

# Internationale Sitzung 1: Netzwerk EUNETIPS - Hygieneorganisation, Probleme, Lösungen in anderen Ländern

MONTAG · 19.03.18 · 14.45-16.15 · SALON 21

## Dänemark

Dänemark hat 5,6 Millionen Einwohner. Das Land ist in fünf Regionen eingeteilt. Alle Kliniken und öffentlichen Krankenhäuser werden von den Regionen geleitet; dies ist der „sekundäre Gesundheitsbereich“. 98 Kommunen bilden den „primären Gesundheitsbereich“.

Seit 1977 haben wir in Dänemark Nationale Leitlinien für Hygiene vorbereitet von Statens Serum Institut in Zusammenarbeit mit Hygienefachkräften in Regionen und Kommunen. Die Anzahl von Hygienefachkräften in Krankenhäusern und Kliniken hat über die letzten 10 Jahre zugenommen; in Kommunen nimmt sie ebenfalls langsam zu.

### MRE

Auch in Dänemark nimmt die Problematik der Antibiotikaresistenz zu. In den letzten Jahren vor allem Methicillin-resistente *Staphylococcus aureus* (MRSA), ESBL-produzierende Enterobakterien mit Resistenz gegen Gentamycin und Cephalosporin, *Clostridium difficile* (CD), insbesondere CD027, Vancomycin-resistente Enterokokken (VRE), und über die letzten Jahre auch das Auftreten von Carbapenemase-produzierende Erreger (in Dänemark: Carbapenemase-produzierende Organismen) (CPO).

In Dänemark haben wir einen Nationalen Leitfaden für MRSA, und Nationale Leitfäden für CPO wird es bald geben. Die Leitfäden bilden den Ausgangspunkt für nationale Leitlinien. Die Grundlage der Leitlinien basiert auf dem Prinzip, ein solides System mit Standardhygienemaßnahmen zu etablieren. Ab und zu muss man mit anderer Schutzkleidung ergänzen oder ein anderes Desinfektionsmittel wählen.

## Niederlande

In den Niederlanden gibt es etwa 100 Krankenhäuser. In allen Krankenhäusern arbeiten Experten für Infektionsprävention. Es gibt in jedem Krankenhaus mehrere Experten. Sie arbeiten dort mit Mikrobiologen zusammen, die fast überall mit dem Krankenhaus verbunden sind.

Die Experten sind in einem Berufsverband vereint und haben sich in den letzten 45 Jahren zu einer unverzichtbaren Berufsgruppe in den Krankenhäusern entwickelt, um Krankenhausinfektionen zu verhindern. Vor allem in den letzten Jahren mit dem Aufkommen von immer mehr multiresistenten Mikroorganismen ist die Berufsgruppe noch wichti-

### In Dänemark wird gebaut

Das Gesundheitswesen verändert sich in diesen Jahren in Dänemark. Wir bauen neue Universitätskliniken und Krankenhäuser, und viele von den jetzigen werden umgebaut und renoviert. Es eird weniger Betten geben, und die Ambulanz wird erweitert. Die Patienten werden schnell entlassen, und die Erwartung ist, dass die Behandlung entweder im eigenen Heim oder in einer Pflegeeinrichtung fortgesetzt wird. Zum Beispiel wird intravenös nicht nur Flüssigkeit verabreicht sondern auch Antibiotika. Der Bedarf für Kooperationsabkommen auch auf dem Bereich der Hygiene ist erforderlich. Rationale Verwendung von Antibiotika ist notwendig, damit Resistenzen gegen Antibiotika nicht entstehen oder verbreitet werden.

### Weiterbildungssituation zur Hygienefachkraft in Dänemark

Im Dezember 2014 schloss die Ausbildungsstelle in Göteborg in Schweden, wo unter anderem Krankenschwestern und Ärzte aus Dänemark seit 2007 am Programm zur Weiterbildung zur Hygienefachkraft teilnahmen. Hoffentlich gibt es bald eine neue Weiterbildung – wahrscheinlich wieder in Göteborg.

