

Aktuelles zur Hygiene und wie weiter?

Herne, 13. März 2019

Walter Popp

Seite 1

Themen

- RLT im OP und Wundinfektionen
- Soll Ist Hygiene
- Pflege-Stellen
- Qualitätsdaten Hygiene
- Krankenhäuser
- Antibiotika
- Aufbereitung Medizinprodukte
- Disziplin
- Von anderen lernen



RLT im OP und Wundinfektionen

Seite 3



Luftqualität im OP-Saal: Wundinfektionen, RLT-Anlagen und Disziplin

Zur Geschichte der Raumlufttechnik (RLT) im Allgemeinen Bis Ende der 70er Jahre des letzten Jahrhunderts wurde der fufthygienis Wirkung von Lüftungstanlagen wenig Beachtung geschenkt.
Ent systematische Nachforschungen z.B. nach der Herkunft von Legio

pneumophila und den Ursachen von krankmachenden Gebäuden (z.B. Kröling 1985) brachten relativ schnell Fortschritte. So wurden speziell in Nordeuropa Normen und Richtlinien zur hygienegerechten Planung, Ausführung und zum Betrieb von Raumlufttechnischen Anlagen erlassen. Seit 1999 ist in Deutschland das damit befasste Personal von zertifizierten Stellen auszubilden (VDI 6022).

Eine herkömmliche RLT-Anlage, z.B. für den Bürobereich, genauso aber auch für das Krankenhaus, soll nach VOI 6022 gebaut werden. Dies erfordert unter anderem einen F7-Filter (nach neuer ISO-Norm 1869) Mindest-Filtergüt unter SO-Norm 1869 Mindest-Filtergüt SO ePM2.5 265%) am Eingang zur Zentrale und einen F9-Filter (nach neuer ISO-Norm 18690 Mindest-Filtergüte ISO ePM1 260%) am Zuluftauslass der Zentrale.

2. Zur Geschichte der Raumlufttechnik im OP-Saal

Die Luft wurde über viele Jahrhunderte als Hauptüberträger für Infektionskrankheiten angesehen. In den 50er Jahren des letzten Jahrhunderts wurden Erregerreservoire für

Vundinfektionen vor allem im Nasen-Rachenraum des OP-Teams und in der

Wundinfektionen vor allem im Nasen-Rachernaum des OP-Teams und in der Luft des OP-Salag gesehen (Kapptein, 2001). In den Goer Jahren wurden erste vereinzelte Studien (z.B. Charnley et al. 1869) zur hygienschen Würkung von Lüftungskonzepten durchgeführt. In den Böer Jahren veröffentlichten Lüdwell et al. (1982, 1983a, 1983b, 1984a, 1984b, 1986, 1987, 1988) diverse Publikationen, in denen weniger tiefe Wundinfektionen nach TEP-Operationen gezeigt werden konnten, wenn TAV-Decken eingesetzt wurden (ca. 2-fache Reduktion) im Vergleich zu konventionaleiler Belüftung. Eine weiter Reduktion) im Vergleich zu konventionaleiler Belüftung. Eine weiter Reduktion im Erfende Tinfektionen gelang, wenn zusätzlich "body-exhaust suits" (Schutzanzüge mit Be- und Entüffung (ca. 4,5-fache Reduktion) getragen wurden. Die Reduktion betrug das 3-4-fache bei perioperativer Antibiotikagabe, wobei nach Lüdwell et al. die Effekte

Folgerungen 1:

- Veröffentlichungen von Bischoff, Gastmeier, Allegranzi et al.:
 - Studien nicht verwertbar nicht nachvollziehbare Infektionsraten.
 - USA (Korea auch?) und Europa/Deutschland nicht vergleichbar.
 - Deckenfeldgröße meist zu klein oder nicht erfasst.
- TAV-Decken reduzieren Pathogene, Partikel und Kanzerogene.
 - Mitarbeiter- und Patientenschutz.
- Stand der Technik weiterhin DIN 1946-4:
 - Weiter Raumklasse Ia.
 - Mindestens ein Teil der OPs sollte Raumklasse la haben



Folgerungen 2:

- Reinraum-Anforderungen bei Gewebeentnahmen.
- Disziplin:
 - Ohren geben am meisten Bakterien ab.
 - Konsequenz: Astro-Hauben generell.
- Ursache von Wundinfektionen:
 - Desinfektionslücken (Haarbälge).
 - Hautschuppen vom Kopf der Operateure.
 - Aerosole aus dem Nasen-Rachen-Bereich.
 - Kontaminierte Instrumente (außerhalb Schutzbereich).
 - Löcher in Handschuhen.
 - Hämatogene Streuung.



ZSVA: Anforderungen einzelner Auditoren

- Keimmessungen in der Luft,
- Partikelmessungen in der Luft,
- Abklatsche unter Arbeitsbedingungen,

•

Tendenz Richtung Apotheke oder Reinraum.

Ähnliches für OP zu erwarten.





Soll - Ist Hygiene

Seite 7

Epidemiologisches **Bulletin**

Zur Dokussian
Hygienefachpersonal – wann ist der Bedarf gedeckt?

Diese Woche 45/2018



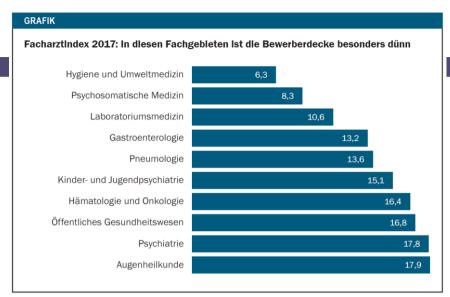


	Quelle	2005	2012	2017
Fachärzte für Hygiene in	Bundesärztekammer	71	73	79
stationären Einrichtungen	Statistisches Bundesamt	82 (davon 8 Teilzeit)	89 (davon 19 Teilzeit)	227 (davon 77 Teilzeit)
Fachärzte für Mikrobiologie	Bundesärztekammer	335	322	347
in stationären Einrichtun- gen	Statistisches Bundesamt	229 (davon 24 Teilzeit)	216 (davon 23 Teilzeit)	223 (davon 42 Teilzeit)
Krankenhäuser mit einem Facharzt für Hygiene	Statistisches Bundesamt	43	50	157 8 %
Krankenhäuser mit einem Facharzt für Mikrobiologie	Statistisches Bundesamt	59	53	57

Tab. 1: Angaben der Bundesärztekammer bzw. des Statistischen Bundesamtes zur Anzahl der stationär arbeitenden Fachärzte für Hygiene bzw. Mikrobiologie bzw. zur Anzahl der Krankenhäuser mit FA für Hygiene bzw. Mikrobiologie; dargestellt sind exemplarisch die Angaben für die Jahre 2005, 2012 und 2017^{10–17}

14.03.2019

4





Der Facharztindex gibt an, wie viele Fachärzte rein rechnerisch auf eine Stellenanzeige im *Deutschen Ärzteblatt* entfallen. Je geringer der Wert, desto geringer die Zahl potenzieller Mitbewerber auf eine Stelle. Der Durchschnittswert aller Fachgebiete betrug 30,7.

14.03.2019

Deutsches Ärzteblatt I Heft 26 I 29. Juni 2018

Epidemiologisches **Bulletin**

Zur Diskussion Hygienefachpersonal – wann ist der Bedarf gedeckt?

