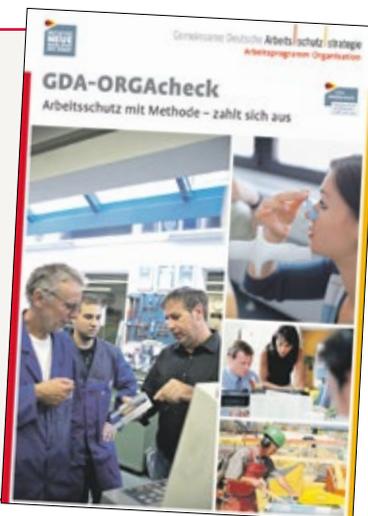
Das Unbehagen kommt häufig aus der Unsicherheit, ob man alle Vorgaben erfüllt hat und welche Konsequenzen

Praxistipp: GDA-ORGcheck

Im Rahmen des Arbeitsprogramms „Organisation“ der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA) wurde das kostenfreie Tool GDA-ORGcheck entwickelt.

Dieses ermöglicht es kleinen und mittelständischen Unternehmen, ihre Arbeitsschutzorganisation zu überprüfen und zu verbessern. Damit trägt der GDA-ORGcheck sowohl dazu bei, die Potentiale eines gut organisierten Arbeitsschutzes für die störungsfreie Arbeitsorganisation zu nutzen als auch die Wettbewerbsfähigkeit des Unternehmens zu unterstützen.

www.gda-orgcheck.de



drohen. Da kann ich sie ein wenig beruhigen. Wir als Unfallversicherungsträger haben auch den Auftrag, zu beraten und zu informieren. Diesem werden wir durch diverse Publikationen, Seminare, aber auch Vor-Ort-Beratungen gerecht. Selbstverständlich stehen wir auch mit Rat und Tat zur Seite, wenn wir vor Ort Beanstandungen haben. Wir versuchen erst einmal, einvernehmliche Lösungen zu finden.

☐☐

| www.unfallkasse-berlin.de |

Termin:

Freiburger Infektiologie- und Hygienekongress

11. Oktober 2018, 14:30–15:00 Uhr
Vortrag „Begehung von Klinik und Praxis: Wer will was wissen? Arbeitsschutz“

www.bzh-freiburg.de

DHP

OPHARDT
hygiene



RECYCELBARE EINWEGPUMPEN

- PROZESSKOSTEN REDUZIEREN
- HÖCHSTER HYGIENESTANDARD
- ENTSPRECHEND DEN AKTUELLEN DGKH- UND KRINKO-EMPFEHLUNGEN
- Bestellen Sie sich eine unverbindliche Musterbox: customercare@ophardt.com
- Weitere Informationen auf www.ophardt.com oder scannen Sie einfach den QR-Code, um direkt zum Produktvideo zu gelangen.



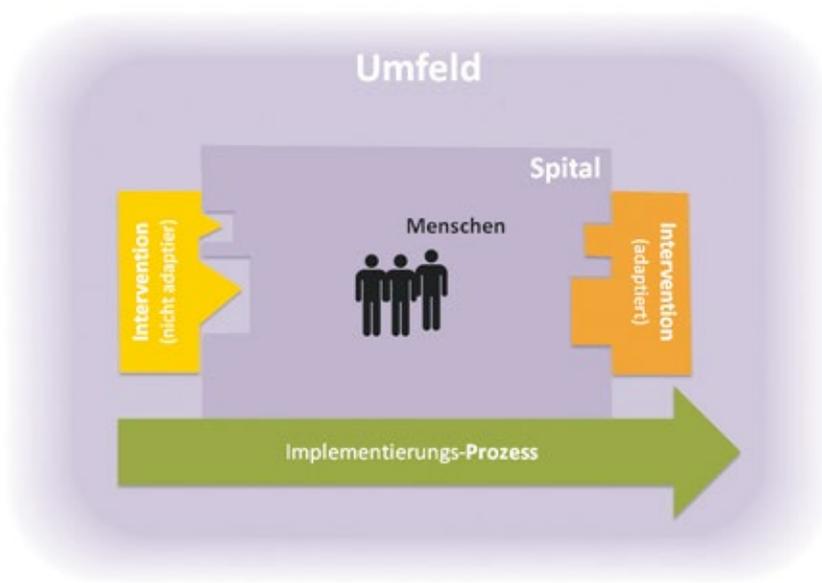


Abb. 1: Die fünf Dimensionen der Implementierungswissenschaft

Foto: Zingg

Priv.-Doz. Dr. Walter Zingg

IMPLEMENTIERUNGSTRATEGIEN FÜR HYGIENEMASSNAHMEN

Was macht Hygienemaßnahmen erfolgreich? Die Implementierung! Wie können Projekte zur Qualitätsverbesserung umgesetzt werden und was ist dabei zu beachten?

Priv.-Doz. Dr. Walter Zingg, Infection Control Programme, Universitätsspital Genf und WHO Collaborating Center, Schweiz

■ Mit dem Ziel, den Erfolg eines US-amerikanischen Projektes zu wiederholen, startete die englische National Patient Safety Agency (NPSA) im April 2009 eine zweijährige Studie zur Prävention Katheter-assoziiertes Blutstrominfektionen: das Projekt „Matching Michigan“. Wie erwartet, haben die Infektionen über die Zeit signifikant abgenommen. Der Verlauf machte jedoch deutlich, dass das Resultat nicht der geplanten Intervention alleine, sondern auch anderen, undefinierten Effekten zugeschrieben werden musste. Gerade wenn Ressourcen gezielt ein-

gesetzt werden sollen, müssen Effekt und Nutzen einer Strategie klar sein.

In einem systematischen Review haben Laura Damschroder und Kollegen 2009 eine Meta-Theorie der Implementierung erarbeitet. Sie haben die verschiedenen Theorien der Implementierungswissenschaft zusammengetragen und in fünf Dimensionen zusammengefasst: 1) die Intervention; 2) der Implementierungsprozess; 3) der Mensch; 4) das innere Setting; und 5) das äußere Setting (Abb. 1). Diese können weiter in drei Bereiche unterteilt werden: 1) die Intervention; 2) der Prozess der Intervention; und 3) der Kontext (Mensch, inneres und äußeres Setting).

Die Intervention

Was will man umsetzen und was sind die Ziele? Das European Centre for Disease Prevention and Control hat zehn Schlüsselstrategien der erfolgreichen Prävention Therapie-assoziiertes Infektionen definiert. Jede zu implementierende Hygienemaßnahme soll geprüft werden, ob sie mit diesen Schlüsselstrategien vereinbar ist (Tab. 1). Die Prävention Therapie-assoziiertes Infektionen setzt beim Arbeiten am Patienten, in der Reinigung oder in der Aufbereitung von medizinischem Material an. Deshalb müssen Abläufe und Prozesse, die von Mitarbeitern umgesetzt werden, vereinheitlicht werden. Mitarbeiter sind erwachsene Menschen mit individuellem Hintergrund. Viele sind Experten in ihrer Tätigkeit, und jede Hygienemaßnahme wird aus dieser Sicht bewertet. Diese müssen daher auf ihre Alltagsstauglichkeit geprüft

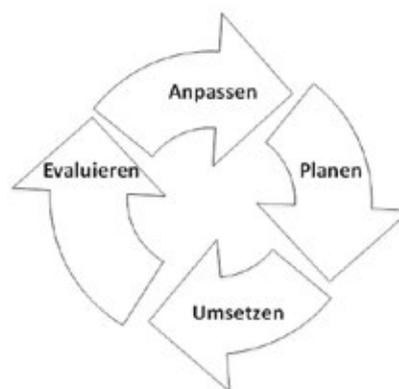


Abb. 2: Standortbestimmungen im Implementierungsprozess

Foto: Zingg

tervention hat einen „harten“ Kern von Maßnahmen und eine anpassungsfähige Peripherie. Der harte Kern umfasst Maßnahmen, die nicht verhandelbar sind (z. B. maximal-sterile Maßnahmen in der Anlage zentralvenöser Katheter). Die Peripherie umfasst Maßnahmen, die an den Kontext angepasst werden können (z. B. persönliche Händedesinfektionsmittel statt Spender in der Pädiatrie oder in der Psychiatrie). Es soll von vornherein definiert sein, was zum Kern und was zur Peripherie gehört.

Der Prozess der Implementierung

und in die Arbeitsprozesse integriert werden. Sie sollen nur dann umgesetzt werden, wenn sie prioritär sind (z. B. als Teil geplanter Qualitätsprojekte oder als Folge einer Epidemie). Die In-

Der Prozess der Implementierung beschreibt das Projektmanagement. Wie viel Management notwendig ist, hängt von verschiedenen Faktoren ab: der Komplexität der Intervention, der Erfahrung mit früheren Hygienepro-



Abb. 3: Zusammenführen von Schlüsselstrategien und Dimensionen der Implementierungswissenschaft

Foto: Zingg

Termin:

Freiburger Infektiologie- und Hygienekongress

12. Oktober, 09:00–09:45 Uhr
Vortrag „Wie sag ich es meinem Kinde ... Implementierungsstrategien“

www.bzh-freiburg.de

Schlüsselstrategien (ECDC)

1	Ein erfolgreiches Präventionsprogramm umfasst: eine Hygiene-Pflegefachkraft \leq 250 Betten; einen Hygienefacharzt; mikrobiologische Unterstützung; Unterstützung des Spitalmanagements
2	Die Auslastung einer Abteilung sollte der geplanten entsprechen, diese nicht übersteigen; Beschäftigung und Arbeitsbelastung von Pflegenden und Ärzten sollte der zu erwartenden Pflegeleistung angepasst sein; die Zahl von Aushilfspersonal soll auf ein Minimum beschränkt werden
3	Material soll in genügender Qualität und Menge vorhanden sein und ergonomisches Arbeiten unterstützen
4	Guidelines sollen zugänglich sein und in die Weiterbildung eingebaut werden
5	Mitarbeiter, welche ein Projekt ausführen sollen, müssen in die Ausbildung und Weiterbildung eingebunden werden; Inhalte von Ausbildungen sollen Team- und Anwendungs-orientiert sein
6	Audits mit standardisierter (messbar) und systematischer Beurteilung von (Arbeits-/Pflege-)Prozessen mit zeitnahe Feedback
7	Teilnahme an einer prospektiven Surveillance von Prozessen und/oder Infektionen, am besten innerhalb eines Netzwerkes, das ein Benchmarking erlaubt
8	Die Umsetzung von Infektionspräventions-Strategien erfolgt durch eine multimodale Strategie, welche durch multidisziplinäre Gruppen erarbeitet wurden und die lokalen Gegebenheiten in Betracht ziehen
9	Champions* sollen identifiziert und in die Umsetzung von Projekten eingebunden werden
10	Eine positive Unternehmenskultur, welche die Kommunikation und die Arbeitsbeziehungen zwischen Mitarbeitern und Abteilungen aktiv unterstützt

Tabelle 1. Zehn Schlüsselstrategien der erfolgreichen Prävention Therapie-assoziiertes Infektionen

* Engagierte und von den Kollegen geschätzte Mitarbeiter

ECDC: European Centre for Disease Prevention and Control

jekten und der vorherrschenden Organisationskultur. Das Wichtigste im Implementierungsprozess ist Zeit – vor allem in der Vorbereitungsphase. Zeit ermöglicht eine klare, detaillierte und strukturierte Vorbereitung. Es muss klar sein, was man will, welche Ziele erreicht werden sollen und welche Ressourcen zur Zielerreichung notwendig sind. Falls diese Fragen nicht oder nur unzureichend beantwortet sind, sollte man mit der Umsetzung zuwarten oder allenfalls erst eine erste Etappe in Angriff nehmen. Generell empfiehlt sich ein etappenweises Vorgehen. Dies ermöglicht, Fortschritte zu bewerten, Probleme zu erkennen, und Anpassungen vorzunehmen (Abb. 2). Solche Standortbestimmungen können durch Diskussionen in Fokus-Gruppen erreicht werden. Dabei sollen Fortschritte und Probleme mit den Mitarbeitern diskutiert werden – Studien- und Zielgruppe sitzen am gleichen Tisch. Große und komplexe Interventionen

sollen zuerst in einem Pilotprojekt getestet werden. In der Vorbereitungsphase müssen alle Abläufe der Intervention geplant werden, d.h. nicht nur, was konkret am Patienten zu tun ist, sondern auch wie benötigtes Material beschafft, verteilt, aufbereitet und entsorgt wird. Idealerweise erfolgt die Schulung von Kollege zu Kollege und nicht von Spitalhygieniker zu Mitarbeiter. Der Spitalhygieniker übernimmt die Rolle des Koordinators.

Kontext (Mensch, Spital, Umgebung)

Menschen sind nicht passive Empfänger von Innovationen – sie suchen Innovationen, experimentieren mit ihnen, werten sie aus, finden (oder finden keine) Bedeutung in ihnen, entwickeln (positive oder negative) Gefühle einer Innovation gegenüber, fordern die heraus (testen sie), sorgen sich um sie, beschweren sich über sie, vermeiden sie,

machen Erfahrungen mit ihr, versuchen, sie zu verändern und zu verbessern – oft im Austausch mit anderen Benutzern/Kollegen. Jede Implementierung einer Hygienemaßnahme löst Reaktionen aus, die geprägt sind durch Erfahrung, Wissen, Können, Überzeugungen, und Selbstvertrauen. Diese sind zwar nicht unmittelbar, aber längerfristig veränderbar. Dazu braucht es jedoch eine gesunde Einschätzung, was gefordert werden kann (ohne zu überfordern oder zu verärgern) und wie positive Erlebnisse erzielt werden können (z.B. Arbeiten in Kleingruppen im Simulationslabor). Am einfachsten ist es, Mitarbeiter in die verschiedenen Phasen des Projektes miteinzubeziehen und, anstatt Mutmaßungen über ihre Haltung anzustellen, sie ganz einfach um ihre Meinung zu fragen.