### Autor

#### M. Detlefsen

Universitätsklinikum Odense, Dänemark

ger geworden um Ausbrüche in Krankenhäusern schnell zu erkennen und zu kontrollieren.

Eine Berufsgruppe mit vielen Aufgaben, Verantwortlichkeiten und Herausforderungen. Es wird erwartet, dass die Berufsgruppe in den kommenden Jahren daher unverzichtbar sein wird, um die anstehenden Herausforderungen zu meistern.

### Autor

#### P. Bergervoet

Nieuwe Niedorp, Niederlande

## Internationale Sitzung 2: Netzwerk EUNETIPS - Hygieneorganisation, Probleme, Lösungen in anderen Ländern

MONTAG · 19.03.18 · 16.45-18.15 · SALON 21

### Italien

Die Zuständigkeit für die Organisation des Gesundheitswesens liegt in Italien beim Staat. Für die Umsetzung der staatlichen Normen sind die Regionen zuständig. Ausgehend von den vorhergehenden Empfehlungen des Europarates wurden Aufgaben und strukturelle Aspekte der Krankenhaushygiene durch Rundschreiben des Gesundheitsministeriums in Rom aus den Jahren 1985 und 1988 geregelt. Die Hauptaufgaben bestehen in der Infektionsüberwachung und der Fortbildung der Mitarbeiter im Hinblick auf Maßnahmen zur Infektionsprävention.

Im Hinblick auf die Strukturen wurde für jedes Krankenhaus eine technische Kommission zur Bekämpfung der Krankenhausinfektionen vorgesehen. Eine Arbeitsgruppe sollte die von der Kommission beschlossenen Maßnahmen umsetzen. Zur Infektionsüberwachung wurde die Anwesenheit einer Krankenpflegerin je 250–400 Betten oder je 9.000–10.000 Krankenhausaufnahmen im Jahr festgelegt. Im Jahr 2007

wurde ein nationales Programm mit der Bezeichnung „Infezioni nelle organizzazioni socio sanitarie (INF-OSS)“ mit folgenden Teilprojekten gestartet: die Teilnahme Italiens am WHO-Programm „Clean care is safer Care“ und zwar am Projekt zur Verbesserung der Händehygiene, die Erarbeitung nationaler Leitlinien zur Vorbeugung der Krankenhausinfektionen und eine Erhebung zum Stand der Umsetzung der genannten Vorgaben des Gesundheitsministeriums von 1985 und 1988.

Weiterhin nimmt Italien an verschiedenen europäischen Programmen zur Infektionsüberwachung teil, so an der Surveillance der Infektionen der chirurgischen Wunde, der Surveillance der Infektionen in der Intensivtherapie und der Prävalenzstudien zu den Krankenhausinfektionen in Akutkrankenhäusern 2011–2012, 2016. Was die Pflegeheime angeht, werden strukturelle Aspekte in der Leitlinie des Gesundheitsministeriums von 1994 festgelegt; für deren

Umsetzung sind wiederum die Regionen zuständig. Diese Einrichtungen sind wie die Krankenhäuser dem Nationalen Gesundheitsdienst zugeordnet. Italienweit angelegte Untersuchungen zur Infektionshäufigkeit und zu den Programmen für die Infektionsprävention erfolgten 2010 und 2013 mit der Teilnahme an der Studie "Healthcare-associated infections in Longterm Care Facilities in Europe (HALT)" des European Center for Disease Control (ECDC).

Die Umsetzung der Maßnahmen zur Infektionsprävention stößt in Italien auf erhebliche Schwierigkeiten. Aus einer Erhebung im Jahre 2007 zur Umsetzung der Vorgaben des Gesundheitsministeriums zur Infektionsbekämpfung in den Einrichtungen des Gesundheitsdienstes geht hervor, dass die dort vorgesehenen Maßnahmen auch nach zwei Jahrzehnten nur unvollständig umgesetzt worden sind.

