

PA zum Round Table der Initiative Sicherheit im OP und der Plattform Patientensicherheit (19. Nov. 2018)

## **Round Table: Spitalskeime – Wo stehen wir, was brauchen wir noch?**

*Zum Thema der nosokomialen Infektionen („Spitalskeime“) hat sich in der jüngeren Vergangenheit vieles getan, sie sind heute ein Thema der Politik, der Medien, der Wissenschaft, der Krankenhausträger und Interessensgruppen. Bei einer Round Table-Veranstaltung der Initiative Sicherheit im OP (SIOP) und der Plattform Patientensicherheit zogen Expertinnen und Experten aus unterschiedlichen Bereichen eine Zwischenbilanz, was in der Prävention von Spitalskeimen bereits gelungen ist und wo Handlungsbedarf besteht.*

**Wien, am 20. November 2018** – Nosokomiale Infektionen bedeuten höhere Morbidität und Mortalität, menschliches Leid, volkswirtschaftliche Mehrausgaben, Image- und Rechtsprobleme für Krankenhäuser. Das Europäische Zentrum für die Prävention und Kontrolle von Krankheiten (ECDC) schätzt, dass sich rund 8,9 Millionen Menschen pro Jahr in europäischen Krankenhäusern und Pflegeheimen mit gefährlichen Keimen infizieren, wobei viele Keime gegen die gängigen Antibiotika-Therapien resistent sind. Das ECDC geht davon aus, dass bis zu 30 Prozent aller nosokomialen Infektionen durch entsprechende Hygiene- und Kontrollprogramme vermeidbar wären. Dass diese Potenziale konsequent genutzt werden sollten, darüber waren sich die Expertinnen und Experten einig, die bei einem Round Table der Initiative „Sicherheit im OP“ und der „Plattform Patientensicherheit“ die Frage diskutierten: „Spitalskeime: Wo stehen wir, was brauchen wir noch?“

### **Doz. DDr. Reinhild Strauß: Für eine Nachhaltigkeit der erreichten Fortschritte sorgen**

„Im internationalen Vergleich zeigt sich, dass Österreich heute gut dasteht, was nosokomiale Infektionen und Antibiotikaresistenzen betrifft – wir liegen EU-weit im besten Drittel und damit nahe bei den nordischen Ländern, die für ihre gute Qualität bekannt sind. Da ist in den vergangenen Jahren sehr viel geschehen, auch aufgrund von engagierten Aktivitäten an der Basis. Die Awareness ist enorm gestiegen“, sagte Doz. DDr. Reinhild Strauß (Leiterin der Abt. Öffentlicher Gesundheitsdienst, Infektionskrankheiten, AMR/NI, Seuchenbekämpfung, Krisenmanagement des Gesundheitsministeriums). „Jetzt müssen wir auch für eine Nachhaltigkeit dieser Fortschritte sorgen. Das wird nicht ohne gesetzliche Regelungen möglich sein. Aber auch die Finanzierung der notwendigen und zweckmäßigen Maßnahmen muss sichergestellt sein.“

Antibiotikaresistenzen seien ein globales Problem und könnten daher nur durch internationale Zusammenarbeit erfolgreich zurückgedrängt werden, betonte die Expertin. „Österreich hat sich im Rahmen der EU-Präsidentschaft zur Verantwortung im Kampf gegen die Antibiotikaresistenz bekannt und große internationale Meetings veranstaltet, bei denen Gesundheitsexperten, Wissenschaftler und Politiker miteinander neue Konzepte entwickelten. Besonders die EU-Joint Action gegen Antibiotikaresistenz (AMR) und der internationale Antibiotikatag haben wichtige neue Erkenntnisse gebracht, die nun in Aktionen umgesetzt werden, national und international.“ In Österreich seien alle notwendigen Maßnahmen im Nationalen Aktionsplan Antibiotikaresistenz festgelegt, der schon seit 2014 umgesetzt wird.

