

Außendienstmitarbeiter in hygiene-sensiblen Klinikbereichen

Christel Klein*

* Hygienefachkraft, Senior Consultant, Drägerwerk AG & Co. KGaA, Moislinger Allee 53-55, 23558 Lübeck; christel.klein@draeger.com

Auch wenn sich allgemeine Hygienemaßnahmen, wie die Händehygiene, als wirksam erwiesen haben, um die Keimbelastung zu reduzieren: Das „Einschleppen“ potenziell pathogener Erreger durch Besucher ist für viele Kliniken eine zusätzliche Herausforderung. Eine besondere Besuchergruppe sind dabei Mitarbeiter von Herstellern für Medizinprodukte. Sie erhalten in der Regel auch Zutritt zu sensiblen Bereichen mit häufig immungeschwächten Patienten, wie dem OP oder der Intensivstation. Zusätzliche Infektionsquellen können mitgebrachte, nicht ausreichend desinfizierte Geräte sein. Wenn Firmenvertreter hygienesensible Bereiche mehrerer Funktionsbereiche in unterschiedlichen Kliniken besuchen, nimmt das Risiko, mögliche Erreger weiterzugeben, zu. Im Nachgang sind derartige Infektionsquellen nur schwer zurück verfolgbar.

■ Außendienstmitarbeiter im OP

Industrievertreter im OP sind nicht nur Zaungäste. Neben eher passiven Tätigkeiten, wie Beobachten von Arbeitsschritten und Beraten des Personals während des Eingriffs und dem Vermarkten von Produkten, übernehmen sie auch aktive Aufgaben, wie zum Beispiel unmittelbare produktbezogene Hilfestellungen sowie Foto- und Filmaufnahmen [1]. Zu den produktrelevanten Aufgaben zählen, Geräte anzupassen und zu programmieren oder Medizinprodukte dem Operateur anzureichen [2]. Industrievertreter tragen also in vielerlei Hinsicht ein Risiko für Übertragungen. Hygienevorschriften sehen vor, dass Medizinprodukteberater die bestehenden allgemeinen Anforderungen für Besucher im OP in entsprechender Kleidung beachten und auf Anforderung des Operateurs den sterilen Bereich „ordnungsgemäß betreten“ [3]. Außendienstmitarbeiter halten sich längere Zeit in besonders hygiene-rele-

vanten Bereichen, wie hier am Beispiel des OP erläutert, aber auch auf Intensivstationen oder in Ambulanzen mit häufigem Kontakt zu potenziell besiedelten Oberflächen auf. Dadurch können sie ähnlich belastet sein wie Ärzte oder Pflegekräfte. Eine Querschnittstudie kam zu keinen signifikanten Unterschieden bei der Kontamination von Händen mit Staphylokokken (*S. aureus*) und MRSA zwischen externen medizinischen Mitarbeitern und dem ärztlichen Personal [4]. Wie relevant Oberflächen im OP als patientennahe Vektoren sind, zeigen Untersuchungen von Anästhesiearbeitsplätzen: Als häufige Handkontaktflächen sind etwa das Keyboard, Maus oder Bildschirm sowie der Griff des Anästhesiewagens dokumentiert [5]. Auch der OP-Betrieb selbst spielt eine Rolle. Eine Studie ergab, dass mit zunehmender Anzahl externer Personen im Operationssaal und Häufigkeit des Öffnens von Türen ein zunehmendes Aufkommen von Bakterien und luftgetragenen Partikeln einhergehen kann. Zudem besteht die Gefahr, sterile Bereiche und Instrumente zu kontaminieren [6].

■ Hygiene stärker reglementieren

Mit der wachsenden Digitalisierung werden sich Medizintechnik und Informationstechnologie in Operationssälen künftig noch stärker verbreiten [7]. Durch die damit verbundene Einführung neuer Gerätetechnologien dürfte die Präsenz nicht-medizinischen Personals weiter zunehmen. Eine Reihe von Fachbeiträgen und Untersuchungen befasst sich mit Präventionsmaßnahmen bei Patientenbesuchen. Die beschriebenen Maßnahmen reichen bis hin zu möglichen temporären Besuchsverboten im Fall eines Ausbruchs [8, 9, 10]. Über Präventionsmaßnahmen für Mitarbeiter der Industrie findet sich dagegen kaum Literatur, was einerseits verständlich ist, da es sich nur um einen