14.03.2019





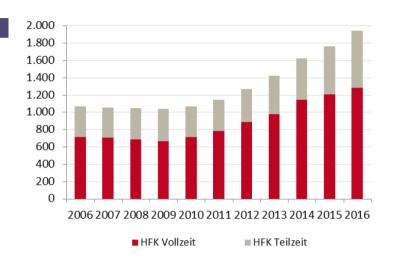
	2005	2012	2017	
Anzahl der Kranken-	2.139	2.017	1.942	
häuser				
Anzahl der Kranken-	864 (40%)	829 (41%)	980 (50%)	
häuser mit mind. einer				
Hygienefachkraft				
Anzahl der stationär	1.112	1.338	2.118	+ 1.006 (im
tätigen Hygienefach-	(davon 396	(davon 414	(davon 753	Vergleich zu 20
kräfte	[36%] Teilzeit)	[31%] Teilzeit)	[35%] Teilzeit)	1.365 Vollzeit

Tab. 3: Anzahl der bundesweit erfassten Krankenhäuser mit Hygienefachkräften, Anzahl der stationär tätige Hygienefachkräfte und Anzahl der Teilzeitkräfte. Stand: 31.12.2017. Quelle: Statistisches Bundesamt^{15–17}

10

5

Abbildung 3 Hygienefachkräfte (HFK) an Allgemeinkrankenhäusern



Bericht
des GKV-Spitzenverbandes
zum Hyglenesonderprogramm
In den Förderjahren 2013 bis 2017
an das Bundesministerium für Gesundheit

Berlin, 29.06.2018

Quelle: Destatis, Fachserie 12, Reihe 6.1.1, eigene Darstellung.

14.03.2019



Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Hyglenesonderprogramm In den Förderjahren 2013 bis 2017

an das Bundesministerium für Gesundheit

Berlin, 29.06.2018

Koalitionsvertrag: Verlängerung und Evaluation.

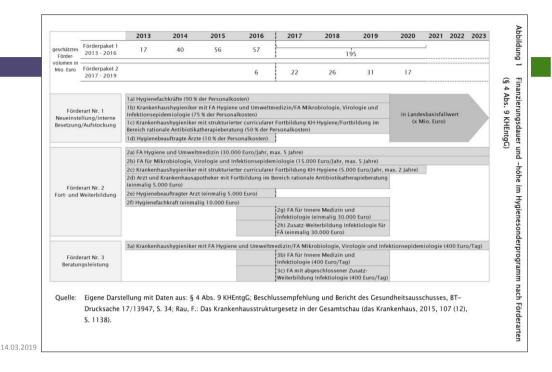
Ab 2020 Einrechnung der Zuschlagsfinanzierung von Hygienepersonal in die Landesbasisfallwerte.

Finanzierung der Fort/Weiterbildung und Beratungsleistungen nur bis 2019.

328,5 Mio € für Personal in 2013-2017,

41,6 Mio € für Fort/Weiterbildung,

19,9 Mio € für externe Beratungsleistung.



Sonderprogramm zur Förderung der Krankenhaushygiene verlängern?



13

BVMed: Hygiene konsequent umsetzen und besser vergüten



Berlin. Um einen effektiven Infektionsschutz zu gewährleisten, sollten nach Ansicht des BV-Med Hygienemaßnahmen extrabudgetär vergütet werden. Die Vermeidung von Krankenhausinfektionen beginnt dabei mit einer konsequenten Händedesinfektion, sagte BVMed-Geschäftsführer und Vorstandsmitglied Joachim M. Schmitt zum Welt-Händehygienetag am 5. Mai 2018. Wie die Händedesinfektion korrekt durchgeführt werden sollte, zeigt der BVMed auf einer Infografik unter krankenhausinfektionen.info/ haendedesinfektion.

Die konsequente Umsetzung von Hygienemaßnahmen ist das effektivste Mittel zur Vermeidung von Krankenhausinfektionen. Das beginnt mit der Prävention durch eine konsequente Händedesinfektion sowie Maßnahmen bei Krankenbehandlung, Operation und postoperativer Ver-

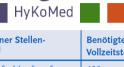
"Das derzeitige Vergütungssystem setzt jedoch Anreize, Hygieneaufwendungen zu minimieren", bemängelt der BVMed. Um einen effektiven Infektionsschutz zu gewährleisten, sollten deshalb Hygienemaßnahmen analog zu den Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch Institut (RKI) extrabudgetär vergütet werden. Mehr: bvmed.de/presse.

14.03.2019

7

Epidemiologisches **Bulletin**





	Empfohlener Stellen- schlüssel ⁵	Benötigte Vollzeitstellen
Risikostufe A* (ca. 40.000 Betten)	1 Krankenhaushygieniker auf 1.000 Betten	40
Risikostufe B* (ca. 176.000 Betten)	1 Krankenhaushygieniker auf 2.000 Betten	88
Risikostufe C* (ca. 280.000 Betten)	1 Krankenhaushygieniker auf 5.000 Betten	56
Krankenhäuser mit 400–800 Betten (n=312, ca. 168.000 Betten)	0,05 Krankenhaushygieniker auf 100 Betten	84
Krankenhäuser mit mehr als 800 Betten (n=97, ca. 118.000 Betten)	0,1 Krankenhaushygieniker auf 100 Betten	118
Gesamt		386

Tab. 4: Modellrechnung: Geschätzter Mindestbedarf an im Krankenhaus arbeitenden Krankenhaushygienikern auf Basis der Empfehlungen der KRINKO⁵ und Daten des Statistischen Bundesamtes 2017²¹

	Empfohlener Stellen- schlüssel ¹	Benötigte Vollzeitstellen
Risikostufe A* (ca. 40.000 Betten)	1 Hygienefachkraft auf 100 Betten	400
Risikostufe B* (ca. 176.000 Betten)	1 Hygienefachkraft auf 200 Betten	880
Risikostufe C* (ca. 280.000 Betten)	1 Hygienefachkraft auf 500 Betten	560
Gesamt		1.840

Tab. 5: Modellrechnung: Geschätzter Bedarf an Hygienefachkräften anhand der Empfehlungen der KRINKO⁴ und Daten des Statistischen Bundesamtes 2017²¹

15

MRE-Netzwerke NRW (LZG)



SOLL – IST Hygiene-Stellen muss übereinstimmen.

Risikopatienten auf MRGN screenen und sofort isolieren.

ABS:

- ABS-Team.
- Zeit-Deputat für alle Team-Mitglieder.
- Interne Leitlinien (Therapie und PAP).
- Regelmässige Visiten.

14.03.2019

^{*} Die Zuordnung der Patienten der einzelnen Fachrichtungen in Risikostufen wird in Tabelle 6 dargestellt.

^{*} Die Zuordnung der Patienten der einzelnen Fachrichtungen in Risikostufen wird in Tabelle 6 dargestellt.



Pflege-Stellen

Händedesinfektion setzt erforderliche Zeit beim Personal voraus.

Seite 17

G-BA (Juni 2013):

Perinatalzentren:

- mindestens eine Pflegekraft je intensivtherapiepflichtigem und
- eine je zwei intensivüberwachungspflichtigem Frühgeborenen.
- Umsetzung bis Ende 2016.

50 % der Krankenhäuser weit davon entfernt. Umsetzung verlängert bis 2019.

Personalausstattung

DIVI: Intensivstation 1:1 bzw. 1:2

DGKH

APS: Intensivstation 1:1 bzw. 1:2

IMC 1:4

Normalstation 1:7 bzw. 1:25 (nachts)

BMG: Personaluntergrenzen ab 2019

Intensivstation 1:2,5 (tags) bzw. 1:3,5 (nachts)
Ab 2021: 1:2 (tags) bzw. 1:3 (nachts.

