

Hygiene *for the* World

Cutting-edge expertise in hygiene and infection control

Ausgabe 3/September 2014

EDITORIAL

Jedes Jahr sterben weltweit 16 Millionen Menschen an einer nosokomialen Infektion. Oft hängen diese Infektionen zusammen mit mangelnder Handhygiene. Es gibt einen Mann, der führt – man darf es schon so bezeichnen – einen Kreuzzug dagegen: Professor Didier Pittet.



Seit 2005 leitet er zusammen mit der Weltgesundheitsorganisation (WHO) eine Kampagne, die mittlerweile von 170 der 194 UN-Mitgliedsstaaten mitgetragen wird.

In diesem Jahr nahm Didier Pittet unter anderem auch am IX Congreso Panamericano de Infecciones



Intrahospitalarias – I Congreso Internacional de Infecciones Asociadas a Cuidados de la Salud – dem größten Hygienekongress Lateinamerikas – teil. Er zeichnete dabei mit Dr. Carmen Soria eine junge Ärztin aus, zu der auch wir

eine ganz besondere Beziehung haben. Prof. Pittet lobte ihren Einsatz für mehr Handhygiene am Hospital Luis Vernaza in Ecuador. Die niederländische Hygienefachkraft und Consultant Gertie van Knippenberg-Gordebeke machte Carmen Soria außerdem zu einer veritablen Stellvertreterin ihrer Person auf dem lateinamerikanischen Kontinent und setzte ihr die Krone als „Bedpan Queen“ auf.

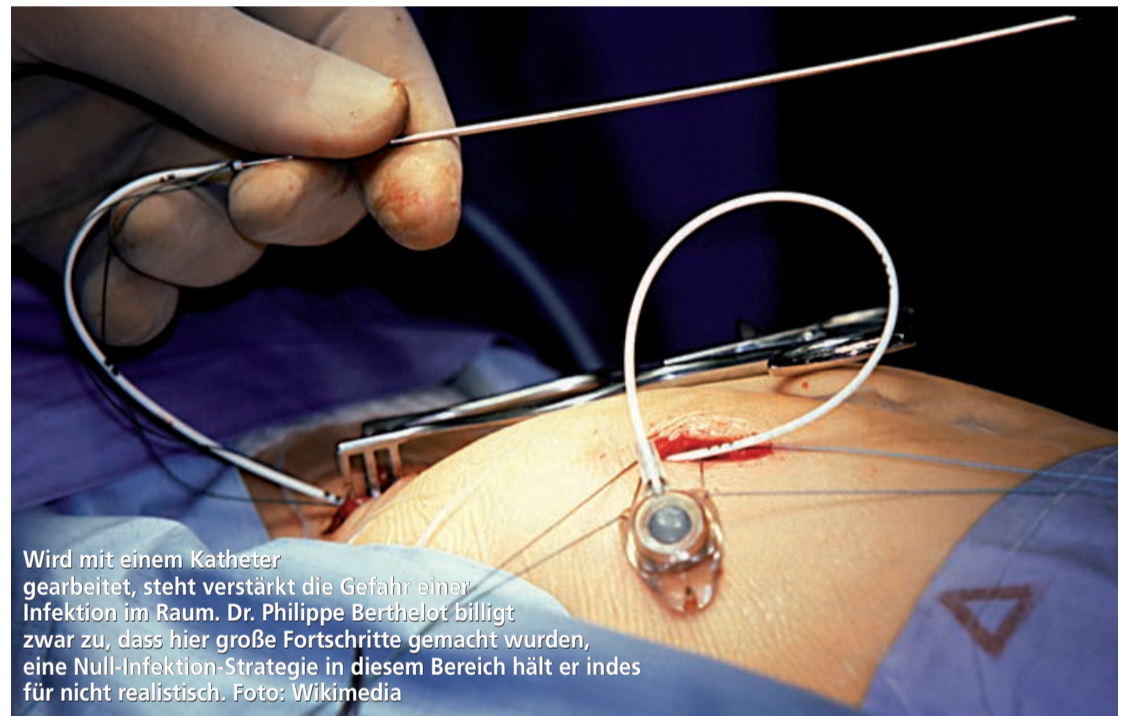
Wir freuen uns für Dr. Carmen Soria, haben doch auch wir ein gemeinsames Projekt abgearbeitet: MEIKO lieferte die ersten Reinigungs- und Desinfektionsgeräte zur Aufbereitung von Patientengeschirren an Carmen Soria's Hospital.

Der Kongress gilt insgesamt als einer der erfolgreichsten in Lateinamerika überhaupt. Wir waren selbst vor Ort und haben voller Spannung die Themen mitverfolgt: Multiresistente Keime, Clostridium difficile und auch gramnegative Bakterien bestimmen auch hier die Tagesordnung und fordern alle an der Krankenhaushygiene und Infektiologie Beteiligten heraus. Gertie van Knippenberg hat drei Vorträge gehalten – und konnte sich hernach vor Anfragen kaum retten. Sie hat aber auch recht: Diese Erreger finden sich in hoher Anzahl in menschlichen Ausscheidungen. Der Umgang mit diesen steht noch viel zu wenig im Fokus. Wir werden uns auch künftig Mühe geben, dies zu ändern. Und freuen uns über jede Bedpan-Queen und jeden Bedpan-King auf dieser Erde!

