

Das geänderte Infektionsschutzgesetz

Das Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) und weiterer Gesetze, welches seit 4. August 2011 gilt, konkretisiert die Verpflichtungen von medizinischen Einrichtungen zur Vermeidung nosokomialer Infektionen und Verbreitung resistenter Mikroorganismen. Es hat die Bundesländer verpflichtet, bis zum 31. März 2012 Hygieneverordnungen zu erlassen, in denen konkrete Vorgaben zur Umsetzung des Gesetzes enthalten sind (Minimalanforderungen). Die wichtigsten, die Infektionsprävention betreffenden Änderungen, sind im § 23 IfSG zu finden.

Die Einhaltung der geforderten Hygieneanforderungen wird vermutet, wenn die Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beachtet werden. Diese sind damit aber nicht gesetzlich verbindlich! In dieser KRINKO-Empfehlung wurde die Hygienebeauftragte in der Pflege (Link Nurse) neu eingeführt und hinsichtlich Qualifikation und Aufgaben definiert – analog dem Hygienebeauftragten Arzt.

Da derzeit als Krankenhaushygieniker nicht genügend Fachärzte für Hygiene und Umweltmedizin bzw. für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie zur Verfügung stehen, bietet die Bundesärztekammer im Konsens mit den einschlägigen medizinischen Fachgesellschaften für eine Übergangszeit eine strukturierte curriculare Fortbildung „Krankenhaushygiene“ an.

Was bringt das Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes?

Am 4. August 2011 ist das Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) und weitere Gesetze in Kraft getreten, mit bedeutsamen Auswirkungen auf alle medizinischen Einrichtungen. Wenngleich auch bisher schon Kliniken wie Arztpraxen und Heime verpflichtet waren, ihre Patienten mit größtmöglicher Sorgfalt auch im Hinblick auf die Vermeidung nosokomialer Infektionen zu behandeln, so zeigt die Erfahrung, dass dies leider nicht immer der Fall war. Deshalb konkretisieren die neu gefassten



Foto: plesfive – Fotolia.com

Formulierungen umfassend die entscheidenden Vorgaben, von den organisatorischen wie personellen Voraussetzungen über die Verpflichtung zur Beachtung geltender Normen und Empfehlungen bis hin zur Terminierung bis wann alle Bundesländer dies in einer detailliert beschriebenen Länderverordnung vorzugeben (31. März 2012) und bis wann die medizinischen Einrichtungen die organisatorischen und personellen Vorgaben umgesetzt haben müssen (31. Dezember 2016).

Das Wichtigste ist im neu formulierten § 23 IfSG zusammengefasst. Ergänzt wurde im Absatz 2 die als Folge des DART-Projekts (Deutsche Antibiotika-Resistenz-Strategie) neu zu berufene Kommission ART (Antiinfektiva, Resistenz und Therapie) und im Absatz 3 die Verpflichtung der Leiter der einzeln aufgelisteten medizinischen Einrichtungen, alle erforderlichen Maßnahmen zu treffen, um nosokomiale Infektionen und die Weiterverbreitung von Krankheitserregern zu vermeiden. Hierzu wird hervorgehoben, dass die Einhaltung des Standes der medizinischen Wissenschaft dann vermutet wird, wenn die jeweils veröffentlichten Empfehlungen der KRINKO und der Kommission ART beachtet worden sind. Dies hat vereinzelt zu der falschen Schlussfolgerung geführt, die KRINKO-Empfehlungen hätten jetzt quasi

Gesetzescharakter bekommen und wären 1:1 zu befolgen. Dass dem nicht so ist, kann man in der Begründung zum Gesetzesentwurf (Deutscher Bundestag, Drucksache 17/5178) nachlesen, wo auf Seite 18 ausgeführt wird: „Sie (Leiterinnen und Leiter der aufgezählten Einrichtungen) werden dazu verpflichtet, die Empfehlungen der KRINKO und der Kommission ART zu berücksichtigen. Die widerlegbare Vermutung lässt im Einzelfall ein Unterschreiten der Empfehlungen der KRINKO und der Kommission ART zu, etwa wenn nicht erfüllte baulich-funktionelle Voraussetzungen durch betrieblich-organisatorische Maßnahmen kompensiert werden können. Ein Überschreiten der Empfehlungen ist erforderlich, soweit diese objektiv nicht an den Stand der Wissenschaft angepasst sind. Die Vermutungswirkung entbindet die Adressaten nicht davon, den nach Erscheinen einer Empfehlung erfolgten wissenschaftlichen Fortschritt auch selbst zu verfolgen. Im Ergebnis muss eine dem Stand der Wissenschaft entsprechende Prävention von nosokomialen Infektionen und Krankheitserregern mit Resistenzen sichergestellt sein.“ Dies bedeutet, dass jede medizinische Einrichtung zunächst eigenverantwortlich in Abhängigkeit ihrer Patienten und ihres Leistungsspektrums die damit verbundenen Infektionsrisiken eruieren und darauf abgestimmt die erforderli-