### **Dr. Alexander Blacky: Verbesserungspotential bei der Ausbildung von Hygiene-Fachleuten**

„Wir haben in Österreich im Sinne der Hygiene und Patientensicherheit schon einiges erreicht, aber es besteht noch ein deutlicher Handlungsbedarf, speziell wenn man das Gesundheitssystem in seiner Ganzheit betrachtet“, so Dr. Alexander Blacky (Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie; VAMED-KMB). „Wir brauchen hier unter anderem eine Gesamtsicht, die bei nosokomialen Infektionen Kosten für bestimmte Maßnahmen in eine Relation zu eingesparten Folgekosten setzt. Das würde helfen, den Nutzen unserer Aktivitäten sichtbarer zu machen.“

Ein Problem in Österreich: „Unterschiedlichste Organisationsformen und Zuständigkeiten seitens der Träger und Behörden betreuen die gleichen Patienten mit den gleichen multiresistenten Erregern vor und nach dem Krankenhausaufenthalt. Allerdings unter völlig anderen hygienischen Voraussetzungen, was in den meisten Fällen den Beteiligten nicht zum Vorteil gereicht.“

Verbesserungspotential ortet der Experte vor allem in der universitären Ausbildungskapazität von Hygiene-Fachärztinnen und -ärzte bzw. in der weiteren Professionalisierung der Hygienefachkräfte des diplomierten Pflegepersonals. „Die Sonderausbildung der Hygienefachkräfte ist zwar gut, aufgrund von unterschiedlichen Kursanbietern aus Deutschland und Österreich jedoch nicht sehr einheitlich“, so Dr. Blacky. „Die Österreichische Gesellschaft für Krankenhaushygiene erstellte daher ein Ausbildungscurriculum, um sicherzustellen, dass allen Hygienefachkräften vergleichbare Inhalte und Methoden vermittelt werden.“

In den österreichischen Spitälern sind die für die Hygiene abgestellten Ärztinnen und Ärzte überwiegend sogenannte Hygienebeauftragte – also Fachärzte eines klinischen Faches, die einen zusätzlichen Kurs gemacht haben. Dr. Blacky: „Wir brauchen allerdings mehr Hygiene-Facharztbildungsstellen an den Universitäten und professionelle Hygienefachkräfte, die in Krankenhausverbänden tätig sein können und die Hygienebeauftragten und die -fachkräfte in den einzelnen Krankhäuser unterstützen. In den Niederlanden ist es beispielsweise so, dass einem Krankenhaus die Sperre droht, wenn es keinen hauptberuflichen Krankenhaushygieniker hat.“

## **DGKP Josef Zellhofer: Einsparungen können Sicherheitsrisiko sein**

„Durch die Novelle im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz wurde für diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerinnen der Kompetenzbereiche im Wundmanagement erweitert. Wir erwarten, dass dadurch auch die Qualität der Hygiene verbessert wird“, so DGKP Josef Zellhofer (Vorsitzender der ÖGB/ARGE-Fachgruppenvereinigung für Gesundheits- und Sozialberufe). „Eine positive Entwicklung ist auch, dass es immer mehr Hygieneteams gibt und sich daraus sogenannte ‚Zirkel‘ entwickeln, die auch in großen Gesundheitseinrichtungen aktiv sind.“

Positiv zu vermerken sei auch, dass die Hygienesonderausbildung auch im Operationsbereich ein Jahr dauert. Wer diese Ausbildung absolviert, müsse sich allerdings karenzieren lassen, weil nur dann diese Dienststelle, wenn auch befristet, nachbesetzt werden kann. Verschlechtert habe sich jedoch die Situation des Hygienefachpersonals, so Zellhofer. „Es wurden zu wenige Fachkräfte ausgebildet und viele der älteren nähern sich dem Ruhestand. Als Folge droht, dass die Arbeitsdichte zu hoch wird.“

Die Politik müsse reagieren und die Rahmenbedingungen für die Ausbildung des dringend notwendigen qualifizierten Hygienefachpersonals verbessern, fordert Zellhofer. „Es muss mehr in die Ausbildung investiert werden, da es sonst nicht nur im OP-Bereich zu Problemen kommen wird und in vielen Spezialbereichen eine Nivellierung nach unten erfolgen könnte.“

