

V O R T R A G
28. November 2014 in Berlin
8. Nationale Qualitätskongress Gesundheit

Zentrale Aspekte des Hygienemanagements

Prof. Dr. F. Daschner
Freiburg

Einleitung

Ich war 30 Jahre lang der verantwortliche Krankenhaushygieniker am Universitätsklinikum Freiburg, das bis zur Wiedervereinigung das größte Universitätsklinikum in Deutschland war, dann wurde der 1. Platz an die Universitätskliniken in Berlin abgegeben. Ich habe Mitte der 70er-Jahre des letzten Jahrhunderts zusammen mit meinem damaligen Chef Prof. Marget die ersten fünf Hygienefachkräfte für Deutschland in Amerika ausbilden lassen und selbst an den Centers for Disease Control and Prevention in Atlanta, USA, alle damals verfügbaren Kurse für Hygienefachkräfte und Krankenhaushygieniker absolviert, habe dann von Freiburg aus vor allem mit Hilfe der ersten Hygienefachkräfte in Deutschland die ersten Surveillance-Daten über Krankenhausinfektionen in den verschiedenen Fachgebieten publiziert und so versucht, den Zugang zur Bekämpfung von Krankenhausinfektionen nicht primär über Bakterien in der Umwelt des Patienten, sondern ausgehend von den verschiedenen Krankenhausinfektionen zu eröffnen. Also nicht: die Patienten sind von einer Vielzahl von Bakterien umgeben und die müssen zuerst bekämpft werden, sondern: welche Krankenhausinfektionen haben die Patienten, wie werden sie verursacht und wie kann man sie bekämpfen. Mit großer Dankbarkeit blicke ich auf die jahrzehntelange wissenschaftliche und persönliche Zusammenarbeit mit Prof. Henning Rüdén, früher Charité Berlin, und Frau Prof. Petra Gastmeier, jetzt Direktorin des führenden wissenschaftlichen Instituts für Krankenhaushygiene in Deutschland/Charité Berlin, zurück. Ich gebe Ihnen diesen kurzen Rückblick auf meine krankenhaushygienische Vergangenheit

nur, um Ihnen zu belegen, dass das, was ich Ihnen im Folgenden empfehle, auf einige Erfahrung beruht.

Seit 2006 bin ich emeritiert, mein Hauptberuf ist nicht mehr Hygieniker, sondern Pensionist und Opa. Ich lese keine wissenschaftlichen Zeitschriften mehr, das, was ich Ihnen im Folgenden empfehle, beruht somit auf meinen früheren Erfahrungen.

Auch in der Krankenhaushygiene gelten die klassischen Säulen der Qualitätssicherung: Strukturqualität – Prozessqualität – Ergebnisqualität.

Strukturqualität:

Was braucht eine Klinik? Ein oder mehrere Krankenhaushygieniker als Fachärzte für Hygiene und Umweltmedizin, möglichst mit jahrelanger klinischer Erfahrung und nicht nur mit Weiterbildung überwiegend in theoretischen Instituten. Der Krankenhaushygieniker ist Dienstleister für seine klinischen Kollegen, er ist nicht überwiegend Bakteriensucher, sondern hauptsächlich Ratgeber. Krankenhaushygieniker, die überwiegend mit drohendem Finger durch die Klinik gehen, wären besser Lehrer oder Polizisten geworden. Die Hygienefachkräfte, die dienstrechtlich dem Krankenhaushygieniker unterstehen müssen, arbeiten ihm ebenso zu wie die hygienebeauftragten Ärztinnen und Ärzte in den verschiedenen Fachabteilungen. Die notwendige Anzahl von Krankenhaushygienikern, Hygienefachkräften und hygienebeauftragten Ärztinnen und Ärzten ist in optimaler Weise von einer Arbeitsgruppe der KRINKO am Robert Koch-Institut, die von meinem früheren Leitenden Oberarzt, Privatdozent Dr. H.M. Just, Nürnberg, geleitet wurde, zusammengefasst. In der Hygienekommission, die vom Krankenhaushygieniker geleitet wird, werden klinikübergreifende Probleme besprochen und gelöst. Die Krankenhaushygiene verfügt über ein eigenes bakteriologisches Labor oder arbeitet sehr eng mit einem örtlich nahegelegenen bakteriologischen Labor zusammen, das der Krankenhaushygiene in regelmäßigen Abständen, mindestens viertel- oder halbjährlich, Resistenzdaten über die wichtigsten Erreger von Krankenhausinfektionen liefert. Das Verschicken von bakteriologischen Proben in ein räumlich weit entferntes bakteriologisches Labor, was meist aus ökonomischen Gründen geschieht, ist eine äußerst schlechte Notlösung.

Prozessqualität:

Was ist die Hauptaufgabe der Krankenhaushygiene?

Der Krankenhaushygieniker muss wissen, was sind die häufigsten Krankenhausinfektionen in den verschiedenen Abteilungen seines Klinikums, wie entstehen sie, welche Bakterien verursachen sie, wie werden sie übertragen und mit welchen Methoden werden sie am besten bekämpft. Alle weiteren zusätzlichen Aufgaben und Pflichten des Krankenhaushygienikers, der Hygienefachkräfte und hygienebeauftragten Ärztinnen und Ärzte sowie der Hygienekommission sind von verschiedenen Arbeitsgruppen der KRINKO/Robert Koch-Institut im Einzelnen aufgeführt. Die Krankenhaushygiene beginnt also ganz gezielt mit der Surveillance von Krankenhausinfektionen, denn wer nicht weiß, welche Infektionen es wo gibt, der kann sie auch nicht bekämpfen. Ich rate jeder Klinik dringend, sich an den verschiedenen Modulen von KISS (Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System) zu beteiligen, das von Frau Prof. Petra Gastmeier/Berlin geleitet wird. Die Mehrzahl der deutschen Kliniken beteiligt sich bereits an KISS. KISS ist national und international anerkannt, es ist zurzeit mit Abstand das beste verfügbare Surveillance-System. Wer sich an KISS beteiligt, ist auch juristisch auf der sicheren Seite. Ein wesentlicher Vorteil von KISS ist die Möglichkeit, die eigenen Infektionsraten mit denen anderer Kliniken national und international vergleichen zu können. Die wiederholten Warnungen und Bedenken der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene vor KISS sind wissenschaftlich unbegründet und beruhen auf Unwissenheit. Diese Gesellschaft hat selbst kein vernünftiges Surveillance-System für deutsche Kliniken publiziert, geschweige denn wissenschaftlich evaluiert.

Die Krankenhaushygiene steht in täglichem engen Kontakt mit dem mikrobiologischen Labor, der durch räumliche Entfernung erheblich erschwert wird. Eine eigene infektiologische Abteilung in der Klinik ist optimal.

Die Hygienefachkraft geht täglich über die Stationen und hält engsten Kontakt mit den Stationsleitungen und der Pflegedienstleitung ebenso mit den Hauswirtschaftsleitungen und natürlich auch den hygienebeauftragten Ärztinnen und Ärzten und dem mikrobiologischen Labor. Der Hygieniker trifft sich täglich – so war es zumindest bei uns – in einer mindestens einstündigen Besprechung mit den

Hygienefachkräften, er spricht regelmäßig mit den hygienebeauftragten Ärztinnen und Ärzten und ist immer ansprechbar für die ärztlichen Leitungen, denn sie und nicht der Hygieniker tragen die Verantwortung für die krankenhaushygienische Situation. Er selbst ist nur für die Richtigkeit seiner Empfehlungen und Anordnungen verantwortlich.

Besonders bewährt hat sich bei Epidemien ein so genanntes Ausbruchsteam. Es besteht aus dem Krankenhaushygieniker, der zuständigen Hygienefachkraft, dem hygienebeauftragten Arzt, der Stationsschwester, der Stationsleitung, dem Mikrobiologen, dem Infektiologen –sofern vorhanden und – besonders bewährt – dem Pressesprecher des Klinikums. Nur er und sonst niemand gibt Auskunft bei Presseanfragen.

Besonders bewährt hat sich auch die Funktion des Hygieneingenieurs. Er überwacht beispielsweise die Klimaanlage und ist verantwortlich für die Qualitätssicherung aller technischen Geräte, soweit sie für die Qualitätssicherung in der Krankenhaushygiene notwendig sind (wie z.B. Desinfektionsapparate, Spülmaschinen, etc.).

Mikrobiologische Umgebungsuntersuchungen sollten auf das absolut notwendige Minimum beschränkt bleiben. Abklatschuntersuchungen im OP oder auf Stationen sind mit den seltenen Ausnahmen in Epidemiezeiten überflüssig. Sie sind lediglich eine willkommene Einnahmequelle für übereifrige Laboratorien. Postoperative Wundinfektionen entstehen nicht vom Fußboden oder von den Wänden eines OPs.

Was – wo – wie desinfiziert wird, regelt ein Desinfektionsplan, der in regelmäßigen Abständen aktualisiert wird. Ungezielte Desinfektionen, z.B. Fußboden, Betten, Matratzen, sind überflüssig. Sie schädigen Patienten, Personal und die Umwelt. Bettentralen sind überflüssig. Beträgt in einer Klinik die durchschnittliche Krankenhausinfektionsrate 5%, dann heißt dies, dass in 95% aller Betten keine Infektionspatienten liegen, diese müssen dann auch nicht desinfiziert, sondern nur gereinigt werden. In unserem Klinikum wurden die Betten von einem Spezialteam, das per Funk herbeigerufen wurde, im Zimmer oder auf dem Flur gereinigt und/oder

wenn nötig desinfiziert. Durch diese Methode entfällt vor allem auch der unnötige Transport von tausenden von Betten durch die Klinikflure. Bettenzentralen liegen in der Regel nicht zentral, sondern häufig im Keller.

Noch ein Wort zur Flächendesinfektion: Bedenken Sie bitte, dass jedes Desinfektionsmittel – mit Ausnahme von Alkohol – Patienten, Personal (Allergien!) und vor allem die Umwelt schädigen kann. Bei der Auswahl eines Flächendesinfektionsmittels achten Sie vor allem auf die gute Abbaubarkeit. Verzichten Sie vor allem auf die ungezielte Fußbodendesinfektion. Bakterien vom Fußboden springen nicht auf Patienten, bereits eine Stunde nach Fußbodendesinfektion ist die Ausgangskeimzahl wieder erreicht.

Ergebnisqualität:

[Woran wird der Erfolg der Krankenhaushygiene gemessen?](#) Selbstverständlich an einer niedrigen Infektionsrate. Ein Vergleich der eigenen Infektionsraten mit anderen Kliniken ist national und international nur durch Beteiligung an KISS möglich, so dass ich hier erneut dringend zur Beteiligung an KISS rate. Infektionserfassungssysteme mit Meldebögen, die von Ärzten auf der Station ausgefüllt werden und die meiner Information nach nur noch in Berliner Kliniken der Vivantes-Gruppe angewendet werden, sind auch juristisch obsolet. Schon vor Jahrzehnten wurde berichtet, dass derartige Selbstmeldesysteme bis zu 10-fach niedrigere Infektionsraten ergeben.

Die Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH) oder Arbeitsgemeinschaft Krankenhaushygiene der Deutschen Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie (DGHM)

Die Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene ist eine Interessengemeinschaft, keine wissenschaftliche Gesellschaft, ihre Mitglieder sind meines Wissens überwiegend Nichtmediziner. Ich empfehle daher dringend allen Krankenhaushygienikern die Teilnahme an der Arbeitsgemeinschaft Krankenhaushygiene der DGHM. Sie ist wissenschaftlich orientiert, arbeitet evidenz-

basiert und bietet ein Netzwerk von ausschließlich wissenschaftlich orientierten Mitgliedern. Ihre Workshops haben ein wissenschaftlich hohes Niveau.

Die neueste Aktion der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene „Null Infektionen“ ist – man möge mir den Ausdruck verzeihen – wissenschaftlicher Unsinn. Diese Gesellschaft strebt und propagiert eine Null-Infektionsrate nach aseptischen operativen Eingriffen. Dieses Ziel ist theoretisch erstrebenswert, aber praktisch nie erreichbar. Es gibt keinen einzigen aseptischen operativen Eingriff, bei dem es nicht irgendwann einmal in den meisten Fällen natürlich unverschuldet zu einer postoperativen Infektion kommt. Die Vorstandsmitglieder der DGHM Wangler, Popp und Exner, haben in einer kürzlichen Publikation geschrieben, dass es in Deutschland viele Teams in vielen Krankenhäusern gäbe, die eine Null-Infektionsrate bereits erreicht hätten. Ich habe den Herren geschrieben, sie mögen mir bitte diese Teams nennen, eine Antwort habe ich bis heute leider nicht erhalten.

Ich wünsche denjenigen, die diese kurze Publikation bis zum Ende gelesen haben, bei ihrer Arbeit viel Erfolg. Ich weiß, wie schwer sie oft ist.

Ich entschuldige mich bei Ihnen, dass ich aus gesundheitlichen Gründen kurzfristig meine Teilnahme am Symposium absagen musste.

November 2014

Kontakt

viamedica - Stiftung für eine gesunde Medizin

Breisacher Str. 115 B, 79106 Freiburg
Mail: markus.loh@viamedica-stiftung.de
Tel.: 0761-270 82190