Jedes Spital hat eine Organisationskultur. Diese ist geprägt von Organisationsabläufen und von der Haltung der Mitarbeiter gegenüber der Institution.

Die Organisations- oder Betriebskultur eines Spitals ist oft schwierig in Worte zu fassen, was nicht heißt, dass wir uns ihrer nicht bewusst sind. Ziel jeder Intervention muss sein, dass sie Teil der Organisationskultur wird. Daher ist es wichtig, Projekte längerfristig und „multimodal“ anzusetzen. Multimodalität meint, dass Schulung und Training auf verschiedenen Berufsebenen und unter Zuhilfenahme verschiedenster Techniken erfolgt; je näher an der Praxis (Simulationstraining) und je vielfältiger und origineller, desto besser. Eine Reihe von Betriebsfaktoren fördern die Implementierung: Vernetzung mit anderen Spitälern, offene Fehlerkultur, echtes Engagement von Chefs und Managern und die Kommunikation zwischen den Departementen und Spezialitäten. Lippenbekenntnisse ohne klare Unterstützung von Chefs und Managern sind eine der großen Herausforderungen in der Implementierung.

Außerhalb des Spitals gibt es ebenfalls Faktoren, welche die Implementierung beeinflussen: Organisation des Gesundheitswesens, gesundheitspolitische und -ökonomische Vorgaben oder die Wahrnehmung der Medizin in der Bevölkerung. Hier kann ein Momentum entstehen, und ein Projekt, das seit Jahren auf seine Umsetzung harret, bekommt plötzlich Priorität (z.B. bauliche Veränderungen nach öffentlicher Empörung wegen Infektionen durch multiresistente Keime).

Hygienemaßnahme soll die Organisationskultur beeinflussen

Jede zu implementierende Hygienemaßnahme soll überprüft werden, ob sie mit den zehn Schlüsselstrategien vereinbar ist. Die Umsetzung erfolgt entlang den Implementierungsgrundsätzen, immer mit dem Ziel, letztlich die Organisationskultur zu beeinflussen (Abb. 3).

| www.hug-ge.ch |



Scott® Control™ Waschraumlösung

Kompromisslos hygienisch. Jedes einzelne Mal.

Hygienischste Spender im Wettbewerbsvergleich¹
» Helfen bei der Bekämpfung von Krankenhausinfektionen

Führend in Effizienz²
» Dank hoher Kapazität und gezielter Entnahme

¹ Ergebnisse einer Studie der MGS Laboratories anhand von Abstrichen, Oktober 2017
² Unabhängige Waschraumstudie der Sapio Marktforschungsagentur, Januar 2017
©/™ Schutzmarken von Kimberly-Clark Worldwide, Inc., oder ihrer Tochterunternehmen. ©2018 KCWW



NEU

Rollenhandtuchsystem

Schaumseifensystem

Toilettenpapiersystem

Scott®
Brand

www.kcprofessional.de/scotthealthcare

ZUSTÄNDIGKEITEN
QUALITÄTSMANAGEMENT REINIGUNG
PERSONALQUALIFIKATION
RÄUME, TRENNUNG UNREIN – REIN VALIDIERUNG
STERILISATION, FREIGABE VERPACKEN
DESINFEKTION VORREINIGUNG
LAGERUNG SICHT- UND FUNKTIONSKONTROLLE
ROUTINEKONTROLLEN
ABWURF

Abb. 1: Schwerpunkte der Begehung

Grafik: A. Linnenbrink

MEDIZINPRODUKTE IM BLICK DES REGIERUNGSPRÄSIDIUMS

Wenn das Regierungspräsidium die hygienische Aufbereitung überprüft, sind fast alle Bereiche des Krankenhauses betroffen.

Dr. rer. nat. Anton Linnenbrink, Referat Ärztliche und pharmazeutische Angelegenheiten, Regierungspräsidium Freiburg

Die „Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten“ werden in der gleichnamigen KRINKO-BfArM-Empfehlung detailliert und quasi verbindlich definiert (www.rki.de). Im Rahmen regelmäßiger Begehungen wird die Aufbereitung in deutschen Krankenhäusern gemäß § 26 Medizinproduktegesetz durch die Aufsichtsbehörden überwacht. Zuständig ist in den meisten Bundesländern die mittlere Verwaltungsebene, z. B. Regierungspräsidien, Bezirksregierungen oder Landesämter. Ein gemeinsames Konzept der Länder sieht für Anlass-unabhängige Krankenhausbegehungen einen Turnus von drei Jahren vor. Die Inhalte der Begehungen

(Abb. 1) richten sich dabei nach bundesweit gültigen, öffentlich zugänglichen Verfahrensanweisungen und Checklisten (www.zlg.de). Ergänzend stellen die meisten Bundesländer den Gesundheitseinrichtungen Informationsbroschüren zur Verfügung, wie z. B. den „Leitfaden des Landes Baden-Württemberg zur hygienischen Aufbereitung von Medizinprodukten“ (www.rp-freiburg.de). Der genannte Leitfaden spiegelt die Erfahrungen der bisher in Baden-Württemberg stattgefundenen Begehungen wider und greift die am häufigsten vorgefundenen Mängel in Form von Leitsätzen auf.

Tendenz zur Zentralisierung der Aufbereitung

Sterilisatoren zur Aufbereitung von Medizinprodukten sind in den meisten deutschen Krankenhäusern nur noch in der zentralen Aufbereitungseinheit für Medizinprodukte (AEMP) anzutreffen. Um bei wirtschaftlichem Einsatz der Ressourcen die hohen Anforderungen an die Personalqualifikation, die Aufbereitungsgeräte und die Räume erfüllen zu können, wurde die Sterilgutaufbereitung innerhalb der Häuser oder auch standortübergreifend zentra-

lisiert. Die AEMP ist ein Schwerpunkt unserer Begehungen (Abb. 2).

Im Krankenhaus wird jedoch nicht nur Sterilgut aufbereitet. Im Gegensatz zu den Operationsinstrumenten muss ein relevanter Anteil der aufbereiteten Medizinprodukte nicht zwingend steril, sondern nur keimarm zur Anwendung kommen. Die Aufbereitung dieser Medizinprodukte erfolgt teilweise dezentral in den Ambulanzen, in den Funktionsbereichen oder auf den Stationen. Sofern dort mit Bürsten und Desinfektionswannen gearbeitet wird, sollte kritisch hinterfragt werden, ob die räumlichen Anforderungen an die Aufbereitung erfüllt werden. In vielen Fällen können die Aufgaben von der AEMP übernommen werden. Wenn in der OP-Ausleitung die Laryngoskope

oder Teile der Anästhesieeinheiten, in der HNO-Ambulanz die starren Optiken, in der Kardiologie die TEE-Sonde, in der Gynäkologie oder Urologie der Schussapparat für die Stanzbiopsie oder in den Pflegearbeitsräumen die Stationsinstrumente gebürstet und in Wannen eingelegt werden, dann scheidet die ordnungsgemäße Aufbereitung manchmal schon am fehlenden Aufbereitungsbereich mit Zonentrennung unrein – rein oder an der Verfügbarkeit separater Waschbecken zur Aufbereitung. Die hygienischen Handwaschplätze dürfen nicht als Aufbereitungsbecken eingesetzt werden.

Sonderstellung flexibler Endoskope

Die Aufbereitung flexibler Endoskope, ein weiterer Schwerpunkt der behördlichen Begehungen, findet in der Regel in dedizierten Aufbereitungsräumen von endoskopisch tätigen Abteilungen statt (Gastroenterologie, Urologie, Pulmologie, Anästhesie, HNO). Das Personal vor Ort ist mit diesen besonderen Medizinprodukten bereits vertraut. Die für die Aufbereitung erforderlichen Kenntnisse müssen jedoch durch den Besuch speziell auf die Endoskopie zu-

Termin:

Freiburger Infektiologie- und Hygienekongress

11. Oktober, 15:00–15:30 Uhr

Vortrag „Begehung von Klinik und Praxis: Wer will was wissen? – Das Regierungspräsidium“

www.bzh-freiburg.de

geschnittener Sachkundekurse ergänzt werden.

Zunehmend prüfen die Krankenhäuser eine Übernahme der Endoskop-Aufbereitung durch das Personal der AEMP. Eine Verlagerung in die Räume der AEMP lässt sich aufgrund des Platzbedarfs für die großen Reinigungsbecken und spezielle Reinigungs-Desinfektionsgeräte jedoch meist erst nach einer baulichen Veränderung realisieren. Als Alternative wird teilweise eine zentrale Aufbereitungseinheit für alle flexiblen Endoskope in räumlicher Nähe zur gastroenterologischen Endoskopie geschaffen. Dort arbeitet entweder Personal der Endoskopie oder Personal der AEMP. Die Zeit zwischen Anwendung und Aufbereitung ist möglichst gering zu halten, da sich in den Kanälen ansonsten Biofilm bilden kann und die Aufbereitungsverfahren in der Regel nicht im Hinblick auf die Entfernung von Biofilm validiert sind. Wird die Aufbereitung von AEMP-Personal vorgenommen, muss durch den Besuch geeigneter Fortbildungen eine Zusatzqualifikation zur Aufbereitung flexibler Endoskope erworben werden.

Aufbereitung im ganzen Haus

Steckbecken und Urinflaschen sind Medizinprodukte, die auf den Stationen maschinell gereinigt und desinfiziert werden. Diese Art der Aufbereitung wurde in der Vergangenheit manchmal nicht aus dem Blickwinkel des Medizinprodukterechts betrachtet. Auch hier müssen die Prozesse jedoch validiert und das Personal geschult werden.



Abb. 2: Bevor chirurgische Instrumente wieder zur Anwendung bereitgestellt werden können, sind im Rahmen der hygienischen Aufbereitung zahlreiche Schritte zu absolvieren.

Foto: N. Passoth

Die Aufbereitung von Medizinprodukten durch Wischdesinfektion betrifft fast alle Bereiche mit direktem Patientenkontakt. Der ärztliche Dienst ist z. B. bei der Aufbereitung des Stethoskops gefordert. Erwartet werden hier eine Wischdesinfektion nach jedem Patienten und eine regelmäßige gründliche Reinigung. Die Wischdesinfektion komplexer Medizinprodukte, wie z. B. dem Inkubator für Neugeborene, erfordert im Aufbereitungsbereich große Ablageflächen. Insbesondere wenn das Desinfektionsmittel nach dem Ablauf der Einwirkzeit wieder entfernt werden muss. Gegebenenfalls ist durch detaillierte Arbeitsanweisungen sowie regelmäßige Schulungen und Audits sicherzustellen, dass stets alle Oberflächen erfasst werden.

Die Desinfektion von Medizinprodukten mit Schleimhautkontakt, wie z. B. den transvaginalen oder den transrektalen Ultraschallsonden, muss auch bei der Verwendung von Überzügen ein spezielles Wirkspektrum aufweisen: bakterizid inkl. mykobakterizid, fungizid, viruzid. Ein unzureichendes Wirkspektrum bei der Desinfektion dieser Medizinprodukte ist leider ein häufig anzutreffender Mangel.

Aufgrund der Vielzahl unterschiedlicher Aufbereitungstätigkeiten im Krankenhaus ergeben sich oft auch Fragen zu den gesetzlichen Anforderungen. Die für das Krankenhaus zuständige Behörde steht hierzu gerne als Ansprechpartner zur Verfügung. ■■

<https://rp.baden-wuerttemberg.de/Themen/Gesundheit/Seiten/Medizinprodukte.aspx>

Aqua free

Ihr Spezialist für Wasserhygiene!

Erfahren Sie mehr unter www.aqua-free.com



Effektiver und präventiver Schutz vor Infektionen durch wasserassoziierte Keime



Germlyser HQ
Hahnfilter zum sofortigen Schutz vor Wasserkeimen



HygieneSiphon
für den Krankenhaus- und Pflegebereich



FLUSH 2.0
Das mobile Spülsystem

Aqua free GmbH | Winsbergring 31 • 22525 Hamburg, Germany • Tel.: + 49 (0)40 468 999 90 • E-Mail: info@aquafree.com

SCHÄDLINGE IM KRANKENHAUS

Kliniken sind für das Auftreten von Schädlingen geradezu prädestiniert. Um den Befall einzudämmen, gilt es, auslösende Faktoren zu analysieren wie auch eine sichere Schädlingsbestimmung und eine Bewertung durchzuführen.

Dipl.-Biol. Armin Schuster, Institut für Infektionsprävention und Krankenhaushygiene, Universitätsklinikum Freiburg

■ Diese Thematik fällt recht leicht zwischen organisatorische Zuständigkeiten, sollte aber geregelt sein. Zentrale Rolle spielt dabei die Krankenhaushygiene, die nicht nur auf mikrobiologische Probleme (Infektionsprävention) fixiert sein sollte. Typische zu integrierende Bereiche und deren Aufgaben sind in der Tabelle zusammengefasst.

Kliniken sind für das Auftreten von Schädlingen geradezu prädestiniert. Sie bieten ein ganzjährig hohes Wärmeangebot. Über Verbrauchsmaterialien, Lebensmittel, Patienten und deren Besucher können Schädlinge leicht eingeschleppt werden. Durch den Investitionsstau verursacht, schaffen Mängel der Wasser- und Abwasserinfrastruktur, der Gebäudehülle, der technischen Einbauten oder Geräte und viele andere Faktoren rasch gute Bedingungen für die Festsetzung und Ausbreitung

von Schädlingen. Zunächst ist eine grobe Gruppierung hilfreich.

Blutsaugende Parasiten, die nur den Menschen befallen

Hierunter fallen die klassischen Gesundheitsschädlinge. Vor allem sind dies Krätzmilben, Kopfläuse und zunehmend auch wieder Bettwanzen und sogar Kleiderläuse. Solche Parasiten werden von betroffenen Menschen eingetragen, und sie sind keine Anzeiger eines Hygienemangels. In der Regel sind Kliniken gut vorbereitet, um ggf. schnell geeignete Maßnahmen zu treffen. Auch das Robert Koch-Institut bietet auf seinen Seiten ausführliche Informationen.

