

Hygieneschwerpunkte im ambulanten Bereich

A.-S. Schinzel

Gesetzliche Grundlagen

Begehungen durch das zuständige Gesundheitsamt auf Grundlage des Infektionsschutzgesetzes (IfSG)

Der infektionshygienischen Überwachung durch das Gesundheitsamt unterliegen Krankenhäuser, Einrichtungen für ambulantes Operieren, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, Dialyseeinrichtungen, Tageskliniken, Entbindungseinrichtungen und vergleichbare Behandlungs- oder Versorgungseinrichtungen.

Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Praxen sonstiger humanmedizinischer Heilberufe, in denen invasive Eingriffe vorgenommen werden, können durch das Gesundheitsamt infektionshygienisch überwacht werden (IfSG § 23 Abs. 6).

In Einrichtungen, in denen das infektionshygienische Risiko höher zu bewerten ist (zum Beispiel in Krankenhäusern und ambulanten OP-Zentren), erfolgt in der Regel eine jährliche Hygienebegehung durch das Gesundheitsamt. In Arztpraxen oder Einrichtungen mit vergleichsweise niedrigerem Hygienierisiko führt das Gesundheitsamt anlassbezogen nach Beschwerden oder schwerpunktbezogen nach eigener Risikobewertung Hygienekontrollen durch. Unterstützung finden dabei sächsische Gesundheitsämter durch die Landesuntersuchungsanstalt für das Gesundheits- und Veterinärwesen (LUA) Sachsen.

Hygienebegehungen können angemeldet oder auch unangemeldet durchgeführt werden. Regulär finden meist angemeldete Hygienebegehungen statt. Vorteil ist hier, dass auskunftsfähige Mitarbeiter vor Ort anwesend sind und ausreichend Zeit im Vorfeld für die Begehung zu planen ist. Probleme können so schon oft vor Ort diskutiert und das Ver-

trauensverhältnis kann zwischen den Akteuren gestärkt werden. Ziel ist eine konstruktive Zusammenarbeit zwischen den Einrichtungen und dem zuständigen Gesundheitsamt. Im Gegensatz dazu sind unangemeldete Begehungen zur Aufdeckung des aktuellen Ist-Zustandes im Einzelfall zielführender.

Verordnung der Sächsischen Staatsregierung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen (SächsMedHygVO)

Die SächsMedHygVO vom 12. Juni 2012 regelt die erforderlichen Maßnahmen zur Verhütung, Erkennung, Erfassung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen und Krankheitserregern mit speziellen Resistenzen in medizinischen Einrichtungen in Sachsen. Ihr unterliegen Krankenhäuser, Einrichtungen für ambulantes Operieren, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, in denen eine den Krankenhäusern vergleichbare medizinische Versorgung erfolgt sowie Dialyseeinrichtungen und Tageskliniken.

Diese genannten Einrichtungen sind demnach verpflichtet, die baulich-funktionellen, betrieblich-organisatorischen sowie personell-fachlichen Voraussetzungen für die Einhaltung der Hygiene sicherzustellen. Neben der Bewertung von Bauvorhaben durch einen Krankenhaushygieniker ist das zuständige Gesundheitsamt rechtzeitig in Bauplanungen einzu beziehen. Ziel ist es, bauliche Veränderungen oder Neubauten schon in der Planung zu optimieren, um später bauliche Mängel bei der Bauabnahme beziehungsweise im Nutzungsverlauf zu verhindern. Das spart Zeit und Kosten für alle beteiligten Akteure.

Gemäß SächsMedHygVO sind Hygienekommissionen zu etablieren und Hygienefachpersonal zu bestellen. In diesem Kontext wird darauf verwiesen, dass die Sächsische Landesärztekammer unter anderem speziell für den ambulanten Bereich die strukturierte curriculare Fortbildung Krankenhaushygiene der Bundesärzte-

kammer (Modul I) für Hygienebeauftragte Ärzte anbietet (40 Stunden als Blended-learning-Kurs mit 25 Präsenzstunden und 15 Stunden Online-Teil). Seit Jahren bietet die Sächsische Landesärztekammer auch spezielle Fortbildungsangebote im hygienischen Bereich für Medizinische Fachangestellte

Derzeit erfolgt eine Überarbeitung der SächsMedHygVO.

