Gesundheit kommt von Herzen.









## Problemkeime im klinischen Alltag

Gerlinde Angerler, BA für das Hygienenetzwerk der VG





## Fragestellungen

- Haben wir überhaupt ein Problem? (Unterschiedlicher Fokus)
- Wie groß ist das Problem tatsächlich?
- Gibt es einheitliche Strategien und Regelungen?
- Welche Lösungsansätze stehen zur Verfügung?
- Barrieren in der Umsetzung?

Beantwortung anhand eines Ausbruchs mit Vancomycin resistente Enterokokken (VRE)



## Haben wir überhaupt ein Problem?

- Mensch und das "Gut Gesundheit"
- Weltweit größter wachsender Wirtschaftsmarkt
- betriebswirtschaftlich betrachtete Opportunitätskosten hohe Zusatzkosten, die nicht abgegolten werden (Ausfall durch Bettensperren, hohe Therapiekosten wie AB, OP, Remobilisation, erhöhter Pflegeaufwand etc.);
- Imageschaden durch Negativ PR bis hin zu Betriebsschließungen
- volkswirtschaftlich betrachtet <u>berechenbare direkte Zusatzkosten</u> (Krankenstand, Rehabilitation, Invalidität, Tod, Therapien, Heilbehelfe, Wertschöpfungsverlust),
   <u>nicht berechenbare Zusatzkosten</u> (Ausfall Familienversorgung, vor allem bei unterhaltspflichtigen Personen; Wegkosten für Angehörige sogen. informal care, sogen. "zirkulierenden Menschen" (zu gesund für die Pension, zu krank zum Arbeiten), Menschen die in keinem Beschäftigungsverhältnis stehen (gehören ja nicht zur Produktionswertschöpfung)

Die österreichischen Gesundheitsausgaben betrugen 2015 10,3 Prozent des Bruttoinlandsprodukts (BIP) bzw. über 37,5 Milliarden Euro, wovon 74 Prozent der Ausgaben auf den öffentlichen Bereich fallen. Das bedeutet seit 1990 einen durchschnittlich jährlichen Anstieg von 4,9 Prozent.

## Negativschlagzeilen



Klinikum Bremen-Mitte

#### Drei Frühchen durch Keime gestorben

02.11.2011 · Am Klinikum Bremen-Mitte gab es einen "schweren hygienischen Zwischenfall". Säuglinge wurden mit Keinem infiziert, drei Frühchen starben. Die Ursache ist unklar.

Von ROBERT VON LUCIUS UND PETER-PHILIPP SCHMITT, BREMEN

Artikel

Bilder (4)

Lesermeinungen (2)



Nach Medienberichten starben drei Frühchen in einer Bremer Klinik

D rei frühgeborene Säuglinge sind wegen schwerer hygienischer
Mängel in der Neugeborenen-Station einer Bremer Klinik gestorben.
Insgesamt 15 Säuglinge steckten sich nach Angaben der Klinikleitung seit

Berliner Charité

## Frühchen-Station unter Quarantäne

20.10.2012 · Ein in der Berliner Charité behandeltes Baby ist an einem Darmkeim gestorben. Inzwischen sind dort sieben Frühchen erkrankt. In zwei Frühchenstationen werden keine Säuglinge mehr aufgenommen.

Von MARIA WIESNER

Artikel

Bilder (1)

Lesermeinungen (1)

E in Baby, das an der Berliner
Charité mit Darmkeimen
infiziert wurde, ist wenige Tage
später an den Folgen der Infektion
gestorben. Schon vor knapp zwei
Wochen waren die Keime in der
Universitätsklinik entdeckt worden:
Ärzte hatten bei zwei Säuglingen



Dautscher Herzzentoum Berlin: Hier etsch der erkrenkte

5



## Keimbefall in Linzer Klinik: Überträger-Baby ist tot

LINZ. Jenes Baby, das den hochresistenten Acinetobacter-Keim in die Linzer Landesfrauen- und Kinderklinik (LFKK) eingeschleppt haben dürfte, ist in der Nacht auf Freitag gestorben.







