

# Infektionsprävention in der ambulanten medizinischen Versorgung

Zwischen Anforderungen, Realität und Zielen

Bvmed Hygieneforum  
Berlin, den 10.12.2019  
Tobias Kramer

# Interessenskonflikte

Es besteht kein Interessenskonflikt im Zusammenhang mit dieser Präsentation

- Charité Universitätsmedizin
- LADR der Laborverbund
- Intermed Service
- GBA; Infectopharm; BBraun; Bode Chemie; MSD

# Hintergrund

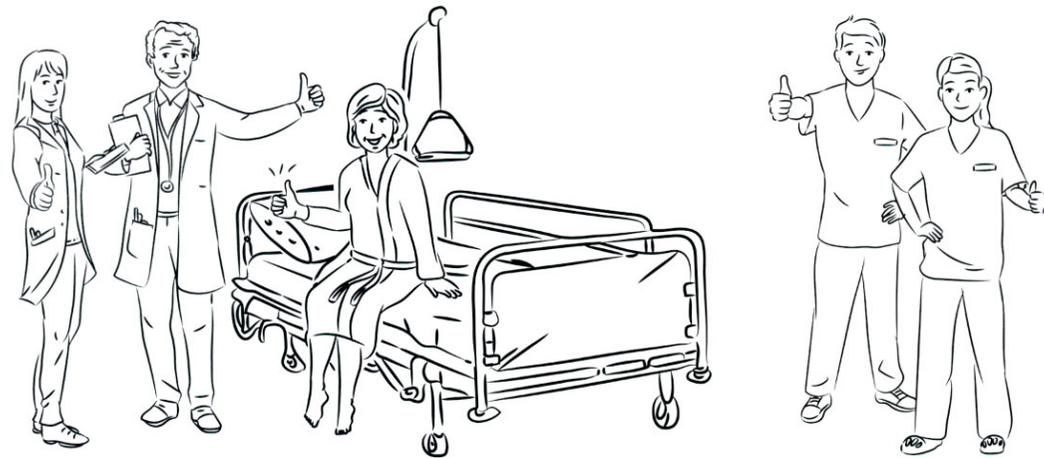
- Ärztliche Praxen/MVZ
- Ambulante Operationszentren
- Dialyseeinrichtungen
- Intensivpflegeversorgung
- Alten- und Pflegeheime
- Ambulante Pflegeversorgung
- ...

# Hintergrund

- **Ärztliche Praxen/MVZ**
- Ambulante Operationszentren
- Dialyseeinrichtungen
- Intensivpflegeversorgung
- Alten- und Pflegeheime
- Ambulante Pflegeversorgung

# Anforderungen

- Analog zu stationären Einrichtungen
- Abhängig:
  - von angebotenen Leistungen/Maßnahmen
  - Von Landeshygieneverordnung



# Anforderungen

## §23 Abs. 3 IfSG

Die Leiter folgender Einrichtungen haben sicherzustellen, dass die nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft erforderlichen Maßnahmen getroffen werden, um nosokomiale Infektionen zu verhüten und die Weiterverbreitung von Krankheitserregern, insbesondere solcher mit Resistenzen, zu vermeiden:

1. Krankenhäuser,
2. Einrichtungen für ambulantes Operieren,
3. Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, in denen eine den Krankenhäusern vergleichbare medizinische Versorgung erfolgt,
4. Dialyseeinrichtungen,
5. Tageskliniken,
6. Entbindungseinrichtungen,
7. Behandlungs- oder Versorgungseinrichtungen, die mit einer der in den Nummern 1 bis 6 genannten Einrichtungen vergleichbar sind,
- 8. Arztpraxen, Zahnarztpraxen,**
9. Praxen sonstiger humanmedizinischer Heilberufe,
10. Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, in denen medizinische Untersuchungen, Präventionsmaßnahmen oder ambulante Behandlungen durchgeführt werden, und
11. ambulante Pflegedienste, die ambulante Intensivpflege in Einrichtungen, Wohngruppen oder sonstigen gemeinschaftlichen Wohnformen erbringen.

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.

# Anforderungen §23 Abs. 8 IfSG

Die Landesregierungen haben durch Rechtsverordnung für Krankenhäuser, Einrichtungen für ambulantes Operieren, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, in denen eine den Krankenhäusern vergleichbare medizinische Versorgung erfolgt, sowie für Dialyseeinrichtungen und Tageskliniken die jeweils erforderlichen Maßnahmen zur Verhütung, Erkennung, Erfassung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen und Krankheitserregern mit Resistenzen zu regeln. Dabei sind insbesondere Regelungen zu treffen über :

1. hygienische Mindestanforderungen an Bau, Ausstattung und Betrieb der Einrichtungen,
2. Bestellung, Aufgaben und Zusammensetzung einer **Hygienekommission**,
3. die erforderliche personelle Ausstattung mit Hygienefachkräften und Krankenhaushygienikern und die Bestellung **von hygienebeauftragten Ärzten einschließlich bis längstens zum 31. Dezember 2019 befristeter Übergangsvorschriften zur Qualifikation einer ausreichenden Zahl geeigneten Fachpersonals**,
4. Aufgaben und Anforderungen an Fort- und Weiterbildung der **in der Einrichtung erforderlichen Hygienefachkräfte, Krankenhaushygieniker und hygienebeauftragten Ärzte**,
5. die erforderliche Qualifikation und Schulung des Personals hinsichtlich der Infektionsprävention,
6. Strukturen und Methoden zur Erkennung von nosokomialen Infektionen und resistenten Erregern und zur Erfassung im Rahmen der ärztlichen und pflegerischen Dokumentationspflicht,
7. die zur Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben erforderliche Einsichtnahme der in Nummer 4 genannten Personen in Akten der jeweiligen Einrichtung einschließlich der Patientenakten,
8. die Information des Personals über Maßnahmen, die zur Verhütung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen und Krankheitserregern mit Resistenzen erforderlich sind,
9. die klinisch-mikrobiologisch und klinisch-pharmazeutische Beratung des ärztlichen Personals,
10. die Information von aufnehmenden Einrichtungen und niedergelassenen Ärzten bei der Verlegung, Überweisung oder Entlassung von Patienten über Maßnahmen, die zur Verhütung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen und von Krankheitserregern mit Resistenzen erforderlich sind.



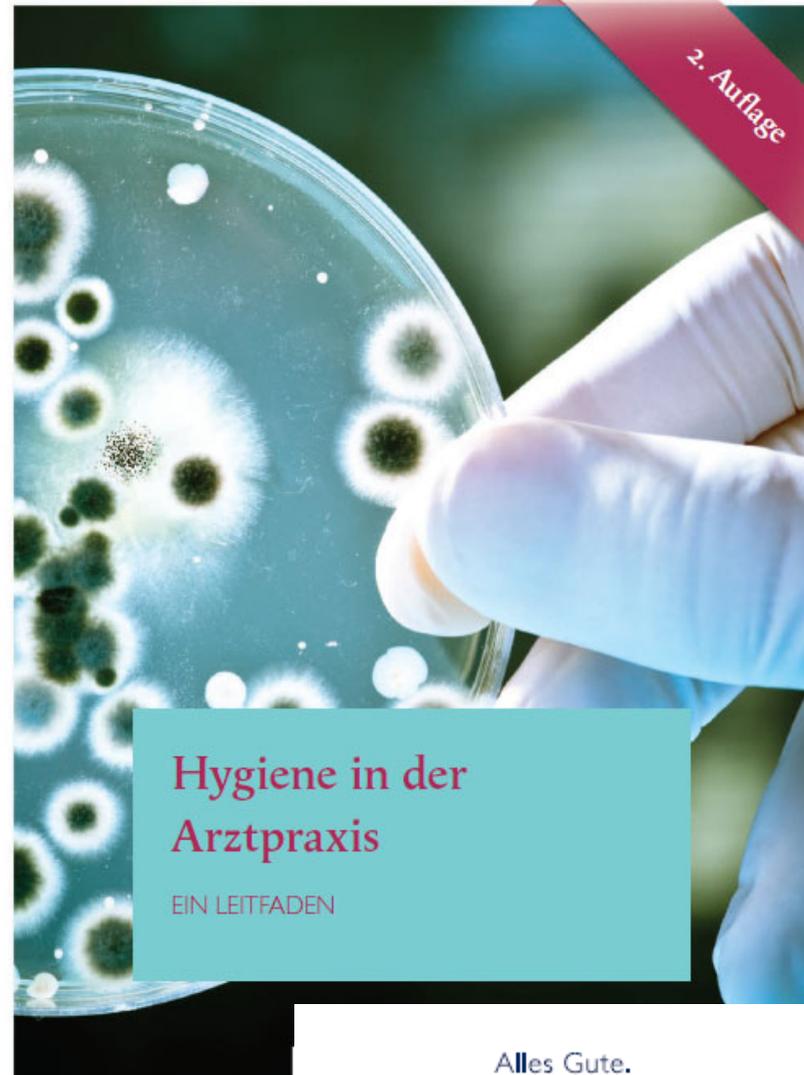
**Tab. 1** Überblick über die nach Infektionsschutzgesetz (IfSG) zu überwachenden ambulanten medizinischen Einrichtungen, über die entsprechenden Priorisierungskriterien und die vom Frankfurter Amt für Gesundheit durchgeführten Begehungen sowie die diesbezüglichen Publikationen

