

Hygiene *for the* World

Cutting-edge expertise in hygiene and infection control

Ausgabe 1 / Dezember 2014

EDITORIAL

Sie werden ja so gerne zitiert, vorgeführt und als schlechtes Beispiel an den Pranger gestellt: die Chefarzte und Oberärzte, deren Bereitschaft zur Händehygiene angeblich proportional abnimmt mit ihrem Aufstieg in der Krankenhaus-Hierarchie. Und weit und breit wollte keiner eine Lanze brechen für sie. Dr. Hugo Sax hat dies jetzt getan. Der Mann, der am Universitätsspital Zürich die Klinikhygiene leitet und außerdem als Privatdozent tätig ist, steht in der Hierarchie seines Arbeitgebers nun auch nicht gerade im Mittelfeld. Will er also nur seinesgleichen in Schutz nehmen, wenn er sagt: „Es ist konzeptionell sehr schwierig, wenn man sich als Retter die Hände desinfiziert, um kein Unheil zu bringen.“ In der Tat haben Patient und auch der Arzt selbst eine große Erwartungshaltung an die ärztliche Kunst. Da ist es kaum vorstellbar, dass die Hände, die helfen sollen, Schmerzen zu stillen oder sogar das Leben zu retten, selbst todbringende Keime tragen könnten.



Hugo Sax hat recht. Hier handelt es sich um einen Widerspruch in sich. Der ist zwar mit dem Verstand auf Anhieb nicht nachzuvollziehen, aber wer sich mit menschlichem Verhalten auseinandersetzt, weiß: Es zählt, was gefühlt wird. Und gefühlt wird eben, dass ärztliche Hände Segen und nicht Krankheit bringend sind. Deshalb empfehle ich Ihnen auch gerne, am besten das gesamte Interview in dieser Ausgabe unserer „Hygiene for the World“ zu

lesen. Wir haben nicht schlecht gestaunt, wie schwierig es tatsächlich ist, menschliches Verhalten zu verändern. Und wenn es dabei noch um solch eine „Petitesse“ wie Händehygiene geht, scheint es doppelt schwierig zu werden. Wie dick die Bretter sind, die man hier zu bohren hat, mag ein wissenschaftliches Experiment belegen. Zwei Probandengruppen lasen jeweils eine Geschichte. Die eine hatte einen „sauberen“, sympathischen Helden als Hauptfigur – die andere einen moralisch eher fragwürdigen Protagonisten. Nach der Lektüre durften sich die Probanden ein Give-Away aussuchen. Diejenigen, welche die Geschichte mit dem sympathischen Helden gelesen hatten, griffen größtenteils zum Kugelschreiber. Die anderen wählten in der Mehrheit ein Handhygienetuch aus. Wir sehen: Handhygiene kann sogar moralische Entlastung bedeuten.

Wer sich im Krankenhaus durch eine fachgerechte Handhygiene nicht entlastet, lädt hingegen moralische Schuld auf sich. Daran ist überhaupt nichts zu deuteln. Und das gilt für jeden, der Hand an den Patienten legt, egal in welcher Hierarchiestufe er sich befindet. Dass es immer und immer wieder neuer Herangehensweisen bedarf, damit dieser Handgriff in Fleisch und Blut übergehen kann, belegt auch Hugo Sax in unserem Interview. Wir freuen uns, dass wir Gesprächspartner wie ihn in unserer Zeitung zu Wort kommen lassen dürfen. Es braucht Ärzte wie ihn, die nicht müde werden, das Thema immer wieder aufs Neue zu beleben – und die auch die gebotene Fantasie, den so notwendigen Humor und die Kenntnis darüber besitzen, wie wir alle so ticken.

Herzlichst, Ihr Markus Braun

Nennen wir es doch einfach Performance Feedback...

Wo andere von Kontrolle sprechen, redet Dr. Andreas Voss (Foto) von „Performance Review“ – und seine Argumente sind stichhaltig, wenn er dafür plädiert, Prozesse in der Klinik auch mit einer Kamera aufzeichnen zu lassen, um später zu sehen, ob Dinge falsch gemacht wurden. Andreas Voss ist Professor für Infektionsprävention am Universitätsklinikum der Radboud Universität Nijmegen in den Niederlanden und Facharzt für Klinische Mikrobiologie am Canisius-Wilhelmina Krankenhaus. Er gehört zu den europaweit führenden Experten auf dem Gebiet der Infektions- und Krankenhaushygiene mit besonderem Interesse an der Epidemiologie von Antibiotikaresistenz und Handhygiene. Wir sprachen mit ihm über Chancen für die Hygiene in Europa, über die Reduktion von Komplexität in der Infektionsverhütung und über die Rolle der Hygienefachkräfte in den Niederlanden.