Startseite > Steiermark > Leoben

MULTIRESISTENTER KEIM

## Infiziertem Obersteirer droht lebenslange Isolation

Im Spital Leoben ist ein Obersteirer mit einem multiresistenten Keim infiziert worden. Die Krankheit ist praktisch nicht nur unheilbar, sondern auch auf andere Menschen übertragbar.

Von Hans Breitegger | 05.30 Uhr, 17. Jänner 2017











Seit Jänner 2016 befindet sich der 49-jährige Josef Z. aus Niklasdorf in Quarantäne. Der Grund: Er ist mit einem **multiresistenten Keim** infiziert. Es handelt sich laut ärztlichen Unterlagen um die sogenannte **Pseudomonas 4MRGN**, einen Keim, der gegen alle vier Antibiotikagruppen resistent ist. Die Krankheit ist praktisch nicht nur unheilbar, sondern auch auf andere Menschen übertragbar. Deshalb ist der Patient in einem Pflegeheim isoliert untergebracht.



#### 12259/J vom 03.03.2017 (XXV.GP)



#### **ANFRAGE**

des Abgeordneten Wolfgang Zanger und weiterer Abgeordneter an den Bundesminister für Gesundheit und Frauen betreffend Unheilbare Krankheit eines Obersteirers

- Wie viele Personen mit ansteckenden Krankheiten befinden sich mit 28.2.17....in Quarantäne?
- Warum befinden sich diese in Isolation?
- Um welche Krankheiten handelt es sich?
- Wie viele davon haben die österr. Staatsbürgerschaft, eine EU Staatsbürgerschaft bzw. wie viele davon sind Drittstaatsangehörige?
- Wie viele Personen von 2010 bis 2016 waren in Quarantäne? Und warum?
- Wie viele überlebten die Quarantäne nicht?
- Wie können Sie sich erklären, dass sich Pat. anstecken?
- ...

Vgl. Anfrage Zanger W. (2017)



## Fragestellungen

- Haben wir überhaupt ein Problem? (Unterschiedlicher Fokus)
- Wie groß ist das Problem tatsächlich?
- Gibt es einheitliche Strategien und Regelungen?
- Welche Lösungsansätze stehen zur Verfügung?
- Barrieren in der Umsetzung?

Beantwortung anhand eines Ausbruchs mit Vancomycin resistente Enterokokken (VRE)





#### Regionalkomitee für Europa

61. Tagung

EUR/RC61/14 + EUR/RC61/Conf.Doc./7

Baku (Aserbaidschan), 12.-15. September 2011

10. Juni 2011 111382

Punkt 6 e) der vorläufigen Tagesordnung

ORIGINAL: ENGLISCH

#### Strategischer Aktionsplan zur Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen

Der Strategische Aktionsplan zur Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen wird dem Regionalkomitee zur Annahme vorgelegt. Damit wird an die Dynamik angeknüpft, die durch den Weltgesundheitstag 2011 entstanden ist, dessen Motto lautete: "Wer heute nicht handelt, kann morgen nicht mehr heilen". Der Gebrauch antimikrobieller Mittel, doch insbesondere ihr übermäßiger Einsatz, aber auch ihr unsachgemäßer oder unzureichender Gebrauch führen oft dazu, dass sich Mikroorganismen durch Mutation, genetische Bekombination und Selektion appassen und dass sich die registenten Stämme.

manchm Europäis Motto lautete: "Wer heute nicht handelt, kann morgen nicht mehr heilen".