Auch wenn in den vorhergehenden Jahren Verbesserungen erzielt worden sind, so zeigt diese Untersuchung, dass die vorgesehenen strukturellen Voraussetzungen (Kommission, Arzt, Krankenpflegerin) nicht immer gegeben sind. Die Surveillance der Infektionen wird nicht in allen Krankenhäusern durchgeführt und nicht mit einheitlichen Systemen, so dass vorhandene Daten oft kaum oder nur mit zusätzlichem Aufwand vergleichbar sind. Eine Überwachung multiresistenter Erreger erfolgt ebenfalls häufig nicht. Zudem werden erhebliche regionale Unterschiede festgestellt, wobei die nördlichen Regionen besser abschneiden als die südlichen.

In einem vom ECDC 2017 durchgeführten Audit zur Anwendung von Programmen zur Bekämpfung der Antibiotikaresistenzen und zur Infektionskontrolle stellen die Experten ähnliche Mängel fest. Die Ergebnisse der Surveillance zeigen, dass in den beteiligten Einrichtungen die Infektionsraten im europäischen Durchschnitt liegen, ein hoher Anteil der Infektionen aber durch multiresistente Erreger ausgelöst wird. In Hinblick auf die Antibiotikaresistenzen nimmt Italien innerhalb Europas eine Spitzenposition ein; als Ursache wird der hohe Antibiotikaverbrauch und eine fehlende Strategie zur Eindämmung der Resistenzen angegeben.

Aus der HALT2-Studie 2013 geht hervor, dass in den Pflegeheimen die strukturellen Voraussetzungen zur Infektionsprävention nur eingeschränkt vorhanden sind und sowohl die Surveillance der Infektionen als auch die Überwachung der multiresistenten Erreger nicht in allen Einrichtungen

durchgeführt werden. Ein erhebliches Defizit zeigt sich auch bei der Fortbildung der Mitarbeiter. Damit fehlen auch in diesen Einrichtungen wesentliche Grundlagen für eine wirksame Vorbeugung von Infektionen.

Sowohl der nationale Präventionsplan 2014–2018 als auch der nationale Aktionsplan zur Eindämmung der Antibiotikaresistenzen 2017–2020 sehen die Einführung der Surveillance der Infektionen in allen Krankenhäusern anhand eines einheitlichen Systems und der Weitergabe der Daten an das ECDC vor. Die Koordination der Maßnahmen auf regionaler Ebene mit strikten Zielvorgaben sowohl für Krankenhäuser als auch für Pflegeheime, wie dies beispielsweise in der Region Emilia-Romagna gehandhabt wird, stellt auch für andere Regionen einen gangbaren Weg dar. Vor allem in Hinblick auf Maßnahmen zur Senkung der Antibiotikaresistenzen erscheint eine Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und Pflegeheimen notwendig. Innerhalb der Einrichtungen des Gesundheitsdienstes trägt eine Zusammenarbeit zwischen Krankenhaushygiene, Arbeitsgruppe für die Anwendung von Antibiotika, Risk Management und Qualitätssicherung zu einer besseren Nutzung vorhandener Ressourcen bei.

## Literatur

- 1 Presidenza del Consiglio dei Ministri: Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020. 24/10/2017
- 2 European Centre for Disease Prevention and Control. ECDC country visit to Italy to discuss antimicrobial resistance issues. Stockholm: ECDC; 2017
- 3 Ministero della Salute: Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018. Conferenza Stato - Regioni approvazione Intesa 13/11/2014
- 4 Ricchizzi E., Moro M.L. et al. (2014): La prevalenza di infezioni e dell'uso di antibiotici nelle strutture residenziali per anziani. I risultati del Progetto HALT2 - 2013. Report nazionale
- 5 Moro M. L., Marchi M., Buttazzi R., Nascetti S. on behalf of the INF-OSS Project Group (2011): Progress in infection prevention and control in Italy: a nationwide survey. *Journal of Hospital Infection* 77, 52-57.