Herzlichst, Ihr Markus Braun

Jeder Zwischenfall kann als Chance betrachtet werden

Philippe Berthelot ist Präsident der Französischen Gesellschaft für Krankenhaushygiene, der SF2H, und er ist Facharzt für Hygiene an der Universitätsklinik in St-Etienne, Frankreich. Wir sprachen mit ihm über die Qualität der Datenlage in der Epidemiologie und über Null-Infektionen als mögliches Ziel.



Wird mit einem Katheter gearbeitet, steht verstärkt die Gefahr einer Infektion im Raum. Dr. Philippe Berthelot billigt zwar zu, dass hier große Fortschritte gemacht wurden, eine Null-Infektion-Strategie in diesem Bereich hält er indes für nicht realistisch. Foto: Wikimedia

Frage: Sie sind Präsident der SF2H. Beim deutschen Pendant Ihrer Organisation, der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH), wird derzeit eine Debatte geführt, ob die bisherigen Zahlen der an einer nosokomialen Infektion er-

kranken Patienten in Deutschland den Tatsachen entsprechen. Wie beurteilen Sie die Situation in Frankreich? Gehen Sie davon aus, mit validen Zahlen zu arbeiten? Wenn ja, warum?

Philippe Berthelot:

Seit 1996 wird in Frankreich alle 5 Jahre eine nationale Untersuchung über die Prävalenz nosokomialer Infektionen (NI) durchgeführt, die 2012 bereits 90 % der in französischen Krankenhäusern belegten Betten umfasste. Die gesammelten Daten ermöglichen eine Einschätzung dieser Problematik und geben eine Idee über die Entwicklungstendenzen unter Berücksichtigung der mit dieser Art von Untersuchung verbundenen Grenzen. Was die Überwachungsnetzwerke im Hinblick auf die NI betrifft, so sind zahlreiche Fortschritte zu verzeichnen, aber das Problem der Repräsentativität der freiwillig teilnehmenden Einrichtungen gegenüber den anderen Einrichtungen bleibt bestehen. Die in 2012 nach einer gemeinsamen Methodik durchgeführte Untersuchung über die Prävalenz der NI ermöglichte es, Frankreich mit den verschiedenen europäischen Ländern zu vergleichen und die Gefahr nosokomialer Infektionen global auf 1 von 18



Dr. Philippe Berthelot

Patienten zu schätzen. Die Daten dieser Untersuchung von 2012 ergeben eine Schätzung von jährlich 324.344* (Konfidenzintervall bzw. Erwartungsbereich) 95 %: 194.130-487.897 NI in Frankreich. Die Epidemiologie der Bakterien mit hoher Antibiotika-Resistenz, die in den Gesundheitseinrichtungen nachgewiesen wurden, wird dank der durch die Hygiene-Teams über diese Fälle erhobenen Kontrolldaten vom Institut für Gesundheitsüberwachung genau verfolgt (Einzelfälle oder Epidemien). Alles in allem sind die epidemiologischen Daten seit 20 Jahren umfassender geworden, und Frankreich verfügt global über ziemlich zuverlässige Daten, die eine objektive Einschät-

Fortsetzung auf Seite 4

INHALT

- [1] **Dr. Philippe Berthelot** über die Erhebung der epidemiologischen Daten in Frankreich und über die Ziele der SF2H insbesondere auf dem Gebiet der Alters- und Pflegeheime.
- [2] **Operationsschuhe sind keine Medizinprodukte** – sie werden häufig aber so behandelt. Warum die Wischdesinfektion und Aufbereitung in der Zentralsterilisation der Schuhe am Schweizer Paraplegiker-Zentrum nun Geschichte sind, lesen Sie auf Seite 2.
- [3] **Infektionskontrolle in Lateinamerika** ist ein Thema, das in den einzelnen Ländern des Kontinents noch immer sehr unterschiedlich gehandhabt wird. Silvia Guerra ist sehr realistisch – und legt den Finger in mehrere Wunden.
- [4] **Impressum**

Fragen & Antworten

Frage:

Wie kommt es, dass Bakterien zunehmend resistent werden?

Antwort:

Zu Resistenzen bei Bakterien kommt es, wenn diese zu oft mit Antibiotika in Kontakt kommen. Die Bakterien entwickeln daraufhin Abwehrmechanismen. Dies geschieht auch deshalb, weil Ärzte zu häufig und unbegründet Antibiotika verordnen. Seit einiger Zeit ist auch die Massentierhaltung in der Kritik, weil hier Antibiotika vorsorglich unter das Futter gemischt werden. Nun haben deutsche Forscher noch einen weiteren Grund für die Resistenzbildung entdeckt. „Resistenzen entstehen schon dann, wenn Bakterien in großer Zahl und auf engem Raum in Konkurrenz miteinander leben“, so Dr. Daniel Lopez vom Zentrum für Infektionsforschung der Universität Würzburg. Die Wissenschaftler experimentierten mit nicht-resistenten Staphylococcus-aureus-Bakterien unter Bedingungen, wie sie in einem Biofilm herrschen: begrenzter Raum und Nährstoffe. In diesem Milieu traten die Bakterien in einen Konkurrenzkampf und durchliefen eine Art Evolution. Einzelne Bakterien konnten durch Mutationen plötzlich Antibiotika produzieren. Dies wiederum nahmen andere Bakterien nicht einfach so hin – sie wurden resistent!