Weitere Parasiten

Diese Parasiten können auch den Menschen befallen. Probleme gehen z. B. von Vogelnestern aus, Taubensitzplätzen oder sogar von der Vegetation. Dies können z. B. Milben sein, die in Gebäude eindringen. Die Entwicklung von Fliegenlarven (Maden) in Wunden oder an Schleimhäuten wird als Myiasis bezeichnet – gefährdet sind besonders sich nicht oder wenig bewegende Intensivpatienten. Dringen entsprechende Schmeißfliegen oder Buckelfliegen in solche Bereiche ein, so ist das Risiko einer gezielten Eiablage am Patienten sehr hoch.

Hygiene-, Lebensmittel-, Materialschädlinge

Mit diesen Begriffen werden Tiere bezeichnet, die keine Parasiten sind, die



Armin Schuster

sich aber in Gebäuden entwickeln und in unterschiedlicher Weise schädlich werden können. Probleme mit Schaben oder Nagern gehen vor allem von der Speiseversorgung aus oder von offenen Zugängen zur Kanalisation. Offene Lagerung von Lebensmitteln und Verschmutzungen in Stationsküchen, Sozialräumen oder Personalspinden verursachen vor allem Probleme mit der Kakaomotte. Ein besonderes Risiko stellt die Einschleppung invasiver Ameisenarten dar (Pharaoameise, Argentinische Ameise, Schwarzkopfameise). Alle Beobachtungen von Ameisen sollten rasch abgeklärt werden.

Zufallsgäste und Überwinterungsgäste

Dass viele der Patientenversorgung dienende Klinikbereiche nachts beleuchtet sind, Fenster offen stehen und keine Fliegengitter haben, führt häufig zu Problemen. Eindringende Tiere können sehr lästig oder gar gefährlich sein, aber keinen Befall etablieren. Teilweise kommt es zu massenhaftem Eindringen in Gebäude, insbesondere im Herbst bei der Suche nach Überwinterungsplätzen. Herbstinvasionen verursachen etwa der Asiatische Marienkäfer, die Wurmfliege oder die Halmfliege.

Bedeutung

Die meisten Schädlingsfälle in Krankenhäusern dürften auf technische

Probleme hinweisen, d. h., sie sind Anzeiger von trockengefallenen Abläufen (Böden, Waschbecken, Duschen usw.), undichten Installationen oder Gebäudehüllen. Oft reicht es hier aus, die Ursachen zu beseitigen, ohne dass eine Bekämpfung erforderlich ist.

Besonders bei Massenaufreten entstehen Verschmutzungen durch Kot, Urin oder tote Tiere. Auch Fraß kann Schäden an Gebäuden, Geräten, Medizinprodukten oder Lebensmitteln verursachen.

Eine Reihe von Tieren kann juckende oder schmerzende Stiche oder Bisse verursachen. Einige Tiere setzen Allergene frei, wobei Schabenallergene in Deutschland und die Allergene der Hausstaubmilben aufgrund der verwendeten Matratzen in Kliniken keine Rolle spielen.

Dass blutsaugende Parasiten aktiv oder mit z. B. Abfall oder Abwasser assoziierte Schädlinge in Kliniken passiv Infektionen verursachen, ist in unseren Breiten sehr unwahrscheinlich und bislang auch nicht beschrieben worden.

Individuell sehr unterschiedlich werden von Schädlingen Ekelgefühle oder Ängste ausgelöst, teilweise in extremer Ausprägung. Gegebenenfalls sollten sowohl Patienten als auch Mitarbeiter stets offen und sachlich über Probleme und deren Lösung informiert werden.

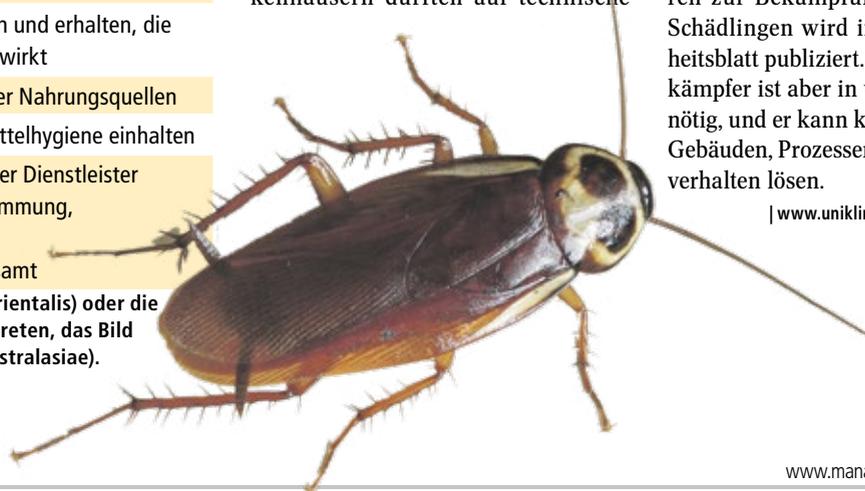
Grundsätzliche Maßnahmen zur Bekämpfung

An erster Stelle steht, dass Beobachtungen intern gemeldet und abgeklärt werden. Entscheidend ist, dass eine sichere Schädlingsbestimmung und eine Bewertung erfolgt. Im Zweifelsfall – und nach Infektionsschutzgesetz bei Läusen, Krätzmilben und Gesundheitsschädlingen auch verpflichtend – ist das Gesundheitsamt zu kontaktieren, das eine Bekämpfung auch anordnen kann. Ist eine Bekämpfung erforderlich, so sind ausgebildete und geprüfte Schädlingsbekämpfer zu beauftragen. Patienten, Personal oder Besucher dürfen durch Bekämpfungen nicht gefährdet werden. Eine Liste der geprüften und anerkannten Mittel und Verfahren zur Bekämpfung von tierischen Schädlingen wird im Bundesgesundheitsblatt publiziert. Ein Schädlingsbekämpfer ist aber in vielen Fällen nicht nötig, und er kann keine Probleme von Gebäuden, Prozessen oder Mitarbeiterverhalten lösen. ■■

| www.uniklinik-freiburg.de/iuk.html |

Bereich	Aufgaben
Krankenhaushygiene	Expertise, Empfehlung von angemessenen und wirksamen Maßnahmen
Alle Mitarbeiter	Meldung von Beobachtungen präventionsdienliches Verhalten
Gebäudereinigung	Beseitigung möglicher Nahrungsquellen
Patientenversorgung durch Pflege und Medizin	Maßnahmen bei Parasitenproblemen Kommunikation beim Auftreten von Problemen in Patientenbereichen
Technisches Gebäudemanagement	Infrastruktur schaffen und erhalten, die Problemen entgegenwirkt
Abfallentsorgung	Beseitigung möglicher Nahrungsquellen
Speiseversorgung	Regeln der Lebensmittelhygiene einhalten
Verantwortliche Stelle	Beauftragung externer Dienstleister (z. B. Schädlingsbestimmung, -bekämpfung) Kontakt Gesundheitsamt

In Kliniken können vor allem die Orientalische Schabe (*Blatta orientalis*) oder die Küchenschabe (*Blattella germanica*) als Hygieneschädlinge auftreten, das Bild zeigt die auffällig gefärbte Australische Schabe (*Periplaneta australasiae*).





Kongressbesucher des BZH können sich am Messestand des Hauptsponsors Dr. Schumacher GmbH über die drei Hygienelevel informieren.

40 JAHRE KOMPETENZ IN DESINFEKTION UND HYGIENE

Im Jubiläumsjahr feiert Dr. Schumacher 40 Jahre Erfahrung, Partnerschaft, kompetente Beratung und innovative Hygieneprodukte.

■ Im Rahmen des 28. Infektiologie- und Hygienekongress des Deutschen Beratungszentrums für Hygiene (BZH) in Freiburg vom 10. bis 12. Oktober 2018 stehen für den Hauptsponsor aktuelle Hygienetrends, Anforderungen und „Neue Aspekte der Hygiene“ im Fokus.

Neben Fachgesprächen am BZH-Messestand im Foyer lädt der Hygieneexperte Dr. Schumacher zum exklusiven Lunch-Symposium im Konferenzraum 9 des Freiburger Konzerthauses ein. Am 11. Oktober 2018 von 12.30 bis 13.45 Uhr werden unter der Leitung von Chairman Prof. Dr. Markus Dettenkofer, Radolfzell, drei hochkarätige Experten „Neue Aspekte der Hygiene“ wissenschaftlich und praxisnah beleuchten. Ein retrospektiver Blick auf das Einkaufsverhalten von Desinfektionsmitteln in medizinischen Einrichtungen trifft auf die prospektive Betrachtung der Wirksamkeitentwicklung gegenüber Sporen.

Unter dem Titel „Welche Sporenschutzmittel brauchen wir im klinischen Alltag?“ hinterfragt Dr. Sebastian Werner, Schwerin, diese Thematik. Der Vortrag von Dr. Jan Leuthold aus Potsdam beleuchtet die Anforderungen in der Desinfektionsmittelbeschaffung im Einkauf der Hygieneverantwortlichen. Ist die Devise „Hauptsache billig“ noch zeitgemäß? Prof. Dr. Günter Kampf wird in seinem Vortrag Nutzen und Risiken permanenter Wirkstoffe in Händedesinfektionsmitteln kritisch gegenüberstellen. Zahlreiche wichtige Anregungen für den Berufsalltag von Hygieneverantwortlichen sind garantiert. Da die Teilnehmerzahl dieser Vortragsreihe limitiert ist, werden Interessierte gebeten, sich eine Eintrittskarte am Dr. Schumacher Messestand zeitnah zu sichern.

Hier präsentiert der Hauptsponsor auch sein anwenderfreundliches Orientierungssystem für Desinfektion und Hygiene. Die Dr. Schumacher Hygienelevel Prevent::Preserve::Protect bieten Einfachheit in der Anwendung, Transparenz, Sicherheit und Systematik für sämtliche Hygienemaßnahmen.

■ Prevent Level: Präventive Desinfektionsmaßnahmen verhindern eine Ausbreitung von Krankheitserregern in allgemeinen Bereichen wie Wartezimmern, Fluren oder Büros.

■ Preserve Level: In den stationären und ambulanten Behandlungsbereichen steigt das Infektionsrisiko durch vielfältige Einflüsse. Geeignete Desinfektionsmaßnahmen mit erhöhten Anforderungen an die Wirksamkeit bewahren Patienten und Personal vor weiteren negativen Einflüssen.

■ Protect Level: In isolierten Bereichen medizinischer Einrichtungen sowie in Ausbruchssituationen liegt der Fokus der Hygiene auf der maximalen Wirksamkeit gemäß der Anforderungen in Hochrisikobereichen.

Durch die farbliche Kennzeichnung des Etiketts sind die Produkte schnell den einzelnen Leveln zuzuordnen und daher intuitiv in der Anwendung. Insbesondere in der täglichen Routine reduziert das Konzept die Komplexität und bietet dem Anwender mehr Zeit für den Blick auf das Wesentliche – die Gesundheit des Patienten. Der aus hygienischer Sicht positive Trend zu gebrauchsfertigen Desinfektionstüchern hat die Compliance der Flächendesinfektion bereits maßgeblich gesteigert. Andererseits stellt die daraus resultierende Produktvielfalt den Anwender vor die Herausforderung der passenden Produktauswahl. Auch hier bietet das Konzept dem Anwender die Möglichkeit, die geforderte Wirksamkeit mit anwenderorientierten und wirtschaftlichen Aspekten zu kombinieren.

Ein Meisterstück der Produktentwicklung sind die im Preserve Level eingeordneten Descosept-Sensitive-Wipes-Schnelldesinfektionstücher zur materialschonenden und streifenfreien Anwendung von empfindlichen Oberflächen. Als Tuchapplikation im praktischen, wiederverschließbaren Flowpack sind sie einfach, zeitsparend und wirtschaftlich anzuwenden und mit Ihrem Wirkspektrum optimal auf den patientennahen Bereich abgestimmt. Durch die umfassende und schnelle Wirksamkeit gegenüber den bereichsbezogenen Erregern (begrenzt viruzid plus und wirksam gegen Rota- und Noroviren) sind die Schnelldesinfektionstücher hervorragend geeignet für den zuverlässigen Einsatz am Point of Care – mit 100 Tüchern gibt es nun noch mehr Packungsinhalt und damit mehr Anwendung.

| www.schumacher-online.com |

Termin:

Freiburger Infektiologie- und Hygienekongress
Lunch-Symposium Dr. Schumacher
„Neue Aspekte der Hygiene“
11. Oktober, 12:30–13:45 Uhr,
Konferenzraum 9
www.bzh-freiburg.de

40 JAHRE GESUNDHEITS- UND BILDUNGSPOLITISCHES ENGAGEMENT FÜR DIE HYGIENE

Die Vereinigung der Hygienefachkräfte der Bundesrepublik Deutschland (VHD) wurde 1978 gegründet und setzt sich berufspolitisch für eine fundierte und nach definierten Kriterien bundesweit einheitliche Ausbildung von Hygienefachkräften und Hygienebeauftragten in der Pflege ein.

Karl-Heinz Stegemann, Vorsitzender der Vereinigung der Hygienefachkräfte der Bundesrepublik Deutschland, Georgsmarienhütte

■ Mit der Weiterentwicklung der medizinischen Möglichkeiten nahmen und nehmen die Anforderungen an eine adäquate Hygiene zu. In der Mitte des letzten Jahrhunderts wurden zunächst im Ausland sogenannte Infection nurses eingesetzt, welche die Handlungsabläufe vor Ort beobachteten und daraus Handlungsanweisungen ableiteten. Zur Qualifikation wurden entsprechende Fortbildungskurse angeboten.