Weitere Gesetze, Empfehlungen sowie fachliche Grundlagen

Grundlage des Hygienemanagements sind die Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene- und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut (KRINKO-Empfehlungen/RKI-Richtlinie).

Im Infektionsschutzgesetz § 23 Abs. 3 ist folgender Sachverhalt fixiert: „Die Einhaltung des Standes der medizinischen Wissenschaft auf diesem Gebiet wird vermutet, wenn jeweils die veröffentlichten Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut und der Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie beim Robert Koch-Institut beachtet worden sind.“ Damit besitzen diese Empfehlungen einen höheren Stellenwert und sind als verbindlich anzusehen. Wird von diesen Empfehlungen abgewichen, ist die Gleichwertigkeit dieser abweichenden Maßnahmen zu begründen und aus juristischer Sicht besser auch zu belegen.

Gesetzliche Grundlagen stellen unter anderem das Medizinproduktegesetz, die Medizinprodukte-Betreiberverordnung oder die Trinkwasserverordnung dar. Auch rechtliche Vorschriften des Arbeitsschutzes mit Schnittstellen zum Infektionsschutz sind zu beachten (Biostoffverordnung, Technische Regeln für biologische Arbeitsstoffe/TRBA 250*, Vorschriften der gesetzlichen Unfallversicherung/DGUV Vorschriften und andere).

* TRBA = Technische Regeln für biologische Arbeitsstoffe; 250 = Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege



Abb. 1: Korrekt ausgestatteter Handwaschplatz © A.-S. Schinzel

Veröffentlichungen verschiedener Institutionen und Fachgesellschaften wie des Verbunds für Angewandte Hygiene (VAH), der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH) und des Arbeitskreises „Krankenhaus- und Praxishygiene“ der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) bieten weitere fachliche Grundlagen.

Ausgewählte Hygieneschwerpunkte im ambulanten Bereich

Grundsätze

Aus infektionshygienischer Sicht unterscheiden sich diagnostische, therapeutische sowie pflegerische Leistungen im ambulanten und stationären Sektor nicht. Patienten oder Pflegebedürftige sind auch im ambulanten Bereich keinem erhöhten Infektionsrisiko auszusetzen.

Hygieneplan

Grundlage des Hygienemanagements ist der Hygieneplan (IfSG, SächsMedHygVO, TRBA 250). Bei gerichtlichem Geltendmachen von Schadenersatzansprüchen infolge aufgetretener oder vermuteter nosokomialer Infektionen ist der Hygieneplan eine unerlässliche Voraussetzung, um im Rahmen der Beweislast-

umkehr dem Vorwurf des Organisationsverschuldens zu begegnen. In ihm sollen alle Hygienemaßnahmen der Einrichtung erörtert werden, die das Infektionsrisiko reduzieren. Beispielhaft sind hier die Basishygienemaßnahmen wie Personalhygiene, Wäschehygiene, Einsatz persönlicher Schutzausrüstung, Desinfektionsmaßnahmen, Abfallentsorgung oder Maßnahmen bei Hausbesuchen zu nennen. Risikobezogene Maßnahmen müssen einrichtungsspezifisch ergänzt werden (Maßnahmen bei Auftreten spezieller Krankheitserreger oder multiresistenter Erreger, Maßnahmen für bestimmte Tätigkeiten wie Operationen, Injektionen, Punktionen).