chen Präventionsmaßnahmen festlegen muss. Hierfür sind die KRINKO-Empfehlungen eine zentrale Handlungsorientierung, von der aber unter Wahrung eines mindestens gleichwertigen Schutzniveaus nach oben wie nach unten abgewichen werden kann, was dann mit dem erforderlichen Sachverstand begründet zu dokumentieren ist. Daraus wird verständlich, dass entsprechend geschulte Hygienemitarbeiter in jeder Einrichtung verfügbar sein müssen deren Aufgabe es ist, aus der Vielzahl an Empfehlungen, Leit- und Richtlinien und anderer Normen das Erforderliche auszuwählen und einrichtungsspezifisch aufzuarbeiten.

Umsetzung der Verpflichtung zur Beschäftigung von Hygienemitarbeitern

Einen Vorschlag zur Organisation und personellen Ausgestaltung gibt die KRINKO-Empfehlung „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“ (www.rki.de → Infektionsschutz → Krankenhaushygiene → Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention), in der die verschiedenen Mitarbeiter eines Hygieneteams wie folgt definiert sind.

Ärztlicherseits wird unterschieden zwischen der/dem Hygienebeauftragte/n Ärztin/Arzt und der/dem Krankenhaushygieniker/in und seitens der Pflege zwischen der/dem Hygienebeauftragten in der Pflege (Link Nurse) und dem/der Fachgesundheits- und Krankenpfleger/-pflegerin für Hygiene und Infektionsprävention – Hygienefachkraft (HFK).

Das Berufsbild der Hygienefachkraft gibt es im Bereich der Pflege bereits seit 1976, jetzt ergänzt um die neu eingeführte sogenannte Link Nurse. Die Aufgabe dieser zusätzlichen Hygienemitarbeiterin ist, in ihrem Wirkungsbereich dafür zu sorgen, dass die Regelungen und Vorgaben zur Vermeidung von Keimübertragungen und der Entstehung nosokomialer Infektionen allen Mitarbeitern bekannt sind und darauf zu achten, dass sie auch konsequent angewendet werden. Die Qualifizierung obliegt im Pflegebereich der Bayerischen Krankenhausgesellschaft (BKG), die zur Sicherstellung des jetzt gesetzlich vorgeschriebenen Bedarfs an HFK und Link Nurses eine bayernweite Arbeitsgruppe gebildet hat, die ein Curriculum für eine entsprechende Weiterbildung erstellt. Näheres hierzu unter www.bik-beratung.de. Am Klinikum Nürnberg erfolgt die Umsetzung modular mit einem Modul 1, welches mit der Qualifikation zur Link Nurse abschließt und darauf aufbauend einem Modul 2, welches zur HFK qualifiziert.

Im ärztlichen Bereich existieren im Rahmen der Weiterbildung die beiden Facharztbezeichnungen „Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie“ und „Hygiene und Umweltmedizin“, die nach der KRINKO-Empfehlung von 2009 – in Fortführung der seit 1976 geltenden Regelung – und in Übereinstimmung mit der Muster-Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer (M-WBO) jeder für sich zum „Krankenhaushygieniker“ qualifizieren (Tabelle 1). Im Text der KRINKO-Empfehlung heißt es dazu: „Zweifellos sind diese Anforderungen Inhalte der Weiterbildungen zur/zum Fachärztin/Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin sowie für Mikrobiologie, Virologie und

Infektionsepidemiologie.“ Zwar gibt es in allen Bundesländern seit Jahren bereits Kurse zum/ zur „Hygienebeauftragten Arzt/Hygienebeauftragten Ärztin“, die klinische Kolleginnen und Kollegen für diese Aufgabe fortbilden, doch wurde auch deren Qualifizierung, Aufgaben und Arbeitsbedingungen in dieser Empfehlung konkretisiert (Tabelle 2).