Ilf sökflö skfl skldjlf sjf kj slf lksj fl klskf ö ksöflkj kljsflklöfkölsköf ködsllf sökflö skfl skldjlf sjf kj slf lksj fl klskf ö ksöflkj kljsflklöfkölsköf köds

Hygiene for the World: Im Sommer veröffentlichte das European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) Zahlen, die offenbaren, dass in den Niederlanden 7,4 % der Patienten in ausgewählten Krankenhäusern mit einem Kranken-

hauskeim infiziert werden – in Deutschland nur 5 %. Was ändert sich da gerade? Lässt der europäische Vorbild-Staat in Sachen Krankenhaushygiene nach oder holt Deutschland auf?

Dr. Andreas Voss: Es gibt auch Daten, die ganz anders aussehen: weniger als 5 % nosokomiale Infektionen in den nicht-universitären Krankenhäusern und rund 6 % in den universitären Krankenhäusern in den Niederlanden. Hier bei uns am Canisius-Wilhelmina Krankenhaus in Nijmegen haben wir eine Rate von 2,8 %. Diese Zahlen haben vor allen Dingen eines: ein Definitionsproblem. In ganz Europa werden in jedem Land die Zahlen anders erhoben, was eine völlig unzureichende Datenlage ergibt. Um Ihre Frage zu beantworten: Die Deutschen haben in den vergangenen Jahren enorme Anstrengungen unternommen, um die Infektionsrate zu senken. Und wie immer, wenn die Deutschen etwas tun, waren sie auch hierbei sehr gründlich in der Ausführung – mit dem Ergebnis, dass sich die Krankenhaushygiene enorm verbessert hat.

HW: Sally Davies, die oberste Gesund-

heitsbeamtin in Großbritannien, sagte in einem Interview: „Die Bedrohung durch multiresistente gramnegative Erreger ist so ernst wie Terrorismus. Ein Albtraum!“ Wie beurteilen Sie die Sachlage?

Dr. Andreas Voss: Die gramnegativen Erreger müssen wir sicherlich ernst nehmen als MRSA. Die Quelle allen Übels ist hier eine ganz andere. Die Resistenzen, die wir jetzt sehen, legen die Involviertheit der Tierzucht offen.

HW: Stimmt es, dass die resistenten Keime in der Tiermast eigentlich über den Menschen dorthin gekommen sind? Bedeutet dies, dass das Anprangern der zunehmenden Verabreichung von Antibiotika in der Tierhaltung in die falsche Richtung führt?

Dr. Andreas Voss: Wir haben jahrelang das Zusammenspiel zwischen Mensch und Tier nicht wirklich richtig erkannt. Dabei findet das auf den unterschiedlichsten Wegen statt. Was wir nicht tun sollten: die Bauern verdammen. Die wollen eigentlich nur ihre Tiere richtig behandeln. Wir

Fortsetzung auf Seite 4

INHALT

- Krebs und Viren:** Welche Rolle die Krankheitserreger eventuell auch bei der Entstehung von Krebs haben, muss die Forschung noch endgültig klären. Jedenfalls sind Viren für 16 Prozent der Krebsfälle verantwortlich laut WHO.
- Andreas Voss** gilt als einer der renommiertesten + Fachleute für Infektionsprävention. Er plädiert im Interview mit „Hygiene for the World“ ganz eindeutig für mehr Kontrolle im Krankenhaus. Und wenn er es zur besseren Akzeptanz „Performance Review“ nennen muss, dann stellt das gar kein Problem für ihn dar.
- Hugo Sax** leitet die Spitalhygiene an der Universitätsklinik Zürich – und er ist ein leidenschaftlicher Pilot. Er weiß deshalb ziemlich genau, was seine Medizinstudenten aus dem Geschehn im Cockpit lernen können – und trainiert dies spielerisch mit ihnen. Wir sprachen mit ihm über Risikomanagement, über mentale Überforderung bei der Handhygiene und darüber, wie sich überkommene Strukturen in Kliniken aufbrechen lassen könnten.
- Impressum**

Fragen & Antworten

Frage: Welche Rolle spielen Viren bei der Entstehung von Krebs?