Zur Erstellung einrichtungsspezifischer Pläne können die Rahmenhygienepläne des Länderarbeitskreises, der Leitfaden „Hygiene in der Arztpraxis“ und die Mustervorlage „Hygieneplan für die Arztpraxis“ des Kompetenzzentrums Hygiene und Medizinprodukte der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung genutzt werden. Der Hygieneplan ist verbindlich als Betriebsanweisung zu verabschieden. Eine Aktualisierung und entsprechende Unterweisung der Mitarbeiter soll aktenkundig jährlich erfolgen.

Potenzielle Mängel:

veraltete, nicht aktualisierte Hygienepläne, lediglich Rahmenhygienepläne versehen mit dem Stempel der Einrichtung bis hin zu komplett fehlenden Hygieneplänen

Desinfektions- und Reinigungspläne

Desinfektions- und Reinigungspläne sind Bestandteil des Hygieneplanes. Sie stellen eine übersichtliche Kurzfassung aller anfallenden Desinfektions- und Reinigungsarbeiten dar. Zur schnellen Orientierung hat sich der Einsatz von Piktogrammen bewährt. Sinnvoll ist eine Trennung zwischen den Tätigkeiten der Unterhaltsreinigung und Desinfektionsmaßnahmen durch das medizinische Personal.

In Desinfektions- und Reinigungsplänen soll verbindlich geregelt werden WER, WANN, WAS, WOMIT, WIE desinfizieren beziehungsweise reinigen muss. Nach Risikobewertung sollten Desinfektions- und Reinigungspläne in allen hygienerelevanten Räumen sichtbar ausgehängt werden (zum Beispiel in Untersuchungs- und Behandlungsräumen, in Aufbereitungsräumen). Eine jährliche Aktualisierung wird empfohlen. Sind keine Änderungen notwendig, weil Mittel und Konzentrationen nicht verändert wurden, ist die Aktualisierung des Datums ausreichend.

Potenzielle Mängel:

veraltete, nicht aktualisierte Desinfektions- und Reinigungspläne, falsche Konzentrationen, falsche Einwirkzeiten, keine Zuordnung der Zuständigkeiten

Anbieter von Reinigungs- und Desinfektionsmitteln beziehungsweise deren Vertreter bieten oft die Erstellung der Pläne an, die dann laminiert und nass abwischbar zur Verfügung gestellt werden.

Händehygiene

Voraussetzung für die Durchführung der Händehygiene sind kurz geschnittene Fingernägel, Verzicht auf Nagellack oder künstliche Nägel sowie kein Schmuck an Händen und Unterarmen.

Handwaschplätze in Bereichen mit Infektionsgefährdung sind mit handkontaktlosen Armaturen, Wandspendern für Waschlotion, Händedesinfektionsmittel und Einweghandtüchern entsprechend der TRBA 250 beziehungsweise KRINKO-Empfehlung „Händehygiene in Einrichtungen des Gesundheitswesens“ auszustatten. Der Wasserstrahl soll nicht direkt in die Abflussöffnung gerichtet sein. Handwaschbecken sollen ohne Überlauf installiert werden (Abb. 1).

Regelmäßige Schulungen zu Indikationen der Händedesinfektion, möglichst in Verbindung mit einer Er-

folgskontrolle (zum Beispiel Schwarzlichtlampe), erhöhen die Compliance zur Händehygiene und senken so das Übertragungsrisiko von Mikroorganismen.

Rechtlich ist das Umfüllen von Händedesinfektionsmitteln (HDM) nur unter bestimmten Voraussetzungen möglich. Das Umfüllen und Kennzeichnen von Händedesinfektionsmitteln wird grundsätzlich nicht empfohlen, auch nicht in Arztpraxen. Im Infektionsfall kann das Umfüllen haftungsrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen.

Das Anbruch- beziehungsweise Verbrauchsdatum muss nach Herstellerangaben auf der Spenderflasche (HDM) oder separat dokumentiert werden. Die sachgerechte Aufbereitung der Spender ist gemäß den Herstellerangaben sicherzustellen.