Zu begehende Einrichtungen	Priorisierungskriterium	Begehungen	Publikation
<b>Pflichtaufgabe: höchste Priorität</b>			
1 a Einrichtungen für ambulantes Operieren	Juristisches Kriterium: Pflichtaufgabe	2002/3 Erstbegehung; n=96 2004 Nachkontrollen (teilweise vor Ort, teilweise schriftliche Rückmeldung) Seit 2004: Erstbegehung aller neuen „Einrichtungen für ambulantes Operieren“ nach Bekanntwerden (bis 2010 n=37) Ab 2008: Nachkontrolle aller bereits begangenen Einrichtungen für ambulantes Operieren, die 5 Jahre zuvor letztmalig begangen wurden (bis 2010 n=81)	[21, 23]
<b>Kann-Aufgabe: hohe Priorität</b>			
2 a Einrichtungen für ambulantes Endoskopieren	Fachliche Priorisierung: invasive Eingriffe; berichtete Hygieneprobleme in der HYGEA-Studie [5]; neue spezifische KRINKO-Empfehlung [6]	2002: Erstbegehung; n=23 2004 Nachkontrollen; n=20 <sup>a</sup>	[25, 26, 27]
2 b Heilpraktiker, invasiv tätig	Fachliche Priorisierung: invasive Eingriffe; zunächst nicht abschätzbar, da Methoden unbekannt	2003: Erstbegehung; n=76 Ab 2004: Erstbegehung aller neu bekannt gewordenen invasiv tätigen Heilpraktikerpraxen (n=12) Wiederholung aller Heilpraktikerpraxen geplant für 2013	[30, 31]
2 c Zahnärzte	Fachliche Priorisierung: invasive Eingriffe; neue spezifische KRINKO-Empfehlung [15]	2005: Pilotprojekt mit der Landes Zahnärztekammer Hessen; n=127 Seit 2008: Begehung im Rahmen des Projekts Hessen; bis 2011: n=83 Praxen <sup>b</sup>	[8, 9]
2 d Urologen	Fachliche Priorisierung: invasive Eingriffe; neue spezifische KRINKO/BfArM-Empfehlung zur Aufbereitung flexibler Zystoskope [7]	2005: Erstbegehung (n=26); bei Bedarf kurzfristige Kontrollen	[28]
<b>Kann-Aufgabe: niedrigere Priorität</b>			
3 a Allgemeinmediziner/Internisten	Geringe Priorität; Kriterium: Medizinproduktaufbereitung in der Praxis (z. B. Wundversorgung)	Seit 2005: Erstbegehung; bis 2012 ca. 230 Praxen	[32, 33]
3 b Gynäkologen (nicht ambulant operierend)	Geringe Priorität; Kriterium: Medizinproduktaufbereitung in der Praxis; KRINKO-Empfehlung Aufbereitung von Ultraschallsonden [14]	2011/12: Erstbegehung (ca. 70 Praxen)	
3 c Pädiater	Geringe Priorität; wenig invasive Eingriffe; fast keine Medizinproduktaufbereitung	2012: Erstbegehung (ca. 50 Praxen)	
3 d Andere Fachrichtungen	Geringe Priorität; (wahrscheinlich keine oder wenige invasive Eingriffe; fast keine Medizinproduktaufbereitung)	Noch nicht terminiert	

<sup>a</sup>3 Praxen führten 2004 keine Endoskopien mehr durch. <sup>b</sup>Inklusive Beschwerdebegehungen bzw. Begehung der von der Landes Zahnärztekammer Hessen gemeldeten Praxen.



**Aktion  
Saubere Hände**



## Hygiene in der Arztpraxis

EIN LEITFADEN

Alles Gute.

**KVBW**

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg



Kompetenzzentrum  
Hygiene und Medizinprodukte  
der KVen und der KVen

# Hintergrund

## **Aktionsbündnis Patientensicherheit**

### AG Infektionsprävention in der Arztpraxis

Ziel: Erarbeitung eines Dokuments welches ÄrztInnen und MFAs eine niedrigschwelligen Einstieg in das Thema ermöglichen soll und minimale Anforderungen definiert.

# AG-Teilnehmer

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (DEGAM)
Kompetenzzentrum Hygiene und Medizinprodukte der Kven und der KBV, KV Baden-Württemberg
APS e.V.
Aktion Saubere Hände, Charité Universitätsmedizin
Marienhospital Osnabrück, AK Krankenhaus und Praxishygiene der AWMF
Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)
Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Sachgebiet Hygiene
Landesapothekerkammer Hessen

Nationales Referenzzentrum für die Surveillance von nosokomialen Infektionen
B. Braun Melsungen AG
Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Verband medizinischer Fachberufe e.V.
MSD Sharp & Dohme GmbH
KVWL
Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitswesens e.V.
APS e.V.
Krankenkasse Versorgungsmanagement
Hessisches Ministerium für Soziales und Integration

# Handlungsempfehlung

## Infektionsprävention in der Arztpraxis

- Händedesinfektion
- Sicherheit bei Injektionen und Infusionen
- Aufbereitung von Medizinprodukten
- Umgang mit Patienten (MRE)
- Umgang mit Patienten (Virale Infektionserkrankungen)
- Impfung

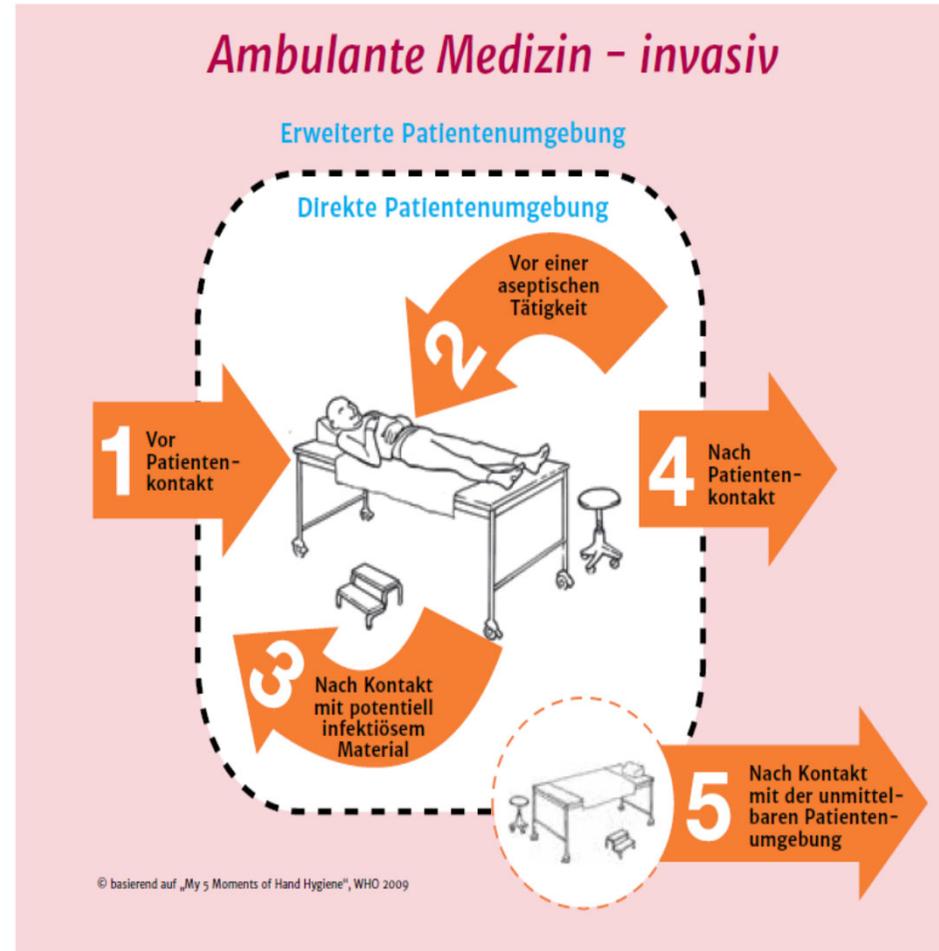
# Handlungsempfehlung

## Infektionsprävention in der Arztpraxis

- **Händedesinfektion**
- **Sicherheit bei Injektionen und Infusionen**
- **Aufbereitung von Medizinprodukten**
- **Umgang mit Patienten (MRE)**
- Umgang mit Patienten (Virale Infektionserkrankungen)
- Impfung



