

Hygiene im Gesundheitswesen

Neuigkeiten und Besonderheiten

Inhaltsverzeichnis

1. Aktion Saubere Hände fordert mehr montierte Spender
2. TRGS 401: Chirurgen meist nicht mehr von „Feuchtarbeit“ betroffen
3. DKG warnt vor hartem Winter
4. Hygiene-Tipp: dokumentierte Freigabe von Medizinprodukten
5. MRSA-Raten in Krankenhäusern gesunken
6. Interventionsstudie: Reduzierung nosokomialer Infektionen
7. Schnelle Anpassungsfähigkeit von *Acinetobacter baumannii*

1. Aktion Saubere Hände fordert mehr montierte Spender

Auf Intensivstationen gilt seit vielen Jahren eine 1:1-Ausstattung an Händedesinfektionsmittelspendern (d.h. ein Spender je Bett) – dies soll ab dem 01.01.2025 auch für Normalstationen in Krankenhäusern gelten.

Das medizinische Personal benötigt für die richtige Umsetzung der Händedesinfektion eine ausreichende Verfügbarkeit von Händedesinfektionsmitteln am „Point of Care“. Durch die richtige Positionierung der Spender direkt an den Patientenbetten wird die Nutzung der Spender nachweislich erhöht.

Laut Aktion Saubere Hände seien Kitteltaschenflaschen grundsätzlich kein adäquater Ausgleich zur fehlenden Ausstattung von Händedesinfektionsmittelspendern. Sie hätten nur einen geringeren Effekt auf die Compliance der Händedesinfektion. Ebenso sei durch den Einsatz von Kitteltaschenflaschen der Verbrauch auf der jeweiligen Station nicht sicher quantifizierbar. Ausnahmen seien Pädiatrie und Gerontopsychiatrie. Diese erhielten kein Soll in der Spenderausstattung und so könne der Einsatz von Kitteltaschenflaschen im Rahmen der Risikoanalyse hilfreich sein.

Weiterführender Link:

<https://www.aktion-sauberehaende.de/>

2. TRGS 401: Chirurgen meist nicht mehr von „Feuchtarbeit“ betroffen

Das ausschließliche Tragen von flüssigkeitsdichten Schutzhandschuhen für mindestens zwei Stunden am Stück wurde bisher als Feuchtarbeit angesehen. Durch die aktualisierte TRGS 401 ist dies nicht mehr so.

Bei der Gefährdungsbeurteilung sollte nun besonders auf die Waschfrequenzen geachtet werden. Mit Blick auf das Gesundheitswesen ist vor allem das Tragen von flüssigkeitsdichten Schutzhandschuhen im häufigen Wechsel mit Waschen der Hände als Feuchtarbeit anzusehen. Weitere Details greifen die Experten der DGKH in ihrem Hygienetipp auf.

Weiterführende Links:

https://www.bdc.de/hygiene-tipp-feuchtarbeit-chirurgen-eher-nicht-mehr-betroffen/?parent_cat=250

<https://www.baua.de/DE/Angebote/Regelwerk/TRGS/pdf/TRGS-401.html>

3. DKG warnt vor hartem Winter

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft warnt vor mehr Covid-Fällen auf Intensivstationen und „Nachholeffekten“ anderer Atemwegserkrankungen im Winter. Eine neue Corona-Welle solle es aber nicht geben.

Steigende Infektionszahlen und vermehrt Covid-positiv getestete Patienten auf den Intensivstationen ließen Grund zur Annahme zu, dass es einen harten Winter geben wird. Da es keine absolute Immunität gäbe, seien Infektionsausbrüche auch in Zukunft normal. Um von einer neuen Corona-Welle sprechen zu können, sei das Infektionsgeschehen noch auf einem zu niedrigen Niveau.

Wie auch im vergangenen Winter sei zu erwarten, dass es Nachholeffekte anderer Atemwegserkrankungen gäbe. Ein Anstieg der Fallzahlen sei mit kühleren Temperaturen zu erwarten. Um die Belastungen in den Krankenhäusern möglichst gering zu halten, sei es wichtig, dass sich viele Menschen gegen Influenza und Corona impfen lassen.

Weiterführender Link:

<https://www.faz.net/aktuell/gesellschaft/gesundheit/coronavirus/coronavirus-dkg-chef-warnt-vor-mehr-faellen-auf-intensivstationen-19132855.html>

4. Hygiene-Tipp: dokumentierte Freigabe von Medizinprodukten

Die Aufbereitung von Medizinprodukten endet mit der dokumentierten Freigabe zur Anwendung, so empfehlen es die KRINKO und das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte.