Aber auch die generelle Personalknappheit in der Pflege und die damit verbundene hohe Arbeitsdichte können dazu beitragen, dass erforderliche Hygienemaßnahmen zu kurz kommen. Doch nicht nur Einsparungen beim Personal seien ein Sicherheitsrisiko, so Zellhofer: „Es darf auch nicht bei Produkten gespart werden – nicht zuletzt bei für die Sicherheit wichtigen – und der als Konsequenz auftretende zusätzliche Arbeitsaufwand den Mitarbeitern aufgebürdet werden. Damit senkt man Kosten beim Einkauf, und dafür explodieren die Folgekosten durch Infektionen mit Spitalskeimen und andere Fehler. Das ist das Gegenteil von intelligentem Sparen.“

## **Dr. Maria Maria Kletečka-Pulker: Anreizsysteme und verpflichtende gesetzliche Regelungen schaffen**

„Das Bewusstsein für die Wichtigkeit der Hygiene ist größer geworden. Aber wir brauchen auch einen verbindlichen rechtlichen Rahmen, das sollten wir rascher vorantreiben“, so Dr. Maria Kletečka-Pulker (Generalsekretärin der Plattform Patientensicherheit; Institut für Ethik und Recht in der Medizin, MedUni Wien). Allerdings nehme das Krankenhausmanagement in der Regel nur Veränderungen vor, wenn Einsparpotential gesehen wird: „Das gibt es aber bei der Infektionsprophylaxe bzw. Hygienemaßnahmen in der Regel nicht. Im Gegenteil: Wenn sich jemand infiziert, muss er weiter behandelt werden und das bringt dem Krankenhaus weitere Einnahmen. Wenn ein Patient aufgrund einer Infektion zu Schaden kommt, wirkt sich das für das Krankenhaus grundsätzlich finanziell nicht aus. Es sei denn, es kann dem Träger nachgewiesen werden, dass er schuldhaft bestimmte Maßnahmen nicht gesetzt hat und so seine Sorgfalt verletzt hat. Dies setzt aber auch voraus, dass der Patient den gerichtlichen Weg wählt, um seinen Schaden geltend zu machen.“

So müssen sich Führungskräfte in Krankenanstalten oftmals gegen mögliche effektive Maßnahmen zum Schutz gegen Infektion wie Screenings entscheiden, da dies unmittelbar höhere Kosten für den Krankenhausträger zur Folge hätte.

Viele Patienten wählen nicht den gerichtlichen Weg, sondern wenden sich an den Patientenentschädigungsfonds – der wieder nur von den Patientinnen und Patienten selber finanziert wird. So zahlt grundsätzlich jeder stationär aufgenommener Patient in einer gemeinnützigen Krankenanstalt einen Betrag von € 0,73 pro Tag ein, wobei die Verpflichtung zur Zahlung auf 28 Tage beschränkt ist. Dr. Kletečka-Pulker: „Letztlich sollte dieser Fond solidarisch auch durch Beiträge von Krankenanstaltenträgern und Sozialversicherungsträgern finanziert werden.“

Auch die Einführung des Verbandsverantwortlichkeitsgesetzes habe keine Veränderung gebracht. „Freilich könnte man rechtlich auch eine Beweislastumkehr überlegen, sodass im Fall einer nosokomialen Infektion der Träger der Krankenanstalt den Nachweis erbringen muss, dass er alle notwendigen Maßnahmen zur Vermeidung einer Krankenhausinfektion gesetzt hat“, so die Expertin.

Um Verbesserungen zu erreichen, müsste die Gesundheitspolitik Anreizsysteme schaffen, wie z. B. „Pay for Patientsafety and Quality“, wonach die Verantwortlichen in Krankenanstalten zusätzliche finanzielle Mittel erhalten, wenn Maßnahmen zur Infektionsprophylaxe gesetzt werden. Wenn also ein Krankenhaus Maßnahmen zur Senkung der Infektionsrate und zur Verbesserung der Hygiene einführt, gibt es einen Bonus oder mehr LKF-Punkte, sagt Dr. Kletečka-Pulker.