Antwort: Die Zahl der Menschen, die an Krebs erkranken, wird in den nächsten Jahren steigen. Laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) wird sich die Zahl der 14 Millionen Menschen, die jährlich an Krebs neu erkranken, bis ins Jahr 2030 fast verdoppeln. Dabei gehen laut WHO-Report rund 16 Prozent der Krebsfälle auf Infektionen zurück, die sich mit Impfungen eindämmen ließen. Als die wichtigsten Erreger in diesem Zusammenhang gelten das Hepatitis-B-Virus, das Leberkrebs auslösen kann; das humane Papillomvirus (HPV), das unter anderem mit Gebärmutterhalskrebs in Verbindung gebracht wird, und das Bakterium *Helicobacter pylori*, das bei anhaltenden Infektionen das Magenkrebs-Risiko erhöht. Aber: Noch immer gehört das Rauchen zu den Hauptgründen für Krebserkrankungen. Die WHO rechnet damit, dass jährlich weltweit sechs Millionen Menschen an den Folgen von Krebs aufgrund ihres Nikotinkonsums versterben.

Wenn das Krankenzimmer ein Cockpit wäre ...

Sind es noch eine Guideline, noch eine Aktion für mehr Händehygiene, sind es Sanktionen oder doch besser Lob als Anreiz, die die Zahl der nosokomialen Infektionen reduzieren helfen? PD Dr. Hugo Sax leitet die Spitalhygiene am UniversitätsSpital Zürich. Seit Jahren forscht er nach anderen Zugangswegen, um das Verhalten von Menschen zu ändern und die Behandlung von Patienten sicherer zu machen. Der Internist und Infektiologe ist außerdem leidenschaftlicher Pilot und weiß deshalb, wie bedeutend es für manche Berufe ist, dass bestimmte Verhaltensweisen einem in Fleisch und Blut übergehen. Die Redaktion von „Hygiene for the World“ sprach mit Hugo Sax über Mechanismen der Risikobewältigung, Strukturen in der Pflege und warum es so schwierig ist, all dieses zum Wohle der Patienten zu verändern.

Hygiene for the World:

Sie sind nicht nur Arzt, Infektiologe und Leiter der Spitalhygiene am UniversitätsSpital Zürich, Sie sind auch leidenschaftlicher Pilot. Im Krankenhaus beginnt man ja in Sachen Risikomanagement und

Leben abhängt. Für Krankenhauspersonal ist das natürlich nur selten so. Als Pilot tut man sehr viel dafür, die richtigen Reaktionen im Cockpit anzutrainieren. Das sind Verhaltensweisen, die auch gut zu gebrauchen wären in komplexen



Eine Umgebung, so komplex wie ein Cockpit – das sind Operationssäle heute. Foto: mariobeuregard – Fotolia.com



PD Dr. Hugo Sax ist selbst leidenschaftlicher Hobbypilot. Manchmal wünscht er, alle seine Kollegen hätten eine Fluglizenz, weil die Fliegerei in brenzligen Situationen wenigstens eine Terminologie hat, um darüber zu kommunizieren. Etwas, was Sax sich auch für das Krankenhaus wünscht. Foto: Privat

Patientensicherheit auf die Luftfahrt zu blicken – wünschten Sie manchmal, alle Ihre Kollegen hätten eine Fluglizenz?

Dr. Hugo Sax:

Ja!! Ich bin kürzlich mit einem Assistenzarzt geflogen, der auch Pilot ist. Wir sind dabei tatsächlich in eine kritische Situation geraten. Dabei war es interessant zu sehen, wie wir beide unter diesem Stress reagiert haben: automatisiert, fast schon reflexhaft. Natürlich ist man als Pilot in solch einer Situation auch unmittelbar von der Gefahr betroffen – man weiß, dass von der eigenen Reaktion auch das eigene

Organisations, wie Kliniken sie darstellen. Wenn beim Fliegen eine Situation risikoreich wird, gibt es zum Beispiel eine etablierte Terminologie, um darüber zu kommunizieren. Denn was man benennen kann, wird einem klar. Ja, es existiert dann erst überhaupt. Das wäre auch für die unsichtbare Gefahr in der Welt der Keime gut zu gebrauchen, mit der wir es ja im Krankenhaus zu tun haben.

HW:

Sind Sie sicher, dass es gelingt, die Mechanismen zur Risikobewältigung aus der Luftfahrt in den Klinikbetrieb zu transferieren?

Dr. Hugo Sax:

Das ist die große Frage, die Frage nach dem Transfer von Erfahrungen. Tatsächlich ist es so, dass das gleichzeitige Auftreten von Komplexität, schwieriger Entscheidungsfindung und mentaler Belastung in beiden Umgebungen, d. h. im Cockpit und im Krankenhaus, vorkommen. Als Pilot erleben Sie dazu aber auch noch starke emotionale Eindrücke wie die Schönheit der Welt über den Wolken. Wir haben hier am Unispital in Zürich eine Zusammenarbeit mit „Swiss Aviation Training“ – für Mitarbeitende und Medizinstudenten ein Kommunikationstraining. In einer Art Videospiele fliegen zwei Teams à zwei Personen zusammen in einem Raumschiff zur Venus. Die Simulationssoftware provoziert dabei zunehmenden Stress und die vier Astronauten müssen ideal kommunizieren. Es müssen zum Beispiel Batterien geladen und mit Lifts ins Flight Deck transportiert werden. Das ist für die Mission überlebenswichtig. Wer nicht deutlich sagt, dass er „Batterie 4“ meint und nicht „Lift 4“, löst Chaos und die Gefahr des Versagens aus. Nach diesem Spiel analysieren wir, wie viele Fehler gemacht wurden, und wir beobachten auch, wie gut man unter Belastung kommuniziert. Die Analogie zur Medizin ist, dass man erkennt, wie man selbst unter Stress funktioniert. Wir haben diese Missverständ-