## WHO publishes list of bacteria for which new antibiotics are urgently needed

#### WHO priority pathogens list for R&D of new antibiotics

#### Priority 1: CRITICAL

- 1. Acinetobacter baumannii, carbapenem-resistant
- 2. Pseudomonas aeruginosa, carbapenem-resistant
- 3. Enterobacteriaceae, carbapenem-resistant, ESBL-producing

#### Priority 2: HIGH

- 1. Enterococcus faecium, vancomycin-resistant
- Staphylococcus aureus, methicillin-resistant, vancomycin-intermediate and resistant
- 3. Helicobacter pylori, clarithromycin-resistant
- 4. Campylobacter spp., fluoroquinolone-resistant
- 5. Salmonellae, fluoroquinolone-resistant
- 6. Neisseria gonorrhoeae, cephalosporin-resistant, fluoroquinolone-resistant

#### Priority 3: MEDIUM

- 1. Streptococcus pneumoniae, penicillin-non-susceptible
- 2. Haemophilus influenzae, ampicillin-resistant
- 2 Objection Burning to the section of



## **Globale Antworten gefragt**

Globales Krisenmanagement und Antibiotikaresistenzen – mit den Themen werden sich die Gesundheitsminister der G20-Staaten schwerpunktmäßig beschäftigen.

heitsgefahren, sondern auch für den zweiten Schwerpunkt des G20-Gesundheitsministertreffens, die zunehmende Resistenz von Antibiotika, zeichnet sich seit einiger Zeit eine weltweit verstärkte Aufmerksamkeit ab: Die Europäische Kommission legte 2011 den "Aktionsplan zur Abwehr der steigenden Gefahr der Antibiotikaresistenz" vor. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelte 2015 einen "Globalen Aktionsplan zur Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen", in dem sie alle Mitgliedstaaten aufgefordert, nationale Aktionspläne zu verabschieden.



Jahren. 2016 diskutierte schließlich auch die Generalversammlung der Vereinten Nationen (UN) erstmals über das Problem der multiresistenten Keime

Gesundheit kommt von Herzen.



Problemkeime im klinischen Alltag\_Angerler\_2017

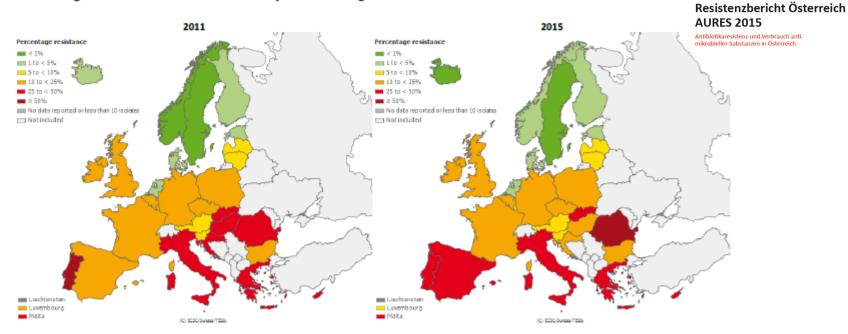
Tab. 5.2.3: Erreger nosokomialer Ausbrüche (n=1.641) mit Darstellung der Anzahl der Ausbrüche, der Anzahl der Fälle in Ausbrüchen, der minimalen und maximalen Anzahl von Fällen je Ausbruch sowie der Anzahl Todesfälle, Deutschland, 2015

Erreger		Anzahl Ausbrüche	Anzahl Fälle	Minimum und Maximum der Anzahl Fälle je Ausbruch	Anzahl Todesfälle
Viren	Norovirus	1.161	10.929	2–82	29
	Rotavirus	83	628	2–61	1
	Influenzavirus	98	901	2–65	10
	Adenovirus	1,	4	4	0
	Respiratorisches Synzytial-Virus	1,	3	3	1
	sonstige	24	93	2–17	0
		1 260	10.550	2.00	- "
Bakterien	Clostridium difficile	47	299	2–30	33
	Staphylococcus spp.	25	93	2–10	4
	Enterococcus spp.	15	76	2–15	7
	Klebsiella spp.	14	156	2–41	2
	Acinetobacter spp.	8	56	2–32	27
	Escherichia coli	6	32	2–13	0
	Pseudomonas spp.	5	17	2–9	2
	Enterobacter spp.	5	41	4–17	0
	Serratia spp.	5	33	2–19	0
	Salmonella spp.	4	20	2–9	0
	Mycobacterium-tuberculosis-Komplex	3	6	2	0
	Campylobacter spp.	3	19	2–15	0
	Bordetella pertussis	2	6	3	0
	mehrere/andere bakterielle Erreger	1	4	4	1
	gesamt	143	858	2–41	76
Pilze	Trichoderma longibrachiatum	1,	5	5	2
	gesamt	1,	5	5	2