Während es bei den Hygienebeauftragten Ärzten sicherzustellen gilt, dass diese vor der Beauftragung den Qualifizierungskurs absolviert haben und die Voraussetzungen zur Aufgabenerfüllung vertraglich geregelt sind, war bei dem definierten Bedarf an Krankenhaushygienikern klar, dass es hierfür aktuell nicht genügend Fachärzte der beiden genannten Fachrichtungen gibt. Deshalb haben sich die medizinischen Fachgesellschaften auf dem Gebiet Hygiene (Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie, DGHM; Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene, DGKH; Gesellschaft für Hygiene, Umweltmedizin und Präventivmedizin, GHUP) mit der Bundesärztekammer (BÄK) unter Einbeziehung der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie (DGI) darauf verständigt, eine strukturierte, curriculare Fortbildung zu kreieren, die es für eine Übergangszeit (Überprüfung für 2016 vorgesehen) klinischen Fachärztinnen/ Fachärzten (einschließlich Allgemeinmedizin, nicht aber eher theoretischer Fächer wie zum Beispiel Pathologie) ermöglichen soll, sich für „Krankenhaushygiene“ zu qualifizieren, um diese Aufgabe in kleineren Krankenhäusern (bis zirka 400 Betten) in Ermangelung klassischer Krankenhaushygieniker wahrzunehmen. Auch hier wurde der modulare Aufbau gewählt mit einem Modul 1 mit 40 Stunden, welches zum Hygienebeauftragten Arzt qualifiziert und darauf aufbauend fünf weiteren Modulen, die alle wesentlichen Themenbereiche abdecken, die für die Aufgabe „Krankenhaushygiene“ erforderlich sind (siehe Seite 177, Strukturierte Curriculare Fortbildung „Krankenhaushygiene“ – BÄK). Die Fortbildungsschiene wurde anstelle einer Zusatzweiterbildung gewählt, um möglichst schnell die gesetzlichen Anforderungen erfüllen zu können und um deutlich zu machen, dass es sich um eine zeitlich befristete Übergangsregelung handeln soll. Der Umfang der fünf Aufbaumodule umfasst 160 Stunden mit zusätzlichen Praktikumszeiten, die im Sinne eines Mentorings koordiniert und begleitet werden von einem Facharzt der Bereiche Mikrobi-

Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention

Die Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene werden offiziell in der Zeitschrift *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* veröffentlicht. Die Vorabveröffentlichung neuer und geänderter Empfehlungen der Kommission auf den Internetseiten des Robert Koch-Instituts dient der schnelleren Information. Die neuen Empfehlungen ersetzen ältere erst mit der Veröffentlichung im Bundesgesundheitsblatt.

Die Empfehlungen finden Sie unter: www.rki.de → Infektionsschutz → Krankenhaushygiene → Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention

Krankenhausthygieniker/-in	
Voraussetzung	<ul style="list-style-type: none"> – Approbierte/r Humanmedizinerin/-mediziner – Facharztausbildung mit Nachweis der Fähigkeit zur Erfüllung der nachfolgend aufgeführten Aufgaben
Aufgaben	<p>Betrieblich-organisatorisch</p> <ul style="list-style-type: none"> – Fortlaufende Analyse wissenschaftlicher Erkenntnisse zur Infektionsprävention sowie internationaler, bundes- und landesspezifischer Regelungen, Normen und Gesetze und Umsetzung dieser Erkenntnisse in die hygienischen Strukturen und Prozesse vor Ort (praktisch-anwendungsorientiertes Wissensmanagement, Wissenstransfer) – Beratung der Krankenhausleitung in allen Fragen der Krankenhaushygiene und Infektionsprävention – Surveillance (Umsetzung des § 23 Absatz 4 IfSG) – Surveillance (ausgewählter) nosokomialer Infektionen – Surveillance von Erregern mit besonderen Resistenzen (einschließlich der Bewertung und Implementierung von Konsequenzen) – Rückkopplung der Ergebnisse und Analysen an die Funktionseinheiten (einschließlich Erarbeitung von Präventionszielen) – Erstellung eines Hygieneplans gemäß § 23 Absatz 5 IfSG – Supervision aller von anderen Mitgliedern des Hygieneteams erstellten Arbeitsanweisungen (wie Aufbereitungs-, Reinigungs- und Desinfektionspläne) – Erarbeitung einrichtungsspezifischer Präventionsstrategien und Beratung bei der Implementierung <ul style="list-style-type: none"> – bei endemischen und epidemisch auftretenden Infektionen – zur Prävention und Kontrolle Antibiotika-resistenter Infektionserreger – Vermittlung internationaler, bundes- und landesspezifischer Regelungen – Kommunikationspartner bzw. Schnittstelle zu Aufsichtsbehörden (ÖGD) – Krankenhaushygienische Aus- und Fortbildung der Mitarbeiter – Leitung des Hygieneteams – Beratung bei <ul style="list-style-type: none"> – Hygienemaßnahmen zur Infektionsprävention (Systemaspekte: Einrichtungs-, Abteilungs- und Funktionsebene) – hygienischen Aspekten von SOP (standard operating procedures)/SAA (Standardarbeitsanweisungen) zu invasiven medizinischen Maßnahmen bzw. Pflorgetechniken – der mikrobiologischen Diagnostik (gegebenenfalls organisatorisch getrennt) – Erfassung und Bewertung mikrobiologischer Befunde zwecks Surveillance oder Festlegung von krankenhaushygienischen Schutzmaßnahmen – allgemeiner und spezieller antimikrobieller Therapie (gegebenenfalls organisatorisch getrennt) – allgemeinen Aspekten der antimikrobiellen Strategie bezüglich Therapie (gegebenenfalls organisatorisch getrennt) – Auditierung, Ortsbegehung – Begehung vor Ort (auch anlassbezogen) – Auditierung unterschiedlicher Bereiche im Hinblick auf infektionspräventive Maßnahmen (Hygieneaudit) – Mitarbeit bei der Erstellung von Berichten (zum Beispiel Jahresbericht) – Begutachtung und Beratung im Rahmen der Beschaffung und Aufbereitung von Medizinprodukten, Materialien und Einrichtungsgegenständen – Ausbruchs- und Krisenmanagement – Erarbeitung von einrichtungsspezifischen Algorithmen zur Erkennung und Kontrolle von Clustern/Ausbrüchen/Ausbruchsrissen – Moderation und Kommunikation im Rahmen von Ausbruchs- und Krisenmanagement, gegebenenfalls Öffentlichkeitsarbeit <p>Baulich-funktionell</p> <ul style="list-style-type: none"> – Hygienische Beratung bei der Bauplanung, Bauausführung und dem Betrieb von hygienerelevanten Gewerken (Wasser/Abwasser, Abfall, Raumluft- und Klimatechnik) <p>Interdisziplinäre Zusammenarbeit</p> <ul style="list-style-type: none"> – Beratung bei individuellen Fragestellungen zur Prävention und der Behandlung von Infektionen – Wahrnehmung einer Schnittstellenfunktion für die Anforderungen an die Hygiene bei der Lebensmittelversorgung und ihre Qualität in der Speisenversorgung von Patientinnen und Patienten – Beteiligung an lokalen Arbeitsgruppen bzw. Kommissionen (in Abhängigkeit von den lokalen Strukturen, zum Beispiel Hygiene-, Arzneimittel-, Einmalartikel-, Arbeitsschutz-, Umweltschutz-, Transfusionskommission oder Ähnliches) – Beteiligung an externen Netzwerken (zum Beispiel kommunale oder überregionale MRSA-Netzwerke) <p>Hygienisch-mikrobiologische Untersuchungen</p> <ul style="list-style-type: none"> – Festlegung, Analyse und Beurteilung hygienisch-mikrobiologischer Untersuchungen – Hausinterne Regelung von Sterilitätsprüfungen sowie Qualitätsuntersuchungen im Rahmen der Eigenherstellung von Arzneimitteln (Apotheke) und Spendermaterialien (Eigenblut, Stammzellen, Hornhaut), wenn diese in der Einrichtung durchgeführt werden – gezielte Umgebungsuntersuchungen bei Ausbrüchen, gegebenenfalls in Verbindung mit genotypischen Identifizierungsverfahren

Tabelle 1: Qualifikationen und Aufgaben des/der Krankenhaushygienikers/-in (KRINKO).