Verschiedene Zwischenfälle, deren Ursachen in einer nicht korrekt durchgeführten Hygiene im Umgang mit Patienten zu suchen waren, veranlassten den Gesetzgeber 1976 dazu, eine Kommission zur Regelung von Hygiene- und Infektionspräventionsmaßnahmen zu schaffen. Der Begriff „Hygienefachkraft“ wurde erstmals genannt mit der Maßgabe, in den Krankenhäusern Pflegekräfte im Bereich der Hygiene speziell zu schulen.

Zuverlässige, zielorientierte und praxisbewährte Fortbildung

Das Landesgesundheitsamt Stuttgart unter der Leitung von Prof. Dr. Walter Steuer begann 1977 mit der Fortbildung von Pflegekräften zu Hygienefachkräften. Die Fortbildung war zu diesem Zeitpunkt noch nicht staatlich anerkannt und umfasste 130–150 Std. Theorie sowie sechs Wochen Praktikum. Dieser erste Lehrgang im Jahre 1977 bildete den Grundstein für eine zuverlässige, zielorientierte und praxisbewährte



VHD-Mitglieder feiern beim Jahreskongress der DGKH. Foto: VHD

Fortbildung zur Hygienefachkraft. Die Teilnehmer des ersten Kurses gründeten im Oktober 1978 in Bad Boll die Vereinigung der Hygienefachkräfte mit dem Ziel, sich regelmäßig zum Erfahrungsaustausch zu treffen, sich bei der Durchführung der neuen Aufgaben zu unterstützen und das neue Berufsbild zu etablieren.

Die VHD steht allen Hygieneverantwortlichen offen

Im Laufe der nächsten Jahre entstanden neue Fortbildungsstätten, und die Gruppe der Hygienefachkräfte wuchs konstant. Am 25. Mai 1981 erfolgte dann die Eintragung in das Vereinsregister Essen VR 2668 unter der offiziellen Bezeichnung „Vereinigung der Hygienefachkräfte der Bundesrepublik Deutschland e. V. (VHD)“.

Die Anforderungen an die Tätigkeiten zeigten schon bald, dass eine fundierte Weiterbildung notwendig war, und so wurde 1992 in Niedersachsen unter Beteiligung der VDH die erste staatlich anerkannte Fachweiterbildung eingeführt und begonnen.

Derzeit sind 620 Hygienefachkräfte und medizinische Heil- und Hilfsberufler, z. B. Hygienebeauftragte in der Pflege, Mikrobiologen und Hygienetechniker, durch ihre Mitgliedschaft in der VHD berufspolitisch organisiert.

Aktiv in wissenschaftlichen Gremien

Die VHD wirkt in verschiedenen krankenhausesrelevanten Gremien wie beispielsweise im wissenschaftlichen Beirat der Kampagne „Aktion saubere Hände“ mit. Bei der Berufung von Mitgliedern in die KRINKO beim Robert Koch-Institut (RKI) kann die VHD Hygienefachkräfte vorschlagen. Auch wird die VHD zu jeder neuen RKI-Richtlinie angehört.

Durch diese Mitgliedschaften und Aktivitäten ist es möglich, direkten

Einfluss zu nehmen auf die Inhalte der Richtlinien, Leitlinien und Empfehlungen, welche auf Bundesebene eine bedeutende Rolle im Rahmen der Prävention nosokomialer Infektionen spielen.

Ein weiterer Schwerpunkt der VHD ist die berufspolitische sowie fachliche Unterstützung aller in der Praxis tätigen Kollegen. Insbesondere erwähnt werden muss hier die Checkliste zur Durchführung hygienerelevanter Umgebungsuntersuchungen, welche im August 2018 neu aufgelegt wird und dann als Orientierungshilfe für die Durchführung der gesetzlich vorgeschriebenen Umgebungsuntersuchungen der Basis zur Verfügung steht.

HFK und HygiMa – qualifizierte Weiterbildungen setzen sich durch

Ein weiterer Schwerpunkt der VHD ist die Aus-, Fort- und Weiterbildung. Ein von der VHD entwickeltes Curriculum für die theoretische und praktische Weiterbildung zur Hygienefachkraft findet bundesweit Anerkennung und Beachtung. Viele staatlich anerkannte Ausbildungsstätten nutzen das Curriculum im Rahmen der Weiterbildung zur Hygienefachkraft deutschlandweit.

Für die inhaltlichen Strukturen der Fortbildungen „Hygienebeauftragte in der Pflege“ und „Hygienebeauftragte in der Arztpraxis“ hat die VHD ebenfalls ein Curriculum entwickelt. Einrichtungen, welche nach diesen beiden Curricula fortbilden, können ein Qualitätssiegel der VHD für ihre Fortbildung beantragen.

Im Jahre 2015 hat sich die VHD den Namensschutz der Bezeichnungen HFK (Hygienefachkraft) und HygiMa (Hygienemanager) durch das Bundespatentamt sichern lassen. Hygienefachkräfte und Hygienemanager, die nachweisen können, dass ihre Weiterbildung bzw. ihr Studiengang den zum Zeitpunkt der Prüfung geltenden Rechtsvorgaben und den von der VHD verabschie-

deten Mindestanforderungen an eine qualifizierte Weiterbildung bzw. einem Studium entspricht, können auf Antrag die Lizenz zur Nutzung der Bezeichnungen HFK und HygiMa erhalten.

Interdisziplinäre Vernetzung und qualifizierte Fachkräfte

Auch auf Landesebene ist die VHD aktiv. Besonders zu erwähnen sind hier die Mitgliedschaften in verschiedenen Landespflegeräten. Derzeit wird über eine Mitgliedschaft in den bereits aktiven Landespflegekammern beraten und diskutiert.

Noch nie hat sich das Wissen in der Hygiene und Infektionsprävention so rasant entwickelt wie derzeit. Gleichzeitig herrscht ein großer Fachkräftemangel im Gesundheitswesen, und die Arbeitszeit der Beschäftigten wird immer kostbarer. Um dieses Spannungsfeld zu überwinden, bedarf es moderner Ansätze bei der Entwicklung und Gestaltung von geeigneten Präventionsmaßnahmen.

Die VHD bietet mit der Teilnahme am Kongress der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH), dem Ulmer Symposium Krankenhaushygiene sowie einer regelmäßigen Teilnahme an Pflegekongressen und Hygienetagen eine Vielzahl von Möglichkeiten, sich mit anderen Beschäftigten aus dem Gesundheitswesen zu vernetzen und das hohe Ziel der Hygiene – Krankheiten zu verhüten und Gesundheit zu fördern – aktiv mitzugestalten.

Denn: Nur geschulte Fachkräfte sind in der Lage, die Anforderungen einer modernen Hygiene und Infektionsprävention zu erfüllen und diese weiterzuentwickeln! ■■

| www.die-vhd.de |

WIE STANDARDISIERTE PROZESSE DEN **INFEKTIONSSCHUTZ** VERBESSERN

Die Implementierung evidenzbasierter Hygienemaßnahmen ist eine tägliche Herausforderung.

Optimale Standardarbeitsprozesse spielen eine Schlüsselrolle bei der erfolgreichen Umsetzung evidenzbasierter Hygienemaßnahmen, wie im Rahmen eines Lunch-Symposiums auf dem Freiburger Infektiologie- und Hygienekongress mit Beispielen aus verschiedenen Fachdisziplinen, der transsektoralen Patientenversorgung und der Wundversorgung gezeigt wird.

Dass viele Menschen trotz besseren Wissens ihr Verhalten nicht ändern, ist ein weitverbreitetes Phänomen. Das gilt auch in der Infektionsprävention. Obwohl die hygienische Händedesinfektion oder eine rationale Antibiotikatherapie bekannte und akzeptierte Maßnahmen sind, unterbleibt vielfach die Umsetzung in der täglichen Praxis. Hier können optimierte Prozesse dem Robert Koch-Institut (RKI) zufolge eine Schlüsselfunktion einnehmen (Händehygiene in Einrichtungen des Gesundheitswesens. Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim RKI, Bundesgesundheitsbl 2016, 59:1189-1220).

Automatisch, praktisch, gut

Mit optimalen Workflows lassen sich evidenzbasierte Maßnahmen einfacher etablieren. Standardisierte Verfahren ermöglichen mit ihrer Wiederholbarkeit eine sehr gute Kontrolle, denn jeder kann die eigenen Handlungen und die der anderen nachvollziehen. Weiterer Pluspunkt: Häufig wiederholte Handlungen senken die Fehlerwahrscheinlichkeit menschlichen Handelns. Auch tritt an die Stelle mühsamer, kontinuierlicher Aufmerksamkeit ein automatisiertes Verfahren, das alle Beteiligten kennen und langwierige Abstimmungsprozesse unnötig macht.

So weit die Theorie. Dass Prozessoptimierung in der Patientenversorgung die Compliance bei der Händehygiene tatsächlich nachhaltig verbessert – im besten Fall ohne zusätzliche Ressourcen zu beanspruchen –, zeigen im Rahmen des Lunch-Symposiums auf dem Freiburger Infektiologie- und Hygienekongress aktuelle Beispiele aus



Die Festlegung und Schulung ganzer Workflows in Kombination mit Checklisten und vorsortierten Sets vereinfacht die Einhaltung von Hygienestandards.

der Hämodialyse, der Notaufnahme und dem OP. Die Veränderung ganzer Vorgehensweisen wirkt sich nicht nur nachhaltig auf die Händehygiene aus, sondern bietet auch bei anderen infektionspräventiven Maßnahmen erhebliche Vorteile, beispielsweise der Antibiotikagabe. Fehler beim Antibiotikamanagement liegen meist in einer zu häufigen Gabe oder einer Erregerunspezifischen Auswahl der Wirkstoffe. Eine aktuelle Studie zeigt, dass bereits einfache Prozesse den Anteil adäquater Antibiotikagaben signifikant steigern können.

Hygiene ohne Mauern

Gerade an den Schnittstellen, beispielsweise bei der Überleitung von Patienten von der ambulanten Einrichtung in die Klinik oder umge-

kehrt, treten Probleme bei der Einhaltung evidenzbasierter Maßnahmen auf. Die Ursachen liegen häufig in einer ungenügenden Kommunikation und damit einer mangelnden Information der beteiligten Einrichtungen. Das Klinikum Heidenheim zeigt, wie nachhaltig Patienten und Gesundheitseinrichtungen profitieren, wenn alle Beteiligten buchstäblich über den Tellerrand bzw. ihre Mauern blicken. Mit langjährig gewachsenen und stetig optimierten Prozessen bei der transsektoralen Versorgung gelingt es dem Klinikum, einen geschlossenen Informationskreislauf zu etablieren und damit die Verbreitung von Keimen zu reduzieren. Die Patienten werden vor der Aufnahme, während des Aufenthalts und nach der Entlassung optimal gemonitort. Essenzielle Bestandteile des Heidenheimer Konzepts sind

ein aktives MRE-Netzwerk, eine technologisch anspruchsvolle PCR-Technologie, ein umfangreiches Link-Nurse-Konzept und ein strukturiertes Entlassungsmanagement.

Ganzheitlicher Infektionsschutz

Wer die Hygienequalität der Patientenversorgung erhöhen will, muss ganzheitlich denken. Pflegetätigkeiten bestehen aus vielen Einzelschritten, in denen infektionskritische Situationen auftreten können. Damit Mitarbeiter die Infektionsprävention vor lauter Komplexität nicht aus den Augen verlieren, ist die Festlegung und Schulung ganzer Workflows hilfreich. In Sets vorsortierte Arbeitsmaterialien beugen zudem Unterbrechungen vor – eine potentielle Ursache von Hygienefehlern.

Speziell für Tätigkeiten, die in Zusammenhang mit nosokomialen Infektionen stehen, hat Hartmann ein ganzheitliches Konzept mit optimierten Arbeitsprozessen, digitalen E-Learning-Angeboten und vorsortierten Sets entwickelt, das die Hygienequalität pflegerischer Tätigkeiten erhöht und zum besseren Infektionsschutz beiträgt.

[| https://hartmann.info/de-de |](https://hartmann.info/de-de)

Termin:

Freiburger Infektiologie- und Hygienekongress
Lunchsymposium Paul Hartmann AG
„**Alles im Griff – Wie standardisierte Prozesse den Infektionsschutz verbessern**“

10. Oktober, 12:15–13:30 Uhr,
Konferenzraum 2-4

Vorträge „**Prozessoptimierung als Schlüssel für Infektionsprävention und Infektiologie**“,
Prof. Dr. Simone Scheithauer,
Universitätsmedizin Göttingen

„**Bei der Hygiene über den Tellerrand schauen: Neue Konzepte für die transsektorale Versorgung**“,
Hans Eberhardt,
Klinikum Heidenheim

„**Ganzheitliche Prävention: Mit optimierten Arbeitsprozessen und vorsortierten Sets zu mehr Patientensicherheit**“,
Dr. Carolin Bürck,
Bode Science Center.