## **Univ-Prof. Dr. Franz Allerberger: Krankenhaushygiene wird immer noch zu wenig ernst genommen**

„Krankenhaushygiene wird in Österreich leider immer noch zu wenig ernst genommen“, sagt Univ.-Prof. Dr. Franz Allerberger (Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit, AGES). Das zeige aktuell zum Beispiel die Situation bei Clostridium difficile – einer Bakterieninfektion, die vor allem bei alten Menschen Durchfall verursacht. Hier hatten wir 2017 mit 7.205 abgerechneten Krankenhausaufenthalten und 371 Todesfällen einen neuen Höchststand – vor 5 Jahren waren es noch 302 Todesfälle. Prof. Allerberger: „In manchen anderen Ländern hat sich im gleichen Zeitraum die Infektions- und Sterblichkeitsrate deutlich

reduziert, in den Niederlanden zum Beispiel um 60 Prozent, in UK gab es aufgrund politischer Maßnahmen Reduktionen von bis zu 80 Prozent.“

Das ECDC empfiehlt zwar Überwachungssysteme, aber es nehmen nur 13 österreichische Krankenhäuser, das sind rund zehn Prozent der Spitäler in Österreich, am für die systematische Erfassung dieser Keime eingerichteten CDAD-KISS-Netzwerk teil, so Prof. Allerberger: „Gefährlich sind nicht die Einrichtungen, die Infektionen melden, sondern die, die das nicht tun.“

Da Clostridium difficile auch gegen viele Antibiotika resistent ist und je häufiger auftritt, je mehr Antibiotika verschrieben werden, rückt auch hier der Umgang mit Antibiotika in den Vordergrund. Prof. Allerberger: „Wir haben in Österreich die Situation, dass zwar jeder Geflügelbauer oder Schweinezüchter genau weiß, wie viele Kilogramm Antibiotika er einsetzt, aber rund 90 Prozent der österreichischen Krankenhäuser wissen das nicht. Zumindest ist es ein Fakt, dass nur 18 Krankenhäuser ihren Antibiotikaverbrauch mittels des kostenlos zur Verfügung gestellten Antibiotika-Verbrauch-Surveillance Austria (AVS Austria)-Systems ermitteln.“

### **Peter Jan Terlingen: Senkung der Infektionsrate bei Operationen als wichtiges Ziel definiert**

Die private Schweizer Hirslanden Klinik hat 333 Betten, 14 Operationssäle und 3 Gebärsäle, jährlich fast 18.400 stationäre Patienten und rund 1.650 Mitarbeiter. „Wir stehen in einem starken Wettbewerb mit anderen Schweizer Spitälern und haben, neben anderen Maßnahmen der Qualitätsförderung, die bestmögliche Senkung von Nosokomialen Infektionen, insbesondere Surgical Site Infections, als wichtiges Ziel definiert“, berichtet Peter Jan Terlingen (Bereichsleiter OP & Interventionsräume, Klinik Hirslanden, Zürich). „Die Erkenntnisse der letzten Jahre haben gezeigt, dass man die Infektionsrate bei Operationen durch Verbesserungen auf verschiedenen Ebenen senken kann, und entsprechend haben wir unser Vorgehen angepasst.“

So werde darauf geachtet, dass die Patienten nicht unterkühlt sind, wenn sie in den OP kommen, weil das zu Infektionsproblemen führen kann. Antibiotika werden schon innerhalb einer Stunde vor dem Eingriff verabreicht, damit sie während der Operation bereits aktiv sind. Um eine gut funktionierende Keimbarriere aufzubauen, werden die Patienten erst desinfiziert, und nach dem Trocknen des Desinfektionsmittels erneut desinfiziert. „Am besten wäre es, wenn während der Operation die Tür des Operationssaales nicht mehr geöffnet werden müsste. Das verlangt allerdings nach einer sehr guten Vorbereitung und Disziplin“, so Terlingen. „Eine Neuerung ist, dass ein Laminar-Flow nicht mehr als notwendig betrachtet wird, wenn eine Reinluft-Umgebung mit HEPA 13 oder HEPA 14 Schwebstofffiltern geschaffen wird.“