Geriatrie: 1:10 (tags) bzw. 1:20 (nachts)
Unfallchirurgie: 1:10 (tags) bzw. 1:20 (nachts)
Kardiologie: 1:12 (tags) bzw. 1:24 (nachts)

Seite 19





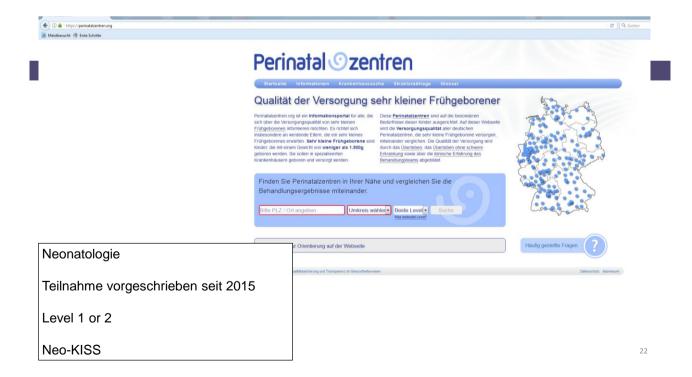


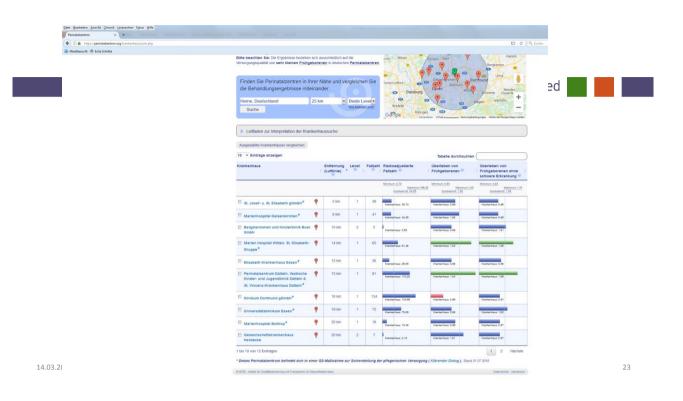
§ 137 Richtlinien und Beschlüsse zur Qualitätssicherung

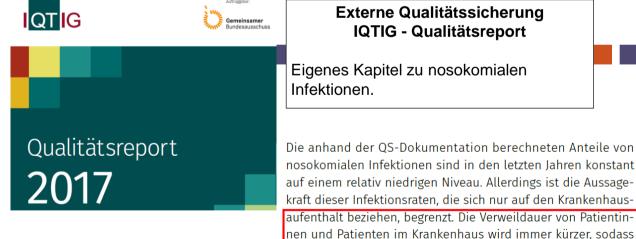
G-BA bestimmt

- verpflichtende Maßnahmen der Qualitätssicherung,
- die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement,
- Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität
- Mindestmengen,
- Grundsätze zur Einholung von Zweitmeinungen,
- Inhalt und Umfang des Qualitätsberichtes.

Sektorenübergreifend







Externe Qualitätssicherung IQTIG - Qualitätsreport

Eigenes Kapitel zu nosokomialen Infektionen.

nosokomialen Infektionen sind in den letzten Jahren konstant auf einem relativ niedrigen Niveau. Allerdings ist die Aussagekraft dieser Infektionsraten, die sich nur auf den Krankenhausaufenthalt beziehen, begrenzt. Die Verweildauer von Patientinnen und Patienten im Krankenhaus wird immer kürzer, sodass sich nosokomial erworbene Infektionen oft erst nach der Entlassung aus dem Krankenhaus im ambulanten Bereich oder anlässlich einer stationären Wiederaufnahme zeigen. Diese Infek-

tionen werden bislang in keinem deutschen Surveillance-System systematisch erfasst.





Nationaler Vergleichsbericht Programm zur Überwachung postoperativer Wundinfektionen Swissnoso

Nationaler Vergleichsbericht über die Erfassungsperiode von 1. Oktober 2015 bis 30, September 2016 (Eingriffe ohne Implantat) bzw. 1. Oktober 2014 bis 30, September 2015 (Eingriffe mit Implantat) bzw. 1. Oktober 2014 bis 30, September 2015 (Eingriffe mit Implantat) bzw. 1. Oktober Bericht einschliesslich Kommentare und Vergleich mit der Internationaler

Tabelle 31: Internationaler Vergleich der Infektionsraten

	Schweiz	Schweiz					•	
Eingriffsart	2015/16 Alle In- fektionen	2015/16 Infektionen bei Spitalaustritt	USA 2014 ²	Deutschland, Inhouse, 2012-2016	Frankreich 2015	EU 2010-2011	Gross- bri- tannien, 2011- 2016	Niederlande 2010-2011
Appendektomie	3.4 (2.9-3.9)	1.2 (0.9-1.5)	0.9 (0.8-1.0)	0.5 (0.3-0.6)	2.03 (1.57-2.48)			
Cholezystektomie	1.9 (1.6-2.4)	0.7 (0.5-1.0)	0.4 (0.4-0.5)	0.6 (0.6-0.7)	0.92 (0.71-1.13)	1.4 (1.3-1.5)	3.0 (2.3-3.9)	2.1 (1.7-2.4)
Hernienoperation	0.8 (0.6-1.2)	0.2 (0.08-0.4)	0.9 (0.7-1.0)	0.06 (0.04-0.1)	0.82 (0.67-0.97)			
Colonchirurgie	13.8 (13.0-14.6)	10.8 (10.1-11.6)	3.0 (2.9-3.0)	7.2 (7.0-7.5)	6.82 (5.96-7.67)	9.5 (9.2-9.8)	9.8 (9.4-10.3)	15.4 (14.3-16.6)
Rektumoperation	14.3 (10.7-18.7)	8.5 (5.6-12.3)	1.7 (1.4-2.1)	8.5 (7.6-9.5)				
Sectio caesarea	1.4 (1.1-1.7)	0.2 (0.09-0.3)	0.2 (0.1-0.2)	0.1 (0.1-0.2)	1.42 (1.22-1.62)	3.9 (2.8-3.0)		1.2 (1.0-1.4)
Hysterektomie	2.6 (2.0-3.4)	0.4 (0.2-0.8)	0.7 (0.6-0.7)	0.4 (0.3-0.5)				
Laminektomie ohne Implantat	1.4 (0.9-2.0)	0.1 (0.01-0.4)		0.2 (0.1-0.2)				
ACBP	5.0 (4.1-6.1) ³	1.9 (1.4-2.6) ³	0.7 (0.6-0.7)	1.7 (1.6-1.8)	4.18 (3.005.36)	3.5 (3.3-3.7)	3.8 (3.6-4.0)	
Elektive Hüftge- lenksprothese	1.2 (1.0-1.5)3,4	0.1 (0.05-0.2)3,4	0.7 (0.7-0.7)	0.3 (0.3-0.4)	1.21 (1.04-1.38)	1.0 (0.6-1.2)	0.6 (0.6-0.7)	1.8 (1.6-2.1)
Elektive Kniege-	0.8 (0.7-1.1)3,4	0.04 (0.01-0.1)3,4	0.4 (0.4-0.4)	0.1 (0.1-0.2)	0.86 (0.69-1.03)	0.7 (0.7-0.8)	0.6 (0.6-0.6)	1.3 (1.1-1.5)

