



HESSISCHER LANDTAG

27. 08. 2010

Kleine Anfrage

des Abg. Dr. Spies (SPD) vom 08.06.2010

betreffend Krankenhausinfektionen

und

Antwort

des Ministers für Arbeit, Familie und Gesundheit

Vorbemerkung des Ministers für Arbeit, Familie und Gesundheit:

Nosokomiale Infektionen nennt man alle Infektionen, die sich Patienten in einem Krankenhaus (=Krankenhausinfektionen) oder bei der ärztlichen Behandlung zuziehen. Im Unterschied dazu gibt es auch sog. Umgebungsinfektionen (community acquired infection).

Nosokomiale Infektionen sind sehr häufig auf Keime zurückzuführen, die in der "normalen Flora" des Menschen angesiedelt sind (z.B. Hautkeime/Darmkeime) und die oft erst dann zur Krankheit führen, wenn das Immunsystem des Menschen geschwächt ist.

Ein anderer Infektionsgrund ist, dass die Keime auf "unnatürliche Art" in den Körper der Menschen gebracht werden - in der Regel durch invasive Maßnahmen. Dazu gehört die Verwendung von Spritzen ebenso wie die Verwendung von Harnkathedern oder Beatmungsschläuchen.

Eine Reduktion solcher Infektionen auf Null ist unmöglich, da z.B. bei liegenden Fremdkörpern eine Besiedelung mit Keimen erfolgen kann, ohne dass es Hygienemängel gegeben hat und immungeschwächte Menschen an sonst harmlosen Keimen erkranken können, auch ohne invasive Maßnahmen.

Aber man kann das Problem begrenzen. Dazu ist es notwendig, insbesondere in Krankenhäusern, Hygieneregeln zu formulieren und diese sehr streng zu befolgen (Hygieneplan).

Das beginnt mit Händewaschen und den Regeln des "sauberen Arbeitens" (Handschuhe/Kittelpflege) und geht über die Verwendung steriler Medizinprodukte, die Prozesse zur Sterilisation bei der Wiederverwendung von Produkten sowie die Herstellung und Verabreichung von Arzneimitteln. Des weiteren ist auf Flächendesinfektion und Geräteüberwachung, auch bei raumluftechnischen Anlagen zu achten, also auch in sehr technischen Bereichen. Hinzu kommt die Festlegung bestimmter Maßnahmen bei Auftreten von Krankenhausinfektionen oder Infektionsausbrüchen (z.B. von MRSA).

Multiresistente Keime sind in der Regel Bakterien (z.B. Staphylokokken, Streptokokken etc.). Bakterien vermehren sich durch Zellteilung. Durch Antibiotika werden auf verschiedene Weise die Mechanismen der Zellteilung beeinträchtigt oder der Keim auch zerstört (verschiedene Antibiotikagenerationen unterscheiden sich in ihren Wirkungsmechanismen und Indikationen). Wenn allerdings Bakterien einen Abwehrmechanismus gegen den "Angriff" eines Antibiotikums entwickelt haben, vermehren sich unter dem Anwesenheitsdruck der Antibiotika nur noch die Bakterien mit dem Abwehrmechanismus ("Resistenzbildung"). Ein Bakterium kann damit im Laufe der Zeit gegen einen oder viele verschiedene Antibiotikawirkstoffe resistent werden.

Der Hauptgrund der Entstehung dieser Multiresistenzen ist der hohe Selektionsdruck durch die Verwendung von zu vielen oder falschen oder zu kurz verabreichten Antibiotika.

Diesem Problem kann man begegnen durch eine strenge Überwachung der Antibiotikagabe (Indikation), insbesondere in Krankenhäusern und dem möglichst gezielten Einsatz von Antibiotika.

Der sinnvolle Einsatz von Antibiotika ist einer der Hauptpunkte der deutschen und europäischen Strategie zur Eindämmung der Probleme durch multiresistente Erreger (DART = Deutsche Antibiotika Resistenz Strategie). Um die weitere Verbreitung dieser Infektionen wirksam begrenzen zu können, müssen auch Maßnahmen ergriffen werden, die eine Übertragung eines multiresistenten Keims mittels Instrumente/Umgebung oder Personen auf andere Patienten verhindern (z.B. Isolierung von Patienten mit nachgewiesener MRSA-Besiedelung oder -Infektion).

Meldepflicht: Es gibt keine allgemeine Meldepflicht für diese Infektionen. Neu eingeführt wurde lediglich eine Meldepflicht für den Nachweis von MRSA in sterilen Flüssigkeiten an das Gesundheitsamt. Die Meldung wird ohne Angabe der einzelnen Einrichtung an das Land (HLPUG) weitergegeben.

Nach § 23 Infektionsschutzgesetz sind Krankenhäuser und Einrichtungen zum ambulanten Operieren zwar dazu verpflichtet, bestimmte nosokomiale Infektionen und das Auftreten von Krankheitserregern mit speziellen und Multiresistenzen aufzuzeichnen und zu bewerten. Die Gesundheitsämter können diese Aufzeichnungen jedoch nur einsehen, eine Erfassung erfolgt mangels gesetzlicher Grundlage nicht.

Die Situation der Verbreitung von nosokomialen Infektionen und multiresistenten Erregern in deutschen oder hessischen Krankenhäusern kann daher nur indirekt (Studien) geschätzt werden.

Die Fragen nach der Infektionshäufigkeit in hessischen Krankenhäusern können daher leider nicht beantwortet werden.

Im Zuge der "Hessischen Hygiene Offensive" wird jedoch angestrebt, in einer Krankenhaushygieneverordnung zu regeln, dass solche Daten unter Verschlüsselung der meldenden Einrichtung und ohne Patientenbezug in einer zentralen Einrichtung zur externen Qualitätssicherung (HLPUG) erfasst werden können.

In Hessen sind die Vorgaben des Infektionsschutzgesetzes in Bezug auf Krankenhaushygiene in zwei Grundsatzverordnungen festgelegt (Anlage 1 und 2).

Diese Vorbemerkung vorangestellt, beantworte ich die Kleine Anfrage wie folgt:

- Frage 1. Wie viele Krankenhausinfektionen sind in Hessen in den letzten Jahren aufgetreten, aufgeschlüsselt nach Jahren und Krankenhaus?
- Frage 2. Wie viele dieser Krankenhausinfektionen traten auf Intensivstationen auf, ebenfalls aufgeschlüsselt auf die letzten fünf Jahre und die einzelnen hessischen Krankenhäuser?
- Frage 3. Welches waren die fünf häufigsten Arten von Krankenhausinfektionen in den letzten fünf Jahren landesweit?
- Frage 4. Wie hoch ist die Quote der Krankenhausinfektionen in Bezug auf die Gesamtzahl der Patientinnen und Patienten, jeweils aufgeschlüsselt auf die letzten fünf Jahre und die einzelnen hessischen Krankenhäuser?

Die Daten stehen weder den Gesundheitsämtern noch dem Land zur Verfügung.

Wiesbaden, 16. August 2010

Jürgen Banzer

Anlagen

Die Anlagen können in der Bibliothek des Hessischen Landtags eingesehen oder im Internet im Dokumentenarchiv (www.Hessischer-Landtag.de) abgerufen werden.



Beilage

HESSISCHES SOZIALMINISTERIUM

Hessisches Sozialministerium · Postfach 31 40 · D-65021 Wiesbaden

siehe Verteiler

ARBEIT · ARBEITSSCHUTZ · FAMILIE · FRAUEN · GESUNDHEIT
INTEGRATION · JUGEND · LEBENSMITTELKONTROLLE · SENIOREN
SOZIALE SICHERUNG · TIERSCHUTZ · VETERINÄRWESSEN

Geschäftszeichen (im Antwortschreiben bitte angeben)
VIII 3 18 d 10 – 03.01

Bearbeiter/in:

Direkte Kommunikation (Durchwahl):

Telefon: (0611) 817-3336

Telefax: (0611) 817-3651

E-Mail: a.wirtz@hsm.hessen.de

Wiesbaden,

5. Juli 2001

Umsetzung des Infektionsschutzgesetzes
Krankenhaushygiene (§§ 6, 23, 36 IfSG)

Mit dem neuen Infektionsschutzgesetz (in Kraft seit dem 01.01.2001) sind neue Regelungen zur Verbesserung der Krankenhaushygiene geschaffen worden. Die vorliegenden Empfehlungen sollen eine reibungslose Umsetzung des Gesetzes durch die Krankenhäuser, Einrichtungen für ambulantes Operieren und Aufsichtsorgane ermöglichen. Eine Arbeitsgruppe mit Ärzten/Ärztinnen für Krankenhaushygiene der drei hessischen Universitäten und zweier städtischer Krankenhäuser, Vertretern des öffentlichen Gesundheitsdienstes und der Hessischen Krankenhausgesellschaft hat beratend bei der Erstellung der hessischen Empfehlungen mitgewirkt. Die Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention wurden bei den hessischen Empfehlungen berücksichtigt. Die Empfehlungen betreffen die Erstellung und Umsetzung von Hygieneplänen (§ 36 Absatz 1 IfSG), die Meldung von Ausbrüchen nosokomialer Infektionen (§ 6 Absatz 3 IfSG) und die Surveillance von nosokomialen Infektionen und multiresistenten Keimen in Krankenhäusern und Einrichtungen für ambulantes Operieren (§ 23 Absatz 1 und 2 IfSG).

Im Auftrag

Dr. A. Wirtz

Dostojewskistraße 4 · D-65187 Wiesbaden

Zentrale Kommunikation: Telefon: (0611) 817 - 0

Telefax: (0611) 80 93 99

E-Mail: poststelle@hsm.hessen.de

Internet: <http://www.hessen.de/hsm>

<http://www.sozialnetz-hessen.de>



EMPFEHLUNGEN ZUR UMSETZUNG DES INFEKTIONSSCHUTZGESETZES IM BEREICH KRANKENHAUSHYGIENE

Verteiler:

Regierungspräsidien

64283 Darmstadt
35338 Gießen
34112 Kassel

Hess. Krankenhaus-Gesellschaft e.V.
Geschäftsstelle Eschborn
Frankfurter Str. 10 – 14

65760 Eschborn

- mit der Bitte um Verteilung an die Mitglieder

Magistrate der kreisfreien Städte
und Kreisausschüsse der Landkreise
- Stadt- und Kreisgesundheitsämter –

Aus verwaltungstechnischen Gründen unmittelbar übersandt

Staatliches Untersuchungsamt Hessen
Abteilung I, Humanmedizin
– Zentrum für Gesundheitsschutz –
Wolframstr. 33

35683 Dillenburg

Nachrichtlich:

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Georg-Voigt-Str. 15

60325 Frankfurt / Main

Hessischer Landkreistag
Gertrud-Bäumer-Str. 28

65189 Wiesbaden

Mitglieder der Arbeitsgruppe
„Krankenhaushygiene“ des Hessischen
Sozialministeriums

s. Verteiler

Hessischer Städtetag
Frankfurter Str. 10

65189 Wiesbaden

EMPFEHLUNGEN
ZUR
UMSETZUNG
DES
INFEKTIONSSCHUTZGESETZES
IM
BEREICH
KRANKENHAUSHYGIENE



Hessisches Sozialministerium
Juli 2001

EMPFEHLUNGEN ZUR UMSETZUNG DES INFEKTIONSSCHUTZGESETZES IM BEREICH KRANKENHAUSHYGIENE

Hygienepläne - § 36 Absatz 1

Nach § 36 Absatz 1 IfSG haben alle genannten Gemeinschaftseinrichtungen - hier Krankenhäuser, Vorsorge und Rehabilitationseinrichtungen, Einrichtungen für ambulantes Operieren, Dialyseeinrichtungen, Tageskliniken und Entbindungseinrichtungen - Hygienepläne zu erstellen, in denen die innerbetriebliche Verfahrensweise zur Infektionshygiene festgelegt wird.

Erste Voraussetzung für ein erfolgreiches Hygienemanagement ist eine Analyse der in den jeweiligen Einrichtungen infektionshygienisch relevanten Funktionsabläufe und darauf aufbauend das Erstellen eines Hygieneplans.

Der Plan soll alle hygienerelevanten Gesetze, Verordnungen und die Richtlinie für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (Robert Koch Institut) differenziert berücksichtigen sowie die für die jeweilige Einrichtung geltenden hygienisch relevanten Handlungsabläufe festlegen und muss an die besonderen Gegebenheiten der verschiedenen Abteilungen eines Krankenhauses bzw. der Einrichtung angepasst sein.

Für die Erarbeitung des Planes haben sich in der Praxis Qualitätszirkel mit Einbeziehung von Vertretern aller beteiligten Berufsgruppen bewährt, damit die erarbeiteten Vorgaben durch die Beteiligten inhaltlich mitgetragen und im eigenen Zuständigkeitsbereich erfolgreich umgesetzt werden können. Vorliegende Pflegestandards sollen berücksichtigt und einbezogen werden.

Der Hygieneplan muss allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bekannt sein, um den größten Nutzen für Patienten und gleichzeitig ein hohes Maß an Sicherheit für das Personal bewirken zu können. Er ist regelmäßig zu aktualisieren, um neue wissenschaftliche Erkenntnisse und Änderungen in den Organisations- und Funktionsabläufen der Einrichtungen aufzunehmen.

Regelungen für den Umgang mit Patienten mit Verdacht auf eine lebensbedrohliche hochkontagöse Infektion müssen enthalten sein.

Als Beispiel für die Differenzierung der Inhalte eines Hygieneplans dient die Themenliste im Anhang (1).

Alle Einrichtungen unterliegen der infektionshygienischen Überwachung durch das Gesundheitsamt (§ 36 Absatz 1 Satz 2 und Absatz 3 IfSG). Die Gesundheitsämter sind befugt, jederzeit die genannten Einrichtungen aufzusuchen, zu besichtigen und alle erforderlichen Unterlagen einzusehen (§ 16 Absatz 2 IfSG).

Vorgehen bei gehäuftem Auftreten nosokomialer Infektionen - § 6 III IfSG

Das Vorgehen in einer Klinik bei „einem gehäuftem Auftreten nosokomialer Infektionen, bei denen ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet wird“ (§ 6 Absatz 3 IfSG), soll organisatorisch und inhaltlich vorgeplant sein. Die Meldeverpflichtung entsteht in

Abhängigkeit von der Art der nachgewiesenen Infektionserreger bei dem Auftreten von mehr als einer, mehr als zwei oder mehr als drei nosokomialen Infektionen (Häufung - Anlage 2). Mit der Meldung soll das Gesundheitsamt in die Untersuchung eingebunden werden, um bei der Ursachensuche und Eindämmung Unterstützung und Beratung zu leisten.

Dokumentationspflicht nach § 23 Absatz 1 IfSG – nosokomiale Infektionen

Die Vorschrift verpflichtet alle Krankenhäuser und Einrichtungen für ambulantes Operieren zu einer fortlaufenden, systematischen Erfassung und Interpretation von Fällen nosokomialer Infektionen in der jeweiligen Einrichtung. Nosokomiale Infektionen sind Infektionen mit lokalen oder systemischen Infektionszeichen als Reaktion auf das Vorhandensein von Erregern oder ihrer Toxine, die im zeitlichen Zusammenhang mit einer stationären oder ambulanten Maßnahme stehen, soweit die Infektionen nicht bereits vorher bestanden (§ 2 Nr. 8 IfSG). Nach § 23 Absatz 1 IfSG legt das Robert Koch Institut die zu erfassenden Infektionen und Infektionserreger fest.

Die erforderliche Dokumentation soll ein internes System zur Bewertung der Qualität des jeweiligen Hygienemanagements darstellen. Die im Rahmen der KISS-Studie erhobenen Daten über die Häufigkeit des Auftretens bestimmter nosokomialer Infektionen bei kontrolliertem Hygienemanagement können als Referenzdaten genutzt werden.

Die Dokumentationspflicht soll sich auf vier vom Robert Koch Institut vorgeschlagene Parameter, die eine besondere Bedeutung im Hinblick auf Letalität, Kosten und Vermeidungspotential haben, beschränken. In Hessen sollen diese Parameter in folgenden Bereichen als Infektionsraten dokumentiert werden:

- **Postoperative Wundinfektionen**
auf operativen Stationen (eine Indikator OP in allen chirurgischen Bereichen)
- **Beatmungsassoziierte Pneumonien**
auf Intensivstationen
- **Katheterassoziierte Septikämien**
auf Intensivstationen
- **Katheterassoziierte Harnwegsinfektionen**
auf „Nicht Intensiv“ Stationen

Alle Krankenhäuser in Hessen sollen in den benannten Risikobereichen die Dokumentation der vorgeschlagenen Infektionen nach Falldefinition und die Erfassung der einrichtungsinternen Bezugsdaten durchführen sowie die erforderliche Bewertung vornehmen.

Gegenwärtig genügt es, wenn in allen Risikobereichen eines Krankenhauses mindestens eine der oben benannten Infektionsraten erfasst wird.

Im Ergebnis soll also auf allen Intensivstationen entweder die ZVK assoziierte Sepsis oder beatmungsassoziierte Pneumonie erfasst werden, chirurgische Abteilungen sollen die Ergebnisse für eine „Indikator-Operation“ erfassen (Indikatoroperationen sind in dem jeweiligen Haus häufig durchgeführte Eingriffe). Krankenhäuser ohne die genannten Risikobereiche konzentrieren sich auf die Dokumentation katheterassoziierter

Harnwegsinfektionen. Zur Dokumentation können die vorgeschlagenen Formulare verwendet werden (Anlage 3).

Dokumentationspflicht nach § 23 Absatz 1 IfSG – Erreger mit speziellen und multiplen Resistenzen

Hessische Krankenhäuser sollen die vom RKI vorgeschlagenen acht Erreger erfassen, denen eine besondere epidemiologische und therapeutische Bedeutung zukommt (Anlage 4). Die Krankenhäuser sollten prüfen, inwieweit bereits durch die untersuchenden Laboratorien die geforderten Daten aufbereitet werden können. Entscheidend ist die anschließende qualifizierte Bewertung der Art und Häufigkeit multiresistenter Infektionserreger sowie die Einleitung von Konsequenzen im Hygiene- und Patientenmanagement.

Die Dokumentationen nach 23 Absatz 1 und 2 muss gegenüber dem Gesundheitsamt offen gelegt werden.

Organisatorische Voraussetzungen:

Alle Krankenhäuser sollen in dem notwendigen Umfang in Hygiene geschultes Personal (hygienebeauftragte Ärzte, Hygienefachkräfte, Hygieneingenieure) beschäftigen und Organisationsstrukturen entwickeln, die die notwendige Datenerhebung und Auswertung sowie das Management bei Ausbrüchen nosokomialer Infektionen gewährleisten.

Alle Krankenhäuser sollen sicherstellen, dass sie in allen Fragen der Hygiene regelmäßig durch Fachärzte für Hygiene und Umweltmedizin beraten werden.

Es ist notwendig, in allen Häusern eine Krankenhaushygienekommission unter Vorsitz des ärztlichen Direktors und unter Beteiligung des beratenden Krankenhaushygienikers/in zu bilden, die u.a. regelmäßig die vorliegenden Daten diskutiert und bewertet. Die Gesundheitsämter sollen Protokolle der Sitzungen erhalten.

Die Krankenhäuser sollen für alle Organisationsbereiche hygienebeauftragte Ärzte benennen, die für die Umsetzung der Empfehlungen auf den Stationen verantwortlich sind. Eine regelmäßige Fortbildung der hygienebeauftragten Ärzte soll sichergestellt werden.

Anlagen:

1. Muster für die Themen eines Hygieneplans - § 36 I IfSG
2. Anhaltspunkte für eine Häufung nosokomialer Infektionen - § 6 III IfSG
3. Erfassungsbögen für nosokomiale Infektionen (Hessen) - § 23 I IfSG
4. Liste der zu erfassenden Erreger - § 23 I IfSG

Hinweise:

Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert Koch Institut

<http://www.rki.de/GESUND/HYGIENE/HYGIENE.HTM>

Anlage 1

Muster
für
Themen
eines
Hygieneplans
im
Krankenhaus

MUSTER FÜR THEMEN EINES HYGIENEPLANS IM KRANKENHAUS

Personal	
<p>Allgemeine Personalhygiene</p> <p>Persönliche Hygiene Aufenthaltsräume Toilettenbesuch</p>	<p>Bekleidung</p> <p>Allgemeine Vorgaben Zusätzliche Schutzkleidung Patientengebundene Schutzkleidung Kopfhaube Mund-Nasen-Schutz Schutzbrille Schuhe und Socken</p>
<p>Händehygiene</p> <p>Hygienische Händedesinfektion Makroskopische Kontamination der Hände/Haut Händedesinfektion oder Händewaschung Händewaschung Desinfektions- und Waschplatz Spender Hände-Desinfektionsmittel Waschlotionen Hautpflege-Lotionen Händepflege Handschuhe Schutzhandschuhe steril Schutzhandschuhe unsteril Haushaltshandschuhe</p>	<p>Personalschutz</p> <p>Infektionsschutz Sofort-Maßnahmen bei Kontamination mit HIV- oder Hepatitis B- bzw. C-haltigem Blut/Körperflüssigkeiten</p> <p>Personal-Hygieneschulung</p>

Patienten	
Vorgaben an die Patienten	
Maßnahmen an den Patienten	
Hautdesinfektionen Schleimhaut-Antisepsis Injektionen und Funktionen Injektion/Punktion (in) periphere(r) Gefäße (incl. arterieller Blutentnahme) Katheterisierung von zentralen Gefäßen und Arterien, Gelenken, Körperhöhlen, Hohlorganen etc. Wechsel eines ZVK über Seldinger-Technik Katheterisierung peripherer Venen Blutentnahme Injektionen - intracutan, subcutan und intramuskulär Infusionssysteme Wechselintervalle der Infusionssystemkomponenten Fixierung/Verband peripherer/zentraler Venenzugänge Infusionslösungen Infusionsfilter Patienten-Vorbereitung/- Nachbereitung bei Operationen Blasenkatheterismus	Intermittierender Einmalkatheterismus Suprapubische Katheterisierung Transurethrale Blasenkatheeter Endotracheales Absaugen Wunden und Hautdefekte Einteilung von Wunden Wundantiseptik Wunddrainagen Wundspülungen Verbände und Verbandwechsel Körperpflege am Patienten Körperwaschung Mikrobiologische Infektionsdiagnostik (Indikation, Gewinnung, Lagerung und Transport von Untersuchungsmaterial) Blutkultur Wundabstriche Urine Sputum-, Tracheal- oder Bronchialsekret Rachenabstrich Nasenabstrich Stuhluntersuchung Gefäßkatheter-Spitzen
Anforderungen an den Probenversand	
Verpackung, Beschriftung von Proben, Ausfüllen der Anforderungsscheine	
Erkrankungsspezifische Isolierungsmaßnahmen	
Multiresistente Staphylococcus aureus (MRSA)	Tuberkulose Hämorrhagisches Fieber

Material- und Medizingeräte-Aufbereitung	
Zieldefinition Allgemeine Prinzipien der Aufbereitung	
Materialaufbereitung Waschschüsseln Steckbecken Urinflaschen Wärmflaschen Betten Dusch- und Badewannen; Rutschschutzauflagen Patienten-spezifisches Material	Medizingeräte-Aufbereitung Blutdruckmessgeräte Beatmungsbeutel Medikamentenkühlschrank Ultraschallgeräte EKG-Geräte
Versorgung und Entsorgung	
Versorgung Wäsche Verbrauchsmaterial Speisen und Getränke	Entsorgung Geschirr Wäsche Abfall
Reinigungsmaßnahmen	
Grundsätze Reinigung der Fußböden Sonstige Flächen Flächenreinigung und -desinfektion	Untersuchungen/Begehungen Hygieneberatungen, -Begehungen Hygienetechnische Untersuchungen
Desinfektion	
Flächendesinfektion Flächen-Schnell-desinfektion	Instrumentendesinfektion Maschinelle Instrumentendesinfektion Manuelle Instrumentendesinfektion
Sterilisation	
Zieldefinition Allgemeine Prinzipien der Sterilisation Vorbereitung des Sterilisiergutes Verpackung der Sterilisiergüter Sterilisiergutbeschriftung	Lagerung von Sterilgut Handhabung von Sterilgütern Aufbereitetes Material Einmalartikel
Arzneimittel	
Medikamentenkontrolle vor Anwendung Einstichstellen von Infusionslösungen	Aufbrauchfristen, Verfalldaten Aufbrauchfristen Inhalations- und orale Lösungen, entspr. Herstellerangaben Antibiotika-Lösungen zur Mehrfachentnahme, bei Kühlschranklagerung Salbentuben

Melde- und Dokumentationspflichtige Infektionserkrankungen und Erreger	
Meldepflicht entsprechend Infektionsschutzgesetz durch Kliniker Laborarzt Pathologen	Dokumentationspflicht entsprechend Infektionsschutzgesetz Dokumentation nosokomialer Infektionen Dokumentation (multi-) resistenter Erreger Durchführung der Meldung an das Gesundheitsamt
Definition nosokomialer Infektionen	
Erfassungs-/Dokumentationsbogen	Antibiotika-Prophylaxe und Therapie
Hygiene-Struktur	
Hygienekommission Geschäftsordnung Aufgabenverteilung	Facharzt für Hygiene Hygienebeauftragte Ärzte Hygienefachkräfte
Anlagen	
Antiseptik-Pläne Desinfektionsplan Hautschutzplan Entsorgungspläne	Dokumentation hygienerelevanter Erfordernisse Standards zur Individualhygiene

Anlage 2

Anhaltspunkte
für
eine
Häufung
nosokomialer
Infektionen
(§ 6 III)

Anhaltspunkte für eine Häufung nosokomialer Infektionen (§ 6 III)

- Infektionen, bei denen bereits bei einer nosokomial erworbenen Infektion ein Hygienemangel bzw. bei mehr als einer ein epidemiologischer Zusammenhang besorgt werden muss
- Meldepflicht: sofern nicht ohnehin nach § 6 I namentlich meldepflichtig, ab zwei Fällen als Häufung nach § 6 III

Legionellose
Aspergillus (Organmyk.)
Pertussis
A-Streptokokken
Isolierungspfl. Infekt.
Tuberkulose
Meningokokken
Diphtherie
Virushepatitis A
Varizellen
Konjunktivitis -epid.
Scabies
Gastroenteritis

Anhaltspunkte für eine Häufung nosokomialer Infektionen (§ 6 III)

Infektionen, bei denen bei einem Auftreten bei 2 oder mehr Patienten ein epidemiologischer Zusammenhang besorgt werden muss

- Infektionen durch Erreger mit multiplen Resistenzen
- Methicillin-resistente Staph. aureus (MRSA)
 - Vanco.-resistente Enterokokken (VRE)
 - S. pneumoniae
 - E. coli, Klebsiellen, Enterobacter cloa., Citrobacter, Serratia marcescens
 - P. aeruginosa, Stenotrophomonas maltophilia, B. cepacia
 - Acinetobacter baumannii
 - Candida spp.

Anhaltspunkte für eine Häufung nosokomialer Infektionen (§ 6 III)

- Infektionen, bei denen bei einem Auftreten bei 3 oder mehr Patienten ein epidemiologischer Zusammenhang besorgt werden muss

- Sepsis mit einheitlichem Erreger
- Infektionen durch blutübertragene Erreger (z. B.: HBV, HCV bei/nach Aufenthalt in derselben Klinik)

Anlage 3 A

Infektions-Erfassungsbogen
Katheterassoziierte
Harnwegsinfektionen

Anlage 3 A Empfehlungen zur Umsetzung des IfSG

Definition der katheterassoziierten Harnwegsinfektion		
Harnwegkatheter hat innerhalb der letzten 7 Tage vor Beginn der Harnwegsinfektion gelegen bzw. liegt noch immer und eine der folgenden Definitionen (D-1 bis D-3) trifft zu:		
D-1 Symptomatische Harnwegsinfektion		
„Klinische Kriterien“ (alle zutreffenden markieren !)		
<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Fieber ($> 38^{\circ}\text{C}$) ⇒ Harndrang ⇒ Häufigkeit ⇒ Dysurie oder ⇒ suprapubische Missempfindungen 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
⇒ eines der vorgenannten „klinischen Kriterien“ und eine Urinkultur ^{1*} von $\geq 10^5$ Kolonien/ml Urin mit nicht mehr als zwei Arten von Mikroorganismen		<input type="checkbox"/>
⇒ zwei der vorgenannten „klinischen Kriterien“ und eines der folgenden Anzeichen: <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Harnteststreifen für <u>Leukozyten-Esterase</u> und / oder <u>Nitrat</u> positiv ⇒ Pyurie ^{1*} (≥ 10 Leukozyten/ml³ oder > 3 Leukozyten/Gesichtsfeld bei 1.000-facher Vergrößerung im nicht-zentrifugierten Urin) ⇒ Nachweis von Mikroorganismen bei Gram-Färbung einer nicht-zentrifugierten Urinprobe ⇒ zwei Urinkulturen ^{1*} mit wiederholter Isolierung des gleichen Uropathogens mit $\geq 10^2$ KBE/ml Urin im Katheterurin ⇒ Urinkultur ^{1*} mit $\leq 10^5$ KBE/ml Urin einzelner Uropathogene bei Patienten, die mit der entsprechenden antimikrobiellen Therapie behandelt werden ⇒ Diagnose des Arztes ⇒ Arzt beginnt entsprechende antimikrobielle Therapie 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D-2 Asymptomatische Bakteriurie		
Eines der beiden folgenden Kriterien ist erfüllt:		
⇒ ⇒ Blasenkatheter innerhalb von 7 Tagen vor der Urinkultur und <ul style="list-style-type: none"> ⇒ $\geq 10^5$ KBE/ml Urin mit max. 2 Arten von Mikroorganismen und ⇒ kein Fieber (Körpertemperatur $> 38^{\circ}\text{C}$) und ⇒ keine anderen Symptome der ableitenden Harnwege 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⇒ ⇒ in den letzten 7 Tagen vor Entnahme der 1. von 2 Urinkulturen kein Blasenkatheter und <ul style="list-style-type: none"> ⇒ $\geq 10^5$ KBE/ml Urin und ⇒ gleiche Keime in mindestens 2 Urinkulturen mit max. 2 Keimarten und ⇒ keine Infektionszeichen 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D-3 Sonstige Infektionen der Harnwege (Nieren, Ureter, Blase, Urethra, etc.)		
Eines der drei folgenden Kriterien ist erfüllt:		
⇒ Mikroorganismus ^{1*} isoliert aus der betroffenen Region durch Flüssigkeits- (nicht Urin-) oder Gewebe-Kultur oder Wundabstrich (etc.)		<input type="checkbox"/>
⇒ Abszess ^{1*} oder sonstiges Infektionszeichen während Direktuntersuchung, Operation oder histopathologischen Untersuchung festgestellt		<input type="checkbox"/>
⇒ eines der folgenden Anzeichen: <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Fieber ($> 38^{\circ}\text{C}$) oder ⇒ lokalisierter Schmerz oder Empfindlichkeit der betreffenden Stelle in Verbindung mit einem der folgenden Anzeichen: <ul style="list-style-type: none"> ⇒ eitrige Sekretion ^{1*} von der betroffenen Stelle ⇒ aus Blutkultur isolierter Mikroorganismus ⇒ röntgenologischer Infektionsnachweis ⇒ Diagnose des Arztes ⇒ Arzt beginnt entsprechende antimikrobielle Therapie 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

^{1*}: Zur Sicherstellung einer wirksamen antiseptischen / antibiotischen Therapie ist ein Erregernachweis zu führen.

Anlage 3 A Empfehlungen zur Umsetzung des IfSG

MONATSBOGEN FÜR STATIONEN

Klinik: _____

Station: _____ Monat / Jahr: _____

Tag	Anzahl der neu aufgenommenen Patienten	Anzahl der Patienten	Anzahl der Patienten mit Harnwegkatheter
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			

Anlage 3 B

Infektions-Erfassungsbogen

Postoperative

Wundinfektionen

Definitionen der nosokomialen Wundinfektion	
A-1 Oberflächliche Wundinfektion	
Inzisionsstellen-Infektion, festgestellt zwischen 1. und 30. postoperativen Tag, welche Haut oder subkutanes Gewebe mit einbezieht und eines der folgenden Kriterien erfüllt:	
⇒ eitrige Sekretion ^{1*} aus der oberflächlichen Inzision	<input type="checkbox"/>
⇒ kultureller Mikroorganismus-Nachweis aus einem aseptisch entnommenen Wundsekret oder Gewebekultur von der oberflächlichen Inzision	<input type="checkbox"/>
⇒ eines der folgenden Infektionszeichen: ⇒ Schmerz oder Empfindlichkeit ⇒ lokalisierte Schwellung ⇒ Rötung oder Überwärmung und Chirurg öffnet die oberflächliche Inzision bewusst, es sei denn, es liegt eine negative Kultur vor	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
⇒ Diagnose des Chirurgen	<input type="checkbox"/>
A-2 Tiefe Wundinfektion	
Infektion, festgestellt zwischen 1. und 30. postoperativen Tag bzw. bei Implantaten ^{2*} zwischen 1. und 365. postoperativen Tag	
und Infektion scheint mit der Operation in Verbindung zu stehen	<input type="checkbox"/>
und erfasst Faszienschicht und Muskelgewebe	<input type="checkbox"/>
und eines der folgenden Kriterien ist erfüllt:	
⇒ eitrige Sekretion ^{1*} aus dem tiefen Einschnitt (aber nicht aus dem OP-Organ bzw. -Raum: Kategorie A-3)	<input type="checkbox"/>
⇒ spontan oder vom Chirurgen bewusst geöffnet, wenn der Patient mindestens eines der nachfolgenden Symptome hat: ⇒ Fieber > 38°C ⇒ lokalisierter Schmerz oder Empfindlichkeit es sei denn, es liegt eine negative Kultur vor	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
⇒ Abszess / sonstige Infektionszeichen ersichtlich bei / während der: ⇒ klinischen Untersuchung ⇒ erneuten Operation ⇒ histopathologischen Untersuchung ⇒ radiologischen Untersuchung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
⇒ Diagnose des Chirurgen	<input type="checkbox"/>
A-3 Infektion von Räumen und Organen im Operationsgebiet	
Infektion, festgestellt zwischen 1. und 30. postoperativen Tag bzw. bei Implantaten ^{2*} zwischen 1. und 365. postoperativen Tag	
⇒ und Infektion scheint mit der Operation in Verbindung zu stehen	<input type="checkbox"/>
⇒ und erfasst während der Operation operierte/manipulierte Organe/Körperhöhlen	<input type="checkbox"/>
⇒ und eines der folgenden Zeichen ist erfüllt:	
⇒ eitrige Sekretion ^{1*} aus Drain mit Zugang zum tiefen Organ/Raum	<input type="checkbox"/>
⇒ Mikroorganismus-Isolation aus steril entnommener Flüssigkeitskultur / Wundabstrich/Gewebekultur aus tiefen Organ/Raum	<input type="checkbox"/>
⇒ Abszess / sonstige Infektionszeichen ersichtlich bei / während: • klinischen Untersuchung • erneuten Operation • histopathologischen Untersuchung • radiologischen Untersuchung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
⇒ Diagnose des Chirurgen	<input type="checkbox"/>

^{1*}: Zur wirksamen antiseptischen/-biotischen Therapie ist ein Erregernachweis zu führen.

^{2*}: **Implantat**: Fremdkörper der Herkunft Schwein / synthetisch (z.B. Hüftprothesen, Gefäßprothesen, Schrauben, Draht, künstliches Bauchnetz, Herzklappen) nicht jedoch menschliche Spenderorgane wie Transplantate: Herz, Niere und Leber, die operativ auf Dauer eingesetzt wurden und nicht diagnostisch oder therapeutisch routinemäßig manipuliert werden.

Anlage 3 C

Infektions-Erfassungsbogen
Beatmungsassoziierte
Pneumonie
(für Intensivstationen)

Anlage 3 C Empfehlungen zur Umsetzung des IfSG

INFEKTIONS – ERFASSUNGSBOGEN Beatmungsassoziierte Pneumonie (für Intensivstationen)	
Krankenhaus:	Patientenetikett (alternativ)
Station: INTERDISZI CHIR MED PÄDIATR.	
Patient: Name, Vorname,	
Geburtsdatum:	
Geschlecht: <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m	
Aufnahmedatum:	
Verlegung von:	
Beatmungsassoziierte Pneumonie	
<input type="checkbox"/> (C1) <input type="checkbox"/> (CX)	
Infektions(-Diagnose-)datum:	
Beatmung innerhalb der letzten 48 h vor Infektionsdiagnose: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Bei > 48 Stunden Zeitintervall zwischen maschineller Beatmung und Infektionsbeginn müssen zwingende Gründe vorliegen, um die Infektion als beatmungsassoziiert zu bewerten.	
Begründung:	
Untersuchungsmaterial: <input type="checkbox"/> Sputum <input type="checkbox"/> Trachealsekret <input type="checkbox"/> Bronchialsekret <input type="checkbox"/> Blut	
Labordiagnose (Erreger):	
Bemerkungen:	
.....	
Datum	Unterschrift (hygienebeauftragter Arzt)

Anlage 3 C Empfehlungen zur Umsetzung des IfSG

Definition der beatmungsassoziierten Pneumonie	
Assistierte, kontrollierte maschinelle Beatmung eines Patienten über einen Endotrachealtubus oder ein Tracheostoma innerhalb der letzten 48 Stunden * vor Infektionsbeginn <u>und eine</u> der folgenden Definitionen (C-1 oder C-X) trifft zu:	
C-1 Pneumonie	
Eines der drei folgenden Kriterien ist erfüllt:	
⇒ neues Auftreten von eitrigem Sputum oder Veränderungen der Sputum-Charakteristika (Aussehen, Konsistenz, Geruch etc.)	<input type="checkbox"/>
⇒ Mikroorganismus ^{1*} aus Blutkultur isoliert	<input type="checkbox"/>
⇒ Krankheitserreger isoliert aus bronchoalveolärer Lavage, Bronchialabstrich (geschützte Bürste), transtrachealem Aspirat oder Biopsieprobe	<input type="checkbox"/>
in Verbindung mit einem der folgenden Anzeichen:	
⇒ Rasselgeräusche bei der Auskultation oder Dämpfung bei Perkussion während der Untersuchung des Thorax	<input type="checkbox"/>
⇒ Thorax-Röntgenuntersuchung mit neuem oder progressivem Infiltrat, Verdichtung, Kavitation oder pleuralen Erguss	<input type="checkbox"/>
und eines der folgenden Anzeichen:	
⇒ Virus-Isolierung oder Nachweis viralen Antigens in Atemwegssekreten	<input type="checkbox"/>
⇒ diagnostischer Einzelantikörper-Titer (IgM) oder vierfacher Titeranstieg (IgG) des betreffenden Krankheitserregers in wiederholten Serumproben	<input type="checkbox"/>
⇒ histopathologische Anzeichen einer Pneumonie	<input type="checkbox"/>
C-X Zusätzliches Pneumonie-Kriterium	
Röntgenuntersuchung des Thorax zeigt neues oder progressives Infiltrat, Verdichtung, Kavitation oder pleuralen Erguss und der Arzt beginnt entsprechende antimikrobielle Therapie	<input type="checkbox"/>

^{1*}: Zur Sicherstellung einer wirksamen antibiotischen Therapie ist ein Erregernachweis zu führen.

*: Bei > 48 Stunden Zeitintervall zwischen maschineller Beatmung und Infektionsbeginn: zwingende Gründe liegen vor, um die Infektion als beatmungsassoziiert zu bewerten.

Anlage 3 D

Infektions-Erfassungsbogen
ZV-Katheterassoziierte Sepsis
(für Intensivstationen)

Anlage 3 D Empfehlungen zur Umsetzung des IfSG

INFEKTIONS – ERFASSUNGSBOGEN ZV-KATHETERASSOZIIERTE SEPSIS (für Intensivstationen)	
Krankenhaus:	Patientenetikett (alternativ)
Station: INTERDISZI CHIR MED PÄDIATR.	
Patient: Name, Vorname	
Geburtsdatum:	
Geschlecht: <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m	
Aufnahmedatum:	
Verlegung von:	
ZV-Katheterassoziierte Sepsis	
Sepsis: <input type="checkbox"/> mikrobiologisch bestätigt (B1) <input type="checkbox"/> klinisch diagnostiziert (B2)	
Infektions(-Diagnose-)datum:	
Zentraler Gefäßkatheter innerhalb der letzten 48 h vor Infektionsdiagnose: <input type="checkbox"/> ja	
>48 Stunden Zeitintervall zwischen Entfernen des ZVK und Infektionsbeginn: Begründung für ZV-Katheterassoziierte Sepsis:	
Eine sekundäre Sepsis (durch Blutkultur bestätigte Sepsis, die mit einer nosokomialen Infektion an anderer Stelle als dem ZVK in Verbindung steht) ist ausgeschlossen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Labordiagnose (Erreger Blut): <input type="checkbox"/> nicht durchgeführt	
Bemerkungen:	
..... Datum Unterschrift (hygienebeauftragter Arzt)

Anlage 3 D Empfehlungen zur Umsetzung des IfSG

Monatsbogen für Intensivstationen

Klinik: _____

Monat / Jahr: _____

Station: _____

Art der Intensivstation: _____

Tag	Anzahl der neu aufgenommenen Patienten	Anzahl der Patienten	Anzahl der Patienten mit		
			HWK	ZVK	Beatmung
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					

Anlage 4

Dokumentationspflicht
von
Erregern
mit
speziellen
und
multiplen
Resistenzen
(§ 23 IfSG)

**Anlage 4: Empfehlungen zur Umsetzung des IfSG
 Dokumentationspflicht von Erregern mit speziellen und multiplen Resistenzen (§ 23 IfSG)**

	<i>Erregerspezies</i>	Zu erfassen ist die Resistenz (auch Einzel-R) gegen folgende Substanzen, sofern im Rahmen der klinisch-mikrobiologischen Diagnostik getestet
1	<i>S. aureus</i>	Vancomycin, <u>Oxacillin</u> , Gentamicin, Chinolon Gr. IV (z.B. Moxifloxacin), Teicoplanin, Quinupristin/Dalfopristin
2	<i>S. pneumoniae</i>	Vancomycin, <u>Penicillin</u> (Oxacillin 1 µg), Cefotaxim, Erythromycin, Chinolon Gr. IV (z.B. Moxifloxacin)
3	<i>E. faecalis</i> <i>E. faecium</i>	<u>Vancomycin</u> , Gentamicin ("high level"), Gentamicin 500 mg/l; Streptomycin 1000 mg/l (Mikrodil.) bzw. 2000 mg/l (Agardilution), Teicoplanin
4	<i>E. coli</i> <i>Klebsiella</i> spp.	<i>E. faecium</i> : zusätzlich Quinupristin/Dalfopristin Imipenem/Meropenem, Chinolon Gr. II (z.B. Ciprofloxacin), Amikacin, Ceftazidim, Piperacillin / Tazobactam, Cefotaxim oder analoge Testsubstanz
5	<i>Enterobacter cloacae</i> <i>Citrobacter</i> spp. <i>Serratia marcescens</i>	Imipenem/Meropenem, Chinolon Gr. II (z.B. Ciprofloxacin), Amikacin
6	<i>P. aeruginosa</i> <i>A. baumannii</i>	Imipenem/Meropenem, Chinolon Gr. II (z.B. Ciprofloxacin), Amikacin, Ceftazidim, Piperacillin/Tazobactam
7	<i>S. maltophilia</i>	Chinolon Gr. II (z.B. Ciprofloxacin), Amikacin, Ceftazidim, Piperacillin/Tazobactam, Cotrimoxazol
8	<i>Candida</i> spp.*	Fluconazol

*Erfassung nur in Einrichtungen mit hämatologisch-onkologischen Abteilungen, auch von primär resistenten Spezies
 Leitresistenten sind fett gedruckt und unterstrichen.



Hessisches Sozialministerium · Postfach 31 40 · D-65021 Wiesbaden

Aktenzeichen V 3 B – 18 d 5110-0004/2007/002

Regierungspräsidien

Bearbeiter/in Frau Dr. Angela Wirtz

Durchwahl (06 11) 817 - 3336

Telefax: (06 11) 817 - 3651

E-Mail: angela.wirtz@hsm.hessen.de

64278 Darmstadt

Ihr Zeichen
Ihre Nachricht

mit Mehrabdrucken für die

Datum 7. Juli 2007

Kreisausschüsse der Landkreise und Magistrate
der kreisfreien Städte
- Stadt- und Kreisgesundheitsämter -

Krankenhäuser in Hessen
lt. Verteiler

Hessisches Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen (HLPUG)

Ergänzung der Empfehlungen zur Umsetzung des Infektionsschutzgesetzes im Bereich Krankenhaushygiene vom Juli 2001

Nach § 10 I Hessisches Krankenhausgesetz (HKHG) haben die hessischen Krankenhäuser die Einhaltung der Richtlinien und der anerkannten Regeln der Technik in der Krankenhaushygiene sicherzustellen.

Das Hessische Sozialministerium hat im Juli 2001 entsprechende Empfehlungen zur Umsetzung des Infektionsschutzgesetzes im Bereich Krankenhaushygiene herausgegeben. Die Themen „Vorgehen bei gehäuftem Auftreten nosokomialer Infektionen - § 6 III IfSG“ (Seite 2) und „organisatorische Voraussetzungen“ (Seite 3) werden im kursiv Gedruckten näher ausgeführt, der **unveränderte Erlasstext ist fett gedruckt**.

Grundsätzlich gilt:

eine nosokomiale Infektion ist eine Infektion, die im Krankenhaus erworben wurde und nicht bereits bei der Einweisung vorhanden war.

Vorgehen bei gehäuftem Auftreten nosokomialer Infektionen - § 6 III IfSG

Das Vorgehen in einer Klinik bei „einem gehäuften Auftreten nosokomialer Infektionen, bei denen ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet wird“ (§ 6 Absatz 3 IfSG), soll organisatorisch und inhaltlich vorgeplant sein.

Organisatorische und inhaltliche Planung:

Im Hygieneplan sind die Prozesse so festzuschreiben, dass nosokomiale Infektionen soweit als möglich vermieden werden.

Erreger, die auf eine nosokomiale Infektion hindeuten, müssen Ärzten und Laborärzten bekannt sein.

Der Nachweis derartiger Erreger sollte vom Labor an den Anfordernden und an den Zuständigen für Krankenhaushygiene bzw. dem Klinikumsvorstand (leitenden Arzt/Abteilungsarzt) gemeldet werden, sowie gegebenenfalls nach § 7 an das Gesundheitsamt. In jedem Fall muss sichergestellt sein, dass der Klinikumsvorstand von einem begründeten Ausbruchsverdacht auf eine nosokomiale Infektion unterrichtet ist. Diese Wege sind im Hygieneplan festzuhalten, zu schulen und zu üben.

*Bei einem Ausbruch einer nosokomialen Infektion ist ein **Krisenstab** in der Klinik zu bilden, dem neben dem Klinikumsvorstand der für die Krankenhaushygiene zuständige Arzt angehören muss. Der Krisenstab muss während eines Ausbruchs bzw. Verdachtsfalls für die Mitarbeiter 24 h täglich erreichbar sein.*

Der Krisenstab hat mindestens einmal täglich die Zahl von neuen Verdachtsfällen (Falldefinitionen), neuen labordiagnostisch bestätigten Fällen und Todesfällen aktiv auf den Stationen abzufragen und zu dokumentieren.

Bereits bei einem konkreten Verdacht sind alle Möglichkeiten der Verbreitung der jeweiligen Infektion zu ergründen und alle denkbaren Wege so weit als möglich abzuklären (z.B. Entnahme diagnostischer Proben von Menschen, Typisierungen von Erregern, Proben von Lebensmitteln- Arzneimitteln- Medizinprodukten, Überprüfung des Personals, Überprüfung von hygienischen Prozesse usw.)

In unklaren Situationen ist – möglichst in Absprache mit dem Gesundheitsamt - ein Patientenaufnahme- Stop (mindestens von Elektivpatienten) zu erwägen. Die Aufsichtsbehörde kann nach § 16 IfSG derartige Maßnahmen auch anordnen.

Risikokommunikation

Der Klinikumsvorstand hat eine umfassende Öffentlichkeitsarbeit und Risikokommunikation zu betreiben. Dazu gehört zunächst eine Aufklärung des Personals und der Betroffenen sowie gegebenenfalls der potentiell gefährdeten Patienten. Bei unklaren Ausbrüchen ist die Öffent-

lichkeit angemessen zu unterrichten (z. B. Beschreibung der Erkrankung, betroffenen Personen, Verbreitungsmodus, Ursachenbekämpfung, anhaltende Gefährdung). Gemeinsame Pressekonzferenzen mit den Aufsichtsbehörden können gegebenenfalls deeskalierend wirken.

Meldepflicht

Die Meldeverpflichtung entsteht in Abhängigkeit von der Art der nachgewiesenen Infektionserreger bei dem Auftreten von mehr als einer, mehr als zwei oder mehr als drei nosokomialen Infektionen.

*Die Gruppenzuordnung bedeutet, dass manche Infektionen – wie z.B. Legionellen, Salmonellen und andere Gastroenteritiserreger - in einem Krankenhaus **überhaupt nicht erworben** werden dürfen – wenn doch, so ist ein eklatanter Hygienemangel in dem Krankenhaus anzunehmen. Das heißt bereits eine einzige derartige Infektion zeigt bereits ein Problem auf - von einer Häufung kann man aber erst bei mehr als einer Infektion sprechen.*

Nicht alle im Krankenhaus erworbenen Infektionen sind vermeidbar z. B. Infektionen mit sog. Krankenhauskeimen. Eine Ausbruchssituation mit Krankenhauskeimen besteht, wenn zur gleichen Zeit in einem Krankenhaus oder einer Station bei mehreren Personen ein gleicher Keim (z. B. mit vergleichbarer Resistenzlage) als Ursache von Symptomen festgestellt wird, und davon ausgegangen werden muss, dass der Erreger im Krankenhaus erworben wurde.

Zur Meldung verpflichtet ist der feststellende Arzt, der Leitende Arzt oder der leitende Abteilungsarzt (§ 8 I Nr. 1 IfSG); die Weiterleitung der Meldung und die jeweils persönliche Verantwortung im Rahmen der Weiterleitung ist im Hygieneplan exakt zu regeln. Parallel hat in der Regel eine Meldung des nachgewiesenen Keims nach § 7 IfSG durch den Leiter des Krankenhauslaboratoriums (§ 8 II Nr.2) zu erfolgen.

*Die Meldung muss **unverzüglich** (= ohne schuldhaftes Zögern) erfolgen d.h. in der Regel innerhalb von 24 h nach Bekanntwerden der Verdacht begründenden Tatsachen (z.B. Durchfallserkrankungen bei mehreren Patienten).*

Mit der Meldung soll das Gesundheitsamt in die Untersuchung eingebunden werden, um bei der Ursachensuche und Eindämmung Unterstützung und Beratung zu leisten.

Das zuständige Gesundheitsamt und auf Anforderung auch das hessische Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen (HLPUG) bieten in diesen Fällen Hilfe bei der Ursachensuche bzw. den anzuordnenden Maßnahmen an.

Sollte jedoch die Zusammenarbeit nicht funktionieren bzw. die notwendigen Maßnahmen nicht umgesetzt werden, haben die Aufsichtsbehörden nach § 16 IfSG die Maßnahmen anzuordnen und durchzusetzen.

Die Gesundheitsämter können in Absprache mit dem HSM Experten aus dem HLPUG zur Untersuchung vor Ort anfordern (z. B. Krankenhaushygiene, Infektionsepidemiologie, Labordiagnostik, Trinkwasseruntersuchung). Die Kosten von Sachverständigengutachten können dem Verursacher aufgegeben werden.

Organisatorische Voraussetzungen:

Alle Krankenhäuser sollen in dem notwendigen Umfang in Hygiene geschultes Personal (hygienebeauftragte Ärzte, Hygienefachkräfte, Hygieneingenieure) beschäftigen und Organisationsstrukturen entwickeln, die die notwendige Datenerhebung und Auswertung sowie das Management bei Ausbrüchen nosokomialer Infektionen gewährleisten.

Wieviel ausgebildetes Hygienepersonal in einer Klinik festangestellt sein muss, richtet sich nach verschiedenen Kriterien- unter anderem nach der Anzahl der vorhandenen Betten bzw. der behandelten Patienten, dem Patientendurchlauf, der Art der erkrankten Patienten, der Art der verwendeten technischen Geräte etc. – Anhaltzahlen kann man der RKI- Empfehlung entnehmen.

Alle Krankenhäuser sollen sicherstellen, dass sie in allen Fragen der Hygiene regelmäßig durch Fachärzte für Hygiene und Umweltmedizin beraten werden.

Die Formulierung lässt offen, ob es sich dabei um einen festangestellten Krankenhaushygieniker oder einen externen Dienst handelt.

Die Erfahrung zeigt jedoch, dass in großen Krankenhäusern ein festangestellter Arzt die Krankenhaushygiene wirksamer implementieren kann, da dieser über die entsprechenden medizinischen und technischen Kenntnisse verfügt und in den Klinikprozess mit seinen spezifischen Organisations- und Funktionsabläufen permanent eingebunden ist. In Ausbruchssituationen beherrscht dieser die spezielle Situation des Hauses und kann mögliche Fehlerquellen umgehend erkennen. Die Beauftragung von Mikrobiologen ohne die 18 monatige Weiterbildung in der Krankenhaushygiene, Virologen, Laborärzten oder Veterinärärzten mit den Aufgaben der Krankenhaushygiene ist in der Regel nicht genügend, da eine adäquate (vor allem technische) Ausbildung fehlt.

Es ist notwendig, in allen Häusern eine „Krankenhaushygienekommission“ unter Vorsitz des ärztlichen Direktors und unter Beteiligung des beratenden Krankenhaushygienikers/in zu bilden, die u. a. regelmäßig die vorliegenden Daten diskutiert und be-

wertet. Die Gesundheitsämter sollen Protokolle der Sitzungen erhalten.

Die Anbindung der Krankenhaushygiene an den Klinikumsvorstand ist sehr wichtig, da letztlich dem Vorstand die Verantwortung obliegt. Die regelmäßige Diskussion über die Art und Häufigkeit der in der Klinik vorkommenden nosokomialen Infektionen festigt Wissen und Umgang mit dem Thema. In der Kommission sollen alle Hygiene relevanten Prozesse besprochen werden, wozu auch bauliche Veränderungen gehören. Die „Krankenhaushygienekommission“ kann organisatorisch den Krisenstab eines Krankenhauses bei einem Ausbruch einer Infektionserkrankung bilden.

Die Krankenhäuser sollen für alle Organisationsbereiche hygienebeauftragte Ärzte benennen, die für die Umsetzung der Empfehlungen auf den Stationen verantwortlich sind. Eine regelmäßige Fortbildung der hygienebeauftragten Ärzte soll sichergestellt werden.

Jede Abteilung bzw. Funktionsbereich braucht einen hygienebeauftragten Arzt, der speziell geschult sein muss und der die Beachtung der Hygiene in den täglichen Arbeitsprozessen überwacht und z.B. auch nosokomiale Infektionen erfasst.

Zentrale Küchen werden üblicherweise durch speziell geschultes Küchenpersonal überwacht. Der Umgang mit Lebensmitteln z.B. auf den Stationen und Stationsküchen gehört jedoch zum Aufgabenbereich der Krankenhaushygiene.

Im Auftrag

gez.

Osmers