

Hygiene: Alles in Butter

Hygiene: Everything is Hunky-Dory

Autor

A. Mainz

Institut

Niedergelassener hausärztlicher Internist, Gemeinschaftspraxis, Korbach

Schlüsselwörter

- Hygiene
- Infektionsschutz
- Arbeitsschutz

Key words

- hygiene
- prevention of infection
- health and safety protection at the workplace

Zusammenfassung



Hintergrund: In der griechischen Mythologie galt Hygeia als die Göttin der Gesundheit. Sie wurde verehrt und ihre Botschaften über die Prävention von Infektionen wurden beachtet. Heutzutage drohen diese Botschaften verloren zu gehen, weil die Kluft zwischen Vorschriften und deren Akzeptanz durch die Ärzte immer tiefer wird.

Methoden: Berücksichtigt werden die gesetzlichen Vorgaben ebenso wie die Erfordernisse des Praxisalltags.

Ergebnisse: Im Text wird beschrieben, wie es in der ärztlichen Praxis gelingen kann, bei Themen wie Desinfektion, Infektionsschutz, Sterilisation und Entsorgung eine moderne Symbiose zu leben.

Schlussfolgerung: Im Haus des Allgemeinmediziners ist die Hygiene auch nur ein Baustein. Nicht mehr, nicht weniger.

Abstract



Background: In the greek mythology Hygeia was the goddess of health. She was admired and her messages about prevention of infectious diseases were observed. Nowadays these messages are about to get lost, because the rift between the rules and their acceptance by the doctors is getting deeper.

Methods: Legal issues as well as the necessities of our workaday world are taken into account.

Results: This article will illustrate on the basis of the items disinfection, prevention of infection, sterilization and disposal methods, how a modern symbiosis can be put into practice.

Conclusion: All in all, in the doctor's house the issue hygiene is only just another brick in the wall. Nothing more, nothing less.

Peer reviewed article

eingereicht: 07.12.2007

akzeptiert: 21.01.2008

Bibliografie

DOI 10.1055/s-2008-1042441

Online-Publikation: 2008

Z Allg Med 2008; 84: 104–108

© Georg Thieme Verlag KG

Stuttgart · New York

ISSN 1433-6251

Korrespondenzadresse

Dr. A. MainzNiedergelassener
hausärztlicher Internist
Gemeinschaftspraxis

Am Berndorfer Tor 5

Korbach 34497

dr.mainz@t-online.de

Vorbemerkung: In dem folgenden Text werden unter Berücksichtigung der wichtigsten Rechtsvorschriften und Regelwerke zum Thema „Hygiene in der Arztpraxis“ Wege beschrieben, wie sie sinnvoll umgesetzt werden können. Auszüge aus diesen verbindlichen Vorschriften werden abschnittsweise in unterlegten Textkästen zitiert. Weitere Details und Hintergrundinformationen sind über die angegebenen Literaturstellen/Internetadressen erhältlich.

„Nur nicht mehr so viele Nächte wie diese“, denkt Dr. Mogonti¹, als sie morgens um kurz nach halb acht die Tür zum Nebeneingang ihrer Praxis aufschließt. Müde und missmutig stellt sie ihre Arzttasche ab. Dabei fällt ihr Blick auf die kleine gelbe Plastikbox, die aus der offenen Außenta-

sche ragt. Ihre Miene hellt sich auf. Immerhin hatte der Gebrauch dieser Box – die vor drei Wochen in dem hübsch dekorierten Geschenkkorb ihrer Mitarbeiterinnen zu ihrem 55. Geburtstag gelegen hatte – heute Nacht bei den Rettungssanitätern anerkennende Blicke hervorgerufen. Was war geschehen? Wie immer ging alles recht schnell: Anruf nachts um halb drei. Ein alleinstehender Rentner klagt über starke Schmerzen in der Brust. Also Hausbesuch. Dort erhärtet sich der Verdacht auf einen Herzinfarkt. Notarzt anfordern, Zugang legen und ASS i.v. geben. Der Kreislauf blieb stabil. Gemeinsam wartete man auf das Rettungswagen-Team.