Quelle: Bundesgesundheitsblatt 2009; 52: 951-962

Hygienebeauftragte Ärztinnen und Ärzte	
Voraussetzung	<ul style="list-style-type: none"> – Facharztqualifikation im klinischen Zuständigkeitsbereich. – Facharzt/Fachärztin mit Weisungsbefugnis.
Aufgaben	<p>Betrieblich-organisatorisch</p> <ul style="list-style-type: none"> – Vermittlung von Entscheidungen aus der Hygienekommission in ihre Bereiche. – Bindeglied zwischen dem Behandlungs- und dem Hygieneteam. – Mitglied der Hygienekommission. – Mitarbeit in speziellen Arbeitsgruppen zu Fragen der Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (Mitsprache bei der Erarbeitung von Standards). <p>Abteilungs-/bereichsbezogene Unterstützung des Hygienefachpersonals</p> <ul style="list-style-type: none"> – bei der Analyse der bereichsspezifischen Infektionsrisiken; – beim Erstellen des bereichsspezifischen Hygieneplans; – bei der Fortbildung des Personals im Bereich Krankenhaushygiene und Infektionsprävention; – bei der Durchführung der Infektionssurveillance im Zuständigkeitsbereich (Erreichen eines Konsenses über die erfassten Ereignisse). <p>Optimierung des Antibiotikagebrauchs</p> <p>Im seinem/ihrer medizinischen Verantwortungsbereich trägt der/die Hygienebeauftragte Arzt/Ärztin dazu bei, den Einsatz von Antibiotika in Zusammenarbeit mit der klinisch medizinischen Mikrobiologie und der klinischen Infektiologie auf der Basis von patientenspezifischen Aspekten, Surveillance- und Resistenzdaten zu optimieren.</p> <p>Ausbruchsmangement</p> <ul style="list-style-type: none"> – Zeitnahes Erkennen und Melden von Infektionsausbrüchen (schon bei begründetem Verdacht) an die ärztliche Leitung, das Hygienefachpersonal und gegebenenfalls das Gesundheitsamt. – Verantwortlich für die Abklärung infektiöser Komplikationen. – Einleiten von Gegenmaßnahmen in enger Abstimmung mit den übrigen Hygienemitarbeiter/-innen. – Mitwirkung beim Ausbruchsmangement (Mitglied des Ausbruchsteams).

Tabelle 2: Qualifikationen und Aufgaben der Hygienebeauftragten Ärztinnen und Ärzte (KRINKO).

für einen selbst. Die individuelle Verantwortung soll gestärkt werden. Um richtig aber auch angemessen agieren zu können, müssen die Risiken erkannt werden und die notwendigen Präventionsmaßnahmen bekannt sein – bezogen auf die individuelle Einrichtung und deren Patienten. Dies setzt infektiologische Sachkenntnis voraus, die ärztlicherseits über den Krankenhaushygieniker und pflegeseitig über die HFK sichergestellt werden sollen. Der Hygienebeauftragte Arzt bzw. die Link Nurse haben demgegenüber die Aufgabe, in der täglichen Routine die Kenntnis und Befolgung der Vorgaben und Handlungsanweisungen im eigenen Tätigkeitsbereich sicherzustellen. In kleineren Einrichtungen oder solchen mit einem niedrigeren Risikoprofil (zum Beispiel Einzelpraxen, psychosomatische Einrichtungen, Kurkliniken) werden diese Qualifizierungen ausreichen, in anderen wird eine zeitweise Beratung durch einen Krankenhaushygieniker bzw. eine HFK sinnvoll sein. Große Kliniken (über 400 Betten) sind gehalten, alle Qualifizierungen hauptamtlich vorzuhalten. Wenn auch im neuen § 23 IfSG im Absatz 3 unverständlicher Weise die Heime fehlen und im Absatz 5 auch noch die Arztpraxen und Praxen sonstiger medizinischer Heilberufe ausgeklammert wurden, bedeutet dies keine Freistellung von der Verantwortung und damit einer Handlungsverpflichtung. Für die Arztpraxen und Praxen sonstiger medizinischer Heilberufe gilt der als übergeordnet zu betrachtende Absatz 3 gleichermaßen und somit ist dem jeweiligen Praxisinhaber freigestellt, wie er die notwendigen Regelungen bei sich sicherstellt, nicht jedoch, ob er dies tut!

logie, Virologie und Infektionsepidemiologie bzw. Hygiene und Umweltmedizin mit einer Weiterbildungsbefugnis und einer mindestens zweijährigen eigenverantwortlichen Tätigkeit als Krankenhaushygieniker. Das Mentoring soll sich über eine Dauer von zwei Jahren erstrecken, am Ende soll eine Prüfung bei der jeweiligen Landesärztekammer erfolgen, sofern eine entsprechende Rechtsgrundlage vorliegt.