Potenzielle Mängel:

fehlendes Anbruch- oder Verbrauchsdatum, keine regelmäßige Aufbereitung der Spender (Abb. 2), nicht qualitätsgesichertes Umfüllen von Händedesinfektionsmitteln, Nichteinhaltung der Einwirkzeit (EWZ) bei der Händedesinfektion

Durchführung von Desinfektionsmaßnahmen

Für die routinemäßige und prophylaktische Desinfektion sollen Desinfektionsmittel (DM) aus der sogenannten VAH-Liste eingesetzt werden (Liste der nach den Richtlinien für die Prüfung chemischer Desinfektionsmittel geprüften und von der Desinfektionsmittelkommission des VAH als wirksam befundenen Desinfektionsverfahren). Bei Auftreten von virusbedingten Infektionen sind Mittel anzuwenden, deren viruzide Wirksamkeit belegt ist. Unterschieden wird die begrenzte viruzide Wirksamkeit (wirksam gegen behüllte Viren wie HBV, HIV, SARS) und die viruzide Wirksamkeit (zusätzlich wirksam gegen unbehüllte Viren wie Hantavirus (HAI)).

Neu ist der Wirkungsbereich „viruzid PLUS“, der neben der begrenzt viru-

ziden Wirksamkeit die Wirksamkeit gegen die unbehüllten Noro-, Adeno- und Rotaviren umfasst.

Auf Anordnung des Gesundheitsamtes (IfSG § 18) kommen bei Entseuchungen nur Desinfektionsmittel aus der sogenannten RKI-Liste zum Einsatz (Liste der vom Robert Koch-Institut geprüften und anerkannten Desinfektionsmittel und -verfahren).

Grundsätzlich soll die Kontamination der Tücher/Wischbezüge durch Vermeidung des „Wiedereintauchens“ in die Reinigungs- beziehungsweise Desinfektionsmittellösung verhindert werden (KRINKO-Empfehlung „Anforderungen an die Hygiene bei der Reinigung und Desinfektion von Flächen“). Bewährt hat sich der Einsatz desinfektionsmittelgetränkter Einmaltücher in Spendereimern. Letztere sind nach Herstellerangaben korrekt aufzubereiten, Verbrauchsfristen sind einzuhalten (Kennzeichnung).

Potenzielle Mängel:

Einsatz nicht VAH-gelisteter Desinfektionsmittel, Gebrauch nicht korrekt hergestellter Desinfektionslösungen (falsche Konzentrationen), Einsatz verfallener Desinfektionsmittel, falscher Anwendungsbereich (Einsatz von Flächendesinfektionsmitteln für die Händedesinfektion und Ähnliches), fehlende beziehungsweise nicht korrekte Kennzeichnung von Desinfektionsmittelbehältnissen, kein Wiederverschließen der Spendereimer nach Tuchentnahme

Medizinprodukteaufbereitung (MPA)

Die zuständige Überwachungsbehörde im Kontext der Medizinprodukteaufbereitung ist die Landesdirektion Sachsen (LDS). Allgemeine Hygieneanforderungen nach Infektionsschutzgesetz können durch die Gesundheitsämter kontrolliert werden. Naturgemäß gibt es hier Schnittstellen zwischen den Zuständigkeiten bei der Kontrolle der MPA, weshalb die Behörden auch eng zusammenarbeiten.



Abb. 2: Unregelmäßig aufbereiteter Wandspender

© A.-S. Schinzel

Die Anforderungen an die Medizinprodukteaufbereitung sind in den letzten Jahren stetig gestiegen. Entsprechend stiegen Kosten für die essenziell notwendige Validierung des gesamten Aufbereitungsprozesses der Medizinprodukteaufbereitung. Das führte dazu, dass ambulante Einrichtungen mit wenig aufzubereitenden Medizinprodukten zunehmend auf Einwegmaterial umstellen.

Potenzielle Mängel:

fehlende Validierungsnachweise, mangelnde Arbeitsanweisungen, unzureichende Qualifikation des Personals, fehlende Aufbereitungsräume, nicht korrekter Einsatz von Desinfektionsmitteln.