Jan Zeuke, Paul Hartmann AG

INFEKTIOLOGISCHE MITBETREUUNG REDUZIERT STERBLICHKEIT

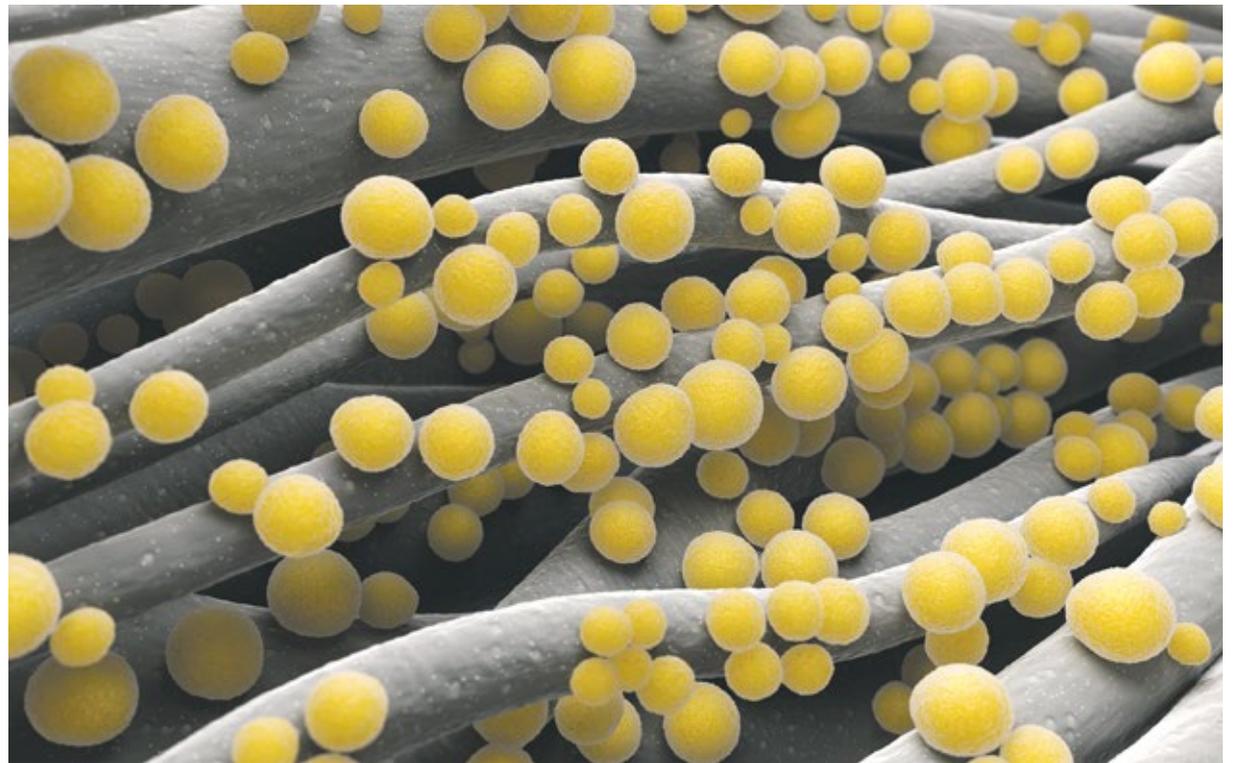
Die *S. aureus* Bakteriämie ist eine schwere Infektionserkrankung mit einer Sterblichkeit von bis zu 30 %. Eine Studie zeigt, dass eine infektiologische Mitbetreuung die Sterblichkeit um die Hälfte reduzieren kann.

Dr. Stefan Hagel, Prof. Dr. Mathias Pletz,
Institut für Infektionsmedizin und Kranken-
haushygiene, Universitätsklinikum Jena

■ Staphylococcus aureus ist nach *E. coli* der zweithäufigste Erreger von ambulant erworbenen und nosokomialen Blutstrominfektionen (= *S. aureus* - Blutstrominfektion (SAB)). Die Inzidenz beträgt 22-32 Fälle/100.000 Einwohner pro Jahr. Ein Risikofaktor für die Entstehung einer SAB ist die Kolonisation mit dem Erreger (Nasenvorhof, Haut), die bei ca. 20 % der Bevölkerung vorliegt. Weitere Risikofaktoren sind vor allem intravasculäre Katheter, Haut- und Weichteilinfektionen, postoperative Wundinfektionen, i.v. Drogenabusus, Immunsuppression und Lebererkrankungen. Insbesondere nosokomiale Gefäßkatheter-assoziierte *S.aureus* - Blutstrominfektionen stellen aufgrund der häufigen Verwendung peripherer und zentraler intravasculärer Katheter ein zunehmendes Problem dar.

Jeder vierte Patient verstirbt an der Infektion

Die SAB umfasst ein Spektrum von blande verlaufenden, unkomplizierten Infektionen bis hin zu schweren komplikationsträchtigen Verläufen. Die Krankenhaussterblichkeit von Patienten mit einer SAB ist hoch und liegt bei bis zu 25-30 %. Zu den Komplikationen, die im frühen Krankheitsverlauf auftreten zählen der septische Schock, die kontinuierliche Ausbreitung der Infektion über den primären Infektionsherd hinaus oder frühe metastatische Absiedelungen (z.B. Lungen- oder Hirnabszess). Sie liegen bereits bei Diagnose vor oder treten innerhalb weniger Tage nach Beginn der SAB auf. Darüber hinaus kommt es bei bis zu 15 % der Patienten nach mehreren Wochen bis Monaten zu Spätkomplikationen, wie



©Tatiana Shepeleva - stock.adobe.com

z.B. Spondylodiszitis, (Schrittmacher-) Endokarditis oder periprothetische Gelenkinfektion. Bei nahezu jedem dritten Patienten resultiert eine SAB in einer sekundären Infektion implantierter Fremdkörper. Aufgrund des häufig komplikationsträchtigen Verlaufes und der hohen Sterblichkeit unterscheidet sich das klinische Management einer SAB maßgeblich von Bakteriämien durch andere Erreger.

Mitbetreuung durch Infektiologen halbiert die Sterblichkeit

■ Mehrere Studien konnten zeigen, dass die Behandlungsqualität der Patienten mit einer *S. aureus* - Blutstrominfektion durch den Einbezug eines klinischen Infektiologen erhöht wird. Neben der optimierten, hochdosierten antibiotischen Therapie, stellen eine adäquate Therapiedauer, die Fokussuche und Fokussanierung sowie die Abnahme von Folgeblutkulturen wichtige Maßnahmen im Management der SAB dar (Box 1). Eine 2016 von Vogel et al. im Journal of Infection publizierte Metaanalyse von 18 Studien mit 5.337 Patienten konnte zeigen, dass durch die Adhärenz an diese Indikatoren die 30-Tage Sterblichkeit mehr als halbiert werden konnte (12,4 % vs. 26,1 %). Dieses gesicherte Erkenntnis steht in Kontrast zur derzeitigen Versorgungsrealität, die durch einen Mangel adäquat ausgebildeter Infektiologen gekennzeichnet ist. Inwiefern eine telefonische Mitbetreuung von

Patienten mit einer SAB ebenfalls das Therapieergebnis verbessert, wird aktuell durch die BMBF geförderte thüringenweite „Studie zum Nutzen eines landesweiten Beratungsprogramms zur Verbesserung der Ergebnisse bei Patienten mit Staphylococcus aureus Bakteriämie (SUPPORT)“ (DKRS 00010135) untersucht.

Qualitätsindikatoren

- Abnahme von Kontrollblutkulturen an Tag 2-4 nach Beginn der empirischen Antibiotikatherapie
- Antimikrobielle intravenöse Therapie über mindestens 14 Tage mit Flucloxacillin oder Cefazolin bei Methicillin-sensiblen Staphylococcus aureus (MSSA) und Vancomycin, Daptomycin (nicht bei pulmonalem Fokus) oder Teicoplanin bei Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus (MRSA)
- Durchführung einer transösophageale Echokardiographie (TEE) zum Ausschluss einer Endokarditis
- Entfernung von infizierten Fremdkörpern innerhalb von 72 Stunden

Management von Patienten mit *S. aureus* - Blutstrominfektion

Nach einem Beschluss durch die Klinikdirektorenkonferenz erfolgt seit Mai 2014 am Universitätsklinikum Jena eine automatische Mitbetreuung aller Patienten mit einer *S. aureus* Blutstrominfektion durch das Institut für Infektionsmedizin und Krankenhaus-

hygiene. Durch die regelhafte infektiologische Mitbetreuung, der jährlich etwa 250 Patienten, konnte die Krankenhaussterblichkeit signifikant von 23 % auf 11 % halbiert werden. Auch nach Kontrolle für mögliche beeinflussende Faktoren wie Alter, Multimorbidität und Krankheitschwere blieb das infektiologische Konsil ein signifikanter Prädiktor für Überleben. Die Number Needed to Treat, also die Anzahl der Patienten, die eine infektiologische Mitbetreuung erhalten müssen, um einen Todesfall zu verhindern, beträgt lediglich neun. Aufgrund dieser positiven Entwicklung werden seit Beginn dieses Jahres zusätzlich alle Patienten mit einer Candida-Blutstrominfektion, die ebenfalls mit einer hohen Sterblichkeit und Komplikationsrate einhergeht, automatisch mitbetreut.

Fazit: Die *S. aureus* Blutstrominfektion ist mit einer hohen Inzidenz und Sterblichkeit assoziiert und kann keinem Organ-bezogenen Fachgebiet zugeordnet werden. Eine infektiologische Mitbetreuung kann die Sterblichkeit halbieren und sekundäre Komplikationen reduzieren. Daher zeigt dieses Krankheitsbild exemplarisch, welchen Beitrag ein infektiologischer, abteilungsübergreifender Konsildienst, der an größeren Häusern vorgehalten oder implementiert werden sollte, zur Patientensicherheit leisten kann. ■■

| www.uniklinikum-jena.de |

„SPENDER-HYGIENE“ MIT AUSSENWIRKUNG

❑ Voilà: ein Händedesinfektions-Spender. Unterm Gehäuse muss bei ihm nichts aufbereitet werden – weder thermisch noch chemisch. Und die Anwendung bleibt sicher. Wie sehr es doch auf innere Werte ankommt!

Was erfordert hygienische Händedesinfektion? Wie kann sie sicher gelingen? Die Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) zeigen: Hier wirken viele Faktoren zusammen. Denn jede Kette ist nie stärker als ihr schwächstes Glied.

Und Angriffspunkte gibt es zahlreiche. Schon deshalb, weil praktisch alles verkeimen kann – auch der Spender an sich: innen wie außen. Deshalb gilt es den Spender für gewöhnlich thermisch oder chemisch aufzubereiten – damit Mikroorganismen sich nicht vermehren.

Hagleitner ist hier eine technische Innovation gelungen: Dank ihr reduziert sich jene „Spender-Hygiene“ rein auf die Außenflächen, sprich innen muss das Gerät überhaupt nicht mehr aufbereitet werden. Nun liegt hierzu auch eine Fallstudie der Medizinischen Universität Innsbruck vor (Sektion für Hygiene und medizinische Mikrobi-



XIBU senseDISINFECT Spendersystem

logie). Sie bestätigt ein unabhängiges Prüfgutachten aus 2015 (wo der Spender an der Düse künstlich kontaminiert wurde – um die Auswirkungen auf den Systemkreislauf zu untersuchen).

Für das Unternehmen Grund genug, die Sache auf den Freiburger Infektologie- und Hygienekongress 2018 zu bringen – mit einem eigenen Fachvor-

trag. Dr. Arno Sorger vom W.-H.-U.-Lab (Labor für Wasser, Hygiene und Umwelt) wird spannende Einblicke geben: in eine Spender-Technologie, die Händehygiene von Grund auf verändert.❑

| www.hagleitner.com/de |

Termin:

Freiburger Infektologie- und Hygienekongress

Lunchsymposium Hagleitner GmbH

„Thema“

10. Oktober, 12:15–13:30 Uhr,

Konferenzraum 5–7

(Konzerthaus, 2. OG)

Vorträge

„Aufbereitung von Flüssigspendern: Muss das sein? Händedesinfektions-Spender von Hagleitner als sichere Alternative zu herkömmlichen Systemen oder Einmalpumpen“,

Referent: Dr. Arno Sorger vom W.-H.-U.-Lab in Bischofshofen/Österreich (Labor für Wasser, Hygiene und Umwelt),

„Projekt: Mehrwert Händehygiene. Implementierung des digitalen Monitoring-Systems von Hagleitner. Tipps aus der Praxis.“,

Referentin: Iris Hermes, leitende Hygienefachkraft am Brüderkrankenhaus St. Josef Paderborn

DRK KLINIKEN BERLIN ERHALTEN MRE-SIEGEL

❑ Das Siegelgremium der Arbeitsgemeinschaft (AG) Krankenhaushygiene den DRK Kliniken Berlin hat als erstem Klinikverbund in der Bundeshauptstadt das MRE-Siegel verliehen.

Neben der Senatorin für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, Dilek Kolat, nahmen weitere Gäste aus Politik und Hygienefachkreisen der Verleihung in den DRK Kliniken Berlin, Westend teil.

Das MRE-Siegel wird an Krankenhäuser und stationäre Einrichtungen vergeben, die durch qualitätssichernde Maßnahmen zur Prävention und Bekämpfung von MRE (Multiresistente Erreger) beitragen und damit die Sicherheit für ihre Patienten erhöhen. Zu den Qualitätskriterien, die im Rahmen der Siegelvergabe bewertet werden, zählen insbesondere eine ausreichende Anzahl von Hygienefachpersonal und regelmäßige Präventions- und Schulungsmaßnahmen.

„Unser Ziel ist es, uns auch über die gesetzlichen Vorschriften hinaus für ein hohes Qualitätsniveau im Bereich der Krankenhaushygiene zu engagieren“, so Frau Dr. Nicoletta Wischniewski, die stellvertretend für die AG Krankenhaushygiene das Siegel an die DRK

Kliniken Berlin übergab. „Über den außergewöhnlichen Einsatz der DRK Kliniken Berlin bei der Prävention und Bekämpfung von MRE freuen wir uns daher besonders. Es ist eine große Herausforderung, drei Krankenhäuser unter einem einheitlichen Hygieneregime zu vereinen.“

Ab dem Zeitpunkt der Antragsstellung ist das MRE-Siegel für einen Zeitraum von zwei Jahren gültig. Danach muss das Siegel neu beantragt werden, wobei jedes Krankenhaus abermals hinsichtlich der Einhaltung der Qualitätskriterien überprüft wird.