Abkürzungen: ACBP, Aorto-koronarer Bypass; ¹Die meisten Infektionsraten anderer Ländern lassen sich nicht einfach in 'Rate inkl. Nachwerfolgung nach Spitalaustritt' oder 'Infektionsrate während dem Spitalaufenthalt' kategorisieren. Die Zahlen aus Deutschland und den USA umfassen eine inkomplette Nachwerfolgung nach Spitalaustritt, da Infektionen oft nur detektiert werden, wenn der Patient wieder in dasselbe Spital aufgenommen wird. In den Niederlanden ist eine Nachwerfolgung nach Spitalaustritt mittels Aktenstudium 'sehr empfohlen', wird jedoch nicht nachdrücklich verlangt. Für Deutschland werden nur die während der Hospitalisation entdeckten Infektionen (Inhouse) in Tabelle 30 aufgenommen; ²Nur tiefe Infektionen der Inzision und Organ-/Hohlrauminfektionen werden berichtet; umfasst nur Infektionen, die während der Hospitalisation oder bei Wiedereintritt diagnostiziert wurden; ²Erfassungsperiode 2014/15 ⁴Postoperative Wundinfektionsraten für die Schweiz umfassen nur erste, elektive Eingriffe. Andere Länder können z.T. auch Revisionen, Prothesenchirurgie nach Traumata oder Reoperationen einschliessen.

Seite 25



Qualitätsreport 2017

Auftraggeber:

Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen

In der stationären Versorgung:

- Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)
- Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)
- Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)
- Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)
- Postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)
- Postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)

In der ambulanten Versorgung:

Nosokomiale postonerative Wundinfek-

Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement

In der stationären Versorgung:

- Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen
- Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen
- Hygiene- und Infektionsmanagement stationäre Einrichtungen
- Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe¹
- Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie¹
- Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff¹
- Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien¹
- Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur pr\u00e4operativen Antiseptik des OP-Feldes¹
- Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu
 Wundversorgung und Verbandwechsel!
 Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotika-
- resistenzlage und -therapie¹

 Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und
- Infektionsprävention¹
- Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion¹
 Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zum Entlassungs- und Überleitungsmanagement¹
- Durchführung von Compliance-Überprüfungen¹
- Maßnahmen zur Förderung der Compliance im Bereich der Hygiene¹



Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen In der stationären Versorgung: Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen) Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen) Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen) Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen) Postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen) Postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen) In der ambulanten Versorgung: Nosokomiale postoperative Wundinfek-

Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement In der stationären Versorgung: Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe¹ Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie1 Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff¹ enten und Hilfen von der KBV Antiseptik Wert der Daten? ards zu Wundversorgung und Verbandwechsel Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie1 Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention¹ Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion¹ Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zum Entlassungs- und Überleitungsmanagement¹ Durchführung von Compliance-Überprüfungen Maßnahmen zur Förderung der Compliance im Bereich der Hygiene¹

Seite 27





Abbildung 2: Rate nosokomialer postoperativer Wundinfektionen auf Basis von Datenfeldern im Versorgungsbereich Orthopädie und Unfallchirurgie



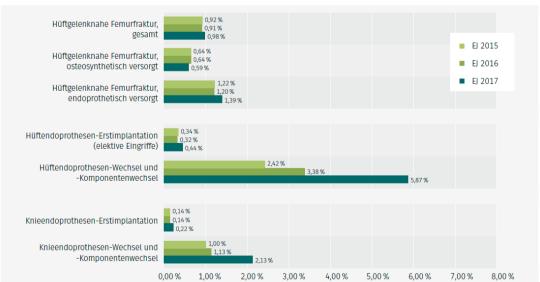


Tabelle 1: Ergebnisse der Indikatoren bzw. Kennzahlen zu postoperativen Wundinfektionen (Sepsis) nach Implantation von Herz-unterstützungssystemen/Kunstherzen

	2015		2016		2017				
							Fälle (Patientinnen und Patienten)		
Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Referenz- bereich	Ergebnis	Referenz- bereich	Ergebnis	Referenz- bereich	Ergebnis	Zähler	Grund- gesamtheit	Tendenz
Herzunterstützungssysteme/Ki	unstherzen								
Sepsis bei Implantation eines LVAD¹ (QI-ID 52388)	n. d.	12,27 %	≤ 39,13 % (95. Perzentil)	10,53%	≤ 25,00 % (95. Perzentil)	10,04%	99	986	⊕
Sepsis bei Implantation eines BIVAD ² (QI-ID 52389)	n. d.	15,57 %	n. d.4	17,57%	n. d.4	20,83 %	25	120	9
Sepsis bei Implantation eines TAH ³ (QI-ID 52390)	n. d.	21,43%	n. d.4	4,76%	n. d.4	46,15 %	6	13	9

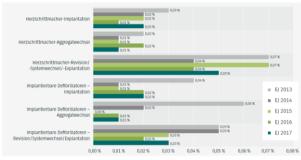


Tabelle 2: Ergebnisse der Indikatoren bzw. Kennzahlen zur postoperativen Wundinfektion in der Herzchirurgie

	2015		2016		2017				
							Fälle (Patientinnen und Patienten)		
Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Referenz- bereich	Ergebnis	Referenz- bereich	Ergebnis	Referenz- bereich	Ergebnis	Zähler	Grund- gesamtheit	Tendenz
Aortenklappenchirurgie, isolie	rt – konventione	ll chirurgis	ch						
Postoperative Mediastinitis nach elektiver/dringlicher Operation (QI-ID 2263)	n. d.	0,33 %	n. d.¹	0,21%	n. d.¹	0,26%	22	8.596	€
Postoperative Mediastinitis bei Risikoklasse 0 oder 1 (nach NNIS²) (QI-ID 2280)	≤ 1,98 % (95. Perzentil)	0,26 %	1,81 % (95. Perzentil)	0,15 %	≤ 2,02 % (95. Perzentil)	0,23%	16	6.810	•
Koronarchirurgie, isoliert									
Postoperative Mediastinitis nach elektiver/dringlicher Operation (QI-ID 2256)	n. d.	0,39 %	n. d.	0,27 %	n. d.¹	0,35%	103	29.672	€
Postoperative Mediastinitis bei Risikoklasse 0 oder 1 (nach NNIS²) (QI-ID 2257)	≤ 1,75 % (95. Perzentil)	0,30 %	1,04 % (95. Perzentil)	0,24 %	≤ 1,22 % (95. Perzentil)	0,30%	83	27.219	€
Kombinierte Koronar- und Aort	tenklappenchiru	rgle							
Postoperative Mediastinitis nach elektiver/dringlicher Operation (QI-ID 2283)	n. d.	0,42 %	n. d.¹	0,44 %	n. d.¹	0,29%	15	5.234	€
Postoperative Mediastinitis bei Risikoklasse 0 oder 1 (nach NNIS²) (QI-ID 2284)	≤ 3,49 % (95. Perzentil)	0,45 %	≤ 2,20 % (95. Perzentil)	0,32 %	≤ 1,97 % (95. Perzentil)	0,31%	13	4.185	€

Tabelle 4: Ergebnisse des Indikators zur Infektion als Indikation zum Folgeeingriff

	2015		2016		2017					
							Fälle (Patientinnen und Patienten)			
Bezeichnung des Indikators	Referenz- bereich	Ergebnis	Referenz- bereich	Ergebnis	Referenz- bereich	Ergebnis	Zähler	Grund- gesamtheit	Tendenz	
Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation										
Infektion als Indikation zum Folgeeingriff (QI-ID 52002)	≤ 2,48 % (95. Perzentil)	0,64 %	≤ 2,52 % (95. Perzentil)	0,58 %	≤ 2,38 % (95. Perzentil)	0,62 %	227	36.535	€	