Hygiene perfekt bis zu den Fußspitzen

OP-Schuhe per Wischdesinfektion vorzureinigen, sie zur Aufbereitung in die Zentralsterilisation zu tragen und wieder abzuholen sieht die Hygienefachkraft Vittoria La Rocca als unnötige Arbeitsbeschaffungsmaßnahme. Deshalb finden sich in den Umkleieräumen der OPs am Schweizer Paraplegiker-Zentrum jetzt Reinigungs- und Desinfektionsgeräte von MEIKO für die schnelle und hygienisch einwandfreie Aufbereitung von OP-Schuhen.

Wer im Schweizer Paraplegiker-Zentrum (SPZ) in Nottwil aufgenommen wird, ist ein Patient, dessen Leben sich definitiv grundlegend verändert hat. Das ganz große Thema für viele lautet hier: Wie viel von meinem bisherigen Leben ist überhaupt noch übrig? Werde ich weiterhin ein selbstbestimmtes Leben führen können oder werde ich immer auf andere Menschen angewiesen sein? Paraplegiker sind Menschen, die unter einer Querschnittlähmung leiden und dabei eine Kombination von Symptomen aufweisen wie Lähmungen, vegetative Entgleisungen (z. B. Kreislaufstörungen), Muskeltonus-Veränderungen oder Veränderungen der Muskeldehnungsreflexe. Wer im SPZ in der kleinen schweizerischen Gemeinde Nottwil behandelt wird, ist Patient an einem der renommiertesten Kompetenzzentren für diese Diagnose in ganz Europa.

Für Guido A. Zäch, der das Konzept der ganzheitlichen Rehabilitation von Querschnittgelähmten im SPZ entwickelt hat, beginnt die Rehabilitation bereits bei der Erstversorgung von Unfallopfern mit Rückenmarksverletzung – und sie endet noch lange nicht, wenn ein Patient nach Hause entlassen wird, sondern mündet dort in Beratung in Sachen Berufsfindung (das ist aber bereits während der Reha, nicht erst nach der Entlassung), Seelsorge (das auch) bzw. in der Zusammenarbeit mit dem Zentrum für hindernisfreies Bauen (auch das). Am SPZ selbst werden Notfall- und Intensivpatienten behandelt und selbstverständlich wird hier auch operiert. Chirurgen für orthopädische, plastische und urologische Eingriffe sind in die Behandlung mit eingebunden und nutzen insgesamt drei Operationssäle.

Wer die Umkleide vor den OPs betritt, kann dann auch ganz schnell sehen: Das Thema Hygiene reicht hier bis zu den Fußspitzen. Fein säuberlich stehen die OP-Schuhe im Regal. Daneben wartet ein Reinigungs- und Desinfektionsgerät auf die grünen Plastikschuhe. „Wir haben bis vor kurzem die OP-Schuhe per Wischdesinfektion gereinigt“, berichtet Vittoria La Rocca. Die Hygienebe-

auftragte am SPZ war alles andere als zufrieden mit dieser Lösung: „Wir brauchen hier ganz gewiss keine Arbeitsbeschaffungsmaßnahme, sondern setzen unsere Kräfte lieber sinnvoller ein als zum Schuhereinigen“, begründet sie ihr Plädoyer für die Anschaffung eines MEIKO Reinigungs- und Desinfektionsgeräts zur hygienisch und qualitativ einwandfreien Aufbereitung der OP-Schuhe. Bis dahin wurden sie einfach wischdesinfiziert. „Mit der Reinigung im TopClean 60 von MEIKO haben wir den Prozess so



Die Umkleide vor den OPs ist im SPZ der ideale Standort für das MEIKO Reinigungs- und Desinfektionsgerät zur Aufbereitung von OP-Schuhen.

definiert, dass jeder, der seine Schuhe auszieht, sie in die Maschine in der Umkleide stellt. Das OP-Reinigungsfachpersonal startet die Maschine und räumt sie aus und stellt sie ins vorgesehene Gestell.“

Wie in jedem OP können auch in denen am SPZ „alle Körperflüssigkeiten und auch Knochensplinter während eines Eingriffs auf den Boden des Operationssaales gelangen“, so Vittoria La Rocca. Deshalb ist auch eine umfassende Desinfektion der Schuhe unumgänglich, da nicht alle personenbezogen zum Einsatz kommen.

Da Vittoria La Rocca von sich selbst behauptet, „ein Freak“ zu sein, wenn es um Anforderungsprofile bei der Beschaffung von Verbrauchs- oder Gebrauchsartikeln und erst recht bei der von Investitionsgütern geht, sind die OP-Schuhe am SPZ natürlich chemisch-thermisch desinfizierbar und machen die Aufbereitung im MEIKO Gerät spielend mit. Aber auch bei der Anschaffung des Geräts hat sie darauf geachtet, dass After-Sales-Service und ein 24-Stunden-Dienst stimmen. Vittoria La Rocca hat schließlich beide Seiten der Medizinproduktwelt kennen

gelernt – sie arbeitete auch schon für ein Industrieunternehmen, das Reinigungs- und Desinfektionsgeräte herstellt, und sie weiß deshalb, worauf sie achten muss.

Hygienefachkraft ist die Schweizerin mit italienischen Wurzeln mit Leib und Seele. Ein Arbeitgeber, bei dem die Hygiene keinen so hohen Stellenwert genießt wie im SPZ, wäre für sie deshalb auch nicht in



Die Anforderungsprofile an ein Reinigungs- und Desinfektionsgerät sind etwas, was Vittoria La Rocca sehr genau ausarbeitet.