nisse in der Kommunikation auch in der Hygiene. Das mentale Modell, die Vorstellung im Kopf eines jeden, ist dabei eine ganz wichtige Komponente. Das erlebt jeder von uns, wenn er das Zimmer verlässt, um etwas zu tun. Ist er am Ziel angekommen, weiß er manchmal nicht mehr, was er wollte. Man muss zurückgehen, um den Gedanken an dieses Vorhaben wiederzutreffen. Das zeigt auch, wie sehr mentale Modelle vom Kontext abhängig sind.

HW:

Ist es auch die mentale Überforderung, die der Handhygiene so oft im Weg steht?

Dr. Hugo Sax:

Handhygiene ist nichts, was uns intellektuell fordert. Wenn man sich die Hände desinfiziert, sind die

löst. Treten wir an ein Patientenbett, sollten wir uns die Hände desinfizieren, ohne daran denken zu müssen, dieser Vorgang sollte keine mentalen Ressourcen belegen. Aus diesem Grund haben wir die Flaschen mit der Desinfektionslösung hier bei uns im Haus auch direkt am Patientenbett angebracht. Da ist sie sichtbar beim Hingehen zum Patienten und funktioniert als Trigger für ein automatisches Verhalten. Wir kommen kleine Schritte auf dem Weg voran, diesen Automatismus in den Kliniken umzusetzen. Noch vor einigen Jahren haben wir Richtlinien geschrieben und in die Schublade gelegt. Heute zeigen wir wenigstens Powerpoint-Präsentationen, starten Aktionen zur Handhygiene und arbeiten daran, die Händedesinfektion immer wieder ins Gedächtnis zu rufen. Der nächste Schritt wäre ein eigentliches Verhaltenstraining ...

HW:

In vielen Ländern wird gegen die Uhr gepflegt. Was nutzen Risikomanagement, die Luftfahrt als Vorbild und die Kenntnis über das menschliche Verhalten bei der Handhygiene denn, wenn die Rahmenbedingungen der Pflege nicht stimmen?

Dr. Hugo Sax:

Natürlich ist eine ungenügende Dotierung mit gut ausgebildetem Personal ein Risikofaktor für eine

Handhygiene sollte im Krankenhaus am besten zu einem Automatismus werden

Gedanken meist ganz woanders. Dieser Bestandteil der Krankenhaushygiene sollte zu einem Automatismus werden. Der funktioniert so, dass unser sensorischer Apparat – Augen, Ohren, Nase – ein Signal wahrnimmt, das dann die Handlung Händedesinfektion aus-



Was Piloten in ihrem Alltag praktizieren kann Vorbild für viele Situationen im Krankenhaus sein. Foto: Marcito – Fotolia.com

höhere Rate an krankenhauserworbenen Infektionen. Aber ich bin mir sicher: Das Design eines Systems bestimmt auch das Verhalten der Menschen. Das reicht von der physischen Arbeitsumgebung über Arbeitsabläufe bis hin zur sozialen Umgebung, ja, bis zum politischen System, in dem wir leben. Wir haben heute erkannt, dass die Herausforderung darin liegt, die Organisationsebene zu

verändern, um eine Verhaltensänderung bei den Menschen hervorrufen zu können. Ich glaube, mit Fug und Recht behaupten zu dürfen, dass wir hier am UniversitätsSpital Zürich in dieser Hinsicht Pionierarbeit leisten. Wir arbeiten daran, die Funktionen Qualitätsmanagement, Patientensicherheit und Krankenhaushygiene optimaler in der Institution zu verankern. Unsere Abteilung ist ISO 9001 zertifiziert; jetzt haben wir uns dran gemacht, aus diesem etwas schwerfälligen System ein schlankes, in unserem etwas chaotischen

HW: Sind die Strukturen in den heutigen Kliniken denn so verkehrt?