Auch Gesundheitsministerin Dilek Kolat betonte, dass die DRK Kliniken Berlin mit der Entgegennahme des Sie-

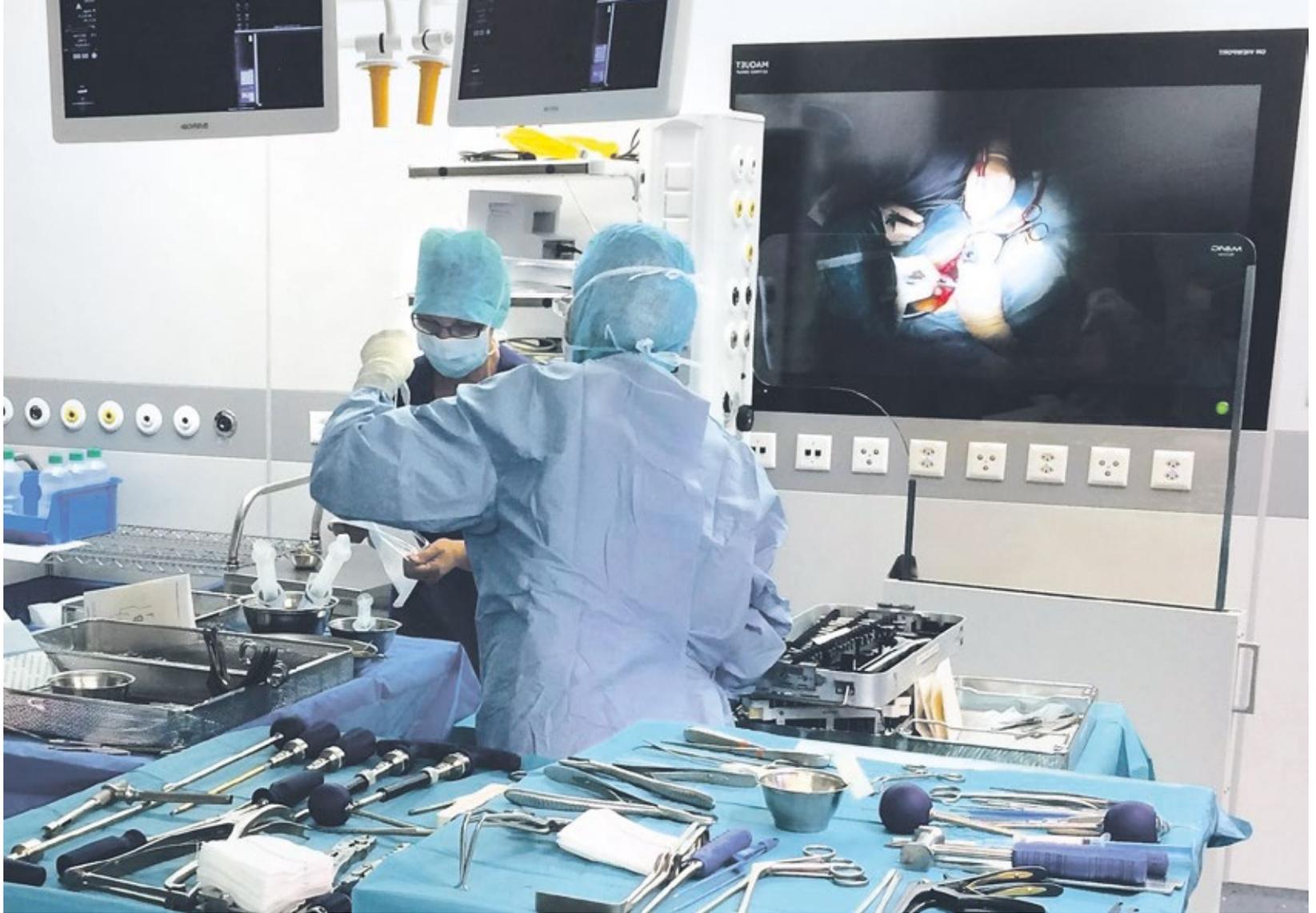


gels ein bedeutendes Zeichen für die Berliner Gesundheitslandschaft setzen. „Die Bekämpfung von Krankenhausinfektionen und hier vor allem von antibiotikaresistenten Keimen steht weit oben auf meiner gesundheitspolitischen Agenda. Dazu werde ich demnächst einen Aktionsplan für ganz Berlin vorlegen. Wir brauchen bei unserem Kampf solche Verbündeten wie die DRK-Kliniken, die auf diesem Gebiet nachgewiesen exzellente Arbeit leisten.“

Einer der bekanntesten MREs in Deutschland ist der Methicillin-resistente Staphylococcus aureus (MRSA). Es kann unter bestimmten Umständen zu tiefgehenden, eitrigen Entzündungen, Blutvergiftungen oder anderen schweren Infektionen führen. Gesundheitseinrichtungen sehen eine enorme Herausforderung für die Behandlung von Patienten, die Träger von MRE Bakterien sind. Aus diesem Grund enga-

gieren sich die DRK Kliniken Berlin auch über die Teilnahme am MRE-Siegelprogramm hinaus im Bereich der MRE-Prävention und Bekämpfung. So haben die DRK Kliniken Berlin unter der Leitung der Institute für Hygiene und Mikrobiologie im September 2017 als erster Klinikverbund in Berlin ein generelles MRSA-Screening eingeführt. Langfristig sollen so alle Patienten, die in den DRK Kliniken Berlin stationär aufgenommen werden, per Nasen-Rachenabstrich auf MRSA gescreent werden.

Darüber hinaus ermöglicht das Screening die prä-operative Diagnose und Behandlung von MRSA, wodurch das Risiko von Folgeinfektionen nach einer Operation erheblich minimiert wird. Gleichzeitig dient das MRSA-Screening dazu, langfristig die Fachkenntnis u.a. über Verbreitungsmuster des MRSA-Bakteriums zu erhöhen. Dadurch können die DRK Kliniken Berlin über das Krankenhaus hinaus einen Beitrag zur Gesundheit der Berliner Bevölkerung leisten und zur Entwicklung effizienter und zukunftsweisender Präventions- und Gegenmaßnahmen beitragen. ❑



Infektionsprävention im OP lässt sich durch bauliche Maßnahmen unterstützen.

FORM FOLLOWS FUNCTION: **BAUHAUS IM OP**

Starre Rituale, das Überklettern von Stangen in der Umkleidekabine und das Wuchten von Patienten über vermeintlich der Hygiene dienende Mäuerchen in der Schleuse haben ein Ende.

Priv.-Doz. Dr. Sebastian Schulz-Stübner,
Deutsches Beratungszentrum für Hygiene,
Freiburg

Zumindest wenn es nach den neuen Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut geht, die sich die Funktionalität auf die Fahnen zur Prävention postoperativer Wundinfektionen geschrieben hat. Nach Erscheinen der Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation WHO zur Prävention postoperativer Wundinfektionen 2016 und der Aktualisierung der Empfehlungen der Centers for Disease Control and

Prevention (CDC) 2017 hat nun die KRINKO 2018 ihre Empfehlungen ebenfalls aktualisiert.

Postoperative Wundinfektionen (engl. surgical site infections, SSI) gehören neben katheterassoziierten Harnwegsinfektionen und nosokomialen Atemwegsinfektionen zu den häufigsten nosokomialen Infektionen und verdienen daher eine besondere Aufmerksamkeit. Die KRINKO betont: „Ziel aller Hygienemaßnahmen bei invasiven Eingriffen/Operationen ist der Schutz von Patientinnen und Patienten sowie der Schutz von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern vor nosokomialen bzw. berufsbedingten Infektionen. Zu einem wirksamen Infektionsschutz tragen persönliche Verhaltensweisen, patientenbezogene spezifische Schutzmaßnahmen, betrieblich-organisatorische, bauliche und apparativ-technische Präventionsmaßnahmen bei. Deren wechselseitige Gewichtung wird wesentlich durch die medizinische Aufgabenstellung einer Operationsabteilung und die jeweiligen örtlichen Bedingungen und Abläufe bestimmt. Die vorliegende Empfehlung muss deshalb in Zusammenarbeit mit dem

Krankenhaushygieniker entsprechend den örtlichen Gegebenheiten und nach Risikoanalyse in detaillierte Ausführungspläne und Arbeitsanweisungen umgesetzt werden.“

Dies bedeutete eine Abkehr von starren baulich-technischen Vorgaben hin zu einem funktionellen, prozessorientierten Verständnis der Infektionsprävention. Entsprechend werden ältere Stellungnahmen und Empfehlungen [Anforderungen der Hygiene bei Operationen und anderen invasiven Eingriffen (2000), Prävention postoperativer Infektionen im Operationsgebiet (2007), Anforderungen der Hygiene beim ambulanten Operieren in Krankenhaus und Praxis (1997) und der Kommentar der KRINKO zur DIN 1946-4 (2008) (Epidem. Bulletin 4/2010)] explizit aufgehoben, was die Anwendung der neuen Empfehlungen erleichtert und ein gewisses Novum für die KRINKO darstellt.

Grundlegende bauliche Anforderungen

Die KRINKO macht keine festen Vorgaben für Flächengrößen, da der Flä-

chenbedarf je nach Art und Nutzung der OP-Abteilung sehr unterschiedlich sein kann (Krankenhaus der Maximalversorgung versus ambulant operierendes Zentrum oder Augenlaserzentrum) und gerade der Bedarf an Nebenräumen stark schwankt. Auch Förderrichtlinien, die nur bestimmte Quadratmeterflächen fordern und fördern, sollten entsprechend angepasst und geöffnet werden, um diese mehr funktionellen Aspekte zu berücksichtigen.

Der funktionell abgetrennte OP-Bereich enthält nach KRINKO:

- Einen oder mehrere Operationsräume mit je einem Operationstisch
- Fläche oder Raum für Narkoseeinleitung und Patientenvorbereitung
- Fläche oder Raum für Narkoseausleitung und unmittelbare Patientennachsorge
- Fläche oder Raum für Händedesinfektion
- Lagerräume für saubere Geräte, für Sterilgut und andere Vorräte
- Mitarbeiteraufenthaltsraum
- Raum für die Aufbereitung unreiner/benutzter Geräte (unreiner Arbeitsraum)

- Raum zur Lagerung von Reinigungsutensilien
- Schleusensysteme
- Personalschleuse
- Patientenübergaberaum bzw. -übergabefläche mit Bettenabstellplatz
- Übergaberaum für reine Güter
- Übergaberaum für unreine Güter
- Aufwachraum/-bereich
- Abstellplatz für OP-Tische
- Raum für Dokumentations- und Verwaltungsaufgaben
- Raum oder Fläche zur Händewaschung
- ggf. Vorbereitungsraum für Instrumentiertische
- ggf. Patientenumkleideraum,

wobei die Zusammenfassung von Räumen je nach funktioneller Notwendigkeit möglich ist.

„Aus der Trennung ‚reiner‘ und ‚unreiner‘ OP-Abteilungen ergibt sich kein eigener infektionspräventiver Effekt.“ Ob diese Feststellung der KRINKO die kostenintensiven und teilweise sogar organisatorisch kontraproduktiven Forderungen der Berufsgenossenschaften beeinflussen kann, bleibt fraglich. Die Kommission empfiehlt, in der Patientenübergabefläche den Patienten umzulagern, und zwar bevorzugt mittels Umbetthilfen. In unmittelbarer Nähe sollen ausreichend Warteplätze für Betten vorgehalten werden. Bei Opera-

tionsbetrieb für ambulante Patienten sind zusätzlich Patientenumkleiden vorzuhalten. Die Art der Umbetthilfe wird nicht beschrieben und kann mit Rollboards oder speziellen Umlagerungssystemen erfolgen. Bei der Gestaltung von Schleusen sollte darauf geachtet werden, dass diese (auch bei Stromausfall) leicht zu handhaben sind, die verwendeten Hilfsmittel leicht zu reinigen und zu desinfizieren sind und keine baulichen Hindernisse entstehen, die bei Notfällen eine zügige Einschleusung verhindern. Auch ein Umlagern im OP-Saal ist bei klinischer Notwendigkeit sicherlich statthaft.

Raumlufttechnische Anlagen

Die KRINKO schreibt: „Sofern die OP-Abteilung mit einer raumlufttechnischen Anlage ausgestattet ist, ist diese regelmäßig zu warten, dass sie dem technischen Standard entspricht. In die OP-Räume (und ggf. Vorbereitungsräume für das Herrichten von Instrumentiertischen) wird dreifach gefilterte Luft eingeleitet. Die OP-Säle haben eine Überdruckhaltung im Vergleich zu den Nebenräumen. Geräte mit eigenständigen Lüftungen (z.B. Hypothermiegeräte bei kardio-chirurgischen Operationen) so zu positionieren bzw. zu gestalten, dass von ihnen keine eigene Kontaminationsgefahr ausgeht.“

Die früher übliche Unterscheidung zwischen OP und Eingriffsraum hinsichtlich der Raumluftklasse entfällt. Stattdessen heißt es: „Operationen mit geringem SSI-Risiko können unter modifizierten räumlichen Bedingungen durchgeführt werden. Entscheidend für die Risikobewertung ist die Beurteilung des postoperativen Infektionsrisikos (soweit vorhanden anhand von Surveillancedaten) und der Bedeutung einer etwaigen SSI. Es wird empfohlen, dass das Risk Assessment für die Zuordnung anhand des geplanten OP-Spektrums gemeinsam vom chirurgischen Fachvertreter und dem beratenden Hygieniker durchgeführt wird. Ein geringes Infektionsrisiko ist z. B. gegeben bei kleinen Eingriffen an der Haut/Subkutis, am Auge, in der Mund-, Kiefer-, Stirnhöhle, Endoskopien von Körperhöhlen, Abzesseröffnung sowie für die interventionellen radiologischen und kardiologischen Eingriffe (außer mit regelhaft erwartetem Verfahrenswechsel). Für diese Eingriffe können die außerhalb des OP-Raums liegenden Nebenräume bzw. deren Funktionen zusammengefasst werden. Bei mobilen Patienten kann die Umlagerung vereinfacht werden. Auf eine Raumlufttechnische Anlage aus infektionshygienischen Gründen kann verzichtet werden. Die desinfizierende Zwischenreinigung der Flächen kann

auf die patientennahen Flächen und alle sichtbaren Kontaminationen beschränkt werden.“

Die Bedeutung von laminarem Airflow (LAF) bzw. turbulenzarmer Verdrängungsströmung (TAV) wurde in der Vergangenheit kontrovers diskutiert und bislang für die Implantation großer Fremdkörper (z. B. Knie- und Hüftendoprothetik) empfohlen. Nun stellt die KRINKO fest: „Aus der Nutzung von LAF/TAV ergibt sich kein eigener infektionspräventiver Effekt.“

Zusammenfassend lässt sich mit den Worten der KRINKO feststellen: „Der Stellenwert baulicher Bedingungen von OP-Einheiten für die Vermeidung von SSI ergibt sich vielmehr ergänzend aus einem anderem Zusammenhang: Die medizinische, funktionale und organisatorische Komplexität, durch die Operationen vielfach und zunehmend gekennzeichnet sind, macht nicht nur aseptisches Arbeiten an sich schwer; sie erhöht zudem das Risiko anderer (nichthygienischer) Fehler mit der möglichen Folge einer SSI. Reduktion funktionaler Komplexität trägt somit auf unterschiedlichen Wegen zur SSI-Prävention bei – auch ohne dass sich dies in mikrobieller Belastung von Luft, Flächen oder Wunden nachweisen lässt.“

| www.bzh-freiburg.de |

SEKUNDÄRLUFTKÜHLGERÄT MIT THERMISCHER DESINFEKTION

Die DIN 1946-4 und die VDI 6022 definieren die Hygieneanforderungen für personenbesetzte Räume neu. Sekundärluftkühlgeräte müssen mit zwei Filterstufen ausgestattet, gut zugänglich, einfach zu reinigen und zu warten sein. Das Vindur Top Sekundärluftkühlgerät der Strategic Business Area Mediclean erfüllt als erstes Gerät diese Anforderungen und bietet mit der thermischen Desinfektion eine Zusatzoption, um die Hygiene weiter zu verbessern.