„Eine Verbesserung der Infektionsrate bringt auch die Umstellung von Mehrweg- auf Einwegmaterial bei den Abdeckungen und Operationsmänteln, da Einwegmaterialien in den Punkten Flüssigkeitsbeherrschung, Permeabilität, Undurchlässigkeit und Reißfestigkeit eine gleichbleibende Qualität gewährleisten können“, so Terlingen. „Das Hauptmotiv für die Umstellung war aus unserer Sicht die Qualität des Materials: Weil bei Einweg-Abdeckungen und -Mäntel jedes Produkt nur einmal verwendet wird, ist jedes eingesetzte Produkt neu, die Qualität ist für jede Patientin und jeden Patienten immer konstant gut. Bei Mehrwegmaterialien hingegen vermindert sich die Qualität schon nach den ersten Waschungen. Werden Mehrweg-Abdecktücher neu aufbereitet, muss jedes Mal der Sterilisationsprozess gewährleistet sein. Die mehrmalige Sterilisation von Mehrwegmaterialien nimmt aber auch Einfluss auf das Material: Es können Löcher entstehen und die Abdeckungen haften schlechter am Körper.“

Eine Abgabe von infizierten Partikeln durch das Mehrwegmaterial hindurch sei zwar nicht nachgewiesen, der Körper reagiere aber auch auf sterile Partikel. Zwar entstehen dadurch keine Infektionen, aber das Infektionsrisiko werde erhöht, sagt Terlingen.

„Wenn Flüssigkeiten auf die Abdecktücher kommen, sollten diese zwar in einem gewissen Ausmaß auch absorbiert werden: Mehrwegabdeckungen können aber während einer Operation durch und durch durchnässt werden und es kann das Problem entstehen, dass dadurch die Keimbarriere durchbrochen wird und das sterile Gebiet kontaminiert wird. Dieses Problem gibt es bei Einwegabdeckungen nicht“, so Terlingen. „Meiner Meinung nach gibt es keine vernünftigen Gründe, zu Mehrweg-Abdeckungen und -Mänteln zurück zu kehren.“

### **Dr. Sigrid Pilz: „Es muss vor Ort klare, verbindliche und auch einklagbare Strukturen geben.“**

„Wir haben noch einen großen Weg vor uns. Wenn sich Patientinnen und Patienten beschweren, dass sie in einem Krankenhaus eine Infektion erlitten hätten, ist es in den seltensten Fällen möglich, nachzuweisen, ob der Keim im Spital erworben wurde oder bereits zuvor vorhanden war“, so Wiens Patientenanwältin Dr. Sigrid Pilz. „Die meisten dieser Patientinnen und Patienten sind außerdem multimorbid und haben eine schlechte Konstitution, was den Nachweis zusätzlich erschwert.“

Die Zeiten des guten Zuredens seien vorbei: „Wir müssen hier mehr rechtliche Verbindlichkeit schaffen. Wir müssen auch beim Antibiotikaeinsatz mehr Bewusstsein und Zielgenauigkeit schaffen. Und wir brauchen mehr Transparenz, was die Infektionsraten einzelner Häuser betrifft.“

Dass Patientinnen und Patienten auf Mängel in der Hygiene aufmerksam machen, sei im Prinzip eine gute Idee. Aber es sei von Patienten oft zu viel verlangt, darauf zu achten, ob alle Gesundheitsanbieter vom Pflegepersonal bis zu den leitenden Ärztinnen und Ärzten alle Hygieneregeln befolgen. „Mit den Beschwerden Einzelner kann

man kaum Verbesserungen erreichen. Es muss vor Ort klare, verbindliche und auch einklagbare Strukturen geben. Das würde bedeuten, alles zu dokumentieren, was man messen kann – vom Verbrauch der Desinfektionsmittel bis hin zur Zahl der Keiminfektionen in den einzelnen Stationen“, so Dr. Pilz. „Die Spitäler sollten konsequent ihre Infektionen melden, damit man erkennen kann, wo es Häufungen gibt und damit die einzelnen Häuser miteinander vergleichbar werden. Das würde sowohl im Krankenhaus als auch gegenüber den Patienten Transparenz schaffen, aber auch eine Fehlerkultur etablieren, in der man sich gegenseitig darauf aufmerksam macht, wenn die Hygieneregeln nicht eingehalten werden.“

Mit freundlicher Unterstützung von BBraun, Hartmann, Lohmann & Rauscher, Mölnlycke Health Care

**[www.sicherheitimop.at](http://www.sicherheitimop.at)**