Dr. Hugo Sax: Einerseits herrscht in einer Klinik das Bedürfnis nach völliger Kontrolle, ganz wie in der kommerziellen Luftfahrt, wo jede Schraube eine Nummer hat, wo durch Protokolle jeder Handgriff beschrieben ist, alles wirklich absolut sicher gemacht wird. Schließlich kann niemand akzeptieren, wenn heutzutage ein Airbus mit so vielen Passagieren abstürzt. Am anderen Ende des Spektrums eines möglichen Risikomanagements haben wir aber eine Situation wie unter Guerilla-Kämpfern, wo Entscheidungen aufgrund von Expertise immer wieder spontan gefällt werden müssen. In der Medizin bewegen wir uns je nach Situation irgendwo dazwischen. Wenn ein Notfall in die Chirurgie mit dem Notarztwagen eingeliefert wird, wird aufgrund von Expertise reagiert. Sie können dann keine Bakterienkultur anlegen und nachsehen, ob die OP besser verschoben wird, weil dieses halb tote Unfallopfer vor ihnen vielleicht MRSA-Träger ist. In diesem Spannungsfeld bewegen wir uns und es ist eine riesige Herausforderung, immer dann der Guerilla-Hero der Chirurgie zu sein, wenn es geboten ist. Aber manchmal eben auch der auf Sicherheit bedachte Erbsenzähler. Diese Realitäten müssen bei der Konstruk-

tion der Sicherheitskultur berücksichtigt werden.

HW: Welche Kultur im Umgang mit Fehlern braucht es, um aus ihnen lernen zu können?

Dr. Hugo Sax: Wir machen permanent Fehler. Wir alle. Wir vergessen die Wohnungsschlüssel zu Hause, stoßen Gläser um, vergessen den Geburtstag von Freunden... Zuerst müssen wir den Fehler als solchen erkennen und dann vor allen Dingen verstehen, warum er passiert ist. Die Frage nach dem „Wer“ ist gar nicht so wichtig. Denn auch beim Umgang mit Fehlern sind es zugrunde liegende Strukturen, die weitgehend

Ziel. Aber auch Kulturen sind strukturelle Muster, die erstaunlich stabil sind: Wenn ein Einzelner neu in eine Gruppe kommt, passt er sich dieser sofort an. Und wenn einer weggeht, bleibt das Verhalten der Gruppe aber gleich.

HW: Noch eine Frage an den erfahrenen Krankenhausarzt: Stimmt es, dass die Compliance in der Handhygiene abnimmt, je höher man in der Krankenhaushierarchie geht?

Dr. Hugo Sax: Das Reinigungsritual der Hände ist sehr, sehr tief verwurzelt und mit sehr großer Symbolik versehen. Es ist konzeptionell sehr schwierig, einerseits die Rolle desjenigen innezuhaben, der Heilung bringt, und andererseits wahrzunehmen, dass man mit den Bakterien auf den Händen Unheil bringen kann. Diesen Widerspruch in der Selbstwahrnehmung aufzulösen ist sehr schwierig. Ich kann mir durchaus vorstellen, dass dies für Personen mit größerem medizinischem Fachwissen und mehr Verantwortung für Patienten-Outcomes dann eben noch schwieriger ist. Um das aufzulösen, braucht es eine Einsicht in diese intuitiven Verhaltenszusammenhänge. Jede Person im Gesundheitswesen sollte sich aktiv die Gefahr der Keimübertragung vor Augen führen, um dieses unbewusste Verhalten beeinflussen zu können.

Händedefinition?

Achten Sie vor **jedem** Patientenkontakt auf eine korrekte Händehygiene.




Hugo Sax ist ständig auf der Suche nach aufmerksamkeitsstarken Aktionen, um die Handhygiene im Krankenhaus zu intensivieren. Manchmal muss man eben auch verwirren, um zum Ziel zu gelangen – Am UniversitätsSpital in Zürich wurden deshalb extra diese Karten gedruckt.

verändern, um eine Verhaltensänderung bei den Menschen hervorrufen zu können. Ich glaube, mit Fug und Recht behaupten zu dürfen, dass wir hier am Univer-

sitätsSpital Zürich in dieser Hinsicht Pionierarbeit leisten. Wir arbeiten daran, die Funktionen Qualitätsmanagement, Patientensicherheit und Krankenhaushygiene optimaler in der Institution zu verankern. Unsere Abteilung ist ISO 9001 zertifiziert; jetzt haben wir uns dran gemacht, aus diesem etwas schwerfälligen System ein schlankes, in unserem etwas chaotischen

Das Reinigungsritual der Hände ist tief verwurzelt und mit großer Symbolik versehen

das Verhalten bestimmen. Und sie sind es auch, die dazu beitragen, dass wir manche Fehler immer wieder machen. Aber es ist definitiv eine große Herausforderung, die Strukturen in einer Organisation zu verändern. Deshalb ist man immer wieder versucht, den Fehler isoliert zu sehen, ohne die dahinter liegende strukturelle Ursache zu ergründen und zu analysieren. Diese Sichtweise als Unternehmenskultur zu etablieren wäre das

Fortsetzung von Seite 1

Nennen wir es doch einfach Performance Feedback...

müssen uns schon selbst an der Nase fassen, wenn wir hier in Holland den Ein-Euro-Knaller haben wollen. Ein Euro für ein Kilo Fleisch zu bezahlen heißt auch, Schuld auf sich zu laden.