Die DGHM bietet bereits seit 2009 Fortbildungsmodule an, um vornehmlich Fachärzte für Mikrobiologie, Virologie und Infektions-epidemiologie in den wichtigsten Bereichen der praktischen Krankenhaushygiene vertiefend fortzubilden. Diese Kurse werden jedoch bereits jetzt in einem hohen Prozentsatz von klinischen Kolleginnen und Kollegen besucht, sodass es für die DGHM nahelag, die bereits existierenden Kurse den neuen Inhalten des Curriculums der BÄK anzupassen und künftig an mehreren Orten anzubieten (www.dghm.org/krankenhaushygieneinfektionspraevention/index.html).

Derartige Kurse werden künftig auch innerhalb Bayerns angeboten, über die Bayerische Landesärztekammer (BLÄK) koordiniert und in der bewährten Form des Blended Learnings an verschiedenen Orten abgehalten. Ort, Zeit und Thema der in Bayern angebotenen Fortbildungskurse sind über die Homepage der BLÄK www.blaek.de zu erfahren und können auch dort gebucht werden. Kurse die außerhalb Bayerns absolviert wurden, werden anerkannt, wenn sie den Vorgaben des Curriculums der BÄK genügen.

Auswirkungen auf die medizinischen Einrichtungen

Das vornehmliche Ziel dieser Neufassung ist, jedem, der im Rahmen seiner medizinischen Tätigkeiten Hand an einen Patienten legt ins Bewusstsein zu rufen, dass daraus für den Patienten ein Infektionsrisiko oder die Gefahr einer Keimübertragung resultieren kann und umgekehrt möglicherweise auch eine Gefährdung

Strukturierte Curriculare Fortbildung „Krankenhaushygiene“ (BÄK)

Modul I	Grundkurs; dient auch dem Erwerb der Qualifikation „Hygienebeauftragter Arzt/Hygienebeauftragte Ärztin“ (40 Stunden)
Modul II	Organisation der Hygiene (32 Stunden)
Modul III	Grundlagen der Mikrobiologie (32 Stunden)
Modul IV	Bauliche und technische Hygiene (32 Stunden)
Modul V	Gezielte Präventionsmaßnahmen (32 Stunden)
Modul VI	Qualitätssichernde Maßnahmen, Ausbruchsmangement (32 Stunden)



Foto: Tyler Olson – Fotolia.com

Modul I: Grundkurs (40 Stunden)

- » Gesetzliche und normative Regelungen zur Krankenhaushygiene
- » Hygienemanagement und Aufgaben des Hygienefachpersonals
- » Nosokomiale Infektionen (klinische, mikrobiologische und epidemiologische Grundlagen)
- » Surveillance von nosokomialen Infektionen
- » Grundlagen der mikrobiologischen Diagnostik (Antibiotic Stewardship)
- » Resistenztestung
- » Grundlagen der rationalen Antibiotikatherapie in Klinik und Praxis (Antibiotic Stewardship)
- » Ausbruchmanagement
- » Hygienemaßnahmen beim Umgang mit infektiösen Patienten
- » Krankenhaushygienische Begehungen, Analysen und Umgebungsuntersuchungen
- » Verfahrensweisen zur Prävention von nosokomialen Infektionen (ärztlich, pflegerisch, technisch)
- » Hygieneanforderungen in verschiedenen Funktions- und Risikobereichen (zum Beispiel Operation, Endoskopie, Dialyse)
- » Händehygiene
- » Haut-, Schleimhaut- und Wundantiseptik
- » Aufbereitung von Medizinprodukten, Desinfektion, Sterilisation
- » Schutzkleidung und -ausrüstung
- » Anforderungen an Krankenhauswäsche
- » Lebensmittel- und Küchenhygiene
- » Hygieneanforderungen an die Wasserversorgung, Trinkbrunnen, Bäder und anderes
- » Anforderungen an bauliche und technische Ausstattungen zur Prävention nosokomialer Infektionen
- » Anforderungen an die Entsorgung (Abfälle, Abwasser)