begrenzten Personenkreis handelt, der in der Regel von direkten Patientenkontakten ausgeschlossen ist. Andererseits weisen Mitarbeiter der Industrie einen größeren Aktionsradius und höheres Potenzial für den Keimeintrag auf. Quer durch alle Personengruppen findet sich die Forderung nach konsequenter Händehygiene. Über das bloße Bereitstellen von Händedesinfektionsmittelspendern und Hinweisschildern hinaus sollten Kliniken Besucher aktiv zur Händehygiene oder gegebenenfalls zum Tragen von Schutzkleidung anhalten. Klinikpersonal sollte zudem präventive Maßnahmen vorleben [11, 12]. Für Personal im anästhesiologischen und intensivmedizinischen Bereich gehört die Händehygiene zu den „wichtigsten Präventionsmaßnahmen nosokomialer Infektionen“ oder ist sogar „wichtigste Einzelmaßnahme“ [13, 14]. Es macht jedoch Sinn, Hygiene nicht als Bündel einzelner Elemente zu betrachten, sondern systemisch. Vor diesem Hintergrund berücksichtigt eine prozessorientierte Hygiene Instrumente, Raum und Geräte sowie das Verhalten des Teams entlang des Behandlungspfades in ihren Wechselwirkungen und leitet daraus Maßnahmen ab [15]. Wichtig ist, dass sich auch Außendienstmitarbeiter prozessorientiert verhalten. Das beinhaltet im Sinne einer effizienten Unterbrechung der Infektionskette vor allem, die Hände regelkonform zu desinfizieren nach dem WHO Modell der 5 Indikationen der Händedesinfektion [16]. Das bedeutet, Hände nicht nur initial, sondern auch nach jedem Kontakt mit potenziell infektiösem Material oder der unmittelbaren Patientenumgebung zu desinfizieren. Eine typische Situation ist beispielsweise ein Besuch des Außendienstmitarbeiters nach einer Probestellung. Dabei kommt er mit der Patientenumgebung in Kontakt, während er ein benutztes Medizinprodukt entgegennimmt. Einen umfassenderen

Ansatz verfolgt zudem der OP-Führerschein der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie für Mitarbeiter von Unternehmen, die sich beruflich im OP aufhalten. Er beinhaltet nicht nur Hygienemaßnahmen, sondern schult auch OP-Abläufe und die Kommunikation mit dem Team [17].

■ Vorkehrungen für den Besuch in der Klinik

Doch auch Hersteller sind gefordert, die Infektionsprävention im Krankenhaus zu unterstützen. So können Unternehmen im Sinne einer stärkeren Infektionsprävention Leih- und Demogeräte vor und nach der Bereitstellung in der nächsten Klinik gemäß den Empfehlungen des RKI/KRINKO und der DGSV komplett hygienisch aufbereiten. So sollen mögliche Keimverschleppungen von einer Einrichtung zur nächsten vermieden werden, aber auch Servicetechniker bei Reparaturen an Geräten geschützt werden. Dazu gibt es von einigen Herstellern bereits entsprechende Formulare, die den Einrichtungen gegenüber bestätigen, dass die gelieferten Geräte gemäß Gebrauchsanweisung vom Hersteller nach Benutzung hygienisch aufbereitet wurden. Umgekehrt sollten auch die Kliniken bestätigen, dass sie Geräte im aufbereiteten Zustand zurückgeben. Zusätzlich desinfiziert sie der Hersteller nochmals. Für Firmenstandards sollten ebenso Vorschriften der ZSVA (AEMP) der Kliniken maßgeblich sein. Dadurch wird den durch die Medizinprodukte-Betreiberverordnung geforderten Reinigungs- und Desinfektionsroutinen [18] schon vor der Schwelle in die Klinik sinnvoll vorgegriffen und Übertragungsrisiken verringert. Darüber hinaus sollten sich Hersteller regelmäßig über die aktuellen regulatorischen Anforderungen zur Anwesenheit und dem Verhalten von Mitarbeitern im OP und zur Infektionsprävention allgemein auf dem Laufenden halten. Das umfasst auch entsprechende Schulungen.

Der Bundesverband Medizintechnologie e.V. empfiehlt seinen Mitgliedsunternehmen eigene interne Richtlinien und Schulungen zum Verhalten seiner Außendienstmitarbeiter zu erstellen [19]. Entsprechend ist es sinnvoll, dass Hersteller sich beim Thema Hygiene an den Strukturen eines Krankenhauses orientieren, also zum Beispiel eine Hygienefachkraft und hygienebeauftragte

Person beschäftigen sowie Mitarbeiter im Außendienst, Marketing oder Produktmanagement hygienezertifiziert schulen. Mitarbeiter sollten zudem idealerweise in der Lage sein, qualifiziert auf Kundenanfragen über eine Webseite oder durch Schulungen, entweder direkt oder im Rahmen von Kongressen oder Messen, reagieren zu können. Durch ein Know-how auf Klinik-Niveau können Unternehmen nicht nur die Nöte und Anforderungen ihrer Kunden besser verstehen, sondern sie zugleich qualifiziert beraten. Sie könnten etwa bei dem gemeinsamen Erstellen standardisierter Aufbereitungspläne für klinische Arbeitsplätze und deren Wechselintervalle unterstützen und ihre Geräte gemäß klinischen Erfordernissen weiterentwickeln.