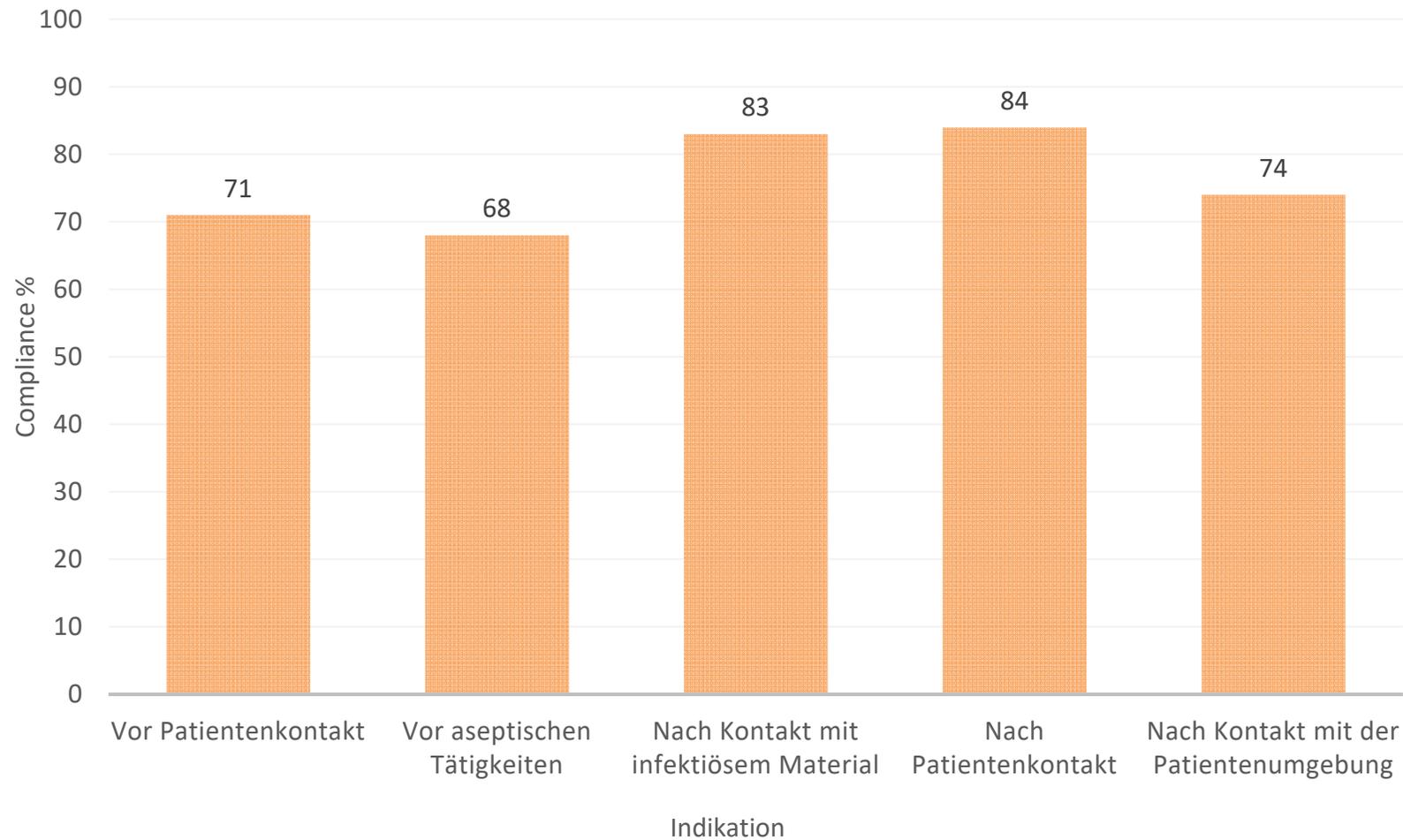
# Händedesinfektion





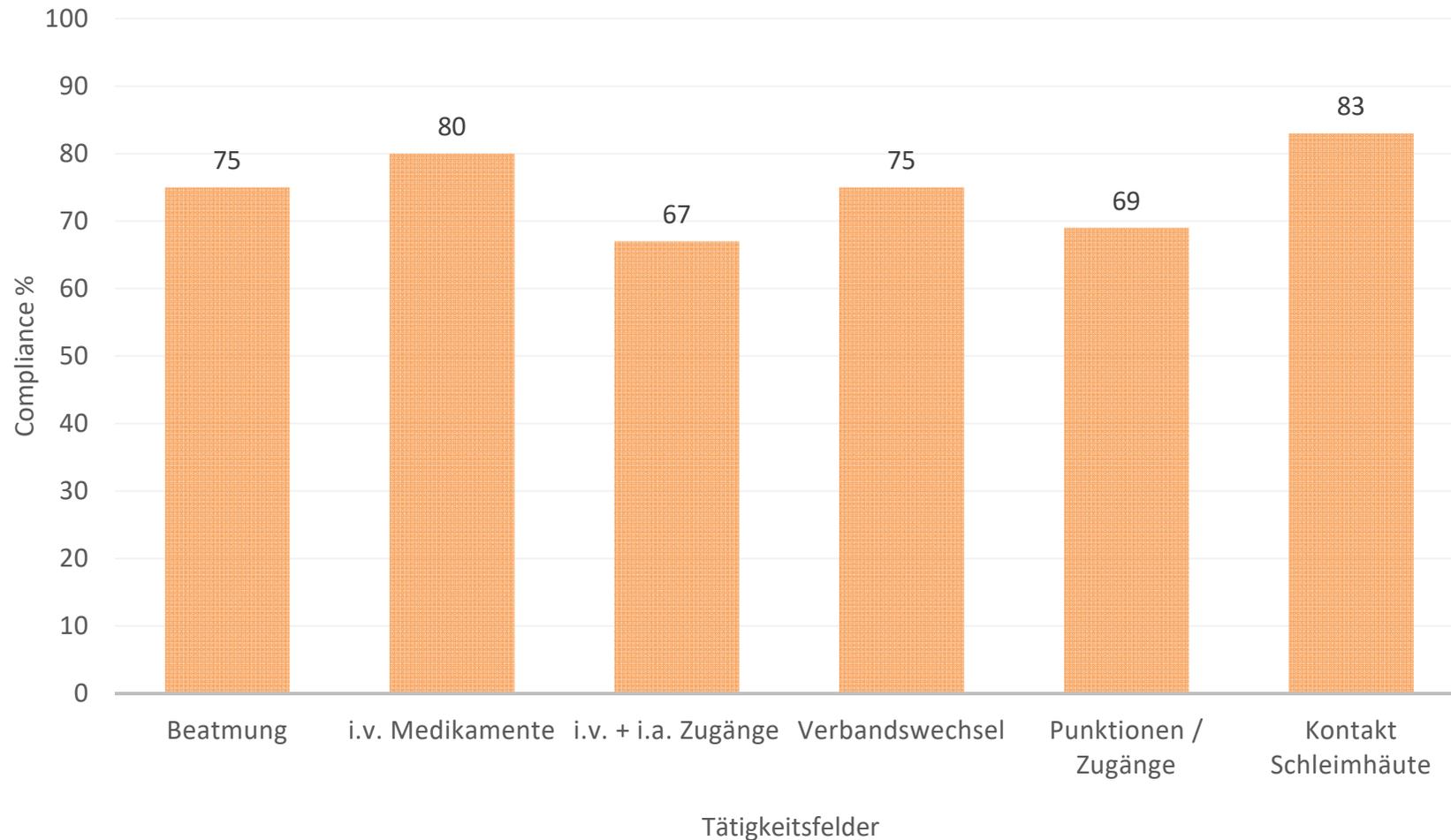
**Aktion  
Saubere Hände**

# Compliance Referenzdaten 2018



# Compliance Referenzdaten 2018

Differenzierung aseptische Indikation, Median, alle  
Stationsarten

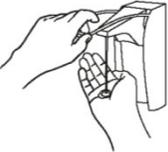




**Aktion  
Saubere Hände**

**Immer wenn die** 

**die**  **durchsticht,**

**ist**  **besonders**

**wichtig!**



**Händedesinfektion schützt.**

Mehr Informationen unter [www.aktion-sauberehaende.de](http://www.aktion-sauberehaende.de) 