Als personenbesetzte Räume der DIN 1946-4 Raumklasse II gelten u. a. Patientenzimmer, Untersuchungs- und Aufwächräume sowie Schalräume für CT und MRT. Aber auch Arbeitsplätze in Büro- und Industriegebäuden, Sportstätten und Pausenräume sowie Verkaufs- und Veranstaltungsräume unterliegen den Anforderungen der VDI 6022. Der Klimatechnik-Spezialist bietet mit dem Produkt als Erster ein Sekundärluftkühlgerät, das die neuen Anforderungen zuverlässig erfüllt. Sekundärluftkühlgeräte sind Umluftsysteme, die als Zusatz- oder

Nachrüstlösung häufig dann eingesetzt werden, wenn die primäre Gebäudeklimatisierung nicht in allen Räumen ausreichend dimensioniert ist oder zusätzliche Kühlung benötigt wird.

Sekundärluft hygienisch und wirtschaftlich kühlen

Dabei kann beim Abkühlen der Luft Kondensat entstehen und zum Nährboden von Bakterien und Schimmelpilzen werden. Diese entwickeln sich insbesondere während der Stillstandzeiten des Gerätes und können bei Wieder-Inbetriebnahme im gesamten Raum verteilt werden. Um dies zu verhindern ist das Gerät mit einer zweistufigen Filterung (saugseitig PM1₀ ≥ 50%, druckseitig PM1₀ ≥ 80%) ausgestattet. Um die Hygiene weiter zu verbessern, werden die Geräte optional mit einer thermischen Desinfektion ausgestattet. Das völlig neu entwickelte Verfahren verhindert das Wachstum von Mikroorganismen wie Bakterien und Schimmelpilze im Klimagerät

effektiv. Hierzu werden, wahlweise gesteuert über einen Feuchtefühler oder eine Zeitschaltuhr, der Wärmetauscher und die Kondensatwanne sequenziell aufgeheizt und vollständig getrocknet, und anschließend thermisch desinfiziert, so dass Bakterien und Schimmelpilze sicher abgetötet werden. Eine mikrobielle Kontamination mit Biofilmbildung während der Stillstandzeiten ist damit definitiv ausgeschlossen.

Gute Zugänglichkeit, Reinigung und Austauschbarkeit

Ein weiterer wichtiger Punkt zur Einhaltung der Vorschriften ist die gute Zugänglichkeit und Reinigbarkeit sowie der einfache Austausch von Ersatzteilen. Bei Vindur Top sind alle relevanten Geräteteile dank der nach unten zu öffnenden Gehäuseklappe optimal zugänglich. Ihre glatten Oberflächen sind einfach zu reinigen und gut zu desinfizieren. Vindur-Top-Sekundärluftkühlgeräte können wahlweise unter der Decke montiert



Das neue Sekundärluftkühlgerät von Weiss Klimatechnik: Vindur Top

oder, mit saug- und druckseitig angebrachten Kanalanschlüssen, in eine abgehängte Decke integriert werden. Sie verfügen über einen energieeffizienten EC-Ventilator und einen Kühler mit Kondensathebepumpe. Luftmenge und Temperatur können über die DDC-Regelung mit Web-Visualisierung per Raumbedienteil oder Touchdisplay einfach und bequem gesteuert werden.

| www.weiss-technik.com |



UMGANG MIT **WIDERSTÄNDEN** IN DER KRANKENHAUSHYGIENISCHEN BERATUNG

Der Inhalt des Artikels wurde als Kurzvortrag bei der Tagung der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene in Berlin im März 2018 vorgestellt.

Ruth Meinke, Diplombiologin und Transaktionsanalytische Beraterin (DGTA), ZE Interne Krankenhaushygiene, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Lübeck

■ Am Ende des Vortrags wurde angemerkt, „das sei ja alles bloß Theorie“. Das ist wohl wahr. Da aber jeder Mensch seine eigenen Lebenserfahrungen und Kommunikationsstrukturen mitbringt, kann ein allgemein gehaltenen Vortrag oder Artikel nicht das ersetzen, was ein individueller Workshop oder ein Coaching bieten könnte, bei dem auf das „Ich“ der Person und ihre Individualität eingegangen werden kann. Daher soll dieser Artikel,

so wie der Vortrag, eine Inspiration zum Nachdenken und Überdenken von eigenem Handeln und Verhalten darstellen.

Erkennen, was ist: Formen des Widerstands

Jede, die in der Krankenhaushygiene tätig ist, kennt die Situation, in der man in bester Absicht und Wahrnehmung der eigenen Position und Rolle mit Mitarbeitern oder Kollegen in den Kliniken ein Gespräch über hygiene-relevante Themen führt. Oft sind diese Themen bei Klinikern wenig beliebt und ein „rotes Tuch“ beim Empfänger. Wir alle kennen sie, diese unschönen Gespräche, bei denen wir merken, dass wir „nicht durchkommen“ mit dem Thema. Die schon damit beginnen, dass die Gesprächspartnerin nicht oder viel zu spät und dann ohne viel Zeit zum Termin erscheint, den Termin vergisst oder sich mehrfach entschuldigen lässt; sich im Gespräch mit anderen Dingen oder anderen Gesprächspartnern beschäftigt oder spitzfindige Debatten anfängt, das Gesagte

infrage stellt, nach dem aktuellsten Paper zum Thema verlangt oder einen offenen Streit um Recht und Unrecht beginnt. In jedem der beschriebenen Situationen haben wir es mit Formen des Widerstands zu tun.

Nowak und Gührs haben in Ihrem Buch „Das konstruktive Gespräch“ die Kategorien des Widerstands sehr gut beschrieben und unterteilen in verbalen und nonverbalen Widerstand sowie passiven und aktiven Widerstand (Abb. 1). Verbaler passiver Widerstand bezeichnet das Ausweichen auf Nebenaspekte und Themenwechsel; nonverbaler passiver Widerstand ist das Sich-Entziehen (z. B. weggehen oder Termine vergessen); nonverbaler aktiver Widerstand das Agitieren (z. B. lesen von Texten, spielen am Computer/Handy) und verbaler aktiver Widerstand das offene Streiten (z. B. Debatten führen, nörgeln, infragestellen und widersprechen). Jeder Mensch wählt entsprechend seines Charakters und seiner Lebenseinstellung sowie der sozialen Situation seinen „Lieblingssweg“ als Reaktion auf als unangenehm wahrgenommene Situationen. So wird

Widerstand gegenüber einer Vorgesetzten anders ausfallen als der gegenüber einer Nicht-Weisungsbefugten, als gegenüber einer Person des familiären Umfelds.

Re-Aktion auf Widerstand

Was also tun, wenn uns eine Form des Widerstands entgegenkommt? Der erste Schritt ist: Erkennen, was ist. Dazu hilft es, den Widerstand einordnen zu können. Der zweite Schritt ist: Re-Agieren. Nowak und Gührs beschreiben fünf mögliche Re-Aktionen, die in Abhängigkeit von der negativen Auswirkung des gezeigten Verhaltens sowie der Akzeptanz der Motive gesehen werden (Abb. 2): Schätze ich die Motive des Widerstands niedrig ein und das Verhalten hat eine geringe negative Auswirkung, kann ich den Widerstand ignorieren, allerdings beobachten und eskalieren oder ansprechen, wenn sich das Aufkommen häuft. Ähnlich verfare ich, wenn ich das Verhalten toleriere: Ich nehme den Widerstand wahr, er hat wenig negative Wirkung, aber anders als beim Ignorieren habe ich Respekt



Abb. 1: Kategorien des Widerstands

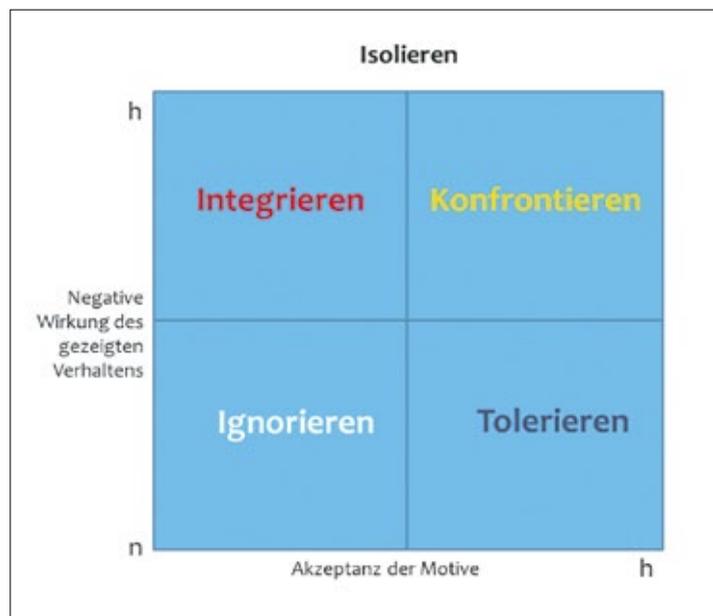


Abb. 2: Re-Aktion auf Widerstand

vor den Motiven des Widerstands. Halte ich die Motive für niedrig, wobei aber die negative Wirkung des Verhaltens (vielleicht auch auf Mitarbeiter) hoch ist, kann ich versuchen, zu integrieren. Das heißt, wahrnehmen, was geschieht, Analyse und Thematisieren der Situation und aus der Diskussion heraus ggf. eine Planänderung vornehmen. Relevant für die gute Umsetzung einer Integration ist die Frage „Habe ich die Macht/die Power, um eine Umsetzung meiner Forderung zu erzwingen?“. In der Krankenhaushygiene ist letztere Frage häufig damit erklärt, dass wir diverse Gesetze vertreten müssen und im Sinne der Klinik handeln, sodass schon einige Ärzte hören mussten: „Sie tun das nicht, damit ich glücklich bin, sondern für Ihre Klinik und Ihre Patienten. Wir unterstützen Sie bestmöglich dabei.“ Sind mir die Motive des Gegenübers bewusst und wichtig und ich erkenne eine negative Wirkung des Verhaltens, wenn also das Verhalten meines Gegenübers die Vermittlung von Inhalten, die Zusammenarbeit oder sogar die Integrität beeinträchtigt, muss meine Re-Aktion eine Konfrontation dieses Verhaltens sein. Für viele Menschen ist der Gedanke an Konfrontation negativ besetzt und mit „gegenseitigem Anschreien“ assoziiert. Das bedeutet Konfrontation nicht. Vielmehr gebe ich meinem Gegenüber zu verstehen, dass ich das gezeigte Verhalten nicht akzeptiere und hier stoppe. Wichtig: Ich werte nicht den Menschen oder die Person ab. Für manche Menschen ist die Nicht-

Akzeptanz von gezeigtem Verhalten aus Erfahrungen heraus gleichbedeutend mit Nicht-Akzeptanz der eigenen Person. Daraus kann dann tatsächlich ein unsachlicher Gesprächsverlauf entstehen. In einem solchen (letztlich doch eher seltenen) Fall muss ich in Konsequenz das Gespräch beenden und ggf. zu einem späteren Moment und unter anderen Voraussetzungen wieder aufnehmen. Ziel einer Konfrontation soll letztlich sein, das destruktive Verhalten zu stoppen und zu einer sachlichen Diskussion zurückzukehren.

Die fünfte Möglichkeit der Re-Aktion ist die Isolierung. Diese ist in erster Linie relevant für den Fall, dass es sich in dem Gespräch um ein Gruppengespräch handelt und die entsprechende Person eine Form des interventionsnötigen Widerstands zeigt. In diesem Fall spricht man die Person am Ende der Veranstaltung oder in der Pause an und wählt entweder die Integration oder die Konfrontation. Das Ignorieren und das Tolerieren sind mit dem Moment der Isolierung hinfällig, da ich mich ja entschieden habe, es nicht zu ignorieren oder tolerieren.