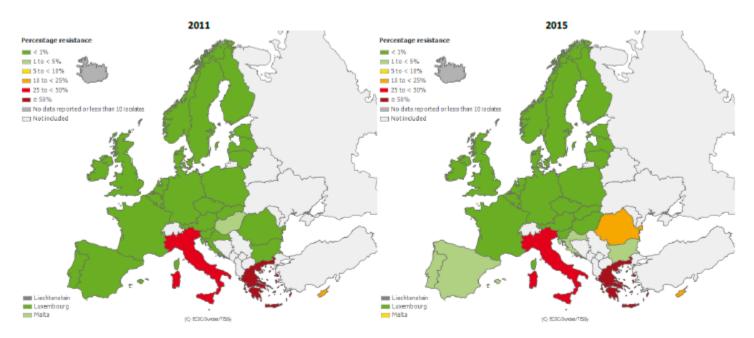
Abbildung 17: MRSA-Raten im europäischen Vergleich 2011 und 2015



Quelle: TESSy - The European Surveillance System, Stand: 16. 08. 2016



Abbildung 64: Klebsiella pneumoniae – Carpabenem-resistent im Ländervergleich 2011 und 2015



Quelle: TESSy - The European Surveillance System, Stand: 16. 08. 2016



Abbildung 86: Pseudomonas aeruginosa – Carbapenem-resistent im Ländervergleich 2011 und 2015

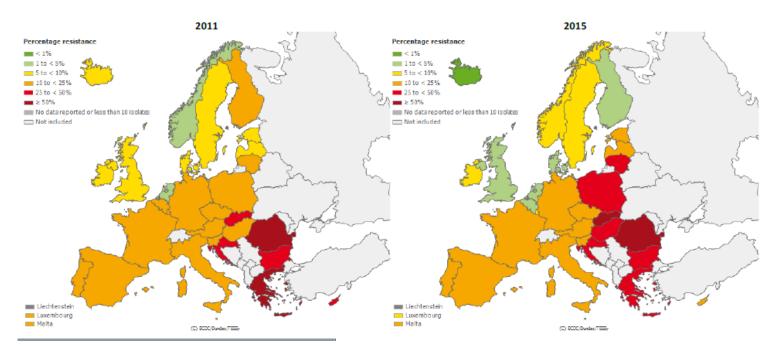
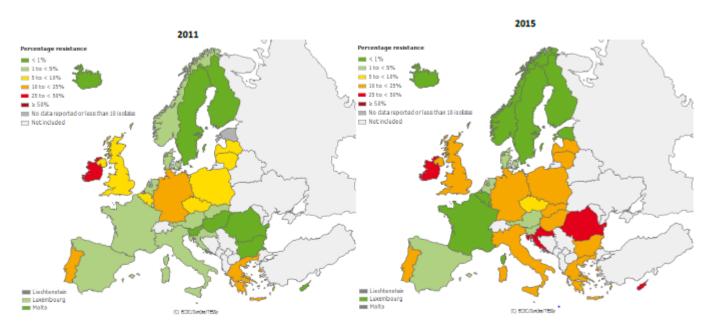




Abbildung 48: Enterococcus faecium – Vancomycin-resistent im Ländervergleich 2011 und 2015



Quelle: TESSy - The European Surveillance System, Stand: 16. 08. 2016

Im europäischen Vergleich liegt Österreich mit einer Resistenzrate von 3,1% bei *E. faecium* gegenüber Vancomycin in der unteren Hälfte. Die Raten reichen von 0,0% in 6 von 30 Ländern bis zu 45,8% in Irland (IE).