 **Aktion  
Saubere Hände**

Copyright © Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BfArM) 2018

**Immer wenn** 

**die**  **läuft, ist**

**besonders**

**wichtig!**



**Händedesinfektion schützt.**

Mehr Informationen unter [www.aktion-sauberehaende.de](http://www.aktion-sauberehaende.de) 

 **Aktion  
Saubere Hände**

Copyright © Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BfArM) 2018

# Sicherheit bei Infusionen und Injektionen

**Using medical student observers of infection prevention, hand hygiene, and injection safety in outpatient settings: A cross-sectional survey.**

**RESULTS:**

Medical practice staff interviews reported a mean of **92.8% presence of recommended policies and practices.**

163 injection safety observations were performed that revealed medication vial **rubber septums were disinfected with alcohol 78.4%** (95% confidence interval [CI], 71.1%-84.7%) of the time before piercing.

330 hand hygiene observations revealed 33.9% (95% CI, 28.8%-39.1%) use of alcohol-based handrub, 29.1% (95% CI, 24.2%-34.0%) use of soap and water, and **37.0% (95% CI, 31.8%-42.4%) use of no hand hygiene.**



Umgang mit kolonisierten PatientInnen

**MRE**



**Tab. 1** Charakteristika und Risikofaktoren von Bewohnern aus 8 Altenpflegeheimen in Frankfurt am Main, 2012, sowie Prävalenz an Infektionen, antibiotischer Therapie und asymptomatischer Besiedelung mit multiresistenten Erregern (MRE)

Charakteristika und Risikofaktoren der Bewohner	Alle Bewohner		Untergruppe der Teilnehmer der MRE-Untersuchung		$\chi^2$ -Test Gesamtgruppe vs. Untergruppe
	N	%	N	%	p-Wert
Alle MRE (Ergebnis mikrobiologischer Analyse)	880	100	184	100	n.u.
MRSA	n.u.	n.u.	17/183	9,2	
ESBL-bildende Enterobakterien	n.u.	n.u.	40/150	26,7	
VRE	n.u.	n.u.	4/150	2,7	

*HALT* Healthcare-associated infections in long-term care facilities, *MRE* multiresistente Erreger, *MRSA* Methicillin-resistente *Staphylococcus aureus*, *ESBL* Extended Spectrum  $\beta$ -Lactamase (ESBL) produzierende Erreger, *VRE* Vancomycin-resistente Enterokokken, *n.u.* nicht untersucht. <sup>a</sup>Diabetes wurde nach dem Deutschen HALT-Protokoll eingeschlossen [5].



**Aktion  
Saubere Hände**



ELSEVIER

Contents lists available at [ScienceDirect](http://ScienceDirect)

International Journal of Medical Microbiology

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/ijmm](http://www.elsevier.com/locate/ijmm)



## Multidrug-resistant bacteria in geriatric clinics, nursing homes, and ambulant care – Prevalence and risk factors

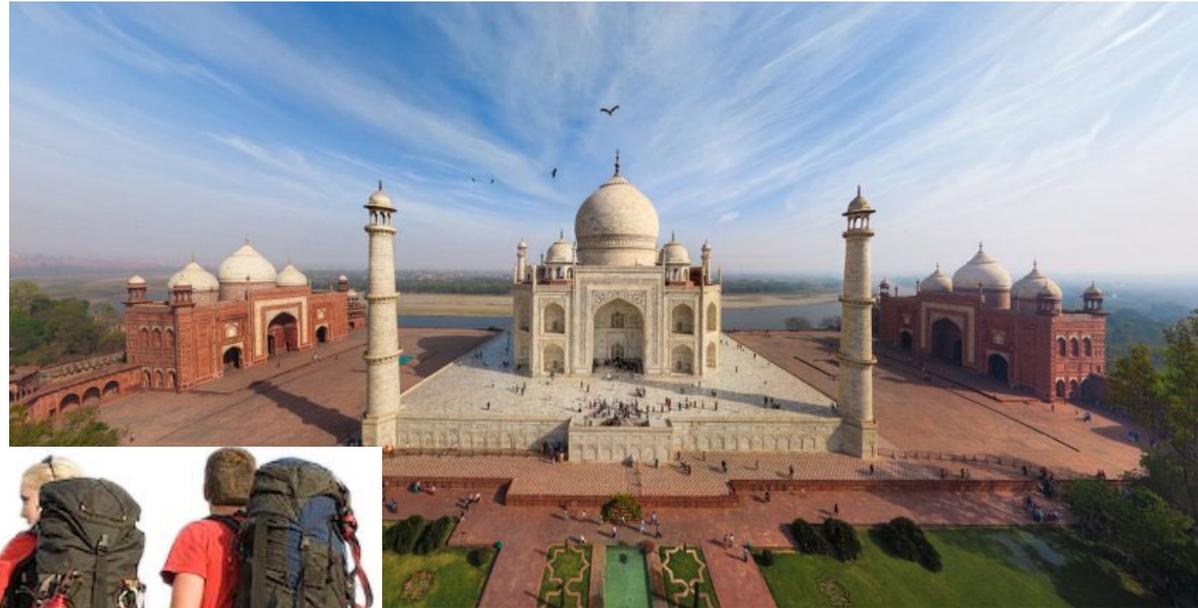
	Geriatric clinics (n = 2)		Nursing homes (n = 8)		Ambulant care facilities (n = 2)	
	n	%	n	%	n	%
Patients	46	100	178	100	64	100
Patients with MDRB	15	32.6	33	18.5	10	15.6
Patients with MRSA	8 <sup>a</sup>	17.4	16 <sup>b</sup>	9	3	4.7
Patients with ESBL	2	4.3	20 <sup>b</sup>	11.2	3	4.7
Patients with VRE	7 <sup>a</sup>	15.2	0	0	4	6.3