Die Nadel der Venenverweilkanüle hatte Dr. Mogonti in dem mitgeführten, bruchfesten Kanülenabwurfbehälter – genau darum handelte es sich nämlich bei der gelben Box – entsorgt. Die Mitarbeiterinnen waren vor kurzem bei einer

¹Jede Ähnlichkeit mit lebenden oder verstorbenen Personen ist rein zufällig und unbeabsichtigt.

Fortbildung über Hygiene dazu angeregt worden, diese Behälter für die Hausbesuchstaschen anzuschaffen. Immerhin hatte der Fachdienst Infektionsschutz und Umweltmedizin des Lahn-Dill-Kreises in Hessen im Mai 2007 dazu aufgefordert, die Rate von Verletzungen von Rettungsmitarbeitern mit kontaminiertem Material dadurch zu reduzieren, dass benutzte scharfe Gegenstände bei Notfallpatienten fachgerecht entsorgt würden [1].

„Infektionsschutz, Arbeitsschutz, Hygiene“: Das waren Begriffe, die bis vor Kurzem noch regelmäßig Unsicherheit und Abwehr bei Dr. Mogonti ausgelöst hatten. Erst als der neue Kollege in der hausärztlichen Gemeinschaftspraxis es nicht bei der Anregung beließ, sondern eines Tages einen Rundgang durch die Praxis mit dem gesamten Team organisierte, waren ihre Vorbehalte deutlich geschwunden. Sie war verblüfft, wie die Praxis mit einfachen Mitteln den Schutz vor Ansteckungen verbessern konnte. Und allen war klar geworden, dass Selbstschutz und Fremdschutz die beiden Seiten der gleichen Münze waren!

In der Zwischenzeit hatte sich Dr. Mogonti umgezogen und ihre Zivilkleidung hing nun an einem separaten Wandhaken. Bei der gemeinsamen Begehung der eigenen Praxis waren alle im Team belustigt gewesen, dass im Zusammenhang mit dem Begriff der „Schwarz-Weiß-Kleidertrennung“ die Zivilkleidung als „weiß“, ihre weiße Arbeitskleidung aber als „schwarz“ bezeichnet wurde. Wie auch immer: Sie hatten gelernt, dass nach der neuen Arbeitsstättenverordnung verschließbare Schränke in einer Hausarzt-Praxis nicht (mehr) ausdrücklich verlangt werden. Hakenleisten für eine getrennte Aufbewahrung in der Umkleidekabine sind ausreichend.

- ▶ Anhang zur Arbeitsstättenverordnung 4.1 (3): „...Kleiderschränke für Arbeitskleidung und Schutzkleidung sind von Kleiderschränken für persönliche Kleidung und Gegenstände zu trennen, wenn Umstände dies erfordern“ [2].
- ▶ Arbeitsstättenverordnung §3 (3) „... Bei der Beurteilung sind die Belange der kleineren Betriebe besonders zu berücksichtigen“ [2].

Dr. Mogonti begrüßt ihre Mitarbeiterinnen an der Anmeldung. Einige von ihnen befinden sich schon bei den morgendlichen Blutabnahmen. Es hatte etwas Mühe gekostet, sie davon zu überzeugen, dass das Tragen von Ringen, Uhren und Handschmuck die eigene Sicherheit gefährdet. Doch die Argumente leuchteten schließlich ein: Durch scharfe Ecken und Kanten wird einerseits die Dichtigkeit von Einmalhandschuhen in Frage gestellt und andererseits die Wirksamkeit der Händedesinfektion vermindert. Das Tragen von Handschuhen ist mittlerweile zur Routine geworden. Ausschlaggebend war letztendlich die Tatsache gewesen, dass diese „zweite Haut“ bei einer Nadelstichverletzung einen beträchtlichen Teil von potentiell infektiösem Blut zurückhalten kann.

- ▶ Technische Regel für Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege (TRBA 250) 4.1.2.6
„Bei Tätigkeiten, die eine hygienische Händedesinfektion erfordern, dürfen an Händen und Unterarmen keine Schmuckstücke, Uhren und Eheringe getragen werden“ [3].