Hygiene for the World: Im Rahmen des EurSafety Health-Net-Projekts gehört es zu Ihrem Auftrag, Netzwerk-Bildung und Wissenstransfer im Euregio-Gebiet Rhein-Waal sicherzustellen. Sie

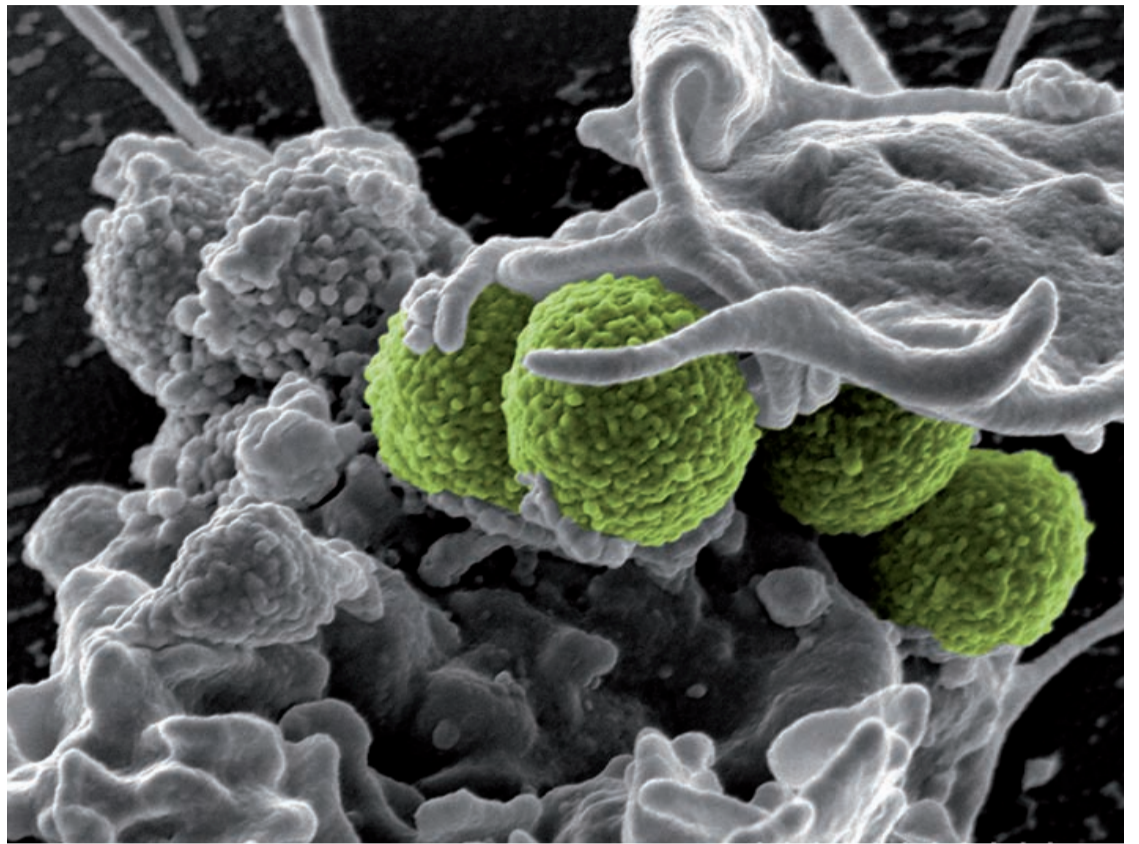
*kjds fksf söfkö s
südk fölksfdlksölkf s
sdlkf ölkf dlsk
söldf sölkfölskfölk s*

gelten aber auch als ein Fachmann, der viele Bemühungen im Sande verlaufen sieht, weil Menschen und ihr Verhalten sich nur ganz selten ändern. Sie setzen deshalb auf Überwachung. Ist das der Weg zum Ziel?