Die Prozessparameter bei der Aufbereitung müssen mit denen der Validierungsberichte übereinstimmen. Die dabei erfassten Messwerte müssen ebenso dokumentiert werden, wie die freigebende Person und die Charge. Aus der Dokumentation muss hervorgehen, dass die Aufbereitung gemäß den Standardarbeitsanweisungen erfolgt ist. Dies gilt für ebenso für eine ausschließliche Desinfektion, wie auch für Prozesse mit einer anschließenden Sterilisation.

Weiterführender Link:

https://www.bdc.de/hygiene-tipp-freigabe-aufbereiteter-medizinprodukte/?parent_cat=252

5. MRSA-Raten in Krankenhäusern gesunken

Das Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) hat von 2006 bis 2021 Daten zum Screening auf Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus* ausgewertet.

Insgesamt stieg die Teilnehmerzahl auf 525 Krankenhäuser, welche freiwillig einmal jährlich Strukturdaten sowie Patientenfälle mit MRSA-Nachweis und die Anzahl an Nasenabstrichen auf das Vorliegen von MRSA an das Nationale Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen übermittelt haben.

Anhand der Daten lässt sich ablesen, dass die MRSA-Raten im Zeitraum von 2006 bis 2021 deutlich gesunken sind. Dies sei analog zum allgemeinen Trend. Krankenhäuser mit einer niedrigen Screeningfrequenz wiesen keine höhere Inzidenzdichte auf verglichen zu Krankenhäusern mit einer hohen Anzahl an Abstrichen. Daraus resultiert die Empfehlung, das MRSA-Aufnahmescreening gezielt und risikoadaptiert durchzuführen.

Weiterführender Link:

<https://www.aerzteblatt.de/treffer?mode=s&wo=1041&typ=16&aid=232377&s=mre>

6. Interventionsstudie: Reduzierung nosokomialer Infektionen

Als Teil der multizentrischen prospektiven Kohortenstudie „HygArzt“ wurde in einem Pilotkrankenhaus untersucht, ob durch die Implementierung eines Infektionspräventionsmaßnahmenbündels (IPB) die Händehygieneadhärenz (HHA) und die nosokomialen Infektions- (NI) und postoperativen Wundinfektions-Raten (SSI) durch hygienebeauftragte Ärzte der Orthopädie/Unfallchirurgie verbessert werden können.

In dem Pilotkrankenhaus wurden drei orthopädische/unfallchirurgische Normalstationen mit insgesamt 113 Betten betrachtet. Verglichen wurde die Prä-Phase (01.03.18-31.08.18) und die Post-Phase (01.01.19-30.06.19), in welcher alle stationär versorgten Patienten auf den genannten Stationen mit in die Studie einbezogen wurden. Patienten, die bereits bei der Aufnahme eine Infektion aufwiesen, wurden aus der Studie ausgeschlossen. Der Zeitraum zwischen der Prä- und Post-Phase wurde als Interventionsphase genutzt, sprich um das IPB durch den Hygienebeauftragten zu implementieren. Das zentrale Patientenmanagement hat die Patienten bei der Anmeldung zur OP auf Methicillin-resistente (MRSA) und Methicillin-sensible *Staphylococcus aureus* (MSSA) mittels Nasenabstrich getestet. Bei positivem Befund wurden entsprechende Maßnahmen zur Dekolonisierung durchgeführt.

In der Prä-Phase waren für die Studie 1.211 Patienten mit 1.430 Operationen relevant. Für die Post-Phase waren es 1.269 Patienten mit 1.583 Operationen. Der Vergleich zwischen Prä- und Post-Phase zeigte, dass die HHA gestiegen ist und auf Station bei 81,4% lag. Im OP-Bereich war es ein Anstieg von 12,6% auf 52,2%. Die vergleichsweise geringe Adhärenz im OP-Bereich sei erklärbar durch unregelmäßiges Feedback und fehlende praktische Studien. Die NI-Rate konnte von 4,1% auf 2,2% reduziert werden. Ebenso nahm die SSI-Rate von 3,1% auf 1,6% ab. Bei Wundinfektionen konnte in beiden Phasen am häufigsten *S. aureus*, Koagulase-negative Staphylokokken sowie Enterobakterien nachgewiesen werden.