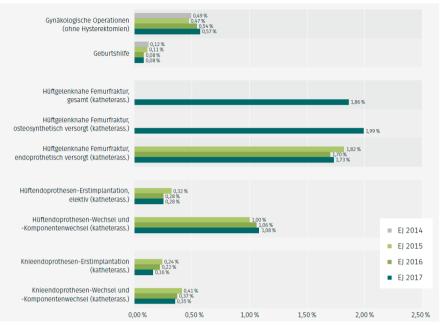
Abbildung 5: Rate postpartaler Wundinfektionen in der Geburtshilfe







Abbildung 6: Rate postoperativer bzw. postpartaler Harnwegsinfektionen auf Basis von Datenfeldern



Seite 31



QS-Verfahren Erfassung postoperativer Wundinfektionen

Seit 2017

5-jährige Erprobungsphase

Follow-up 30 Tage, bei Implantaten 1 Jahr 90 Tage

Erste Ergebnisse Sommer 2019

Planungsrelevante Qualitätsindikatoren

- Erstes Indikatorenset für Leistungsbereiche gynäkologische Operationen, Geburtshilfe und Mammachirurgie.
- Erhebung im Rahmen der externen Qualitätssicherung.
- Erste Ergebnisse Ende 2018 veröffentlicht für 2017.
- Berücksichtigung bei der Krankenhausplanung der Länder

Seite 33

Darstellung der Bundesergebnisse des QS-Verfahrens Gynäkologische Operationen (15/1)

Qualitätsindikator 10211: Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund

Qualitätsindikator 12874: Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung Qualitätsindikator 51906: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation

Bundesergebnis des
Qualitätsindikators
Zähler
Grundgesamtheit
Referenzbereich
Anzahl der
Krankenhausstandorte mit
rechnerisch auffälligen
Ergebnissen (nach
Datenvalidierung und
Neuberechnung)
Anzahl der
Krankenhausstandorte mit
statistisch auffälligen
Ergebnissen (nach
Datenvalidierung und
Neuberechnung)
Anzahl der
Krankenhausstandorte mit der
Bewertung: unzureichende
Qualität
Ende des Tabellenblatts

8,90	1,11	
	1,11	1,02
1400	413	909
15738	37312	130815
	<=5%	<=4,18
87	47	29
4	11	1
3	٥	1
	87	87 47 4 11

14.03.2019

3

ANTIBIOTIKARESISTENZEN

Kanzleramt gegen Massenscreening

Das Bundeskanzleramt hat einem flächendeckenden Screening auf multiresistente Keime im Krankenhaus eine Absage erteilt. "Das ist zu teuer", sagte der Staatsminister im Bundeskanzleramt, Helge Braun, beim "Gesprächskreis Gesundheit" des Bundesverbandes Medizintechnologie (BVMed).

Er setzte jedoch Hoffnungen auf die Einführung von Schnelltests, mit denen in der Arztpraxis die Art des Erregers festgestellt werden kann. "Je mehr wir so etwas bekommen, desto mehr wird es uns helfen, Antibiotika gezielter einsetzen zu können." Um Ärzte dazu zu bewegen, weniger Antibiotika zu verordnen, nannte Braun ein Beispiel aus Großbritannien: "Dort wurden die Ärzte angeschrieben, die zu den fünf Prozent der Ärzte gehörten, die am meisten Antibioti-

ka verschrieben haben. Diese Ärzte haben in Zukunft weniger Antibiotika verordnet. Das ist eine effektive Methode." In Deutschland hätten die Maßnahmen der Bundesregierung bisher gegriffen, fuhr Braun fort. Als Beispiele nannte er das Hygieneförderprogramm oder die Vorgabe, die Empfehlungen des Robert Koch-Instituts zur Krankenhaushygiene verbindlich zu machen. "Zwischen 1999 und 2004 ist der Anteil der MRSA-Infektionen an der Gesamtzahl aller Infektionen im Krankenhaus auf 20 Prozent gestiegen, dann bis 2011 konstant geblieben und bis 2013 wieder auf 12,8 Prozent zurückgegangen", erklärte Braun. Ziel der Regierung sei es, diese Zahl weiter zu reduzieren.

Derzeit gibt es Schätzungen zufolge jährlich 400 000 bis 600 000 Infektionen mit Klinikkeimen.







Deutsches Ärzteblatt | Jg. 114 | Heft 4 | 27. Januar 2017

14.03.2019





Ziele

Das Projekt Gemeinsam für Infektionsprävention im Überblick

Projektgruppe wirksam regieren im Bundeskanzleramt Projektverantwortung Auftraggeber Bundesministerium für Gesundheit Kooperationspartner Nationales Referenzzentrum für die Surveillance von nosokomialen Infektionen / Charité Universitätsmedizin Berlin

> Verbesserung des Patientenschutzes im Krankenhaus: Steigerung der Händehygienequalität (Compliance)

> > Aufbau erweiterter Hygienekompetenz auf den Stationen

35

Senkung der Zahl behandlungsassoziierter Infektionen

Maßnahme Gemeinsam für Infektionsprävention:

Multimodales Programm zur Infektionsprävention

durch Kulturwandel und Partizipation

Studienzeitraum Januar 2016 bis September 2018

Teilnehmende Stationen ~ 100 Intensivstationen in ganz Deutschland

Ergebnisse Pilot-Station Steigerung der Händehygiene-Compliance von 57% auf 91%

> Senkung der Sepsisrate um 61% von 3,80 auf 1,48 Infektionen in 1000 Devicetagen

Zwischenergebnis Kohorte 1 Steigerung der durchschnittlichen Händehygiene Compliance von 72% auf 86%

Patientensicherheit im Krankenhaus:

Gemeinsam für Infektionsprävention

Untersuchung zur Wirkung eines Programms zur Infektionsprävention durch Kulturwandel und Partizipation auf Intensivstationen

Kurzinformation zum Zwischenstand des Projekts -

Projektgruppe wirksam regieren im Bundeskanzleramt im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit







Krankenhäuser

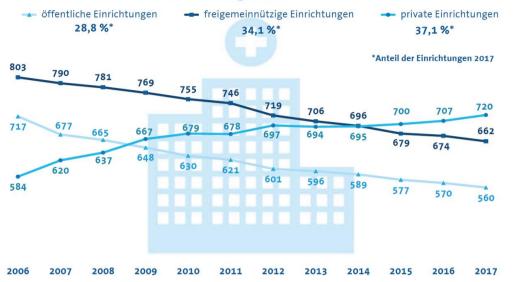
Seite 37

Tabelle 6: Höhe der Investitionskostenförderung in Euro je Einwohner im Bundesvergleich²⁰

Bundesland	Bundesland KHG-Mittel Bundesland		KHG-Mittel 2011
Hamburg	65,58€	Thüringen	31,43€
Bremen	45,78€	Niedersachsen	30,12€
Mecklenburg-Vorp.	42,22€	Schleswig-Holstein	29,85€
Brandenburg	39,37 €	Rheinland-Pfalz	29,21 €
Saarland	38,15€	Sachsen-Anhalt	28,85 €
Hessen	36,95 €	Nordrhein-Westfalen	27,85€
Bayern	35,83 €	Berlin	23,97€
Baden-Württemberg	35,52 €	Sachsen	23,44 €

Krankenhäuser in privater Trägerschaft nehmen weiter zu





Entwicklung

Mehr private Krankenhäuser.