Gruber I et al.; IJMM 2013



Aktion  
Saubere Hände

# Reisen als Risikofaktor für MRE?



## ESBL-Prävalenz

- vor der Reise: **6,8%**
- nach der Reise (vorher negativ):  
**30,4%**

Lübbert et al, Int J Med Microbiol 2015  
Slide mit Erlaubnis von F. Maechler



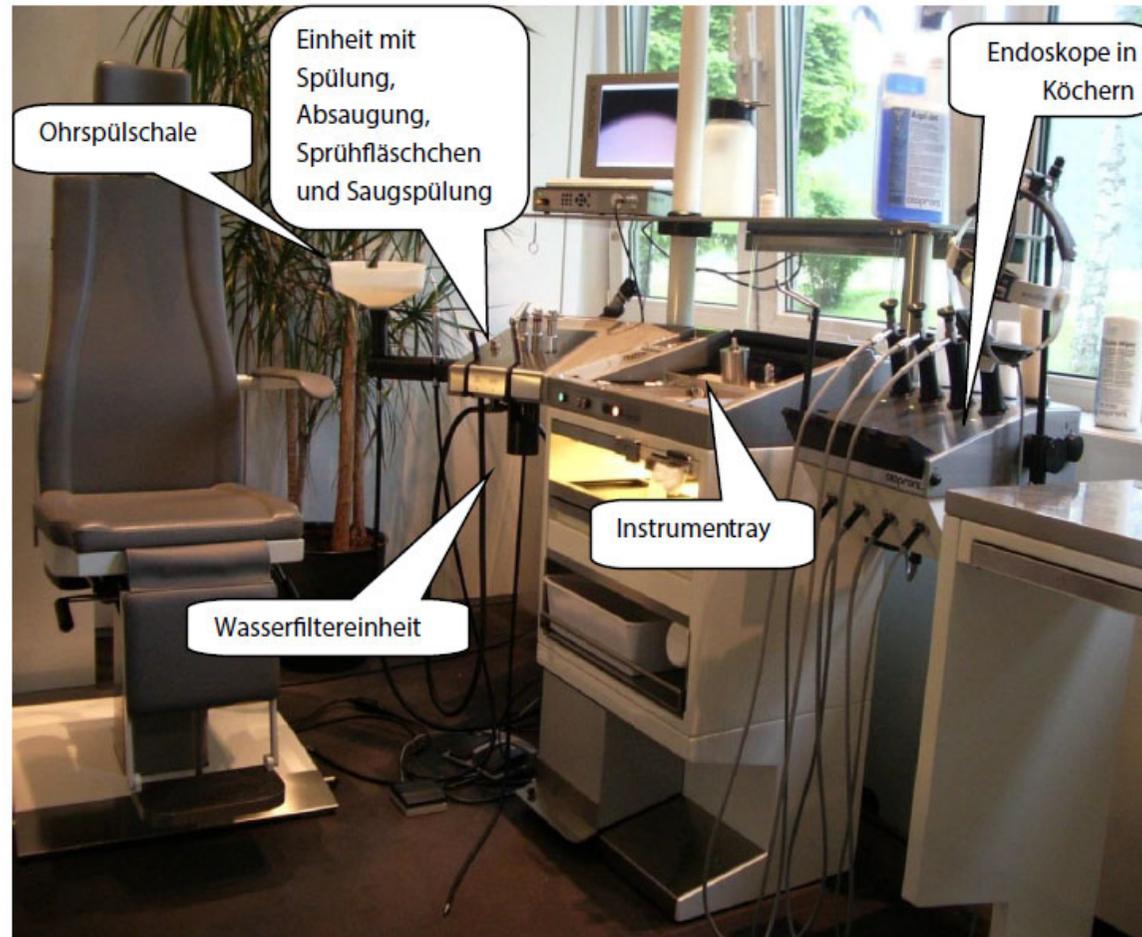
Flexible Endoskope

# AUFBEREITUNG MEDIZINPRODUKTE



Aktion  
Saubere Hände

# Aufbereitung MP



Jager E et al.; HNO 2015



Ak  
Sa

Tab. 2 Arbeitsanweisungen für die Aufbereitung der verschiedenen Module der HNO-Behandlungseinheiten						
	H1	H2	H3	H4	H5	Gesundheitsamt/ Hygieniker
<b>Nach jedem Patienten</b>						
Vorsatzkanüle für Wasserspülhandstück	x	x	x	x	x	x
Politzer-Oliven	x	k. A.	k. A.	x	x	x
Spraykanüle für Zerstäuberflaschen	x	k. A.	x	Wö <sup>b</sup>	x	x
Saugspüldüse	x	x	x	x	x	x
Endoskope	x	k. A.	x	x	x	x
<b>Arbeitstägliche Aufbereitung</b>						
Zerstäuberfläschchen	x	k.A	x	x-mal/Wo <sup>b</sup>	Wö <sup>b</sup>	x
Spraykopf inkl. Steigrohr für Zerstäuberfläschchen	x	k. A.	x	x-mal/Wo <sup>b</sup>	Wö <sup>b</sup>	x
Ohrspülbecher, Spülschale	x	k. A.	Wö <sup>b</sup>	k. A.	Nach j. Pat. <sup>c</sup>	x
Neutralisationsbehälter mit Aufsätzen	k. A.	k. A.	x	k. A.	Wö <sup>b</sup>	*
Desinfektionsbehälter mit Aufsätzen	k. A.	k. A.	x	k. A.	Wö <sup>b</sup>	*
Köcher für starre Endoskope	x	x	x	k. A.	x	x
Köcher für flexible Endoskope	x	x	x	k. A.	x	x
Instrumentenabwurfchale	x	k. A.	x	k. A.	x	x
Instrumententrays	x	k. A.	x	k. A.	x	x
Geräteoberfläche	x	k. A.	x	x	x	x
Spiegelheizgehäuse	x	k. A.	x	x	x	*
Sekretbehälter	Wö <sup>b</sup>	x	Autom. Reinigung <sup>c</sup>	Autom. Reinigung <sup>c</sup>	x	x
Saugkopf für Sekretbehälter	Wö <sup>b</sup>	k. A.	k. A.	k.A	x	x
<b>Wöchentliche Aufbereitung</b>						
Plexiglas für Schubladen	x	x			Tägl. <sup>c</sup>	x
Wasserspülhandstück mit Schlauch	x	Nach j. Pat. <sup>c</sup>	x	Nach j. Pat. <sup>c</sup>	Tägl. <sup>c</sup>	x
Wasserkeimfilter	x	k. A.	x	Entf.	Einmalmat.	H
Filter vor Spülwasser	e	x	x	k.A	Einmalmat.	H
Luftfilter	k. A.	3-mon.	k. A.	k.A	k. A.	x
Drucklufthandstück mit Schlauch	x	k. A.	k. A.	k.A	Tägl. <sup>c</sup>	x
Saugschlauch	x	k. A.	Autom.Rein. <sup>c</sup>	x-mal tägl. <sup>c</sup>	Nach j. Pat. <sup>c</sup>	x
Empfehlungen verschiedener Hersteller (H1–H5) im Vergleich mit den Empfehlungen des Gesundheitsamtes in Zusammenarbeit mit verschiedenen Hygienikern (rechte Spalte allgemeine Muster-Aufbereitungsempfehlung).						
3-mon. 3-monatlich, Autom. Reinigung automatische Reinigung, Einmalmat. Einmalmaterial, Entf. entfällt, H Hersteller, H1–5 Hersteller 1–5, k. A. keine Angabe in der Aufbereitungsanleitung, Nach j. Pat. nach jedem Patienten, tägl. täglich, Wo Woche, Wö wöchentlich						
*nicht gesehen						
<sup>b</sup> Forderungen der Hersteller geringer als Empfehlung des Gesundheitsamtes/der Hygieniker						
<sup>c</sup> Forderungen der Hersteller höher als Empfehlung des Gesundheitsamtes/der Hygieniker						

Jager E et al.; HNO 2015



Aktion  
Saubere Hände

# Aufbereitung Endoskope

**Einhaltung der Anforderungen an die Hygiene bei der Endoskopie mit flexiblen Endoskopen in Klinik und Praxis in den Jahren 2003 und 2004. Ergebnisse aus Frankfurt/M**

	2003			2004		
	KH	p > 1000 U/J	p < 1000 U/J	KH	p > 1000 U/J	p < 1000 U/J
Untersuchte Einrichtungen	15	10	13	14	10	10
<i>Mikrobiologische Testung</i> • Keinerlei Testung bisher	0	3	7	0	0	0

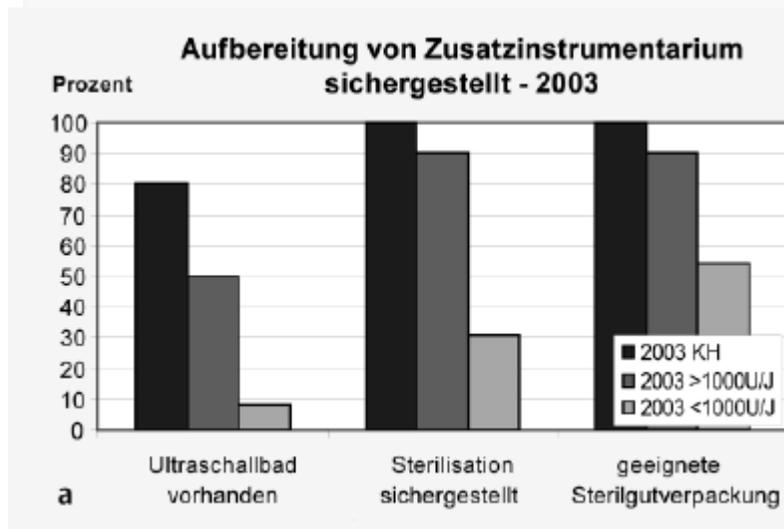
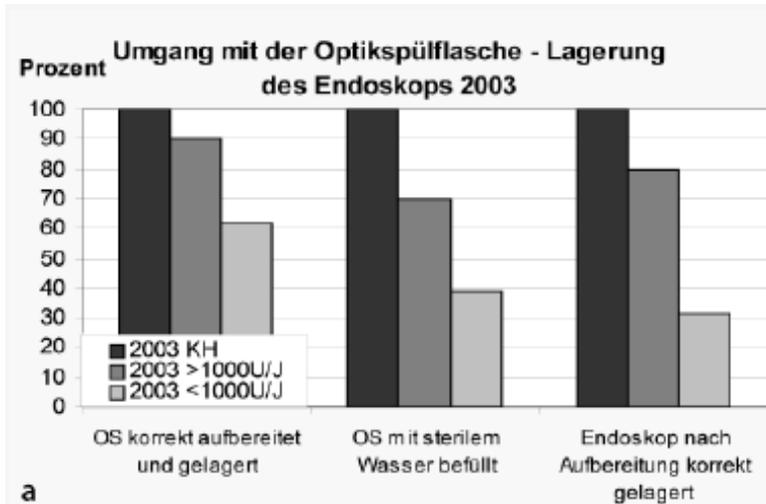
# Aufbereitung Endoskope