Die lokalen Gegebenheiten und Abläufe auf den Stationen und im OP wurden bei der Ausarbeitung des IPB berücksichtigt. Der Vergleich der Prä- und Post-Phase sei vom Hawthorne-Effekt ausgeschlossen, da dieser bei beiden Phasen wirksam gewesen wäre. Die Kombination von Nasensalbe, antiseptischen präoperativen Waschungen und weiteren Maßnahmen sei ein möglicher Grund gewesen, die ohnehin schon niedrige Wundinfektionsrate weiter zu senken.

Weiterführender Link:

<https://www.aerzteblatt.de/treffer?mode=s&wo=1041&typ=16&aid=233070&s=hygiene>

7. Schnelle Anpassungsfähigkeit von *Acinetobacter baumannii*

Das häufig gegen Antibiotika resistente Bakterium *Acinetobacter baumannii* wird meist im Krankenhaus erworben. Für die Bekämpfung werden neue Therapieansätze benötigt. Forscher konnten eine unerwartete Diversität in den Zellanhängen nachweisen, welche mit der Pathogenität zusammenhängt, woraus neue Behandlungsstrategien resultieren könnten.

Wie gefährlich antibiotikaresistente Keime für Patienten sein können, machen die folgenden Zahlen deutlich. Allein in Europa erkranken jährlich rund 670.000 Menschen an einem antibiotikaresistenten Erreger. Bei 33.000 Fällen endet eine Infektion tödlich. Der Erreger *A. baumannii* ist sogar gegen mehrere Antibiotika gleichzeitig resistent. Bis zu fünf Prozent aller nosokomialen bakteriellen Infektionen seien auf diesen Erreger zurückzuführen und sogar zehn Prozent aller in diesem Zusammenhang tödlich verlaufenden Infektionen. Dies ist Grund genug, dass die WHO diesen Erreger weit oben auf die Liste schreibt, für welche neue Behandlungsmethoden entwickelt werden müssen.

Wissenschaftler der Goethe-Universität Frankfurt und dem LOEWE-Zentrum für Translazionale Biodiversitätsgenomik (LOEWE-TBG) haben hierzu Genome und die darin kodierten Proteine über eine Vielzahl unterschiedlicher *Acinetobacter*-Stämme hinweg untersucht. Hierzu wurde eine neue bioinformatische Methode entwickelt, die nicht nur untersucht, ob ein Gen in einem Bakterienstamm vorkommt, sondern auch ob die Bakterien schon vorhandene Gene verändern, und somit auch ihre Eigenschaften.

Die haarähnlichen Zellanhänge (Typ-IVa-(T4A)-Pili) von Bakterien dienen zur Interaktion mit der Umwelt. Da sie bei Pathogenen als Schlüsselfaktor für die Virulenz vermutet werden, deutet dies darauf hin, dass durch Evolution wiederholt neue Eigenschaften erworben wurden. Diese Vermutung konnte das Forscherteam anhand des Protein ComC innerhalb der Gruppe der pathogenen *Acinetobacter*-Stämme bestätigen. Selbst verschiedene Stämme von *A. baumannii* würden über unterschiedliche Varianten des Proteins verfügen. Da sich bei den Proteinen jeweils nur die Spitze verändern würde, sei es für den Erreger möglich über kurze evolutionäre Zeiträume drastische Funktionsänderungen zu erreichen.

Dieses Wissen soll nun genutzt werden, um die Behandlung von Infektionen mit *A. baumannii* zu verbessern. So könnten auf einen ganz bestimmten Erregerstamm zugeschnittene Therapien entwickelt werden. Ebenso zeige die Studie, dass es weitaus mehr Komponenten zur Charakterisierung von Pathogenen gäbe.

Weiterführender Link:

<https://www.management-krankenhaus.de/news/so-passt-sich-der-krankenhauskeim-acinetobacter-baumannii-schnell-neue-umweltbedingungen>

Bitte beachten Sie, dass dieses Informationsschreiben eine individuelle Beratung nicht ersetzen kann! Eventuelle Änderungen, die nach Ausarbeitung dieses Informationsschreibens erfolgen, werden erst in der nächsten Ausgabe berücksichtigt. Trotz sorgfältiger und gewissenhafter Bearbeitung aller Beiträge übernehmen wir keine Haftung für den Inhalt.

Kommentare in kursiv.