Diskussion: Dürfen Krankenhäuser nach Gewinnen streben?

- z.B. AWMF: Medizin und Ökonomie Maßnahmen für eine wissenschaftlich begründete, patientenzentrierte und ressourcenbewusste Versorgung
 - z.B. Abschaffung fallzahlbezogener Chefarztverträge,
 - z.B. DRG-Erlöse für Personal- und Sachkosten und nicht für Investitionen oder Gewinne

Öffentliche und freigemeinnützige Krankenhäuser: Zusammenschlüsse zu größeren Ketten. Aber: Zwei Kranke machen keinen Gesunden.

Angebot Gewinn-bringender OPs und Eingriffe auch in kleinen Häusern.

Risiko der kleinen Zahlen!

Mindestmengen

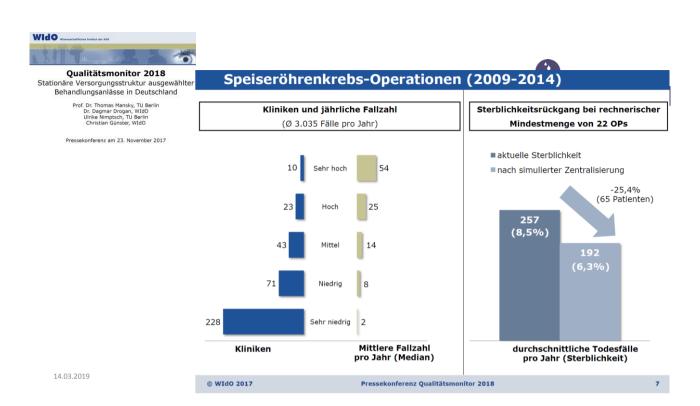
	2009	2010	2011	2012	2013
Anzahl Krankenhäuser Deutschland ¹⁾	2.084	2.064	2.045	2.017	1.996
Anzahl Krankenhäuser mit durchgeführten Hüft-TEP-Erst- mplantationen ²⁾	1.156	1.149	1.112	1.091	1.075
Anteil der Hüft-TEP implantierenden Krankenhäuser an der Gesamtzahl der Krankenhäuser in Deutschland ^{1), 2)}	55,5 %	55,7 %	54,4 %	54,1 %	53,9
Anzahl Krankenhäuser mit durchgeführten Knie-TEP-Erst- mplantationen ³⁾	1.022	1.036	1.030	1.033	1.031
Anteil der Knie-TEP implantierenden Krankenhäuser an der Gesamtzahl der Krankenhäuser in Deutschland ^{1), 3)}	49,0 %	50,2 %	50,4 %	51,2 %	51,7

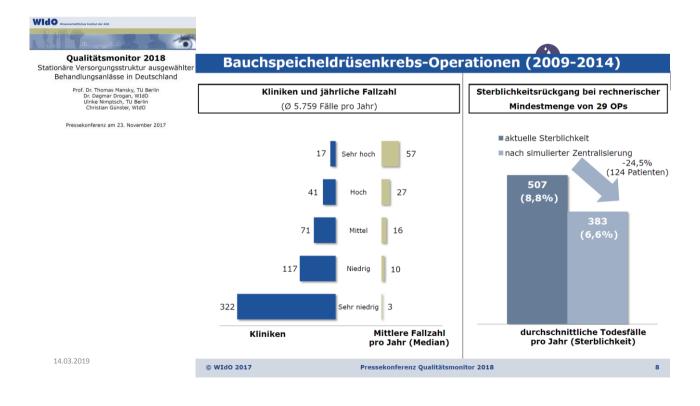
© BVMed 15.11.2018 | Quelle: Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser 2018

39

Seite 40

Quelle: IGES-Berechnungen – 1) Destatis 2015a, 2) AQUA-Institut 2010b, 2011b, 2012a, 2013a, 2014a, 3) 2010c, 2011c, 2012c, 2013c, 2014c







- 25 pro Jahr bei Speiseröhrenkrebs.
- 15 pro Jahr bei Bauchspeicheldrüsenkrebs.
- 100 pro Jahr bei Eingriffen in Dick- und Mastdarm.
- 30 pro Jahr bei Hämorrhoiden.
- 120 pro Jahr bei Schilddrüsenknoten.
- 100 pro Jahr bei Leistenbruch.
- 50 pro Jahr bei Magenband, Magenbypass.

14.03.2019





ABS

50 % der antibiotischen Therapien inadäquat (Cochrane 2005).

S3-Leitlinie: 0,5 VK pro 250 Betten.

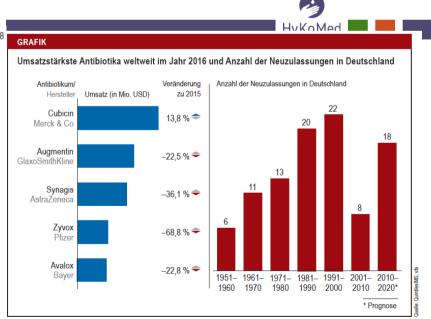
Ca. 1.000 ABS-Experten (DGKH) aus 500 Krankenhäusern bis heute... und wieviele machen ABS?

Seite 45

Antibiotikaforschung

Pipelines sind klein und zu wenig differenziert

Deutsches Ärzteblatt | Jg. 115 | Heft 50 | 14. Dezember 2018



14.03.2019



ECDC/EFSA/EMA second joint report on the integrated analysis of the consumption of antimicrobial agents and occurrence of antimicrobial resistance in bacteria from humans and food-producing animals

Joint Interagency Antimicrobial Consumption and Resistance Analysis (JIACRA) Report European Centre for Disseas Prevention and Control (ECDC), European Food Safely Authority (EFAS) and European Hedicines Agency (EMA)

■ Animals Bulgaria Croatia Cyprus Czech Republic Denmark Estonia Finland France Germany* Hungary Iceland* Ireland Italy Lithuania Luxembourg Netherlands Poland Portugal Romania Slovakia Slovenia Spain* Sweden United Kingdom Average 100 200 300 400 Overall consumption of antimicrobials, 2014

Belgium

■ Humans

KoMed

lyKoMed

(mg/kg of estimated biomass) Asterisk (*) denotes that only community consumption was provided for human medicine. The population-weighted mean proportion (%) of the hospital sector AMC of the 2014 total national AMC for EU/EEA MSs that provided data for both sectors is 10%.

Note: 1) The estimates presented are crude and must be interpreted with caution. For limitations that hamper the comparison of consumption of antimicrobles in humans and animals, please see Section 14.

2) The average figure represents the population-weighted mean of data from included countries.

Figure 6: Comparison of biomass-corrected consumption of antimicrobials (mg/kg of estimated biomass) in humans and food-producing animals by country, EU/EEA MSs, 2014

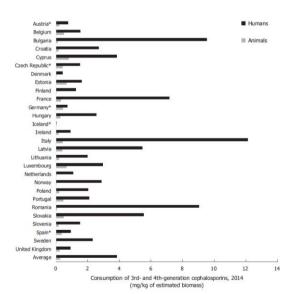
Seite 47



APPROVED: 28 June 2017 doi: 10.2903/j.efsa.2017.4872

ECDC/EFSA/EMA second joint report on the integrated analysis of the consumption of antimicrobial agents and occurrence of antimicrobial resistance in bacteria from humans and food-producing animals

Joint Interagency Antimicrobial Consumption and Resistance Analysis (JIACRA) Report European Cente for Desse Neventron and Costrol (EDC), European Food Safely Authority (EPSA) and European Hedicines Agency (EMA)



Asterisk (*) denotes that only community consumption was provided for human medicine. The population-weighted mean proportion (%) of the hospital sector from the 2014 total national consumption of artimicrobials for EU/EEA MSS that provided data for both sectors was 51.19%.