Vittoria La Rocca ist Hygienebeauftragte am Schweizer Paraplegiker-Zentrum. Fotos: Stephan Hund

Frage gekommen: „Wir haben auf jeder Station ‚Link Nurses‘ und das Zentrum verfügt über ein Infektiologie-Board und einen Hygiene-Kernstab, falls es einmal brennt.“ Das tut es allerdings selten. Aber

auch sonst ist Vittoria La Rocca ausgesprochen aktiv in Sachen Hygiene: Sie ist Mitglied der Sektion Hygiene in der ambulanten und stationären Kranken- und Altenpflege/Rehabilitation der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH), sie gibt Kurse an anderen Kliniken und Pflegeeinrichtungen und sie ist Lehrbeauftragte bei CURAVIVA, dem Verband Heime und Institutionen in der Schweiz, an zwei Schulen des Schweizer Instituts für Rettungsmedizin SIRMED sowie am EMERGENCY Schulungszentrum. Als Hygienefachkraft hat sie dabei vor allen Dingen eine Erfahrung gemacht: „Man muss in der Einrichtung, in der man arbeitet, schon einen hohen Bekanntheitsgrad (man muss auch Respekt und Vertrauen genießen) haben und man muss darauf achten, dass man nicht als Polizist in Sachen Hygiene gesehen wird, sondern als eine Quelle der Unterstützung!“

Allergien durch OP-Schuhe: in Baden-Baden Vergangenheit

Zumindest in Deutschland werden die meisten OP-Schuhe aufbereitet wie ein Medizinprodukt, ohne eigentlich eines zu sein: Sie wandern in die Zentrale Sterilgutversorgung. Aber die deutschen Vorschriften für das Schuhwerk im Operationssaal sind knapp formuliert: OP-Schuhe müssen flüssigkeitsdicht, rutschhemmend, desinfizierbar und antistatisch sein.

An der Stadtklinik in Baden-Baden landeten die benutzten OP-Schuhe bislang auch in einer Instrumentenwaschmaschine, die im Raum für Anästhesisten untergebracht war. Häufig haftete noch Chemie nach dem Aufbereitungsprozess an den Schuhen und verursachte Allergien. Udo Hollerbach, Leiter des Hygiene-Fachzentrums am Klinikum Mittelbaden, zu dem die Stadtklinik Baden-Baden gehört: „Wir haben uns nun für eine chemisch-thermische Aufbereitung entschieden, die garantiert, dass sich keine chemischen Rückstände mehr an den Schuhen befinden, die eventuell Allergien beim Personal auslösen könnten, und die dennoch eine sachgerechte Aufbereitung der Schuhe sicherstellt.“



Udo Hollerbach

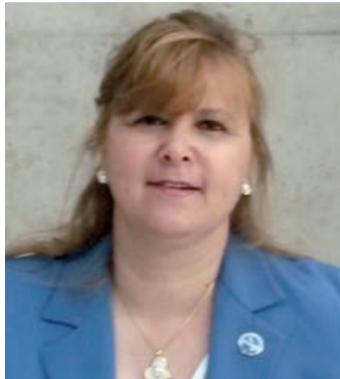


Die neue Lösung zur Aufbereitung von OP-Schuhen erarbeitete Hollerbach zusammen mit der Firma MEIKO. Dazu Markus Braun, Leiter des Vertriebs der Sparte Medizintechnik bei MEIKO: „Wir haben in enger Zusammenarbeit mit der Stadtklinik Baden-Baden ein Gerät mit Niedertemperatur-Verfahren entwickelt und zusammen mit dem Chemikalien-Hersteller eine Lösung erarbeitet, die eine optimale Aufbereitungsleistung garantiert bei dennoch kurzer Betriebszeit und mit einem bedenkenlosen Ergebnis für die Nutzer der Schuhe. Der enge Austausch mit unseren Kunden inspiriert und leitet unsere Forschung und Entwicklung – und gehört traditionell zum Selbstverständnis unseres Unternehmens.“

In wenigen Minuten sind auch in Baden-Baden die OP-Schuhe maschinell aufbereitet.

„Herr Doktor, wissen Sie eigentlich, wohin die Schwestern mit den verschmutzten Steckbecken gehen?“

Silvia Guerra gehört zu den „Who is who“ der Krankenhausinfektionskontrolle in Uruguay. Die lizenzierte Krankenpflegerin hat einen Master in Epidemiologie und ist spezialisiert auf die Krankenhausinfektionskontrolle. Sie verfügt über einen großen Erfahrungsschatz in der Epidemiologie und der Sterilisation von medizinischem Material und sie hat als Beraterin für Infektionskontrollthemen in Uruguay und anderen lateinamerikanischen Ländern gearbeitet. Außerdem war sie als Krankenschwester in der Chirurgie und der Sterilisationszentrale tätig und hat das Infektions-Kontroll-Komitee in einem privaten Krankenhaus in Uruguay aufgebaut. Silvia Guerra ist Lehrbeauftragte an der Universität und Beraterin der Panamerican Health Organization. Sie hat außerdem mehrere Leitfäden zur Infektionskontrolle veröffentlicht und sie war die treibende Kraft bei der Implementierung des nationalen Systems zur Überwachung von Krankenhausinfektionen in Uruguay. Aktuell arbeitet sie als Beraterin der epidemiologischen Abteilung des Gesundheitsministeriums in Uruguay. Außerdem ist sie Gründerin und aktuelle Vorsitzende des Verbands für Sterilisation in Uruguay.