## Einhaltung der Anforderungen an die Hygiene bei der Endoskopie mit flexiblen Endoskopen in Klinik und Praxis in den Jahren 2003 und 2004. Ergebnisse aus Frankfurt/M

	2003			2004		
	KH	p >1000 U/J	p <1000 U/J	KH	p >1000 U/J	p <1000 U/J
Untersuchte Einrichtungen	15	10	13	14	10	10
<i>Aufbereitung der flexiblen Endoskope</i>						
• Maschinell	14	3	2	13	3	2
• Teilmaschinell (Halbautomat)	0	7	2	0	7	1
• Manuell	1	0	9	1	0	7
<i>Bei manueller/teilmaschineller Aufbereitung</i>						
• Desinfektionsmittel DGHM-gelistet	1	5	10	1	6	7
• Konzentration und Einwirkzeit korrekt	1	5	9	1	6	7
<i>Lagerung des aufbereiteten Endoskops sachgerecht</i>	15	8	4	14	9	9



# Aufbereitung Endoskope



# Qualitätssicherung

## KBV: Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie

### § 7 Maßnahmen zur Überprüfung der Hygienequalität

(1) Zur Sicherstellung der Hygienequalität bei der Durchführung von Koloskopien werden regelmäßig geeignete hygienisch-mikrobiologische Überprüfungen der Aufbereitung der Endoskope in der Arztpraxis durchgeführt.

(2) Die Überprüfung umfasst die hygienisch-mikrobiologische Kontrolle

a) von einem Koloskop je Praxis mittels Durchspülung von Endoskopkanälen (zum Beispiel Instrumentierkanal und L/W-Kanal) und Abstrichen von Endoskopstellen (zum Beispiel Kanaleingänge am Distalende), welche der Reinigung und Desinfektion nur schwer zugänglich sind sowie

b) die während der Koloskopie verwendeten Lösungen der Optikspülsysteme.

Soweit manuelle und maschinelle Aufbereitungsverfahren zur Anwendung kommen, ist ein Koloskop je Aufbereitungsverfahren zu kontrollieren.

(3) Die stichprobenhafte Überprüfung der Hygienequalität in der Arztpraxis erfolgt unangemeldet einmal pro Kalenderhalbjahr. Die Auswahl des Koloskops trifft das Hygieneinstitut nach Absatz 4. Die Kassenärztliche Vereinigung teilt dem Arzt den Kalendermonat der Überprüfung mit.

# Qualitätssicherung

## KBV: Koloskopie

(8) Werden die in Absatz 6 festgelegten Anforderungen nicht erfüllt, gilt Folgendes:

a) Die Hygienequalität wird innerhalb eines Zeitraums der nachfolgenden drei Monate im Verfahren nach den Absätzen 2, 4 bis 6 erneut überprüft. Die erneute Überprüfung erfolgt unangemeldet und unabhängig von den routinemäßigen halbjährlichen Überprüfungen.

b) Werden die Anforderungen erneut nicht erfüllt, gilt Folgendes:

Der Fortbestand der **Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung** von Leistungen der Koloskopie wird von nachfolgenden Auflagen abhängig gemacht. Der Arzt muss innerhalb von sechs Wochen die Erfüllung der Anforderungen an die Hygienequalität nach Absatz 6, die durch ein Labor nach Absatz 4 kontrolliert worden ist, gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachweisen.

**Bis zu diesem Nachweis dürfen Leistungen der Koloskopie in der vertragsärztlichen Versorgung nicht ausgeführt und abgerechnet werden.**



Aktion  
Saubere Hände

# Qualitätssicherung

POLITIK

**DESINFEKTION IN DER KOLOSKOPIE**

## Eindrucksvolle Hygiene-Lernkurve

Durch ein flächendeckendes Management ist die Qualität der Aufbereitung von kontaminierten Koloskopen in niedergelassenen Praxen deutlich gesteigert worden.

# Qualitätssicherung

Alle mit flexiblen Endoskopen arbeitenden Vertragsärzte können das Zertifikat "**Hygiene in der Endoskopie**" erwerben.

Dieses Zertifikat bescheinigt die Erfüllung der im KVB-Projekt "Qualitätssicherung Hygiene in der Endoskopie (QSHE)" definierten Standards.

Dazu werden **alle eingesetzten Arten von flexiblen Endoskopen** durch ein autorisiertes mikrobiologisches Institut/Labor regelmäßig hygienisch-mikrobiologisch überprüft.



**Aktion  
Saubere Hände**

**Tab. 7** Ergebnisse der infektionshygienischen Begehungen der Praxen von Internisten und Allgemeinmedizinern in Frankfurt am Main, 2005–2010 [32, 33]

	Begehungen von Praxen von Internisten und Allgemeinmedizinern (jeweils Erstbegehungen)				
Jahr der Begehungen	2005	2006	2007	2008	2009/10
Anzahl begangener Praxen	11	62	46	43	39
	0%	0%	0%	0%	0%
<b>Hygieneplan</b>					
Ja	9	24	22	16	28
Ja, aber Mängel	16	31	44	40	49
Nein	73	45	35	44	23
<b>Reinigungs- und Desinfektionsplan</b>					
Ja	27	34	32	34	34
Ja, aber Mängel	46	50	45	50	57
Nein	27	16	22	16	8
<b>Fehler bei der</b>					
Händedesinfektion	64	39	17	33	40
Hautantiseptik	36	19	9	16	10
Instrumentendesinfektion	55	39	28	40	21
Flächendesinfektion	18	39	26	23	39
<b>Sterilisation von Instrumenten</b>					
Sterilisation nicht erforderlich	27	55	63	58	90
Sterilisation extern	0	0	7	2	5
Sterilisation in der Praxis	73	45	30	40	5
<b>Sterilisation in der Praxis erforderlich</b>	<b>n=8</b>	<b>n=28</b>	<b>n=14</b>	<b>n=17</b>	<b>n=2</b>
Davon Dampfsterilisator	87	14	7	6	0
Davon Heißluftsterilisator	0	82	93	82	100
Sterilisator fehlt!	13	4	0,0	12	0
<b>Instrumentenaufbereitung</b>					
Risikobewertung vorhanden	0	36	7	36	100
Personalfortbildung	13	14	21	35	100
Arbeitsanweisung vorhanden	13	39	36	41	100
Dokumentation der Sterilisation	38	68	86	71	100
Mikrobiologische Testung	38	50	57	47	0
Mikrobiologische Testung, Chargenkontrolle	0	18	29	24	0
Keine	63	32	14	29	100
<b>Sterilgutverpackung</b>					
Falsche	25	43	64	47	0
Keine	50	14	7	18	0
Richtige	25	43	29	35	100