## Autor

**P. J. Santa**

Bozen, Italien

## Österreich

### Hintergrund

Österreichische Hygieneteams blickten oft mit Wehmut über die Grenze zu unseren Nachbarn. Die Hygienepioniere sahen in dem seit 2001 gegründeten deutschen Infektionsschutzgesetz (IfSG), die einzige Möglichkeit der Umsetzung von infektionspräventiven Maßnahmen. Die Anfänge der Hygienearbeit waren schwer, Hygieneteams wurden zwar 1993 in der Grundsatzgesetzgebung verankert, aber man sah diese Funktion als notwendiges Übel an.

Die Schaffung des §8a in der novellierten Auflage des Krankenanstalten und Kuranstalten Gesetzes (KAKuG) beinhaltet die verpflichtende Implementierung eines Hygieneteams in bettenführenden Krankenanstalten und legte eine erste allgemeine gesetzliche Definition der erforderlichen Aufgaben fest. Doch die detaillierte Umsetzung wurde den Finanziers der Länder und der Einrichtungen überlassen. Es gab keine Definitionen der Struktur- und Prozessqualität, die Berechnungen der erforderlichen Mitarbeiterstunden waren beliebig gewählt.

2001, parallel zum IfSG schaffte eine österreichweite Expertengruppe einen ersten Meilenstein mit der Leitlinie (LL) ProHYG 1.0, in der die Aufbau- und Ablauforganisation der Krankenhaushygiene erstmals beschrieben wurde. Diese Leitlinie hatte jedoch nur unverbindlichen Umsetzungscharakter. Erst die konsequente Einforderung durch die Sanitätsbehörde sowie die Verknüpfung von behördlichen Betriebsbewilligungen und der Umsetzung der Strukturqualitätskriterien führte in Wien zu einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen. Da aber die Ausführungsgesetzgebung

Ländersache ist, hat diese Entwicklung in den neun Bundesländern Österreichs zu heterogenen Auslegungen geführt. Zudem gab und gibt es keine einheitlichen Vorgaben durch ein nationales Referenzzentrum. Die Hygieneteams haben sich, pro Bundesland in Arbeitsgruppen zusammengeschlossen und aus den Fragestellungen und Problemen heraus Standards entwickelt.

### Ergebnisse

Allokationsprobleme, Kostendämpfungsmaßnahmen und Weiterentwicklungen haben auch in Österreich mittels nationalen Strategieplänen zur Umbildung der Gesundheitsversorgung geführt. Um die Einhaltung der Vorgaben zu gewährleisten wurden Vereinbarungen (§15a Vereinbarung) mit den Länder getroffen. Mittlerweile hat man die evaluierte LL ProHYG 2.0 in einen Bundequalitätsstandard aufgewertet.

Trotz aller Bemühungen hat heute, 2018, Österreich fragmentierte Regelwerke, noch immer sind die Struktur- und Prozessqualitäten uneinheitlich, das Vorgehen bei hygienerelevanten Abläufen von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich. Unter diesen Gesichtspunkten versucht der Vortrag die Umsetzungsqualität der Krankenhaushygiene anhand einiger exemplarischer Beispiele zu beleuchten.

### Autor

#### G. Angerler

Orthopädisches Spital Speising, Stabsstelle Krankenhaushygiene, leitende HFK Hygienekompetenzzentrum LABCON GmbH, VO ÖGKH

## Schweiz

Ja, die kleine Schweiz und ihre „Organisationswut“. Von der Fachexpertin zur Linksnurse. Vom Infektiologen bis zum Hobbyhygieniker – hier findet man alles. Ja und nun ...?

23. März 2016 – Der Bundesrat hat den Schutz vor Healthcare-assoziierten Infektionen als prioritäre Massnahme in seine gesundheitspolitische Gesamtschau „Gesundheit 2020“ aufgenommen und eine Strategie erarbeitet – die

Nationale Strategie zur Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von Healthcare-assoziierten Infektionen HAI (Strategie NOSO). Was passiert nun?

### Autor

#### V. La Rocca

Nottwil