#### 12.5 Acinetobacter sp. und Carbapeneme<sup>16</sup>

2015 wurden in Österreich in Blutkulturen 9 Isolate mit verminderter Empfindlichkeit gegenüber Carbapenemen gefunden.

#### 12.5.1 Acinetobacter sp. – Carbapenem-resistent Österreich gesamt

Tabelle 80: Acinetobacter sp. – Carbapenem-resistent Österreich gesamt seit dem Jahr 2013

Jahr	S	1	R	Gesamt	%S	%I	%R
2013	44	3	4	51	86,3	5,9	7,8
2014	72	1	5	78	92,3	1,3	6,4
2015	55	3	6	64	85,9	4,7	9,4

Jahr	Chirurgie		Hämato-Onko		Intensiv		Interne		Kinder		Urologie		Andere	
Janr	Isolate	%R	Isolate	%R	Isolate	%R	Isolate	%R	Isolate	%R	Isolate	%R	Isolate	%R
2013	6	0,0	7	0,0	2	0,0	23	8,7	2	0,0	0	0,0	11	18,2
2014	10	0,0	7	0,0	13	15,4	34	8,8	3	0,0	1	0,0	10	0,0
2015	6	33,3	4	0,0	10	10,0	29	0,0	2	100,0	2	0,0	11	9,1



## Fragestellungen

- Haben wir überhaupt ein Problem? (Unterschiedlicher Fokus)
- Wie groß ist das Problem tatsächlich?

## Ausbruch - Erfahrungsbericht

- Welche Lösungsansätze stehen zur Verfügung?
- Barrieren in der Umsetzung?

Beantwortung anhand eines Ausbruchs mit Vancomycin resistente Enterokokken (VRE)



#### Was ist ein Ausbruch?

#### §6 Abs.3 IfSG:

"...ist ein Ausbruch als das **gehäufte Auftreten** nosokomialer Infektionen, bei denen ein epidemiologischer **Zusammenhang** wahrscheinlich ist oder vermutet wird."

**Ammon u.a:** "...von mehr Fällen von im Krankenhaus erworbenen Infektionen als zeitlich und räumlich zu erwarten wären."

Haley, Wenzel: 2-10% werden erkannt, wobei Wenzel den Anteil auf ITS auf 5% schätzt

#### AGES - Daniela Schmid

... das Auftreten von ≥ **2 Fällen** gleicher Erkrankung, die **epidemiologisch** (Zeit, Ort, Personencharakteristika) in Verbindung stehen.

... das Auftreten von Fällen in einer **bestimmten Region** und in einer bestimmten **Zeitperiode**, welches in der Anzahl die **erwartete Anzahl** in dieser Region und dieser Zeitperiode **übersteigt**. Die Fälle stehen im epidemiologischen Zusammenhang.



## **Abgrenzung**

#### Definition: CLUSTER (Häufung)...

... eine **Aggregation** von Fällen gleicher Infektionskrankheit in einer bestimmten Region zu in einer bestimmten Zeitperiode, <u>ohne dass die epidemiologische Zugehörigkeit</u> der Fälle evident ist oder <u>ohne Kenntnis</u> darüber, <u>dass die Fallzahl die erwartete Fallzahl von dieser Region zu dieser Zeit übersteigt.</u>

#### **Definition: PSEUDOAUSBRUCH...**

Ein Pseudoausbruch liegt vor, wenn die Definition eines Ausbruchs nicht erfüllt ist.