Silvia Guerra arbeitet nicht nur als Krankenpflegerin, sie forscht, publiziert und lehrt auch im Bereich Hygiene in ihrer Heimat Uruguay.

Frage:

Die Studie von Renata N. Pires et al. über Clostridium difficile in Brasilien, publiziert im AJIC Journal of Infection Control Vol. 42, Nr. 4, war eine der Ersten, die dieses Thema behandelte. Die Autoren gaben ihr die Überschrift: „Infektionen mit Clostridium difficile in Brasilien: ein vernachlässigtes Problem?“ I. T. Balassiano et al. sprechen sogar von C. difficile als einem „Rätsel in Lateinamerika“. Was ist Ihre Meinung hierzu?

Silvia Guerra:

Ich glaube, unter uns Fachleuten in Lateinamerika ist das im Großen und Ganzen eine weit verbreitete Auffassung. Die Krankenhausinfektionen sind ein schwerwiegendes Problem, aber wenn man die Programme zur Kontrolle der Krankenhausinfektionen in den einzelnen Ländern untersucht und schaut, in welchen Ländern es überhaupt ein solches Programm gibt, muss man feststellen, dass lediglich Chile und Uruguay eine Überwachung auf nationaler Ebene eingerichtet haben. Daran wird deutlich, dass das Thema zwar wichtig ist, aber nicht allzu sehr.

Was Clostridium difficile anbetrifft, so haben die Verantwortlichen in Uruguay das Problem erkannt. Seit Januar 2012 werden diese Infektionen in bestimmten Krankenhäusern erfasst und überwacht, sodass Daten auf Landesebene zur Verfügung stehen, die das Problem zahlenmäßig erfassen. Von den neun Krankenhäusern, die an dem Sentinel-Surveillance-Projekt teilnehmen, mussten lediglich zwei keine Infektionsausbrüche melden. Das zeigt deutlich, dass sich bei aktiver Überwachung die Häufigkeit der Infektionen herausstellt und sogar Epidemien festgestellt werden können. Tatsächlich traten schwerwiegende Ausbrüche in denjenigen Krankenhäusern auf, in denen die Verantwortlichen nur langsam einsahen, dass es sich um eine Epidemie handelte und eindämmende Maßnahmen nicht wie

geboten umgesetzt wurden. Auch in Uruguay gibt es noch viele Krankenhäuser, die nicht auf Clostridium difficile testen und deshalb das Ausmaß des Problems in ihrer Einrichtung gar nicht kennen. Das trifft auch auf Krankenhäuser in vielen anderen Ländern Lateinamerikas zu, wie Renata N. Pires und Kollegen aufgezeigt haben.

Frage:

Sie haben eine Anleitung zur angemessenen Gestaltung von unreinen Pflegearbeitsräumen in einer Publikation über Krankenhausinfektionen veröffentlicht. Welche Rolle spielen diese Räume in den Krankenhäusern bei der Vermeidung von nosokomialen Infektionen?

Silvia Guerra:

Eine gute Frage! Viele Krankenhaushäuser sind sehr bemüht um das Aussehen und die Sauberkeit ihrer Häuser in den öffentlich zugänglichen Bereichen, die sichtbar sind. Sie vergessen aber die unreinen Pflegearbeitsräume, „Schmutzräume“, wie wir sie in Uruguay nennen. Vor kurzem war ich in einem Krankenhaus, das Probleme mit Carbapenemase bildenden Enterobakterien hatte. Im Rahmen des Maßnahmenplans schlug ich vor, einen unreinen Pflegearbeitsraum für die adäquate Säuberung und Desinfektion der Steckbecken zu schaffen. Der Direktor wollte nicht auf meinen Rat hören, bis ich ihn fragte: „Doktor, wissen Sie eigentlich, wohin die Schwestern vom Patientenbett aus mit dem verschmutzten Steckbecken gehen?“ Er sah mich schweigend an, worauf ich ihn einlud, den Weg mit mir nachzuvollziehen. Das wollte er nicht, aber er sah ein, dass meine Empfehlung Sinn hatte.

So ist die Realität: In der Diagnostik und bei der Behandlung der Infektion kommt immer mehr Technik zum Einsatz, aber wie sieht es mit dem Einsatz von Technik bei der Infektionsprävention aus? Manche glauben, es erfordere teure Investitionen, aber ich glaube,

der Nutzen überwiegt allemal die Kosten.

Wenn wir unreine Pflegearbeitsräume in Krankenhäusern besichtigen, stellen wir oft fest, dass sie ihrem Namen alle Ehre machen und sie weit hinter den Empfehlungen zurückbleiben. Ein norma-



Auch das gibt es: Pflegearbeitsräume, die stiefkindlich behandelt werden. Silvia Guerra bemängelt, dass bei der Diagnostik häufig modernste Technik zum Einsatz kommt, bei der Infektionsprävention hingegen am falschen Ende gespart wird.

ler Spülraum sollte vier Bereiche aufweisen: einen Bereich für die verschmutzten Gegenstände (mit einer Oberfläche bzw. einem Abstellisch aus Edelstahl), der von den sauberen Bereichen des Raumes getrennt ist und als kurzzeitige Abstellmöglichkeit für verschmutzte Utensilien dient, einem Handwaschbecken und einem Reinigungs- und Desinfektionsgerät für Steckbecken sowie einem Bereich für die gereinigten Gegenstände. Oftmals gibt es in diesen Räumen nur einen Ausguss und einen Wasserhahn, und es ist unmöglich, auch nur die geringsten Empfehlungen zum Infektionsschutz zu befolgen.