Reflexion

Eine Konfrontation ist etwas, das viele Menschen scheuen. Dabei kann sie zur Klärung beitragen. Wichtig dabei ist, Klarheit über das eigene Verhalten zu haben. Zur Reflexion des eigenen Verhaltens können die Spiegelgesetze dienen, die Thomann in „Klärungshilfe 2; Konflikte im Beruf“ zusammengefasst

hat. Die Spiegelgesetze beschreiben etwas plakativ, was in mir vorgeht, wenn ich auf andere reagiere. Sie können mir eine Orientierungshilfe sein, um meine Gefühle zu klären und entsprechend mein Verhalten oder meine Reaktion auszurichten und nicht Spielball meiner Gefühle zu sein:

1. Spiegelgesetz: Alles, was mich am anderen aufregt/ ärgert/wütend macht und was ICH anders haben will, habe ich in mir selbst (und muss es da klären).

2. Spiegelgesetz: Alles, was der andere an mir kritisiert/bekämpft/verändern will und was mich verletzt, betrifft MICH (da muss ich hinsehen, was los ist).

3. Spiegelgesetz: Alles, was der andere an mir kritisiert/bekämpft/verändern will, was mich aber nicht berührt, ist SEIN EIGENES Bild, seine Unzulänglichkeit, die er projiziert. Sie hat mit mir und meiner Person nichts zu tun.

4. Spiegelgesetz: Alles, was mir am anderen gefällt, was ich mag, bin ICH selbst, habe ich selbst in mir und sehe es im anderen.

Das letzte Spiegelgesetz hat nun weniger mit Widerständen zu tun, doch es möge jede Leserin einmal reflektieren, warum sie mit manchen Kolleginnen/Mitarbeiterinnen so viel einfacher zusammenarbeiten oder besprechen kann, als mit anderen.

Wenn es um Widerstände geht, kommt besonders das zweite und dritte Spiegelgesetz zum Tragen, da es bei den Widerständen um eine Re-Aktion

der anderen auf uns geht, auf die wir wiederum re-agieren. Wenn ich mich nun davon angegriffen fühle, sollte ich für mich klären, was los ist und warum der andere mich mit seiner Re-Aktion treffen kann.

Tatsächlich ist es so, dass wir in der Krankenhaushygiene eine Rolle bedienen – eine kontrollierende, korrigierende, kritisierende Rolle der Hygienikerin, der HFK, eine Botschafterin (einer meist nicht so frohen Botschaft). Häufig ist es diese Rolle, die angegriffen wird – unsere Funktion. Wenn mein Gegenüber sich also über meine Aussage oder das Thema oder die Ansprache aufregt oder wütend wird, projiziert es seinen Ärger oder Unzulänglichkeit oder Verhalten auf meine Rolle – nicht auf meine Person! Ich halte diese Trennung von Rolle und Person für essenziell für ein gesundes Berufsleben in der Krankenhaushygiene.

Die Krankenhaushygiene besteht zu einem sehr großen Anteil aus Kommunikation und Austausch – intern wie extern. Die Kommunikation funktioniert umso besser und wird weniger energiezehrend, je klarer man in sich selbst ist und weiß, was in der Kommunikation vorgeht. Daher ende ich mit einem Zitat von Rumi aus dem 13. JH: „Gestern war ich schlau und wollte die Welt ändern – heute bin ich weise und ändere mich selbst.“

WARUM SICH IN PRAXISKLINIKEN TAUSENDE TODESFÄLLE VERMEIDEN LIESSEN

Wie groß das Problem mit multiresistenten Krankenhauskeimen noch immer ist, machte jüngst die Antwort auf eine parlamentarische Anfrage im Berliner Senat deutlich.

■ Demzufolge infizierten sich in Berlin in den vergangenen zehn Jahren 3.482 Patienten mit den gefährlichen Keimen. 534 der infizierten Berliner Patienten verstarben gar nach der Infektion. Denn haben die Keime erst mal eine Resistenz gegen Antibiotika entwickelt, ist die Gefahr für die Patienten extrem hoch. In ganz Deutschland sterben jährlich ca. 15.000 Menschen durch Krankenhauskeime. Die geschätzte Dunkelziffer liegt bei 40.000 Todesfällen.

Dabei ließen sich viele dieser Todesfälle verhindern, wenn in Deutschland endlich die sogenannten Praxiskliniken stärker gefördert und als voll anerkannter Partner im Gesundheitswesen etabliert werden. Praxiskliniken sind moderne OP-Zentren in privater Trägerschaft, in denen niedergelassene Fachärzte ihre Patienten vor allem ambulant operieren. Doch Praxiskliniken können viel mehr leisten. Längst können durch den medizinisch-technischen Fortschritt Operationen, die früher zwingend stationär durchgeführt werden mussten, auch kurzstationär, als krankenhausersetzende Operation, erfolgen. Dass das noch nicht in sehr viel größerem Maßstab geschieht, liegt u. a. an der strengen Trennung zwischen dem ambulanten und dem stationären Gesundheitssektor. Für den Patienten hat eine Operation in der Praxisklinik viele Vorteile. Verlässliche Termine, Behandlung durch einen vertrauten Arzt, Komfort sowie



In Praxiskliniken lassen sich Infektionen besser vermeiden.

ein Personalschlüssel in der Pflege, der nicht zu Überlastung des Pflegepersonals führt. Hinzu kommt jedoch auch, dass das Infektionsrisiko in Praxiskliniken statistisch gesehen wesentlich geringer ist als im Krankenhaus. Wie Studien der medizinischen Universität von South Carolina belegen, erhöht jeder Tag mehr im Krankenhaus die Gefahr, sich mit Krankenhauskeimen zu infizieren. Je kürzer also die Verweildauer dagegen ist, desto seltener treten Infektionen auf. Im Sinne der Patienten und des Gesundheitssystems ist es also, wenn die Patienten nicht länger als notwendig im Krankenhaus bleiben. Wie lange das ist, hängt vom jeweiligen Einzelfall ab. Fakt ist: Im europäischen Vergleich gehört die Verweildauer von Patienten in Deutschland seit Jahren mit zu den höchsten. Die Gründe dafür liegen auch im Vergütungssystem. Denn die volle Fallpauschale kann erst ab einer gewissen Mindestverweildauer abgerechnet werden. Statistiken zeigen, dass der Aufenthalt in Praxiskliniken durchschnittlich kürzer ist als in den großen öffentlichen Plankrankenhäusern – und das bezogen auf dieselben Eingriffe. Auf das Ergebnis für die Pa-

tienten hat dies keinen Einfluss, auf die Kosten für das Gesundheitssystem hingegen schon.

Dass klassische Groß- und Plankrankenhäuser so große Probleme mit multiresistenten Keimen haben, ist möglicherweise auch ihrer Organisationsstruktur geschuldet. Immer häufiger lagern Kliniken Aufgaben des medizinischen Betriebs an externe Dienstleister aus. Eine Umfrage aus Hamburg aus dem Jahr 2014 förderte beispielsweise zutage, dass eine Klinik durchschnittlich mit 50 externen Dienstleistern zusammenarbeitet. Das macht eine effiziente Kontrolle der Abläufe schwierig. Die wesentlich kleineren Praxiskliniken können dagegen sämtliche Prozesse sehr viel besser überwachen und kontrollieren. Die deutlich geringeren Infektionsraten belegen dies seit Jahren. Schon heute sind Praxiskliniken ein wichtiges Standbein im Gesundheitswesen. Dennoch fehlt bis heute eine Rahmenvereinbarung mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (SpiBu). Und das, obwohl diese Rahmenvereinbarung seit Jahren vom Gesetzgeber gefordert wird.

■ www.WasisteinePraxisklinik.de

IMPRESSUM

Herausgeber:
Wiley-VCH Verlag GmbH & Co. KGaA, GIT VERLAG

Publishing Director:
Steffen Ebert

Regional Commercial Director:
Dr. Katja Habermüller

Chefredakteurin/Produktmanagerin:
Ulrike Hoffrichter M.A.,
Tel.: 06201/606-723, ulrike.hoffrichter@wiley.com

Anzeigenleiter: Dipl.-Kfm. Manfred Böhler,
Tel.: 06201/606-705, manfred.boehler@wiley.com

Redaktion:
Carmen Teutsch,
Tel.: 06201/606-238, cteutsch@wiley.com

Freie Redakteurin:
Nina Passoth, Berlin

Wiley GIT Leserservice: 65541 Eltville
Tel.: +49 6123 9258 246 · Fax: +49 6123 9258 244
E-Mail: WileyGIT@vuser-service.de
Unser Service ist für Sie da von Montag bis Freitag zwischen 8:00 und 17:00 Uhr

Mediaberatung:
Dipl.-Kfm. Manfred Böhler,
Tel.: 06201/606-705, manfred.boehler@wiley.com

Sibylle Möll, Tel.: 06201/606-225, smoell@wiley.com

Miryam Reubold, Tel.: 06201/606-127,
miryam.reubold@wiley.com

Anzeigenvertretung: Dr. Michael Leising
Tel.: 05603/8942800, leising@leising-marketing.de

Redaktionsassistent: Christiane Rothermel
Tel.: 06201/606-746, christiane.rothermel@wiley.com

Herstellung: Jörg Stenger (Herstellung);
Kerstin Kunkel (Anzeigenverwaltung);
Ruth Herrmann (Satz, Layout);
Elli Palzer (Litho)

Sonderdrucke: Christiane Rothermel
Tel.: 06201/606-746, christiane.rothermel@wiley.com

Wiley-VCH Verlag GmbH & Co. KGaA
Boschstraße 12, 69469 Weinheim,
Tel.: 06201/606-0, Fax: 06201/606-790,
mk@gitverlag.com, www.gitverlag.com

Bankkonten
J.P. Morgan AG, Frankfurt
Konto-Nr. 6161517443, BLZ: 501 108 00
BIC: CHAS DE 33, IBAN: DE5501108006161517443
Druckauflage: 32.000 (2. Quartal 2018)



M&K kompakt ist ein Sonderheft von
Management & Krankenhaus

Originalarbeiten
Die namentlich gekennzeichneten Beiträge stehen in der Verantwortung des Autors. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung der Redaktion und mit Quellenangaben gestattet. Für unaufgefordert eingesandte Manuskripte und Abbildungen übernimmt der Verlag keine Haftung.

Dem Verlag ist das ausschließliche, räumlich, zeitlich und inhaltlich eingeschränkte Recht eingeräumt, das Werk/den redaktionellen Beitrag in unveränderter Form oder bearbeiteter Form für alle Zwecke beliebig oft selbst zu nutzen oder Unternehmen, zu denen gesellschaftsrechtliche Beziehungen bestehen, sowie Dritten zur Nutzung zu übertragen. Dieses Nutzungsrecht bezieht sich sowohl auf Print- wie elektronische Medien unter Einschluss des Internets wie auch auf Datenbanken/Datenträger aller Art.

Alle etwaig in dieser Ausgabe genannten und/oder gezeigten Namen, Bezeichnungen oder Zeichen können Marken oder eingetragene Marken ihrer jeweiligen Eigentümer sein.

Druck: DSW GmbH,
Flomersheimer Straße 2-4, 67071 Ludwigshafen
Printed in Germany

ISSN 0176-053 X

INDEX

Bundeswehrkrankenhaus Westerstede	4	Ophardt Hygiene	15
Chemische Fabrik Dr. Weigert	7	Paul Hartmann	23, 4. US
Aqua Free	19	Regierungspräsidium Freiburg	18
Deutsches Beratungszentrum für Hygiene	3, 26	Unfallkasse Berlin	14
Dr. Schumacher	11, 21	Universitätsklinikum des Saarlandes	22
Hagleitner Hygiene	13, 25	Universitätsklinikum Freiburg	20
Helmholtz-Zentrum für Infektionsforschung	20	Universitätsklinikum Jena	24
Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) Hôpital Cantonal	16	Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Lübeck	28
Hospital zum heiligen Geist	25	Universitätsmedizin Greifswald	10
Kimberly-Clark Professional	17	Universitätsspital Genf	16
Kreisgesundheitsamt, Landratsamt Reutlingen	12	Vereinigung der Hygienefachkräfte der Bundesrepublik Deutschland	22
Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen	6	Weiss Klimatechnik	27
Meiko Maschinenbau	2. US	WHO Collaborating Center	16
Mölnlycke Healthcare	9	WIEP	30
Nanosonics Europe	8		



©Kateryna_Kon - stock.adobe.com



Seien Sie dabei in der
M&K kompakt

Hygiene

in M&K 3/2019 zum **13. Ulmer Symposium**
Krankenhausinfektionen
27.-29. März 2019 in Ulm

M&K kompakt: 32.000 Exemplare
als Sonderheft / Vollbeilage

Ihre Mediaberatung
Manfred Böhler +49 6201 606 705 manfred.boehler@wiley.com
Sibylle Möll +49 6201 606 225 sibylle.moell@wiley.com
Dr. Michael Leising +49 3603 8942800 leising@leising-marketing.de

Termine
Erscheinungstag: 11.03.2019
Anzeigenschluss: 08.02.2019
Redaktionsschluss: 11.01.2019

www.management-krankenhaus.de

WILEY

HARTMANN



Gesundheit ist
unser Antrieb

Lösungen, die Hand in Hand gehen

Reduzieren Sie die Infektionsrisiken Ihrer Patienten mit dem ganzheitlichen Konzept von HARTMANN:

- Standardisierte Arbeitsabläufe
- Spezielle Sets zur sicheren Durchführung
- Starke Qualitätsprodukte



Wir forschen für
den Infektionsschutz

**Nehmen Sie teil am
Lunchsymposium auf dem
Freiburger Infektiologie-
und Hygienekongress:**

„Alles im Griff –
Wie standardisierte Prozesse
den Infektionsschutz verbessern“
10.10.2018, 12:15 - 13:45 Uhr
Konferenzraum 2-4.

**Besuchen Sie vom
10.10. - 12.10.2018 auch
unseren Messe-Stand (Nr. 3)**