Modul II: Organisation der Hygiene (32 Stunden)

- » Erarbeitung einrichtungsspezifischer Präventionsstrategien und Beratung bei der Implementierung
- » Kommunikationspartner bzw. Schnittstelle zu den Aufsichtsbehörden (Öffentlicher Gesundheitsdienst)
- » Hygienische Aspekte von SOP (standard operating procedures)/SAA (Standardarbeitsanweisungen) zu invasiven medizinischen Maßnahmen bzw. Pflorgetechniken
- » Kommunikationsstrategien
- » Erstellung eines Hygieneplans gemäß § 23 IfSG
- » Begehung vor Ort (auch anlassbezogen)
- » Auditierung unterschiedlicher Bereiche im Hinblick auf infektionspräventive Maßnahmen (Hygieneaudit)
- » Hygienisch mikrobiologische Untersuchungen

Modul III: Grundlagen der Mikrobiologie (32 Stunden)

- » Mikrobiologische Diagnostik
- » Erfassung und Bewertung mikrobiologischer Befunde zwecks Surveillance oder Festlegung von krankenhaushygienischen Schutzmaßnahmen
- » allgemeine Aspekte (zum Beispiel Resistenzselektion) zur antimikrobiellen Strategie
- » Erreger von Infektionen und ihre Übertragungswege
- » Standardpräventionsmaßnahmen, Kontaktübertragung; Tröpfcheninfektion und Airborne Infection

Modul IV: Bauliche und technische Hygiene (32 Stunden)

- » Desinfektion, Sterilisation, Antiseptik
- » Begutachtung und Beratung im Rahmen

der Beschaffung und Aufbereitung von Medizinprodukten, Materialien und Einrichtungsgegenständen

- » Hygienische Beratung bei der Bauplanung, Bauausführung und dem Betrieb von hygiene relevanten Gewerken (Wasser/Abwasser, Abfall, Raumluft- und Klimatechnik)

Modul V: Gezielte Präventionsmaßnahmen (32 Stunden)

- » Prävention und Kontrolle Antibiotikaresistenter Infektionserreger
- » Hygienemaßnahmen zur Infektionsprävention (Wundinfektionen, Pneumonie, Sepsis, Harnwegsinfektionen)
- » Hygienische Aspekte von SOP (standard operating procedures)/SAA (Standardarbeitsanweisungen) zu invasiven medizinischen Maßnahmen bzw. Pflorgetechniken

Modul VI: Qualitätssichernde Maßnahmen Ausbruchmanagement (32 Stunden)

- » Fortlaufende Analyse wissenschaftlicher Erkenntnisse zur Infektionsprävention sowie internationaler, bundes- und landesspezifischer Regelungen, Normen und Gesetze; Umsetzung dieser Erkenntnisse in die hygienischen Strukturen und Prozesse vor Ort (praktisch-anwendungsorientiertes Wissensmanagement, Wissenstransfer)
- » Surveillance – Umsetzung des § 23 IfSG (4); Surveillance (ausgewählter) nosokomialer Infektionen; Surveillance von Erregern mit besonderen Resistenzen (einschließlich der Bewertung und Implementierung von Konsequenzen); Rückkopplung der Ergebnisse und Analysen an die Funktionseinheiten (einschließlich Erarbeitung von Präventionszielen)
- » Endemisch und epidemisch auftretende Infektionen
- » Kommunikationspartner bzw. Schnittstelle zu den Aufsichtsbehörden (Öffentlicher Gesundheitsdienst)
- » Ausbruchs- und Krisenmanagement einschließlich Moderation und Kommunikation
- » Erarbeitung von einrichtungsspezifischen Algorithmen zur Erkennung und Kontrolle von Clustern/Ausbrüchen/Ausbruchsrisiken

Autor



Privatdozent Dr. Dr. med. habil. Heinz-Michael Just, Institut für Klinikhygiene, Medizinische Mikrobiologie und Klinische Infektiologie, Klinikum Nürnberg, 90340 Nürnberg