Die Verbreitung von Enterobakterien über die Hände des Personals, über schlecht desinfizierte Gegenstände (z.B. Steckbecken), über kontaminierte Kleidung der Mitarbeiter, über kontaminierte unreine

Pflegearbeitsräume oder Patientenbäder wird grundsätzlich unterschätzt oder gar nicht erst wahrgenommen. Die meisten Probleme mit nosokomialen Infektionen in Uruguay gibt es mit Enterobakterien und mit Clostridium difficile. Dennoch scheinen manche zu glauben, der Darmtrakt des Patienten sei steril und vom Bettgeschirr gehe keinerlei Gefahr aus. Wenn man Krankenhäuser in Uruguay oder in einem der Nachbarländer besichtigt und nach dem Schmutzraum fragt, wird man oft Arbeitsräume zu sehen bekommen, die für eine verantwortungsvolle hygienische Entsorgung nur unzureichend ausgestattet sind. Die herrschenden hygienischen Verhältnisse sind also sehr wohl eine Gefahr für die Patienten! Man muss sich nur einmal anschauen, wie oft Personal in diesem Bereich ein- und ausgeht, ohne sich die Hände zu waschen: 60 % ist der weltweite Durchschnitt... Und da soll kein Infektionsrisiko bestehen?

Silvia Guerra:

Viel. Leider sind die ärmsten Krankenhäuser diejenigen mit den meisten Defiziten in diesem Bereich. Das ist ein Teufelskreis: Je höher das Infektionsrisiko, desto größer die Zahl der Infektionen, desto größer der Verbrauch an Antibiotika und anderen Mitteln, mit denen die Infektion unter Kontrolle gebracht werden soll. So steigen die Kosten und das Krankenhaus steht noch ärmer da und kann nicht in Infektionsschutzmaßnahmen investieren. Eine Spirale ohne Ende.

Deshalb ist es so wichtig, den Betreibern der Krankenhäuser klarzumachen, dass es preiswerter ist, in die Prävention zu investieren als in die Behandlung der Infektionen. Die Pflegearbeitsräume und die Aufbereitung der Steckbecken gehören unbedingt dazu. Je sorgsamer und risikoärmer der Umgang mit den Steckbecken, desto geringer die Zahl der Infektionen, desto geringer die Ausgaben, desto mehr Mittel stehen für weitere Infektionsschutzmaßnahmen zur Verfügung.

In einigen Ländern steht noch aus, diese Aspekte in die Strukturindikatoren einzubeziehen und einem Krankenhaus keine Betriebserlaubnis zu erteilen, wenn es diese elementaren Voraussetzungen nicht



Wenn wir noch mehr ins Detail gehen, so sehen wir, dass beim manuellen Aufbereiten der Steckbecken viele Fehler passieren: beim Hinaustragen, beim Entleeren, bei der Säuberung, der Desinfektion und der Lagerung. Ganz zu schweigen von dem Moment, wenn die Frage gestellt wird, wer eigentlich verantwortlich für diesen Bereich ist. Wenn es keine Hygieneprotokolle gibt, sind die Ergebnisse alarmierend. Ich habe Protein-Schnelltests auf den wasserdichten Schürzen des Personals gemacht, nachdem sie Steckbecken per Hand aufbereitet hatten, und fast immer waren sie positiv! Dass die Gefahr der manuellen Reinigung der Steckbecken nicht bekannt ist, liegt daran, dass dies noch nie untersucht wurde.

Frage:

Was bleibt in diesem Bereich zu tun?

erfüllt. Aber auch die kontinuierliche Evaluierung ist ein Muss. Es gibt Krankenhäuser, die hatten bei ihrer Eröffnung ausgeklügelte Pflegearbeitsräume, aber da die Instandhaltung und kontinuierliche Verbesserung nicht gefordert wurden, genügten diese Räume nach einigen Jahren schon nicht mehr den Ansprüchen.

Die fehlenden Richtlinien und Verantwortlichkeiten bei der Ausführung und bei der Kontrolle der Umsetzung kommen zu diesem Problem noch hinzu. Außer den geeigneten Strukturen und Normen ist auch eine entsprechende Weiterbildung des Personals notwendig. Das sind alles Aufgaben, die anstehen, obwohl es selbstverständlich in einigen Ländern auch einige Krankenhäuser gibt, die alle Erfordernisse erfüllen.

Fortsetzung auf Seite 4

Fortsetzung von Seite 3

„Herr Doktor, wissen Sie eigentlich...“

Frage:

Das Gesundheitswesen in Uruguay gilt als eines der modernsten Südamerikas. Wo sehen Sie die größten Widerstände in Bezug auf eine verbesserte Krankenhaushygiene?