1) The estimates presented are crude and must be interpreted with caution. For limitations that hamper the comparison of consumption of artimicrobials in humans and animas, please see Section 14.

2) The average figure represents the population-weighted mean of data from included countries.

Figure 8: Biomass-corrected consumption of 3rd- and 4th-generation cephalosporins in humans and food-producing animals by country, EU/EEA MSs, 2014

"BKK-Landesverband NORDWEST fordert verbindliche Regelung für eine sachgerechte Antibiotikatherapie gegen multiresistente Keime



In einer groß angelegten Auswertung untersuchten die BKK-Landesverbände NORD-WEST und Mitte die Verordnungshäufigkeit von Antibiotika in 13 Bundesländern.

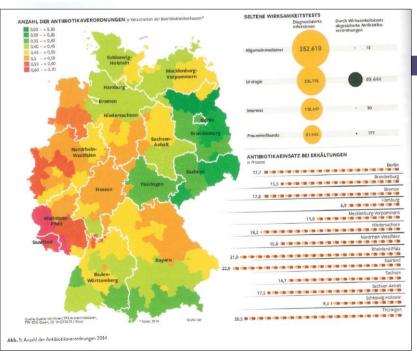
Von den 6.8 Mio. Versicherten erhielten im Untersuchungszeitraum von 18 Monaten ca. 1,7 Mio. Versicherte mindestens einmal ein Antibiotikum."

PASSION CHIRURGIE 12 | IV | 2018

49

"BKK-Landesverband NOR verbindliche Regelung für rechte Antibiotikatherapie resistente Keime

In einer groß angelegten A suchten die BKK-Landes WEST und Mitte die Verord von Antibiotika in 13 Bund Von den 6.8 Mio. Versiche Untersuchungszeitraum ca. 1,7 Mio. Versicherte mein Antibiotikum."





Verordnung über tierärztliche Hausapotheken (TÄHAV) § 12c Antibiogrammpflicht

(1) Der Tierarzt hat im Rahmen der Behandlung von Tiergruppen der Tierarten Rind, Schwein, Huhn oder Pute, die in einer Stallabteilung oder in einem umfriedeten Bereich im Freien gehalten werden, mit einem Arzneimittel mit antibakterieller Wirkung die Empfindlichkeit der die Erkrankung verursachenden bakteriellen Erreger gegen antibakteriell wirksame Stoffe nach Maßgabe des Satzes 2 und nach Maßgabe des § 12d zu untersuchen oder untersuchen zu lassen (Antibiogramm). Das Antibiogramm ist zu erstellen

- bei Wechsel des Arzneimittels mit antibakterieller Wirkung im Verlauf einer Behandlung,
- bei einer Behandlung mit einem Arzneimittel mit antibakterieller Wirkung,
 - die häufiger als einmal in bestimmten Alters- oder Produktionsabschnitten stattfindet, oder
 - die die Dauer von sieben Tagen übersteigt, es sei denn, bei der Erteilung der Zulassung wurde ein längerer Zeitraum für die Dauer der Anwendung festgelegt, oder die in diesem Falle den längeren festgelegten Zeitraum übersteigt,
- bei kombinierter Verabreichung von Arzneimitteln mit antibakteriellen Wirkstoffen bei einer Indikation, ausgenommen zugelassene Fertigarzneimittel, die eine Kombination von antibakteriellen Wirkstoffen enthalten,
- bei Abweichung von den Vorgaben der Zulassungsbedingungen von Arzneimitteln mit antibakteriellen Wirkstoffen nach § 56a Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 bis 4 des Arzneimittelgesetzes

In den Fällen des Satzes 2 Nummer 4 und 5 ist ein Antibiogramm auch im Rahmen der Behandlung einzelner Tiere der Tierarten Rind, Schwein, Pferd, Hund oder Katze, ausgenommen herrenlose Katzen, zu erstellen, es sei denn, in den Fällen des Satzes 2 Nummer 5 liegen bereits im Rahmen tierärztlicher Bestandsbetreuung für die zu behandelnden Einzeltiere aussagekräftige, repräsentative Kenntnisse zur Resistenzlage vor, die die Notwendigkeit des Einsatzes von Arzneimitteln, die diese Wirkstoffgruppen enthalten, rechtfertigen.

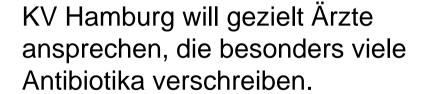
(2) Abweichend von Absatz 1 ist ein Antibiogramm nicht zu erstellen, wenn nach dem Stand der veterinärmedizinischen Wissenschaft

- die Probenahme mit der Gefahr einer zusätzlichen Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes des zu behandelnden Tieres verbunden wäre
- 2 der Erreger nicht mittels zellfreier künstlicher Medien kultiviert werden kann, oder
- für die Bestimmung der Empfindlichkeit des Erregers keine geeignete Methode verfügbar ist.