## **Abgrenzung / Grundvoraussetzung**

## Kenntnis der aktuellen Verteilung

Bundesgesundheitsbl 2012 · 55:1387–1400 DOI 10.1007/s00103-012-1564-6 Online publiziert: 21. Oktober 2012 © Springer-Verlag 2012 Klare<sup>3</sup> - W. Witte<sup>3</sup> - C. Wendt<sup>2</sup> - G. Werner<sup>3</sup>
 Nationales Referenzentrum für Staphylokokken und Enferchokken, Robert Koch-Institut, Wemigerode
 Zubor Dr. Limbach, Heidelberg

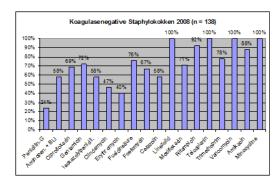


Aktuelle Daten und Trends zur Resistenzentwicklung Elisabethiner Ling



Resistenzbericht Österreich AURES 2015

Antibiotikaresistenz und Verbrauch antimikrobieller Substanzen in Österreich



## Chronologie eines VRE-Ausbruchs; der Start

Jährlich **ein** VRE Nachweis durch einen Zufallsbefund Österreich Rate – 3,1% bei E.faecium VRE in Wien – spez. Patientengut (Dialyse, Kinder, Interne) und Ausbrüche

**12.02.2015** - **zwei** VRE Nachweise aus Wundabstrichen (in einer Woche) HYT – aufmerksam – Beginn der Recherche

14.02.2015 - zwei weitere VRE Nachweise aus Wundabstrichen (von einem OP Tag)

#### Start "epidemiologisches Puzzle" durch das HYT

- Telefonat Labor (mögliche Laborkontamination? Prozesskontrolle eingefordert)
- Telefonat Internist (gemeinsame Ursachen Suche, Vergleiche MHK Werte)
  - Plausibilitätsprüfung der Befunde
  - Suche kleinster gemeinsamer Nenner



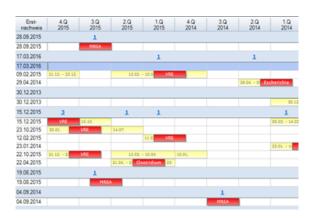
4 NW



## **Chronologie eines VRE-Ausbruchs; der Start**

- Suche Indexpatient
- Umgebungsuntersuchungen (MP Screening, Stuhluntersuchungen, Typisierungen veranlasst)
- Details des Aufenthaltes recherchiert
  - OP Saal und Reihenfolge
  - OP Team
  - ICU/AWR
  - Station
  - Ambulanz
  - Gemeinsame Therapien und Schnittmengen (WA, Röntgen, physikal. Therapie,...)
- mögliche Kontakte erhoben
- Suche in der Literatur und in der Ausbruchsdatenbank nach weiteren Hinweisen.

19.2.2015 - VO und PÄ Information (Einberufung einer Task Force) PR, Internist, HYT





23 Patienten Zeitraum 11/14 - 6/16						
11/14-02/15	6 Patienten	davon 3x intraop., 1x in Wunde (amb.), 1x Cavaspitze, 1x HWI				
5/15	1 Patient	1x intraop.				
8/15	5 Patienten	5x nur Kolonisation Stuhl				
10/15	8 Patienten	6x nur Kolonisation Stuhl, 1x intraop. bei Revision Fall 2/15				
2016	3 Wiederaufnahmen	3x Kolonisation Stuhl				



#### Fakten zum VRE

Enterokokken – Normalflora GIT, harmlose Besiedler

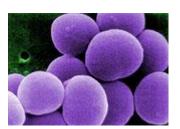
- Risiko für VRE: AB Therapie Abtötung "normale" Darmflora
- Plasmidische Übertragung (horizontal) möglich
- viele natürliche Resistenzen,
- hohe Persistenz auf Flächen und beim Menschen bei VRE Besiedelung (Stammtypen)



- Patient zu Patient (Stuhl => Haut => Hand => Mund => Darm)
- Keine Übertragung über die Luft!!!