Silvia Guerra:

Das ist eine schwierige Frage. Uruguay war in einer Vorreiterrolle. Das uruguayische Gesundheitsministerium erklärte dieses Thema vor vier Jahren zu einer vordringlichen Aufgabe. Es begann damit, dass wir den Krankenhäusern im Jahr 2010 die Übersetzung eines Handbuchs über Krankenhaushygiene der brasilianischen Behörde für Gesundheitsüberwachung (ANVISA) zur Verfügung gestellt haben. Dann haben wir begriffen, dass das nicht ausreichte. Wir mussten bei der Beurteilung der Krankenhaushygiene strenger sein. Dann hat das Ministerium eine Richtlinie zur Beurteilung der Kran-

kenhaushygiene veröffentlicht und ein Anwendungsprogramm für mobile Endgeräte entwickelt, mit dessen Hilfe die Krankenhäuser die hygienischen Verhältnisse prüfen, ihre Ergebnisse eintragen und erkennen konnten, wo sich in ihrer Einrichtung die berührungintensivsten und bei der Reinigung am stärksten vernachlässigten Stellen befinden. Mit Hilfe dieser Daten konnte man das Reinigungspersonal ganz gezielt schulen.

Wo gab es Widerstände? Nun, es war schwierig, das für Infektionskontrolle zuständige Personal da-



Medizinprodukt Steckbecken: nicht gerade eine Aufbewahrung nach allen Regeln der Kunst...

von zu überzeugen, die Verantwortung zu übernehmen. Eine adäquate Bestandsaufnahme und Durchdringung des Themas kostet viele Arbeitsstunden, und einige Krankenhäuser haben gar keinen Leiter der Abteilung für Hygiene und Sauberkeit, der diese Aufgabe übernehmen könnte.

In Ergänzung zu den Maßnahmen des Ministeriums habe ich Kurse auf Landesebene zum Thema veranstaltet, sowohl im Rahmen der Initiative, die unter dem Namen URU-HYGIENE bekannt geworden ist, als auch in Form von theoretisch-praktischen Workshops für ein Netzwerk von Krankenhäusern in Uruguay (FEMI). Dafür durfte ich durch das gesamte Land reisen und konnte feststellen, dass bei dem für Reinigung und Infektionsbekämpfung zuständigen Personal der Wunsch besteht, mehr über dieses Thema zu lernen, zumal es wenige Publikationen dazu gibt.

Widerstände? Am wenigsten gingen sie von den Leuten



Silvia Guerra und ihre niederländische Kollegin Gertie van Knippenberg-Gordebeke: zwei, die an einem Strang ziehen, wenn es um das Management von Patientenausscheidungen geht! Fotos: Daniela Bischler/Privat

aus, die die Richtlinien umsetzen sollen. Den vielleicht einzigen Widerstand habe ich in Bezug auf die angemessene Bezahlung des Personals erlebt. Dafür sind ja die Krankenhausverwaltungen zuständig, und in vielen Fällen ist die Bezahlung suboptimal, denn die Bedeutung der Reinigung bei der Infektionsübertragung wird unterschätzt. Die hohe Prävalenz von Infektionen durch Clostridium difficile, MRSA, Vankomycin resistente Enterokokken, Acinetobacter baumannii spiegeln die unzulänglichen Hygienemaßnahmen in vielen Ländern wider.

Manche Leute denken, ein Krankenhaus zu reinigen sei wie das

Putzen zu Hause, und erkennen nicht die Besonderheit der Aufgabe. Im Krankenhaus sind es die hochfrequentierten Bereiche und die Überwachung mit Feedback, die den Unterschied ausmachen zwischen einer guten Leistung und einer Reinigung von schlechter Qualität, die ein hohes Risiko für die Verbreitung von Krankenhauskeimen mit sich bringt.

TERMINE

- 23.-26.09.2014**
ÖVKT-Tagung, A-Pörschach
- 01.-03.10.2014**
Health Care, B-Brüssel
- 15.-16.10.14**
10. Tag der Hygiene, A-Villach
- 21.-22.10.14**
Fürther-Erl.-Nürnberger Hygienetage, D-Fürth
- 21.-24.10.14**
IFAS, CH-Zürich
- 30.-31.10.14**
FKT Jubiläumsveranstaltung, D-Hamburg
- 03.-07.11.14**
ICAN, ZW-Harare
- 12.-15.11.14**
MEDICA, D-Düsseldorf
- 16.-18.11.14**
HIS, F-Lyon
- 24.-26.11.14**
Freiburger Hygiene- und Infektiologiekongress, D-Freiburg

Fortsetzung von Seite 1

Jeder Zwischenfall kann als Chance betrachtet werden

zung der durchgeführten Präventionsanstrengungen erlauben.

* Geschätzte Zahl der Patienten pro Jahr, die mindestens einmal eine nosokomiale Infektion in einem Akutkrankenhaus erlitten, ECDC PPS 2011–2012.

Frage:

Welche Ziele formuliert die SF2H in Bezug auf nosokomiale Infektionen?

Philippe Berthelot:

Die SF2H arbeitet auf dem Gebiet der Förderung der Hygiene im Pflegebereich. Dazu erarbeitet unsere multidisziplinäre Gesellschaft (medizinische und paramedizinische Fachkräfte) Empfehlungen für gute Praktiken, Bildschirmpräsentationen und Schulungsvideos sowie Programme für die berufliche Fortbildung und trägt zur Förderung von Forschungsmaßnahmen auf dem Gebiet der Prävention der NI sowie des Infektionsrisikomanagements bei. Unsere Arbeit hat außerdem das Ziel, das Gebiet der Alters- und Pflegeheime sowie der ambulanten und häuslichen Pflege einzubeziehen. Wir haben gerade das Update der Standard-Hygienemaßnahmen, die Dreh- und Angelpunkt von Prävention und Kampf gegen die NIs sind, sowie ergänzender Hygienemaßnahmen abgeschlossen. Die Empfehlungen müssen ebenfalls auf den neuesten Stand gebracht werden, da sich die wissenschaftlichen Erkenntnisse rasend schnell entwickeln. Wir hoffen, die Arbeit der SF2H fortsetzen zu können, unter Weiterentwicklung der Schulungs-

werkzeuge wie Simulation im Gesundheitswesen, Verbesserung der Kenntnisse über die psychosozialen Aspekte sowie der medizinisch-ökonomischen Einschätzungen im Bereich Hygiene. Die Resistenz-erhöhung der Bakterien gegenüber Antibiotika ist ebenfalls eine wichtige Herausforderung: Die Hygienemaßnahmen müssen dazu beitragen, diese äußerst besorgniserregende Entwicklung einzudämmen, insbesondere durch Reduzierung der Verbreitungsgefahr dieser multiresistenten (MRB) oder hochresistenten Bakterien gegenüber Antibiotika.

Frage:

Halten Sie ein Ziel wie die von Ihren deutschen Kollegen angestrebte Null-Infektions-Strategie für realisierbar?

Philippe Berthelot:

Ganz eindeutig nein, und ich wundere mich ein wenig über diesen etwas übertriebenen Optimismus, wie ihn die amerikanischen Arbeiten über die Katheter-Infektionen gezeigt haben, auch wenn bemerkenswerte Fortschritte verzeichnet wurden. Mit einer Reihe von Hygienemaßnahmen zur Absicherung (insbesondere die kritischen Punkte im Pflegeablauf) wurde bewiesen, dass ein gewisser Teil der NI, selbst der endogenen Infektionen, vermeidbar ist. Es ist darauf hinzuwirken, das Infektionsrisiko für den Patienten während der Pflege zu reduzieren, aber eine Reduzierung auf null ist unmöglich, da die Patienten immer stärker gefährdet sind, insbesondere wegen

der höheren Lebenserwartung, der Komorbiditäten und der Notwendigkeit der Anwendung von invasiven Geräten für ihre Pflege, die eine Eingangspforte für Infektionen darstellen können. Man könnte allerdings die Idee der „Null-Infektion“ als gewollten Ansatz dazu betrachten, dass keine Komplikation banalisiert und als Schicksal angenommen werden darf. Jede Situation kann bei gründlicher Untersuchung als Chance dazu betrachtet werden, die Sicherheit der Pflege zu verbessern.

Frage:

Auch Sie haben sich in Interviews dahingehend geäußert, dass wir längst in der post-antibiotischen Ära angelangt sind. Wie sieht für Sie eine adäquate Lösungsstrategie aus?

Philippe Berthelot:

Ich glaube nicht, dass ich mich genau so ausgedrückt habe. Es ist richtig, dass ich in mehreren Artikeln den Wunsch geäußert habe, „die Alarmglocken zu läuten“, da sich die Mehrheit der Bevölkerung, aber auch einige der Fachleute für Gesundheit der potenziellen Folgen dieser totalen Resistenz der Bakterien gegenüber Antibiotika nicht bewusst sind. Auf eine Situation wie vor der Anwendung von Antibiotika zurückzugehen wäre katastrophal und würde die Rückkehr zu einer hohen Mortalität aufgrund von Infektionskrankheiten zur Folge haben. Glücklicherweise engagiert sich die SF2H mit vielen anderen auch bei Lobbying-Maßnahmen und

Aktionsvorschlägen zur Eindämmung dieses Problems. Unsere Gesellschaft unterstützt das Bündnis gegen die multiresistenten Bakterien und beteiligt sich an der Erklärung der WAAR*, dem Vorschlagsgremium zur Kontrolle dieses Phänomens. Die Hygiene nimmt einen wichtigen Platz ein, insbesondere im Hinblick auf Information und Schulung, Eingrenzung und Verbreitung dieser Bakterien, Förderung von Impfungen und Anleitung zur vernünftigen Verwendung von Antibiotika.

Es muss auf breiter Ebene mobilisiert werden, denn das Damoklesschwert hängt über unseren Köpfen. Die Schwierigkeit besteht darin, dass es sich um ein multifaktorielles Problem handelt, das eine Reihe von koordinierten Maßnahmen in der Human- und Veterinärmedizin erforderlich macht und eine Bewusstmachung auf politischer Ebene sowie in der normalen Bevölkerung, im Bildungswesen und der Forschung ... verlangt. Die Herausforderung ist enorm groß, aber man darf sie nicht umgehen, um die Rückkehr der Infektionssterblichkeit aus der Zeit vor den Antibiotika zu vermeiden. Das Land und die Institutionen beginnen sich zu mobilisieren, jedoch leider eher unter dem Aspekt der Feststellung als durch den Einsatz von Aktionen. Hoffen wir also, in den kommenden Jahren einen Rückgang dieser Resistenz in Gang bringen zu können.

http://www.ac2bmr.fr/images/DECLARATION_WAAAR_VF.pdf

IMPRESSUM

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

Vertreten durch:

MEIKO Beteiligungs GmbH
Geschäftsführer:
Dr.-Ing. Stefan Scheringer
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
Vi.S.d.P.: Regine Oehler
Grafik/Layout: Mathias Klass,
Klass-Design

Druckerei: Dinner-Druck GmbH,
Schlehenweg 6, 77963 Schwanau