Umgang mit Medikamenten

Grundsätzlich sind Medikamente gemäß Herstellerangaben zu lagern. Dazu gehört der Nachweis der sachgerechten Lagerung von kühlpflichtigen Medikamenten oder Impfstoffen bei 2 bis 8°C.



Abb. 3: Korrekter Wäschesammler mit Deckel © A.-S. Schinzel



Abb. 4: Defekter Kontaminationsschutz sauberer Wäsche © A.-S. Schinzel

Geöffnete Gebinde ohne Konservierungsmittel wie Aqua dest. oder NaCl, welche steril zur Anwendung kommen müssen, sind nach Anbruch umgehend aufzubrauchen. Angebrochene Behältnisse mit Konservierungsmittel, Salben und anderes sind mit dem Anbruchdatum und gegebenenfalls der Uhrzeit zu beschriften. Es empfiehlt sich gleichzeitig das Vermerken des Verbrauchsdatums. Vor erneuter Entnahme aus einem Mehrdosisbehältnis (Injektionen, Infusionen) ist der Gummistopfen analog der Hautdesinfektion zu desinfizieren.

Für die wiederholte Entnahme sind Mehrfachentnahmekanülen zu empfehlen. Spritzen und einfache Entnahmekanülen sind nur einmalig zu verwenden und anschließend zu verwerfen. Für die Desinfektion vor Injektionen und Punktionen sind mindestens keimarme Tupfer (sterilisierte Tupfer) zu verwenden (KRINKO-Empfehlung „Anforderungen an die Hygiene bei Punktionen und Injektionen“). Von der Vorbereitung bis zur Applikation darf eine knappe Stunde nicht überschritten werden.

Potenzielle Mängel:

lückenhafte Temperaturaufzeichnungen des Medikamentenkühlschranks, fehlende Korrektur bei Unter-/Überschreiten der zulässigen Kühlschranktemperatur, gemeinsame Lagerung von Lebensmitteln und Medikamenten, Aufziehen von Spritzen auf Vorrat, Gebrauch von Aqua dest., NaCl ... (ohne Konservierungsmittel) über mehrere Stunden, Mehrfachgebrauch von einfachen Aufzugskanülen

Umgang mit Sterilgut

Grundsätzlich ist Sterilgut vor äußeren Einflüssen zu schützen (Nässe, mechanische Beschädigung der Verpackung und andere). Sterilgut sollte stets staubgeschützt in Schränken oder dicht schließenden Schubladen gelagert werden. Unterschieden wird zwischen Sterilbarriersystem (einfache Verpackung) und Verpackungssystem (Kombination aus Sterilbarriersystem und Schutzbeziehungsweise Lagerverpackung). Lagerverpackungen können durch wischdesinfizierbare Behältnisse wie Plastikboxen oder Staubschutzbeutel ersetzt werden.

Bei sachgerechter Lagerung im Verpackungssystem gilt eine maximale Verbrauchsfrist von fünf Jahren, sofern der Hersteller keine andere Verfallsfrist festgelegt hat.

Sterilgut im einfachen Sterilbarriersystem ist bei griffbereiter Lagerung

auf der Arbeitsfläche innerhalb von 48 Stunden zu verbrauchen – bei geschützter Lagerung zum Beispiel im Schrank innerhalb von sechs Monaten.

Potenzielle Mängel:

fehlende Trennung zwischen Sterilgut/unsterilen Medizinprodukten/Büromaterial, Ersatz der Original-Lagerverpackung durch nicht wischdesinfizierbare Kartons, Aussetzen des Sterilgutes der direkten Sonneneinstrahlung, Beeinträchtigung des Sterilbarriersystems durch Überladen von Schubladen

Wundverbandwechsel

„Bei Auftreten klinischer Zeichen einer Infektion, bei Durchfeuchtung, Verschmutzung oder bei Lageverschiebung des Verbands sowie jeder anderen Komplikation muss dieser sofort gewechselt werden“ (KRINKO-Empfehlung „Prävention postoperativer Infektionen im Operationsgebiet“).