#### Nachweis:

monatelang im Stuhl nachweisbar (asymptomatisch), verschwindet aber oft einige Monate nachdem die Antibiotika-Therapie beendet wurde





## Fragestellungen

- Haben wir überhaupt ein Problem? (Unterschiedlicher Fokus)
- Wie groß ist das Problem tatsächlich?
- Gibt es einheitliche Strategien und Regelungen?
- Welche Lösungsansätze stehen zur Verfügung?
- Barrieren in der Umsetzung?

Beantwortung anhand eines Ausbruchs mit Vancomycin resistente Enterokokken (VRE)



## Prävention/Übertragung

- Festlegung gemeinsamer, evidenzbasierter, regionaler Regelwerke
- Identifikation Risiko
  - Patienten
  - Einrichtungen
  - Fachdisziplinen
- Kenntnis endemische Situation
- Gezieltes Screening (ev. sogar empirische Maßnahmen)
- Zurückhaltung (rationaler) AB Einsatz
- Standard Hygienemaßnahmen
- Erweiterte Hygienemaßnahmen
- Isolation
- Ausbruchsmanagement



#### HYGIENEPLAN MRE

MULTI RESISTENTE ERREGER

#### FÜR STATIONÄRE GESUNDHEITSEINRICHTUNGEN

/RE (Vancomycin resistente Enterokokken) 1	16
Räumliche Unterbringung	16
Maßnahmen Patient	16
Zimmernachbelegung Risikobereiche	16
Dekolonisierung und Kontrollabstriche	17
Aufhebung der Isolation	17





## **Ergebnis erste Recherche**

#### Problem eher unwahrscheinlich, kann aber nicht gänzlich ausgeschlossen werden:

- OP Kontamination: unterschiedlichste OP Räume, Reihenfolge und Teams
- Kontamination Probe: Prozess Analyse Probenentnahme im OP bis zum Transport
- **Probenverwechslung** / Kontamination Labor: kann nicht ausgeschlossen werden (3 Proben gingen am selben Tag ins Labor)

#### Viele Gemeinsamkeiten, eher wahrscheinlich:

- Übertragung auf der ICU: kann nicht ausgeschlossen werden (4 Patienten im zeitlichen Zusammenhang)
- Übertragung auf der Station: auf zwei Stationen stehen 4 Patienten im zeitlichen Zusammenhang
- Übertragung auf der AGR: hier treffen 3 Patienten zeitlich zusammen





## **Ergebnis Task Force Besprechung**

- → Sofortmaßnahmen HYT Vorschläge besprochen und festgelegt
- → Kommunikation
  - → Gradwanderung zwischen Information und Hysterie
  - → Ein Pat. hat bereits aufgrund der Aufregung dem Angehörigen mitgeteilt, der Presse Bescheid zu geben
  - → Einbindung der PR im Haus und der Z-PR Stelle
  - → Festlegung einer Ansprechperson für die Presse
  - → Informationswege definierter Personenkreis
- → Festlegung der weiteren Schritte
  - → Umgebungsuntersuchungen
  - → Desinfektionsmaßnahmen



#### Maßnahmen

#### Das Hygieneteam (HYT)

- unterstützt vor Ort durch Aufklärung und Schulungen
- besucht die Patienten, um die Ängste abzufedern
- Leitende Funktionen werden persönlich informiert
- Täglicher Report an den VO, Briefing für die Medieninformation
- Unterstützung durch den Internisten des Hauses
- Tägliche Überwachung und Aufzeichnung des Gesundheitszustands der betroffenen Patienten
- Weitere Ursachensuche
  - Kontaktaufnahme mit Kollegen

    betroffene KA
  - Kontaktaufnahme mit Experten RKI Prof. Wendt, Prof. von Baum
  - Beiziehung eines FA für Hygiene und Mikrobiologie
  - Umgebungsuntersuchungen von Flächen, Fingerkuppen quer durchs Haus (Rollstühle, Lagerungsbehelfe, Blutdruckmanschetten, VAC Gerät und Koffer, etc.)