Dr. Andreas Voss: Auch Fluggesellschaften überwachen ihre Piloten und die Fleischindustrie wird staatlich überwacht

Review. Wir sollten nicht einfach nur auf Zahlen schauen, sondern auch auf die Performance. Wenn wir eine Kamera im OP installieren, die zeigt, ob sich ein ganzes Team vorschriftsmäßig verhält, wäre das ein reales Mittel zur Qualitätsverbesserung. Wir testeten das in den Niederlanden gerade und auch in unserem Krankenhaus haben wir die Genehmigung dafür. Nennen wir es doch einfach Performance Feedback, wenn wir ein Problem damit haben, unsere Arbeit überwachbar zu lassen. Lkw-Fahrer können sich das übrigens nicht leisten. Die werden per GPS überwacht und jeder findet das richtig. Wenn ein Arzt nach 36 Stunden Dienst Ihnen den Bauch aufschneidet, findet er es merkwürdigerweise nicht normal, dass man ihn und seine Leistungskraft gerne überprüfen möchte. Ich bin mir ziemlich sicher, dass es hier eine Mentalitätsveränderung geben wird – weil die Patienten Druck machen.

HW: Sie plädieren außerdem für eine neue Strategie durch mehr Verein-fachung. Sie wollen die Zahl der Infektionsrichtlinien um 50 % redu-



Interaktion des MRSA (Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus, grünes Bakterium) mit einer menschlichen weißen Zelle. Das gezeigte Bakterium ist MRSA252, einer der Hauptgründe für eine durch einen Hospitalismus-erreger bedingte Infektion. Quelle: NIAID

sind? Der Mensch heute vermutet, dass er alles aufschreiben muss. Dabei wäre es ausreichend, wir würden die Basisprinzipien den Menschen näherbringen. Wir haben deshalb in unserem Krankenhaus eine App entwickelt für alle Mitarbeiter, finanziert von einer Versicherung. Eine Hygiene-App in einer Variante für das Krankenhaus, in einer für Hausärzte und in einer für Entwicklungsländer.

Wie beurteilen Sie dessen Fortgang? Sollte es ausgeweitet werden?

Dr. Andreas Voss: Ich war ein großer Pessimist, was von Europa finanzierte Projekte betrifft. Heute bin ich etwas optimistischer, um nicht zu sagen, ich bin völlig überzeugt, dass die grenzüberschreitenden regionalen Projekte wirklich nützlich sind. Das hat auch mit meinem Kollegen Alexander Friedrich zu tun, der das Euregio-Projekt so kraftvoll vorangetrieben hat. Dabei sind viele Grenzen gefallen, weshalb wir dumm wären, wir würden die in unseren Köpfen behalten. Es ist ausgesprochen nützlich, wenn wir von unseren direkten Nachbarn lernen. Was das gesamte Europa betrifft, glaube ich: Wir sind zu unterschiedlich. Dabei überzeugen mich auch die Ergebnisse des ECDC nicht.

HW: Wie sehen Sie die Rolle der Hygienefachkräfte in den Niederlanden? Genießen diese den Status, der ihnen gebührt, oder könnte er noch höher sein? Gibt es in Europa Länder, die hier als Vorbild dienen könnten?

Dr. Andreas Voss: Ich danke, Sie genießen in unserem Land eine sehr hohe Anerkennung – und das zu Recht. Unsere Hygienefachkräfte erfüllen ihre Rolle ganz hervorragend – obwohl sie eine kürzere Ausbildung haben als ihre Kollegen in Deutschland. Die große Frage ist eher, ob wir genügend Hygienefachkräfte und genügend Hygienefachkräfte haben. Und die Antwort lautet: Nein! In den skandinavischen Ländern kann man sich sicherlich auch viel abschauen, in der Schweiz auch und in Großbritannien sind sie leider damit beschäftigt, viel zu viele Zahlen aufzuschreiben, was sie von einer hervorragenden Arbeit abhält.

TERMINE

- 12.–15.03.2014**
IFIC Konferenz, Malta
- 28.03.2014**
9.Thüringer Pflorgetag, Jena
- 30.03.–02.04.2014**
DGKH-Kongress, Berlin
- 17.–20.4.2014**
CMEF, CHN-Shenzen
- 08.–09.05.2014**
FKT-Veranstaltung, D-Dortmund
- 12.–14.05.2014**
APII Konferenz, CDN Rivièrè du Loup
- 25.–27.5.2014**
CHICA, CDN Halifax
- 27.–30.05.2014**
Hôpital Expo, Paris
- 07.–09.06.2014**
APIC Konferenz, USA-Anaheim

IMPRESSUM

Impressum
MEIKO Maschinenbau GmbH & Co. KG
Englerstraße 3, 77652 Offenburg
Telefon: +49 781 203 1204
Telefax: +49 781 203 1356
E-Mail: oer@meiko.de