Verbandwechsel sind standardisiert unter aseptischen Kautelen mit der sogenannte Non-Touch-Technik durchzuführen. Analog erfolgt die Entfernung von Nahtmaterial oder Drainagen. Genutzte Hilfsmittel wie Handschuhe oder Instrumentarium, welche die Wunde direkt berühren, müssen steril sein.

Unabhängig davon, ob Wunden aseptisch, besiedelt oder infiziert sind, müssen stets sterile Wundauflagen eingesetzt werden. „Umverpackungen“, welche mit Wundsekret nicht in Berührung kommen (wie elastische Binden), müssen nicht steril sein. Das gilt nicht für saugkräftiges Material, welches als Ergänzung bei stark sezernierenden Wunden zum Einsatz gebracht wird. Zu diesem Zweck sollen beispielsweise sterilisierte Saugkompressen genutzt werden.

Potenzielle Mängel:

unzureichender Einsatz der persönlichen Schutzausrüstung, „Ausduschen“ von septischen Wunden mit Trinkwasser, Anfeuchten und Lösen von Verbänden mit unsterilem NaCl oder Aqua dest. (Gebrauch größerer Gebinde ohne Konservierungsmittel über längere Zeiträume)

Arbeitskleidung

Arbeitskleidung kann zum Beispiel während der Behandlung am Patienten mit potentiell infektiösem Material kontaminiert werden und ist damit als infektionsverdächtig einzustufen. Kontaminierte Arbeitskleidung darf, wie Schutzkleidung, nicht zu Hause gereinigt werden, sondern ist vom Arbeitgeber einem geprüften Desinfektionswaschverfahren zuzuführen (TRBA 250, Aufbereitung von Praxiswäsche).

Dementsprechend ist eine fachkundige Gefährdungsanalyse gemäß Biostoffverordnung zu erstellen und zu dokumentieren. Alternativ muss

Schutzkleidung getragen werden, um die Arbeitskleidung vor Durchfeuchtung oder Kontamination zu schützen.

Potenzielle Mängel:

fehlende Gefährdungsanalyse, fehlende Schutzkleidung, Aufbereitung (potenziell) kontaminierter Arbeitskleidung im Haushalt, kein Einsatz VAH-gelisteter Desinfektionsverfahren

Aufbereitung von Praxiswäsche und Putzutensilien

(Potenziell) kontaminierte Praxiswäsche und Putzutensilien sind mit geprüften thermischen oder chemothermischen Desinfektionswaschverfahren aufzubereiten. Dabei sind die notwendige Temperatur, die Einwirkzeit und das Flottenverhältnis sicherzustellen (Einsatz gewerblicher Waschmaschinen). Die Aufbereitung in einer externen hierfür zertifizierten Wäscherei wird empfohlen. Nachträgliches Sortieren von Schmutzwäsche ist aus Personenschutzgründen grundsätzlich zu vermeiden. Alternativ

können für bestimmte Anwendungen Einwegmaterialien genutzt werden (Abdecktücher, Auflagen für Patientenliegen, Wischbezüge, und andere).

Potenzielle Mängel:

fehlende geeignete Sammelbehälter für Schmutzwäsche (Abb. 3), oder ungeschützter Transport und unsachgemäße Lagerung sauberer Wäsche (Abb. 4), Einsatz von Haushaltswaschmaschinen, Abweichungen von den Vorgaben der VAH-Listung, fehlender Nachweis über die Prüfung der Wirksamkeit des Desinfektionswaschverfahrens (thermoelektrisch, Bioindikatoren)

Interessenkonflikte: keine

Anja-Susann Schinzel B.A.
Landesuntersuchungsanstalt für das
Gesundheits- und Veterinärwesen (LUA)
Sachsen
Zschopauer Straße 87, 09111 Chemnitz
E-Mail: anja-susann.schinzel@lua.sms.sachsen.de