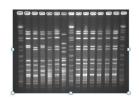




## Zusätzliche Hygiene-Maßnahmen

- Alle Patienten Einzelzimmer (noch keine Typisierung vorliegend)
- Erhöhung der Desinfektionsmaßnahmen Flächen (Umfang/Frequenz)
- Zusätzliche Schutzkleidung (Einmalmantel bei jedem Patienten bei Kontakt)
- Überprüfung aller Schüsselspüler in den Bereichen
- Ablaufbeobachtung Reinigung
  - Schulung des Reinigungspersonals durch HYT
- Schulung aller MA und Bereiche die im Haus unterwegs sind: (physikalische Therapeuten, Wundmanagement, MA im Röntgen, Patiententransportdienst)
- Schulung der MA in denen die Isolationspatienten liegen

# Untersuchung Ergebnis Einheit Genotypisierung von Enterokokken Enterococcus spp. PFGE E 4,10 Enterococcus spp. van-Resistenzgene positiv van A (=VRE); negativ van B, C1, C2/3



## **Ergebnisse Umgebungsuntersuchung**

#### 50 Abklatsche Flächen (Isolationsbereiche, ICU, Ambulanz):

kein VRE

spricht entweder gegen Literatur Behauptung oder für korrekte Desinfektionsmaßnahmen

#### 11 Fingerkuppen (3 Bereiche – 2 Stationen, Ambulanz):

kein VRE

46% Staph. aureus nachgewiesen (Operateure, Reinigung)

Empfehlung von Nasenscreenings der MA an die PA

Alle **Schüsselspüler** haben ordnungsgemäß gearbeitet und erfüllten die Parameter

Kontaktpatienten ohne AB (Unterbringung in gemeinsamen Zimmer) – alle VRE negativ

**Typisierungsergebnisse**: 5 identische Stämme in der Genotypisierung – Stammtyp

Übertragung sehr wahrscheinlich – Quelle kann nicht eindeutig zugeordnet werden



## Fragestellungen

- Haben wir überhaupt ein Problem? (Unterschiedlicher Fokus)
- Wie groß ist das Problem tatsächlich?
- Gibt es einheitliche Strategien und Regelungen?
- Welche Lösungsansätze stehen zur Verfügung?
- Barrieren in der Umsetzung?

Beantwortung anhand eines Ausbruchs mit Vancomycin resistente Enterokokken (VRE)



#### Blockaden/Barrieren

#### **Information**

- Defizite
- Fehlinformationen
- Eigenes Wissen (Altwissen, Erfahrungen, Interpretationen, Erzählungen)

"Auch in der Medizin ist die alte Erfahrung bekannt, dass Unwissen eine Umsetzung wissenschaftlicher Erkenntnisse mit großer Sicherheit verhindert."

Sitzmann, F.: Von Worten und Tatenlosigkeit - bei der unbeliebten Standardhygiene, in: Mikrobiologie 23. Jg. 2013



#### Blockaden/Barrieren

#### Verzerrte Wahrnehmung der Situation / des Problems

- Übertriebene Personalschutzmaßnahmen
- Angst durch Unwissenheit
- Vernachlässigte Patientenmaßnahmen
- Bewusstmachen der erforderlichen Händedesinfektion.

#### Ausgedünnte Personaldecke

Zu viel Desinfektion f
ür zu wenige H
ände

#### **Schuldzuweisunge**n

- Übertriebene Flächendesinfektion
- Ablenken vom Problem und den Defiziten

Vgl. Schulte-Sasse, U.: Risiko für nosokomiale Infektionen: voll zu beherrschen?, in: Krankenhaushygiene up2date, 2009

#### Orthopädisches Spital Speising Wien

#### Die Beherrschbarkeit der Hände









## Desinfektion – Fläche oder Hand wie häufig?











#### Es liegt in Ihrer Hand!



Hände können MRSA verbreiten. Händehygiene schützt!

© RKI, Krankenhaushygiene

## Danke Gerlinde Angerler

## Fragen?