■ Literatur

1. Paheenthararajah K, Hick C, Karenberg A. Medizinprodukteberater im Operationssaal: Patientenaufklärung erforderlich. *Dtsch Ärzteztbl* 2013; 110(46): A-2190 / B-1927/ C-1872
2. BVMed – Bundesverband Medizintechnologie e.V. Unternehmensrichtlinie für die Anwesenheit und das Verhalten von Medizinprodukteberatern in Operationsräumen; September 2013, p. 7
3. BVMed – Bundesverband Medizintechnologie e.V. Unternehmensrichtlinie für die Anwesenheit und das Verhalten von Medizinprodukteberatern in Operationsräumen; September 2013, p. 7, 10
4. Schiffers H et al. Examination of cross contamination risks between hospitals by external medical staff via cross-sectional intercept survey of hand hygiene. *GMS Hygiene and Infection Control* 2014; Vol. 9 (2), p. 2
5. Munoz-Price LS et al. Infection prevention in the operating room anesthesia work area; SHEA Expert Guide; *Infection Control & Hospital Epidemiology* (2018); 0,1–17, p.9
6. Dallolio L et al. Surveillance of Environmental and Procedural Measures of Infection Control in the Operating Theatre Setting. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2018; 15, 46; doi:10.3390/ijerph15010046, p.8
7. Sewberath Misser N et al. Implementing Medical Technological Equipment in the OR: Factors for Successful Implementations. *Journal of Healthcare Engineering*; Vol. 2018, p.4
8. Banach DB et al. Infection control precautions for visitors to healthcare facilities. *Expert Review of Anti-infective*

Therapy, 13:9, 1047–1050, DOI:10.1586/14787210.2015.1068119

9. Birnbach DJ et al. An evaluation of hand hygiene in an intensive care unit: Are visitors a potential vector for pathogens? *Journal of Infection and Public Health* 2015; 89, 570–574
10. Currie K et al. Acceptability of temporary suspension of visiting during norovirus outbreaks: investigating patient, visitor and public opinion. *J Hosp Infect.* 2016 Jun; 93(2): 121–126. doi: 10.1016/j.jhin.2012.12.011
11. Birnbach DJ et al. An evaluation of hand hygiene in an intensive care unit: Are visitors a potential vector for pathogens? *Journal of Infection and Public Health* 2015; 89, 573f.
12. Seibert G et al. What Do Visitors Know and How Do They Feel About Contact Precautions? *Am J Infect Control.* 2018 January; 46(1): 115–117. doi:10.1016/j.ajic.2017.05.011., p.3, 4
13. Arbeitskreis „Krankenhaus- & Praxishygiene“ der AWMF: Leitlinien zur Hygiene in Klinik und Praxis – Hygieneanforderungen in der Anästhesie und Intensivmedizin; Hygiene in Klinik und Praxis, 3. Auflage, mhp-Verlag, Wiesbaden 2004, S. 205ff
14. Kerwat K et al. Hygieneempfehlungen für die Regionalanästhesie – Überarbeitete Handlungsempfehlungen des AK Regionalanästhesie der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie (DGAI) („Die 10 Gebote“); AWMF online; AWMF-Register Nr. 001/014 Klasse: S1
15. Hübner N-O, Thanheiser M. Hygienemanagement im OP und in der Endoskopie; *Viszeralmedizin – Gastrointestinal Medicine and Surgery* 2013; 29:166–173 DOI: 10.1159/000351600
16. https://www.who.int/gpsc/5may/Your_5_Moments_For_Hand_Hygiene_Poster.pdf
17. Eberhard Karls Universität Tübingen, Institut für Klinische Anatomie und Zellanalytik: OP-Führerschein (https://www.dgch.de/fileadmin/media/pdf/2017-04-04_OP-FS-I.pdf)
18. Zentralverband Elektrotechnik- und Elektroindustrie (ZVEI): Anforderungen an die Aufbereitung von Medizinprodukten – Pflichten der Hersteller und Pflichten der Betreiber, November 2016, p.2ff.
19. BVMed – Bundesverband Medizintechnologie e.V. Unternehmensrichtlinie für die Anwesenheit und das Verhalten von Medizinprodukteberatern in Operationsräumen; September 2013, p. 6ff.