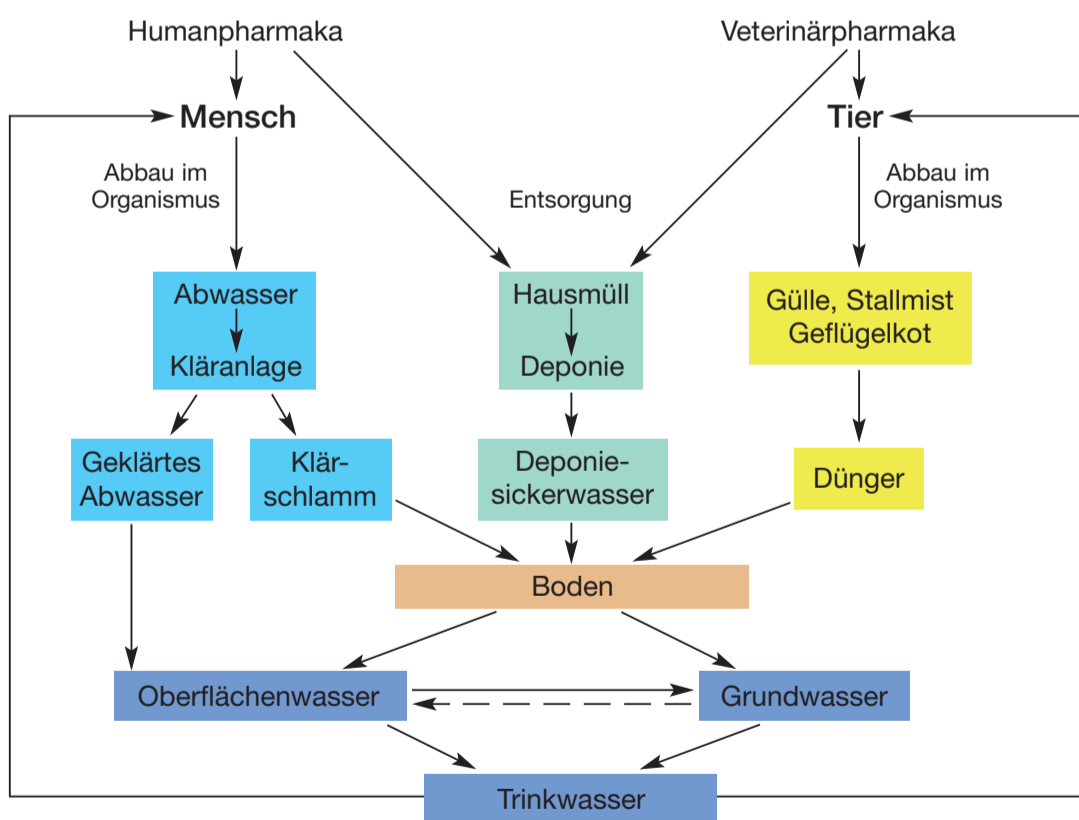
Vertreten durch:
MEIKO Beteiligungs GmbH
Geschäftsführer: Burkhard Randel
Registergericht: 79098 Freiburg i. Br.
Registernummer: HRB 471532

Registereintrag:
Eingetragen im Handelsregister.
Registergericht: 79098 Freiburg i. Br.
Registernummer: HRA 470603

Umsatzsteuer-ID:
Umsatzsteuer-Identifikationsnummer
nach §27a Umsatzsteuergesetz:
UStID: DE 142540206

Verantwortlich für den Inhalt
(gem. § 55 Abs. 2 RStV):
Herausgeber MEIKO Maschinenbau
GmbH & Co. KG,
Englerstraße 3, 77652 Offenburg
Redaktion: Doris Geiger
V.i.S.d.P: Regine Oehler
Grafik/Layout: Mathias Klass,
Klass-Design
Druckerei: Dinner-Druck GmbH,
Schlehenweg 6, 77963 Schwanau

Eintrag von Arzneimitteln und deren Rückständen in die Umwelt



– da beschwert sich doch auch niemand. Im Krankenhaus tolerieren wir die Audits – aber die dürfen bitte nur über Personen stattfinden. Elektronische Hilfsmittel finden wir irgendwie unheimlich, überhaupt haben die Mitarbeiter in Kliniken ein Problem mit so etwas wie Performance

zieren. Kann man ein komplexes Thema durch Reduktion wirklich vereinfachen?

Dr. Andreas Voss: Natürlich ist das nicht so einfach. Aber was glauben Sie: Nutzen 50 Richtlinien, die keiner kennt, mehr als zehn Richtlinien, die bekannt

Technik ist heute sexy. Also wenden wir sie an, um den Leuten Inhalte näherzubringen. Es nutzt nur, was zwischen den Ohren der Leute ankommt, wie wir in Holland sagen.

HW: Was das Euregio-Projekt betrifft: