

Veranstaltungen

Konferenz der Infection Prevention Society, Manchester, England, 18. – 20.09.2017

10 Jahre IPS – Jubiläumskonferenz mit vielfältigem Programm



Im Jubiläumsjahr der britischen Infection Prevention Society fand der jährliche Kongress in Manchester statt. Die Teilnehmer hatten die Wahl zwischen verschiedenen Themenblöcken, jeweils passend zu ihrem beruflichen Hintergrund und Wissensstand. So gab es spezielle Sitzungen zu Themen der häuslichen Pflege und für Mitarbeiter aus dem zahnärztlichen Bereich, und wie immer auch Vorträge für „Neulinge“ unter dem Titel „New to Infection Prevention“.

Gesundheitserziehung und Verhaltensänderung

„Warum ist es so schwierig, Leute dazu zu bekommen grundlegende Hygienemaßnahmen zu befolgen?!“ Diese Frage stellte Prof. Michael A. Borg aus Malta und sprach über die Schwierigkeit, Verhaltensänderungen zu bewirken. Trotz einer Fülle von evidenzbasierten Richtlinien und Literatur bleibt die Umsetzung der korrekten Hygienemaßnahmen und deren Kontrolle in Gesundheitseinrichtungen eine Herausforderung.

So bleiben Versuche, Maßnahmen zu implementieren, häufig suboptimal oder schlagen gar ganz fehl. Die Änderung – besonders seit langem eingeschliffener Verhaltensweisen – ist schwierig. Aus der In-

dustrie gibt es positive Beispiele, wie man Verhaltensänderungen implementieren kann. Mögliche Wege der Anwendung für effektive Hygiene-Strategien könnten daraus abgeleitet werden.

Um Gesundheitserziehung ging es bei Charlotte Eley. Das Programm e-bug des britischen Öffentlichen Gesundheitsdienstes dient zur Informationsvermittlung über Antibiotika, Infektionen und Hygiene (hauptsächlich für Kinder). 80% aller Antibiotika werden außerhalb des Krankenhauses verschrieben, und davon sind ca. 50% unnötig. Diese sowie weitere Fakten zu Hygiene und persönlicher Gesundheitsvorsorge (Hände- und Lebensmittelhygiene, mikrobiologische Grundkenntnisse etc.) wurden in einem 6-wöchigen Kurs zusammengefasst und dessen Wirksamkeit mit Hilfe von Fragebogen und Wissensprüfungen vorher und nachher geprüft. Teilnehmer der Pilotkurse waren junge Mütter und Erwachsene mit Lernschwierigkeiten. Die Ergebnisse zeigten eine Verbesserung des Wissens der Teilnehmer, besonders über Mikroorganismen und Antibiotika. Auch Verhaltensänderungen (z.B. häufigeres Händewaschen und Zähneputzen) waren festzustellen. Der Kurs, der zum Gratis-Download auf der Website www.e-Bug.eu/beat-the-bugs zur Verfügung steht, ist of-

fenbar geeignet, um Bewusstsein und Wissen im Hinblick auf hygienische Fragen in der Öffentlichkeit zu verbessern.

Clostridium difficile – aktuelle Herausforderungen

Professor Thomas V. Riley, Australien, sprach über *Clostridium difficile*. Eine signifikante Zahl von Infektionen im Gesundheitswesen der westlichen Welt ist auf *C. difficile* zurückzuführen. In Nordamerika und in Europa haben seit den frühen 2000er Jahren große Ausbrüche stattgefunden. Über *C.-difficile-Infektionen* in anderen Teilen der Welt ist dagegen wenig bekannt – ebenso über wichtige Aspekte der natürlichen und evolutionären Geschichte von *C. difficile*.

Riley ging auf das One-Health-Konzept ein, eine weltweite Strategie für interdisziplinäre Zusammenarbeit und Kommunikation in allen Aspekten der Gesundheitsversorgung für Mensch, Tier und Umwelt. 70% der in den letzten Jahren neu entstandenen Infektionen sind durch Vektoren übertragen oder als Zoonosen anzusehen – tierische Krankheiten, die auf den Menschen übertragbar sind. Auch *C.-difficile-Infektionen* seien Zoonosen, direkt oder indirekt, so Riley. Offenbar wird der Magen-Darm-Trakt aller Tiere während der Neugeborenen-Periode mit *C. difficile* besiedelt. Mit anderen bakteriellen Spezies kann der Keim nicht gut konkurrieren, vermehrt sich aber stark, wenn die Flora des menschlichen Darms nach einer Antibiotikabehandlung dezimiert ist.

Die Verwendung von Cephalosporinen hat die *C. difficile*-Problematik verschärft, mittlerweile hat sich durch den Einsatz in der Tiermast auch außerhalb des Krankenhauses ein nennenswertes Reservoir gebildet. Aufklärung über *C. difficile* tut not, sagte Riley abschließend. Eine gute Surveillance ist erforderlich, um die Infektionszahl zu überwachen und die Entstehung von antibiotikaresistenten Stämmen zu verhindern.

Dr. Michael Weinbren, Mikrobiologe am Chesterfield Royal Hospital, sprach in einer „Meet the Expert“-Sitzung ebenfalls über *Clostridium difficile*. Er schilderte grundlegende Eigenschaften und Übertragungswege und beschrieb das Krankheitsbild der Pseudomembranösen Colitis.

C. difficile-Sporen verbreiten sich überall und brauchen keine Feuchtigkeit; daher hat die Reinigung hohe Bedeutung. Immer wieder gibt es erhöhte Inzidenzen von *C. difficile*-Infektionen oder Ausbrüche, die dann durch eine Grundreinigung durchbrochen werden können. Problem ist oft das Zubehör in der Patientenumgebung, das nicht richtig gereinigt wird, z.B. Blutdruckmanschetten.

Bringen Patienten eigene Gegenstände mit, z.B. Rollstühle, CPAP-Geräte o.ä., so werden diese mangels klarer Zuständigkeiten oft von der Reinigung ausgenommen. Weinbren sagte, dass in seiner Einrichtung durch eine Reduzierung solchen Patienteneigentums bereits eine Verringerung der Sporenlast erreicht werden konnte. Er betonte außerdem, dass eine wirksame Endreinigung z.B. mit UVC und H₂O₂ eine gute Vorreinigung erfordert – die Standardisierung und Überwachung stellt aber häufig ein Problem dar.

Oft werde *C. difficile* aber auch von außen über die Aufnahmestationen eingeschleppt. Dort sei der Reinigungsstandard häufig nicht ausreichend, und Gegenstände wie Betten wanderten mit den Patienten auf die Stationen und in Untersuchungsbereiche. So könnten sich Sporen im ganzen Krankenhaus verbreiten. Manchmal werde dies dann offensichtlich, wie Weinbren anhand eines Fallbeispiels verdeutlichte. Bei fünf Patienten mit *C. difficile*-Infektionen, die zu verschiedenen Zeitpunkten auf unterschiedlichen Stationen ausbrachen, fand sich nur eine Gemeinsamkeit: die Aufnahme am selben Tag über den selben Raum der Aufnahmestation.

Die Rolle des Mikrobioms

Dr. Nicola Fawcett aus Oxford sprach über das menschliche Mikrobiom als „mikrobiologische Rüstung“ und dessen Rolle in der Infektionsprävention. Es gibt zunehmend Beweise dafür, dass die Mikroorganismen, die den menschlichen Körper besiedeln, eine Schlüsselrolle beim Widerstand gegen Besiedlung und Infektion durch pathogene Keime spielen. Dies kann durch direkten Wettbewerb und direkte Interaktion geschehen, oder indirekt durch Wirkungen auf das menschliche Immunsystem, das zur Erlangung der vollen Funktionstüchtigkeit auf das Vorhandensein dieser kommensalen Mikroorganismen, z.B. im Darm, angewiesen ist.

Dementsprechend haben Interventionen wie die Verwendung von Antibiotika oder andere Maßnahmen, die das menschliche Mikrobiom positiv oder negativ beeinflussen, Auswirkungen auf die Widerstandsfähigkeit gegenüber Infektionen. Dr. Fawcett erwähnte die Möglichkeit künftiger Interventionen – es wird erforscht, inwieweit Manipulationen am Mikrobiom genutzt werden können, um die Gesundheit und Prävention von Infektionen zu verbessern.

Blutstrominfektionen und Sepsis

Professor Jacqui Reilly, Schottland, beleuchtete das Thema Blutstrominfektionen (BSI). Sie beschrieb die aktuelle Epidemiologie von BSI sowie die Symptome, die für die Diagnose vorhanden sein müssen (positive Blutkulturen plus Fieber und Hypotension). Die Definition ist damit der der Sepsis nicht unähnlich.

Reilly stellte Daten aus Schottland vor; *E. coli* sei der bei weitem häufigste Erreger. 12% aller nosokomialen Infektionen sind BSI oder Sepsis. 10% aller Antibiotika werden dafür verschrieben, davon 15% Breitpektrum-AB.

Weiter konzentrierte sich ihr Vortrag auf die Präventionsstrategien. Früherkennung durch Screening sei wichtig, ebenso die frühe Behandlung von Primärinfektionen. Auch müssten die Symptome in der Bevölkerung bekannt gemacht werden, beispielsweise der Temperaturabfall als Zeichen der Verschlechterung, denn 50% der BSI treten außerhalb des Krankenhauses auf. Die persönliche Hygiene und die Hän-

dehygiene müssten weiter gefördert werden. Und letztlich leistet Antibiotic Stewardship einen wichtigen Beitrag. Im Sinne des One-Health-Ansatzes müsse ebenfalls an Tiere als Reservoir gedacht werden.

Isolation als Mittel der Prävention – Möglichkeiten und Grenzen

In parallelen Sitzungen wurden am Nachmittag weitere Themen behandelt.

Brett Mitchell et al. aus Australien untersuchten die Möglichkeiten, eine begrenzte Anzahl von Einzelzimmern und Isolations-einrichtungen in Krankenhäusern durch temporäre Isolationseinrichtungen zu ergänzen. Der untersuchte transportable Isolationsraum (RediRoom™) kann auf vorhandenen Stationen installiert werden. Mit Hilfe von Beobachtung, Videoaufnahmen und Fragebögen wurden die Abläufe in dem Raum im Vergleich mit einem normalen (Kontroll-)raum evaluiert, nachdem 13 Pflegekräfte zufällig dem einen oder anderen Raum zugeteilt worden waren und dort über drei Tage jeweils verschiedene Pflegetätigkeiten ausführen mussten. Zudem erfolgte eine technische Beurteilung durch Hygienefachkräfte.

Die Bewegungen wie auch die Zeit, die für die Tätigkeiten notwendig war, waren in beiden Raumtypen weitgehend identisch. Die verwendeten Werkzeuge zur Evaluierung erwiesen sich als geeignet und können als hilfreiche Basis zur Beurteilung ähnlicher neuer Technologien im Krankenhaus angesehen werden.

Elaine Ross und Kollegen untersuchten, ob eine PCR-Testung auf Influenza und RSV bei Aufnahme hilfreich sein kann, um Patienten schneller der richtigen Behandlung zuzuführen und den Druck in Zeiten hohen Patientenanstaus (z.B. während Grippewellen) zu verringern.

Die PCR-Einheit wurde in der Aufnahmeabteilung platziert und ermöglichte einen Nachweis bzw. Ausschluss von Influenza oder RSV innerhalb von 30 Minuten. Die gewonnenen Ergebnisse konnten direkt in die Behandlungsentscheidung und auch die Verteilung der Patienten (z.B. Isolierung) einfließen.

Es zeigte sich, dass nach der Einführung keine Fälle mehr von nosokomialer Influenza oder RSV-Infektion auftraten. Symptomatische Patienten konnten in Ko-

horten behandelt und die Zuweisung von Einzel- oder Isolationszimmern optimiert werden. Zudem half das System bei der Standardisierung der Influenza-Prophylaxe und -Therapie.

Lisa Ritchie aus Schottland berichtete über Ergebnisse mit der Risikobewertung und präventiven Kohortenbildung bei Patienten als Isolierungsmaßnahme bei MRSA-Patienten. In einer prospektiven Studie wurde an zwei Kreiskrankenhäusern über einen Zeitraum von 16 Monaten untersucht, ob die präventive Kohortenbildung von als MRSA-Hochrisikopatienten identifizierten Patienten die Übertragungsrate von MRSA auf Allgemeinstationen beeinflussen kann.

Bei allen Patienten wurden bei Aufnahme und Entlassung Abstriche zum Screening entnommen um die MRSA-Besiedlung und Infektion im Laufe der Studie zu dokumentieren.

Die Studie verlief in drei Phasen: in Phase 1 wurden Patienten, die als Risikopatienten identifiziert waren, in Einzelzimmern isoliert. In der zweiten Phase wurden die Risikopatienten präventiv Kohorten zugeordnet, während in Phase 3 wieder die Praxis aus Phase 1 durchgeführt wurde.

Die Abstrich- und Laboruntersuchungen zeigten, dass 1% der untersuchten Patienten MRSA im Laufe ihres Krankenhausaufenthaltes erworben hatten. Die Kohortenbildung hatte keinen positiven Effekt auf die Transmissionsraten und scheint somit als alleinige Maßnahme nicht geeignet um die Übertragung zu verhindern.

Gefäßzugänge – was ist die beste Vorgehensweise?

In zwei Vorträgen am Nachmittag ging es um Gefäßzugänge.

Steve Hill vom Christie NHS Foundation Trust in Manchester nutzte diese als Beispiel, um darzustellen, wie die klinische Evidenz bei der Einführung neuer Produkte genutzt werden kann, um die Praxis zu verändern.

Ein neuer Kathetertyp wurde an 42 Patienten untersucht. Erhoben wurden Parameter wie z.B. erfolgreiche Punktion beim ersten Versuch, die Flow-Rate, Infektionen und andere Komplikationsraten. Die Ergebnisse wurden mit Literaturangaben verglichen.

Als größte Herausforderung stellte sich die Thrombosierung der Katheter dar; besonders in der Onkologie bedeutet diese zu-

sätzliche Kosten und ein Minus an Lebensqualität. Obwohl der neue Katheter beim Punktionserfolg positive Werte erzielte, führte die höhere Thrombosierungsrate und infolgedessen die höhere Infektions- und Komplikationsrate dazu, den Katheter nicht im Routinebetrieb einzuführen.

Hill stellte ähnliche Untersuchungen, z.B. zur alternativen Platzierung von Kathetern bei Brustwand-Metastasen dar; hier zeigte die Trapeziusplatzierung weniger Komplikationen. Die Evidenz führte in diesen Fällen zu einer Veränderung der Praxis. Dies kann in kleinen Schritten geschehen, sagte Hill. Wichtig sei die interdisziplinäre Zusammenarbeit, um ein Problem von verschiedenen Seiten zu betrachten und verlässliche Daten zu erhalten.

Tim Jackson, Anästhesist aus Calderdale und Huddersfield, befasste sich mit dem Legen von Gefäßzugängen. Dies geschehe durch verschiedene Disziplinen – entweder in der jeweiligen Fachabteilung oder auch durch Anästhesisten oder Notfallmediziner – mit unterschiedlichen Vorgehensweisen. Mancherorts existieren „Gefäßzugangsteams“, besonders für die Onkologie. Dies fördere eine Standardisierung bzw. eine Verständigung auf die beste Vorgehensweise. Das übergeordnete Ziel lautet: der richtige Zugang, beim richtigen Patienten, zur richtigen Zeit, so Jackson.

Evidenzbasiertes und grundsätzlich standardisiertes Vorgehen sei dabei wichtig, aber nicht immer und für alle Patienten die richtige Entscheidungsgrundlage – besonders in der Onkologie. Manchmal seien andere Vorgehensweisen für den aktuell betroffenen Patienten besser geeignet, für den schon kleine Veränderungen eine Verbesserung bedeuten könnten.

Zentralvenöse Zugänge seien bei korrekter Anwendung nicht so riskant, wie oft angenommen. Besonders bei gefäßschädigenden Substanzen (z.B. Vancomycin) oder bei Patienten, die häufige oder zahlreiche periphere Zugänge benötigten, seien sie oft die bessere Wahl.

Ein Fließschema ist entwickelt worden, das ausgehend von der jeweiligen Gefäßsituation als Entscheidungsgrundlage dienen kann (UK Vessel Health and Preservation). An der Umsetzung hapert es aber anscheinend noch, obwohl die Vorteile grundsätzlich von allen erkannt werden. Eine Änderung der Praxis ist eben auch hier nicht einfach umzusetzen, besonders wenn Kostendruck und Personalmangel hinzukommen.

Die Daten der Einrichtungen, die das Schema bereits anwenden, seien aber ermutigend, sagte Jackson und rief dazu auf, den Einfluss der Maßnahmen zu dokumentieren und so nachweisen zu können.

Dentalbereich – spezielle Risiken, spezielle Schwierigkeiten

Am zweiten Kongresstag ging es um hygienische Herausforderungen im Dentalbereich.

Prof. Andrew Smith aus Glasgow berichtete über die Mechanismen der Resistenzentwicklung und nannte Metronidazol-Resistenzen als neues Problem mit einer noch unbekanntem Größenordnung. 57% aller im ambulanten Bereich erfolgten Metronidazol-Verschreibungen entfallen auf den Dental-Bereich. Dabei sei dies völlig unnötig, so Smith. Amoxicillin sei bei den meisten Infektionen im Dentalbereich Mittel der ersten Wahl.

Carbapenemase-produzierende Enterobakterien (CPE) seien auf dem Vormarsch und könnten besonders bei immunkompromittierten Patienten problematisch werden und zu Schleimhautläsionen und Parodontitis führen. In Schottland wurde ein Ausbruch durch Übertragung in einer Zahnarzt-Praxis beschrieben.

In der Zahnklinik Glasgow gibt es ein eigenes CPE-Protokoll mit präoperativem Screening. Bei positivem Befund werden die Patienten am Ende des Tages behandelt, in separaten Räumen, die anschließend grundgereinigt werden.

Odontogene Infektionen seien allgemein auf dem Vormarsch. In Glasgow würden pro Woche zwei bis drei Patienten behandelt, die zum Teil intensivpflichtig wären.

Smith betonte die Wichtigkeit eines Screening-Protokolls und einer funktionierenden Surveillance. Dies sei bei der vorhandenen Personaldecke allerdings schwierig; beispielsweise gebe es in ganz Großbritannien nur 6 auf orale Infektionen spezialisierte Mikrobiologen, davon drei in Schottland.

Ebenfalls in der Sitzung zu Dental-Themen berichtete Dr. Jimmy Walker, wissenschaftlicher Leiter der Wasser-Mikrobiologie bei Public Health England (PHE) über Studien zur Prionenübertragung und zur Wirksamkeit von maschinellen Reinigungs-Desin-

fektions-Prozessen. Die Beweislage ist zwar begrenzt, aber die Übertragung von Hepatitis B und *S. aureus* im Rahmen zahnärztlicher Eingriffe aufgrund von unzureichender Instrumentenaufbereitung sind beschrieben. Besonders problematisch sind die Handstücke, in deren Kanälen sich organisches Material, Mikroorganismen und Gewebereste ansammeln können. Endodontiefilen sind aufgrund des möglichen Risikos bereits als Einmalprodukte deklariert. Eine Studie von PHE untersuchte die Reinigungseffizienz von maschinellen Reinigungs-Desinfektions-Prozessen bei zahnärztlichen Instrumenten.

Die Prüfung erfolgte nach der Norm ISO 15883 Teil 1 und 2 unter Verwendung von Edinburgh Test Soil und thermometrischer Überprüfung der Desinfektionsparameter.

13 RDGs wurden untersucht; bei dreien ergaben sich Bedenken bezüglich der Reinigung von zahnärztlichen Handstücken.

Brian Crook sprach über respiratorische Risiken im Dentalbereich. Er erklärte die Grundlagen der aerogenen Übertragung und die Gefahren durch Spritzer, Tröpfchen und Aerosole. Letztere sind besonders leicht und können auch über größere Distanzen übertragen werden.

Im Dentalbereich stellen besonders die wasserführenden Systeme ein Risiko dar; Pseudomonaden und Legionellen können sich hier vermehren und persistieren.

Weiter erklärte Crook, was bei der Auswahl der Schutzausrüstung, besonders von Gesichtsmasken zu beachten ist. Guter Sitz sei wichtig und sollte geprüft werden, am besten im Abstand von ca. 2 Jahren wiederholt. Welche Klasse einzusetzen ist, muss anhand des Risikos entschieden werden. Hierzu dienen Fließschemata, die die Gefahr der Aerosol- oder Tröpfchenbildung miteinbeziehen. Das Risiko, das vom jeweiligen Patienten ausgeht, muss ebenfalls einfließen.

Risiken aus Wasser und Luft

Um wasserführende Systeme ging es auch in den folgenden Vorträgen. Susan Paton und Kollegen untersuchten die Übertragung Carbapenemase-produzierender Enterobacteriaceen (CPE) über das Abwassersystem eines Krankenhauses. CPE finden sich in Waschbecken, Siphons und Abflussrohren. Bei Public Health England in Porton wurde ein Labormodell entwickelt, an dem an Edelstahl-Waschbecken,

Handwaschbecken und den entsprechenden Armaturen z.B. Wassertemperatur und -härte verändert werden können, um den Einfluss verschiedener Parameter auf die Kolonisation, das Wachstum und die Verteilung von CPE zu simulieren und zu überprüfen.

Siphons mit CPE-haltigen Biofilmen wurden aus Krankenhäusern entfernt und mit Hilfe des Modells untersucht. Geprüft wurde u.a. der Einfluss von Handwaschseifen, Reinigern und Geschirreinigern in Verbindung mit viermal täglicher Spülung des Systems.

Handwaschseifen hatten wenig Einfluss auf die Bakterienzahlen; dagegen verringerten sich die Zahlen, wenn Reiniger weggelassen wurden, und erhöhten sich stark unter dem Einfluss von Geschirreinigern. Offenbar dienten die zugeführten Substanzen zum Teil als Nährstoffe und führten zur Proliferation der Keime. Die Ergebnisse zeigen u.a., wie wichtig es ist, Krankenhausabfälle fachgerecht zu entsorgen. Die Aerosolbildung wurde ebenfalls untersucht, aber hier konnten im normalen Gebrauch keine CPE nachgewiesen werden.

Sophie Baranovsky aus Montpellier berichtete über die monoklonale Besiedlung der wasserführenden Systeme einer Intensivstation mit *Pseudomonas aeruginosa* ST299. Dadurch ließ sich das infektiöse Restrisiko des durch antimikrobielle Filter geleiteten Wassers nachweisen. Die Besiedlung wurde auf einer neu zu eröffnenden Intensivstation nachgewiesen. Alle 65 Wasseranschlüsse wurden sofort mit antimikrobiellen Filtern versehen. Während der ersten 18 Monate wurden monatlich Wasserproben genommen, um die Effektivität der Filter zu überprüfen und die Besiedlung zu verfolgen. Alle *P. aeruginosa*-Stämme, die sich bei Patienten fanden, wurden typisiert.

8% der Wasserproben waren positiv (2% positiv für *P. aeruginosa*). Von 279 klinisch isolierten Stämmen waren 15 identisch mit dem Stamm ST299 (dies betraf 6,7% aller mit *P. aeruginosa* besiedelten Patienten), obwohl sich an allen Wasseranschlüssen Filter befanden. Dies zeigt, dass die antimikrobiellen Filter nicht vollständig wirksam waren und Patienten trotz der Filter einem Infektionsrisiko ausgesetzt sind, wenn das Wassersystem hochgradig kontaminiert ist.

Mit dem Einsatz einer Luftdesinfektionseinheit zur Reduzierung des Risikos der Verbreitung kontaminierter Aerosole aus

Hypothermiegeräten befasste sich Eleonora Dyakova aus London in ihrem Vortrag.

Infektionen mit *Mycobacterium* species sind bei einigen Patienten nach herzchirurgischen Eingriffen, bei denen Hypothermiegeräte eingesetzt wurden, beschrieben. Im August und September 2016 wurde eine Plasmair Luftdesinfektionseinheit in einem herzchirurgischen OP eingesetzt; vier weitere OPs dienten als Kontrolle. Luftuntersuchungen wurden im Juli (vor Installation der Einheit) sowie im November (nach der Entfernung) durchgeführt. Luftproben wurden von den vorderen und hinteren Auslässen der Hypothermiegeräte genommen.

Es zeigte sich, dass die Luftbelastung in dem OP mit der Desinfektionseinheit signifikant niedriger war als in den Kontroll-OPs (1 vs. 13 KBE per 500 l Luft, $p = 0,01$). Vor dem Einsatz der Einheit gab es keinen wesentlichen Unterschied. Aus den Ergebnissen wurde geschlossen, dass solche Desinfektionseinheiten helfen können, die Verbreitung kontaminierter Aerosole aus Hypothermiegeräten zu minimieren.

Händehygiene – keep it simple?

Das Thema Händehygiene wurde in einer Debatte beleuchtet. Die These „Alle «5 Momente der Händehygiene nach WHO» sind gleich wichtig“ wurde von Prof. Didier Pittet (Pro) und Prof. Michael Borg (Contra) diskutiert.

Pittet führte aus, dass die 5 Momente (vor Patientenkontakt, vor aseptischen Eingriffen, nach Exposition gegenüber Körperflüssigkeiten, nach Patientenkontakt und nach Kontakt mit der Patientenumgebung) in ihrer Wirksamkeit in der Literatur gut belegt seien. Das Konzept habe die Händehygiene-Compliance deutlich erhöht. Bezüglich der Momente 1, 4 und 5 (vor und nach Kontakt mit Patient oder dessen Umgebung) sei in Studien schon eine 80%ige Compliance nachgewiesen.

Wichtig sei die Auswertung und vor allem das Feedback. Dies erhöhe das Verständnis und helfe, das Konzept zu implementieren. Mitarbeiter müssten regelmäßig an die 5 Momente erinnert werden, um hohe Complianceraten zu erreichen.

Es sei sinnvoll, den Patienten und seine direkte Umgebung (Patientenzone) als potentiell infektiös anzusehen und die 5 Momente im Sinne eines institutionellen Sicherheitskonzepts umzusetzen. Pittet zitierte einige Studien und betonte abschließend, dass nur für die Händehygiene

ein signifikanter Zusammenhang mit der Reduzierung von Infektionen nachgewiesen ist. Bestrebungen, einzelne der 5 Momente besonders hervorzuheben führten evtl. zu Verwirrung, weil dieses Konzept von den ursprünglichen Ausbildungsinhalten abweiche. Die 5 Momente als wirksames und erfolgreiches Konzept sollten vollständig umgesetzt und nicht verwässert werden, da sonst das Sicherheitsklima leiden könne und ein gefährlicher Rückgang der Compliance drohe, so Pittet.

Michael Borg vertrat die Ansicht, dass eine besonders hohe Compliance zu erreichen ist, wenn man die Dinge möglichst einfach hält. Er führte aus, dass rechnerisch bei Betrachtung der möglichen Momente für händehygienische Maßnahmen während eines Arbeitstages, die sich auf ca. 270 summieren, etwa eine Stunde Arbeitszeit dafür aufgewendet werden müsste.

Zu viele Wahlmöglichkeiten führten zudem zu einer Art Entscheidungs lähmung, wie in Konsumentenstudien nachgewiesen werden konnte.

Ursprünglich aus der US-Raumfahrt stammt das HACCP-Konzept. Borg sagte, dass diese Analyse von kritischen Kontrollpunkten, angewendet auf die Händehygiene, dazu führt, dass nur einer der 5 Momente übrig bleibt, nämlich die Händedesinfektion vor jedem Patientenkontakt.

In seiner Einrichtung in Malta habe die Compliance mit den 5 Momenten trotz zahlreicher Schulungen etc. nie über 40% gelegen. Seit man sich auf den einen Moment konzentriert habe, sei die Compliance auf über 60% gestiegen. Vorteil sei, dass das Personal nun genau wisse was zu tun sei und nicht mehr in Entscheidungsnot gerate.

Keep it simple – dieses Konzept schien auch das Publikum zu überzeugen, denn in der abschließenden Abstimmung erhielt die Argumentation von Prof. Borg deutlich mehr Zustimmung.

Soweit eine Auswahl der vielfältigen Themen, die in Manchester vorgestellt und diskutiert wurden. Im nächsten Jahr findet die IPS-Konferenz vom 1. – 3. Oktober in Glasgow, Schottland statt.

Gudrun Westermann