# Zusammenfassung

## Im Ambulanten Sektor:

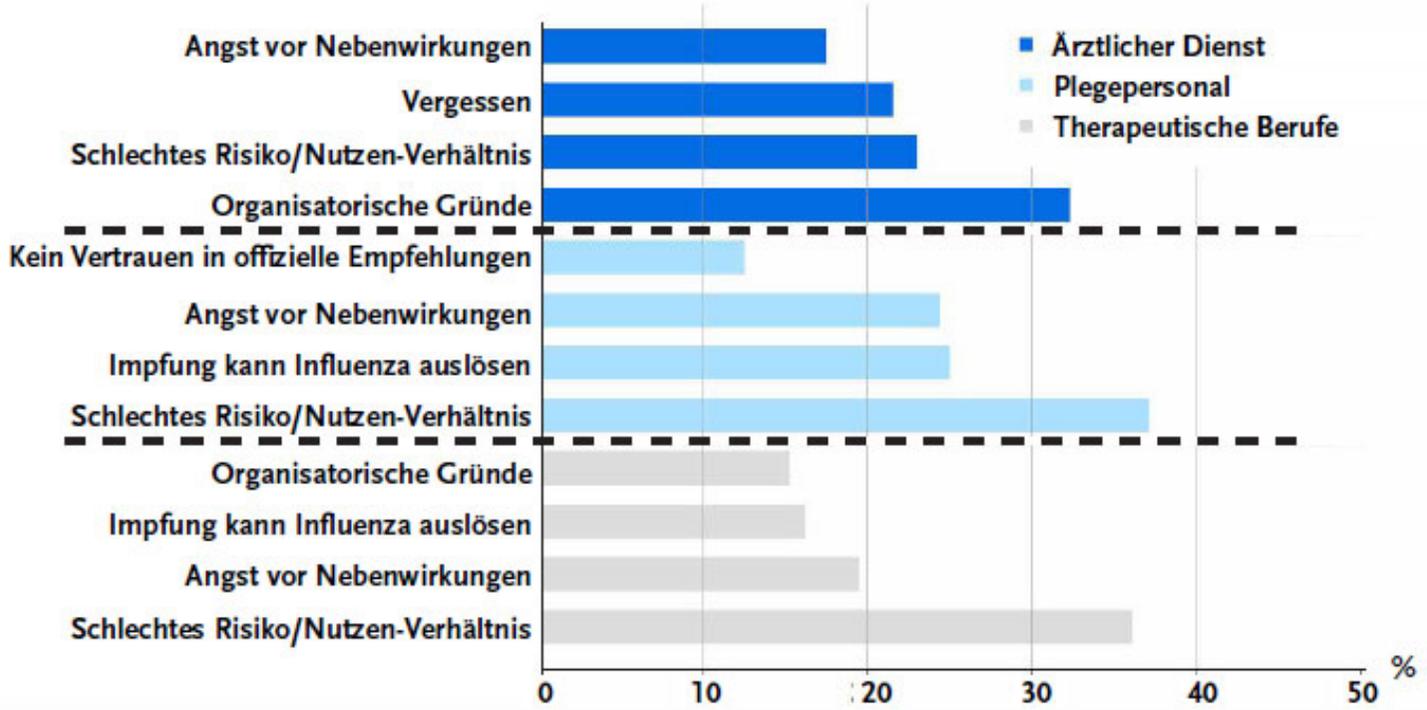
- Gelten die Anforderungen analog zur stationären Versorgung
- Konnten bereits in vielen Bereichen Verbesserung erreicht werden
- Stehen viele Materialien und Hilfsangebote zur Verfügung
- ÄrztInnen sollten Maßnahmen im Sinne der Patientsicherheit begreifen