14.03.2019







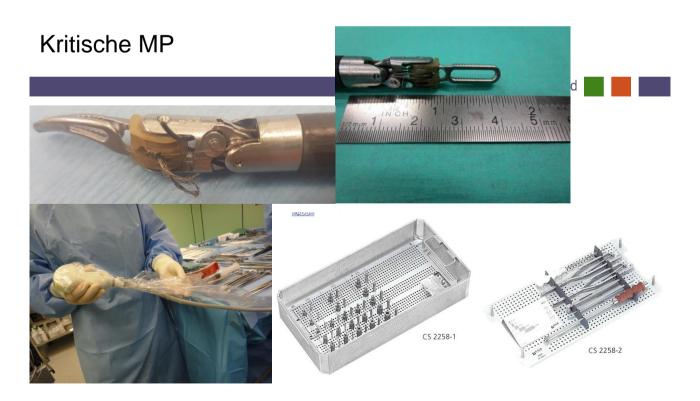
14.03.2019

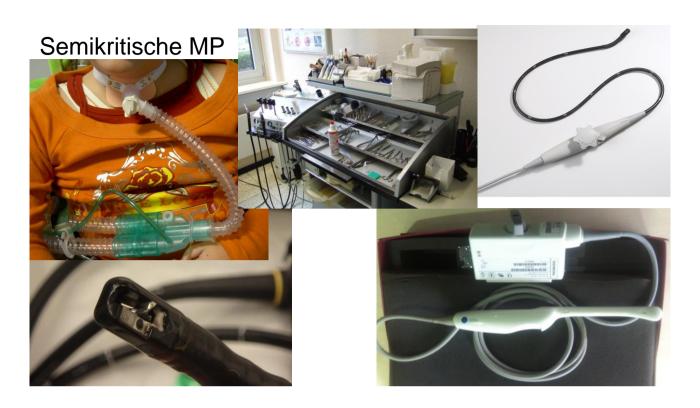




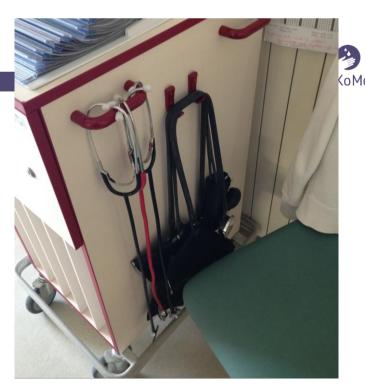
Aufbereitung Medizinprodukte

14.03.2019 55





Unkritische MP





Disziplin

14.03.2019



Fall des Monats – September 2018

CIRSmedical Anästhesiologie - Berichten und Lernen

Der Fall: Operateur hält grundlegende Hygienestandards nicht ein

Zuständiges Fachgebiet: Anästhesiologie Wo ist das Ereignis eingetreten? Praxis

Tag des berichteten Ereignisses: Wochentag ASA-Klassifizierung: ASA II

Versorgungsart? Routinebetrieb

Der Patient kommt zur ambulanten augenärztlichen OP. Im Prämedikationsprotokoll unter Voerkrankungen ist u.a. eine "ausgeheilte Hepatitis C" notien. Der Assistenzard et Anästhesiologie informiert das OP-Team vor der Einleitung der Analgosedierung darüber. Die Operation wird komplikationslos und regelhaft unter Analgosedierung mit Dormicum/Propofol durchgeführt, der Patient hiernach in den Aufwachbereich entlassen. Der darauf folgende Patient wird in den OP-Saal gebracht und soll mit der gleichen Operation

durch den operierenden Augenarzt vorbereitet werden. Der operierende Arzt hat OP-Handschuhe und -Kittel an. Zu Beginn der Operation fällt auf, dass er dasselbe bereits benutz-

te Instrument verwendet, sowie die ebenfalls bereits benutzten Handschuhe und OP-Kittel trägt. Ebenfalls fällt auf, dass der operierende Arzt mit verschmutzen OP-Handschuhen den nächsten Patienten per Handschlag begrüßt hat sowie seinen OP-Bericht auf seinem Laptop im OP-Saal schreibt. Erst danach kleidet er sich um und führt eine chirurgische Händedesin

Was war besonders ungünstig?

Trotz Information an das gesamte OP-Team erfolgte weder eine Desinfektion noch ein Able gen (!) der bereits benutzen Handschuhe vor einem erneuten Patientenkontakt. Dies ist beson ders gravierend im Hinblick auf eine mögliche Infektion mit Hepatitis C bei unklarem Infektionsstatus des vorhergehenden Patienten. Eigener Ratschlag (Take-Home-Message)?

Klare und unbedingte Einhaltung der hygienischen Vorschriften im OP! Bessere und klare Kommunikation in Bezug auf mögliche Infektionsquellen durch erkrankte Patienten! Wer berichtet? Arzt / Ärztin

Häufigkeit des Ereignisses? jede Woche Berufserfahrung: über 5 Jahre

HyKoMed

58

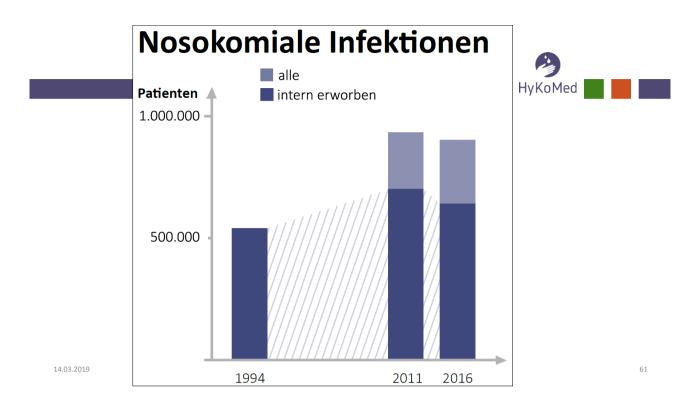




Von anderen lernen

Seite 59

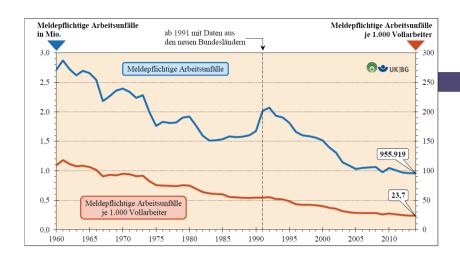
14.03.2019





Von anderen lernen – z.B. von der Unfallversicherung

14.03.2019 6



HyKoMed

Arbeitsschutz (DGUV): Vision Zero

"Wir reden mithin nicht darüber, wie wir in zehn Jahren die Zahl der Todesfälle um zwanzig Prozent senken können, sondern wir orientieren unsere Präventionsstrategie klar an der Vision Zero "

14.03.2019



Wenn Sie zurückschauen auf die Anfänge Ihrer Tätigkeit in der Hauptgeschäftsführung vor 20 Jahren und diese mit der heutigen Situation vergleichen, was hat sich im Bereich der Prävention oder ganz konkret auch in der arbeitsmedizinischen Forschung verändert? Vor zwanzig Jahren war an eine ehrgeizige Strategie wie die der Vision Zero nicht zu denken. Beim Weltkongress für Arbeitsschutz 2011 in Istanbul war die DGUV mit den Vortragsthemen Vision Zero und Return on Prevention der absolute Trendsetter. 2014 haben die damalige Bundesministerin Andrea Nahles und Guy Ryder, Generaldirektor der ILO mit ihren emotionalen Eröffnungen des

von der DGUV veranstalteten Weltkongresses in Frankfurt die Vision Zero zum Gesprächsthema der vier Tage gemacht.

2017 in Singapur war die Vision Zero Motto, Thema und inhaltlicher Schwerpunkt des ganzen Weltkongresses.

IPA-Journal 03/2018

Ähnlich:

- Strassenverkehr
- Flugverkehr
- Nuklearindustrie
- Feuerwehr
- Schifffahrt
- Lebensmittelindustrie



14.03.2019 65

Vision 0 Infektionen



Nicht morgen zu erreichen.

Nicht nur über Hygiene –

- neue Antibiotika,
- neue Therapien,
- neue Medizinprodukte
- Krankenhausbau
- **.**..

Eine Vision setzt Potential frei.

Infektionsfolgen-Versicherung

Ähnlich wie Unfallversicherung Bundesweit

Bei nosokomialen Todesfällen macht eine Aufsichtsperson (BG-Begriff, früher Technischer Aufsichtsbeamter) Ermittlungen

Folge bei Fehlern:

- Anordnung von Maßnahmen mit Prüfung der Umsetzung
- Auswirkung auf Versicherungsprämie

Derzeit zahlen Krankenhäuser schon pro Jahr und Patient 2.000 € an ihre Haftpflichtversicherungen.

Zunehmend Ausstieg aus Haftpflichtversicherung.

Seite 67



Von anderen lernen – z.B. von der Krebs-Community

Krebserkrankungen zählen immer als Todesursache in Statistik!

14.03.2019 6





Todesfälle bei nosokomialen Infektionen immer als Ursache in Statistik

Über § 6 IfSG oder über Totenscheine.

Diverser Regelungsbedarf, z.B. bzgl. "ungeklärte Todesursache".

Seite 69

Bürgerinnen und Bürger einbeziehen

Mehr Informationen und Aufklärung, z.B. in Schulen.

Angebot zu Screening an Bürgerinnen und Bürger – in Verbindung mit mehr Aufklärung.

Jeder sollte wissen dürfen, was er wissen will.

Zusammenfassung

- Viele Fortschritte seit 2011.
- Personalsituation Hygiene immer noch sehr unbefriedigend.
- Personalsituation ABS defizitär.
- Achtung bei Evaluierung des Hygieneförderprogramms!
- Neue Ansätze notwendig:
 - Infektionsfolgenversicherung,
 - Sterbe-Statistik.