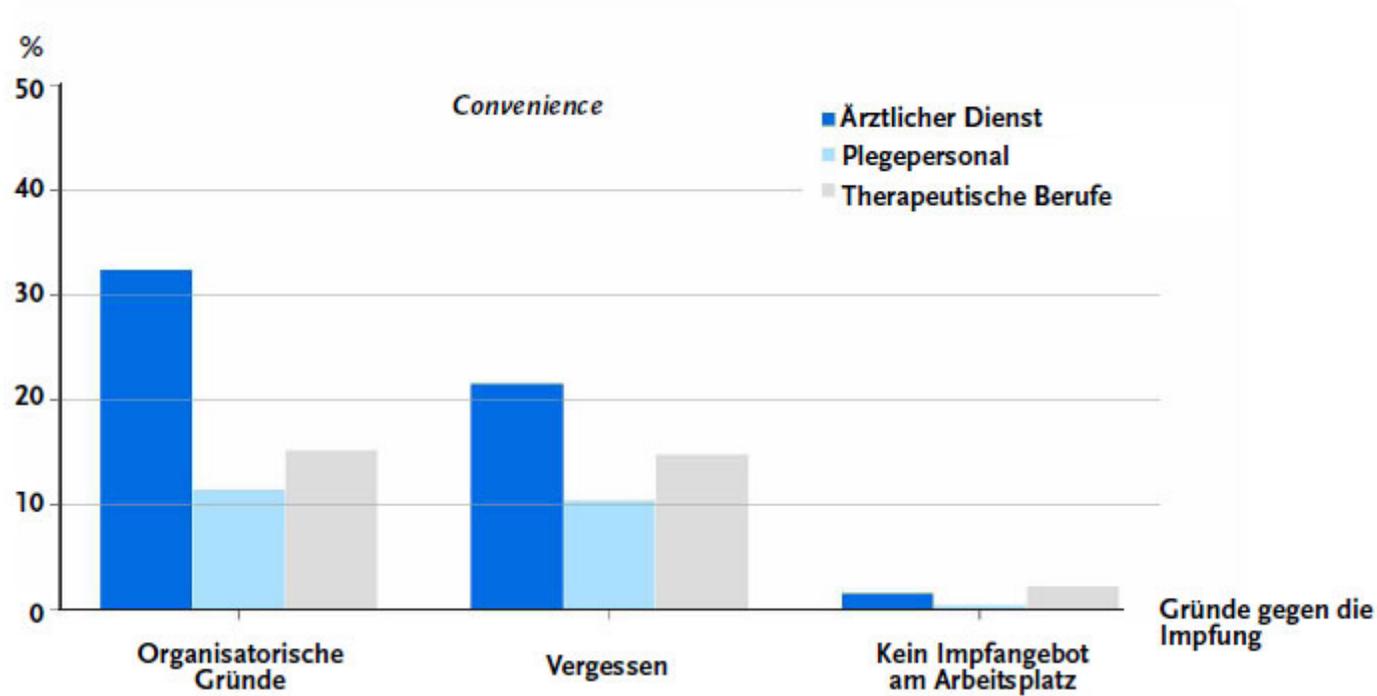


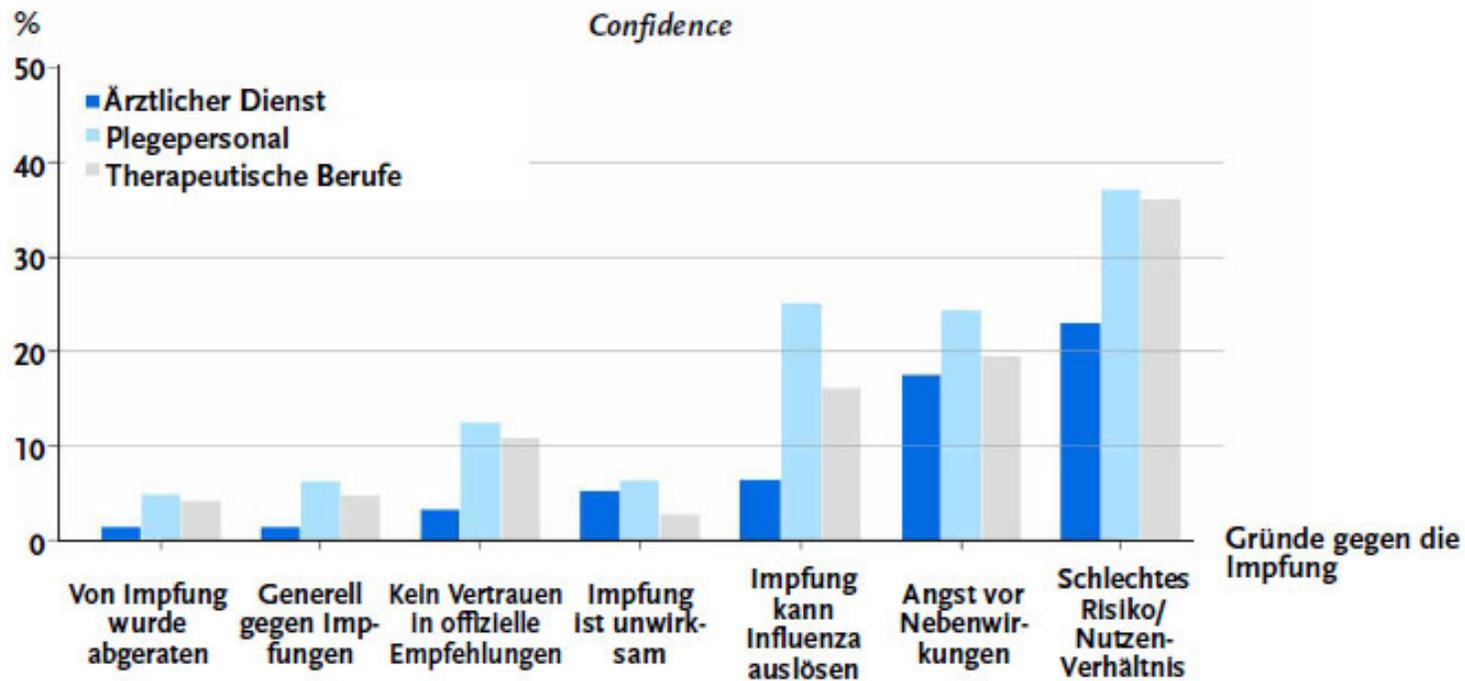
tobias.kramer@charite.de

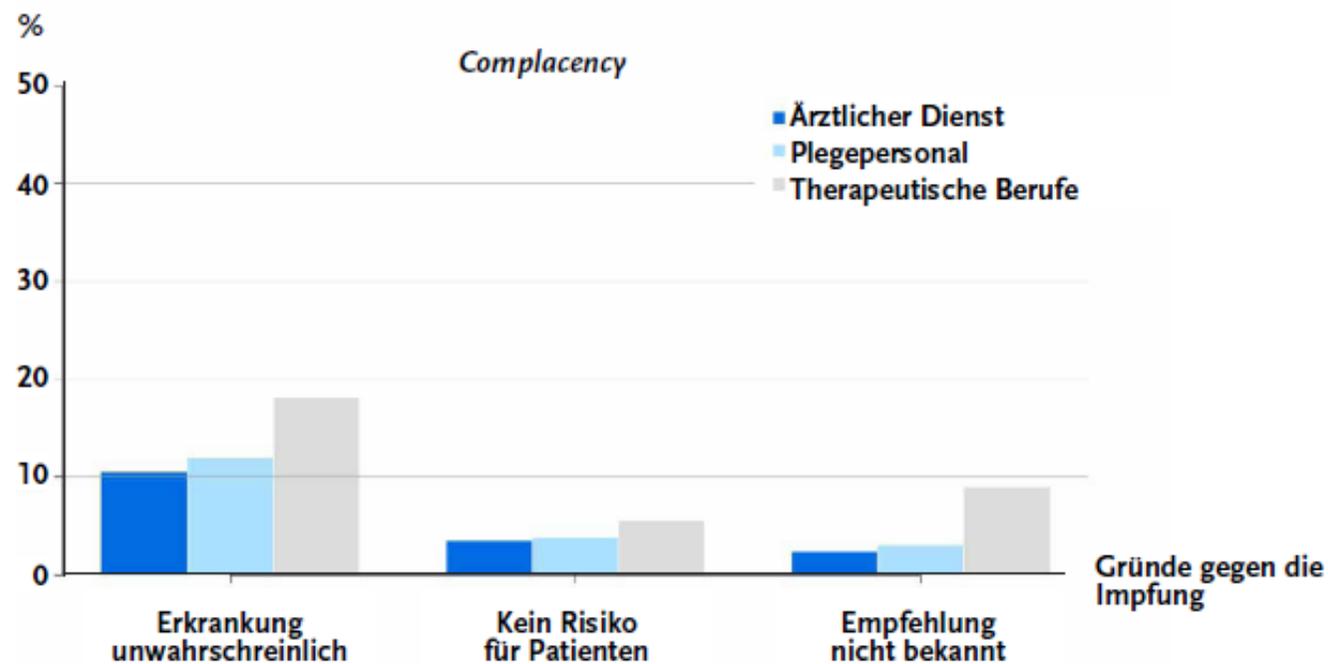
**VIELEN DANK FÜR IHRE  
AUFMERKSAMKEIT**

- Confidence: Vertrauen in die Sicherheit und Effektivität
- Convenience: Barrieren
- Complacency: Risikowahrnehmung (Schwere/Wahrscheinlichkeit)
- Calculation: Risiko-Nutzen (mit Informationssuche)









# Anforderungen

## **§23 Abs. 3 IfSG**

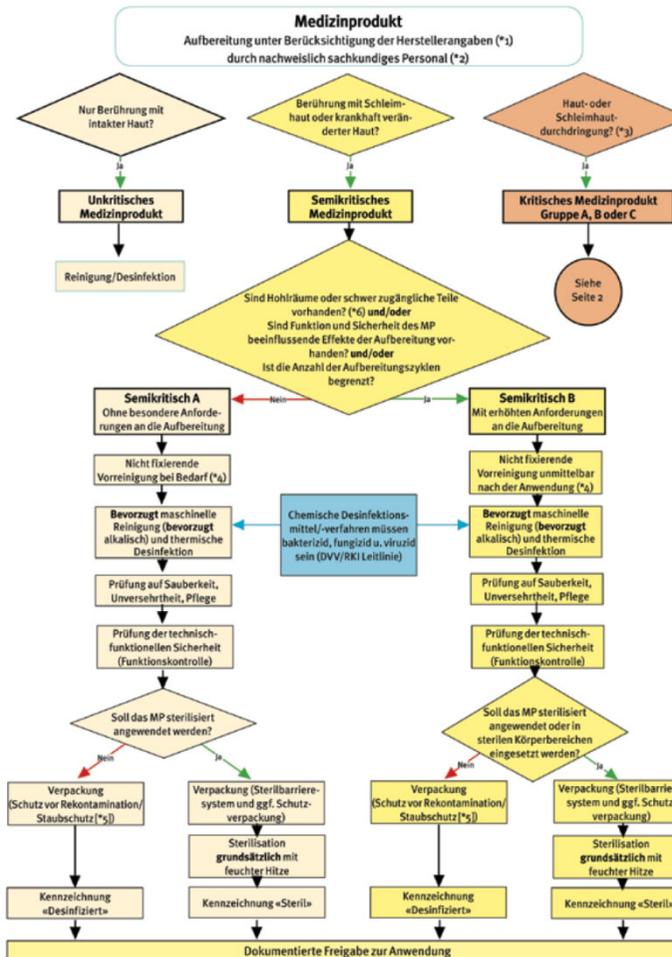
Die Leiter folgender Einrichtungen haben sicherzustellen, dass die nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft erforderlichen Maßnahmen getroffen werden, um nosokomiale Infektionen zu verhüten und die Weiterverbreitung von Krankheitserregern, insbesondere solcher mit Resistenzen, zu vermeiden:

1. Krankenhäuser,
2. Einrichtungen für ambulantes Operieren,
3. Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, in denen eine den Krankenhäusern vergleichbare medizinische Versorgung erfolgt,

(4) Die Leiter von Einrichtungen nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 bis 3 haben sicherzustellen, dass die nach Absatz 4a festgelegten nosokomialen Infektionen und das Auftreten von Krankheitserregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen fortlaufend in einer gesonderten Niederschrift aufgezeichnet, bewertet und sachgerechte Schlussfolgerungen hinsichtlich erforderlicher Präventionsmaßnahmen gezogen werden und dass die erforderlichen Präventionsmaßnahmen dem Personal mitgeteilt und umgesetzt werden. Darüber hinaus haben die Leiter sicherzustellen, dass die nach Absatz 4a festgelegten Daten zu Art und Umfang des Antibiotika-Verbrauchs fortlaufend in zusammengefasster Form aufgezeichnet, unter Berücksichtigung der lokalen Resistenzsituation bewertet und sachgerechte Schlussfolgerungen hinsichtlich des Einsatzes von Antibiotika gezogen werden und dass die erforderlichen Anpassungen des Antibiotikaeinsatzes dem Personal mitgeteilt und umgesetzt werden. Die Aufzeichnungen nach den Sätzen 1 und 2 sind zehn Jahre nach deren Anfertigung aufzubewahren. Dem zuständigen Gesundheitsamt ist auf Verlangen Einsicht in die Aufzeichnungen, Bewertungen und Schlussfolgerungen zu gewähren.



# Flussdiagramm der DGSV zur Einstufung von Medizinprodukten, Stand 2011



Erstellt auf der Grundlage der KREINCO-IRMM-Empfehlung zu den «Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten» Bundesgesundheitsblatt 2012; 55:1244-1310