Dr. Mogonti erinnert sich noch gut daran, wie es im letzten Jahr vorübergehend Ärger gegeben hatte, weil das Gesundheitsamt zunächst darauf bestand, dass die Arbeitskleidung in einer Wäscherei gewaschen werden sollte. Bei einem gemeinsamen Gespräch einigte man sich jedoch darauf, dass die in der Hausarztpraxis benutzte Berufskleidung – in ausreichend widerstandsfähigen und dichten Behältern (Plastiktüte) gesammelt und/oder transportiert – in den heimischen Haushaltswaschmaschinen bei mindestens 60 °C gewaschen werden kann.

- ▶ Anlage zu den Ziffern 4.4.3 und 6.4 der Richtlinie für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention. Anforderungen der Hygiene an die Wäsche aus Einrichtungen des Gesundheitsdienstes, ...
„Wäsche aus Einrichtungen des Gesundheitsdienstes kann sowohl in eigenen als auch in gewerblichen Wäschereien gewaschen werden...“ [4].
- ▶ TRBA 250 7.2.1.2
„Die Forderung ... wird z.B. erfüllt, wenn die benutzte Wäsche in
 - Textilsäcken aus einem Material von mindestens 22 g/m², dessen Kett- und Schussystem bei dichter Einstellung möglichst ausgeglichen ist, oder
 - Kunststoffsäcken, z.B. Polyethylensäcken von mindestens 0,08 mm Wandstärke eingesammelt wird“ [3].

An einem Wandhaken im Labor hängt die Schutzkleidung für die Mitarbeiterinnen: Abwaschbare Schürze, Augen- und Mundschutz. Heute Vormittag steht wieder eine Zytostatika-Infusion auf dem Sprechstundenplan. Und schließlich sollen die Mitarbeiterinnen vor Kontamination bzw. Aerosol-Aufnahme geschützt werden. So wird beispielsweise die Schürze nach jeder Benutzung gereinigt und desinfiziert.

- ▶ TRBA 250 4.1.2.5
„Getragene Schutzkleidung ist von anderer Kleidung getrennt aufzubewahren. ...“
- ▶ TRBA 250 4.1.3.1
„Der Arbeitgeber... ist verantwortlich für deren regelmäßige Desinfektion, Reinigung und gegebenenfalls Instandhaltung der Schutzausrüstungen ...“ [3].

Direkt neben der Schürze steht der kipp sichere Abfalleimer. Hoch und breit genug, damit die Mitarbeiterinnen ohne akrobatische Verrenkungen die anfallenden Materialien entsorgen können. Und selbstverständlich mit einem Fußpedal versehen, damit eine handberührungsfreie Bedienung möglich ist. Eine besondere Form der Entsorgung ist für die Abfälle aus einer Hausarztpraxis nicht vorgeschrieben. Das heißt, dass sämtlicher Abfall in die gewöhnliche Hausmülltonne wandern kann.

- ▶ Richtlinie über die ordnungsgemäße Entsorgung von Abfällen aus Einrichtungen des Gesundheitsdienstes 2.
„...Soweit bei Anfallstellen mit geringem Abfallaufkommen (z.B. kleine Arzt-, ...praxen,...) die nicht besonders überwachtungsbedürftigen Abfälle im Rahmen der regelmäßigen Restabfallabfuhr des öffentlich-rechtlichen Entsorgungsträgers diesem zur Beseitigung überlassen werden, ist eine besondere Zuordnung zu einem Abfallschlüssel des Europäischen Abfallverzeichnis nicht erforderlich“ [5].

Allerdings gibt es zwei Ausnahmen:

- a) Von zytotoxischen und zytostatischen Arzneimittel sind sowohl Trockensubstanzen wie z.B. Tabletten als auch Flüssigkeitsmengen von mehr als 20 ml der Sonderabfallverbrennung zuzuführen. Aufgebrauchte Ampullen mit kleinen Restmengen oder benutzte Infusionssysteme können allerdings weiterhin dem normalen Restmüll zugeführt werden.
- b) Mikrobiologische Kulturen (z.B. Uricult) sind ebenfalls entweder der Sonderabfallverbrennung zuzuführen oder vor der Entsorgung über den normalen Hausmüll zu sterilisieren; eine chemische Desinfektion sollte nur in Ausnahmefällen erfolgen.

► ebenda 2.1.1.

„...In jedem Falle zählen zu diesen Abfällen alle nicht inaktivierten/desinfizierten mikrobiologischen Kulturen, die z.B. in ... Arztpraxen ... anfallen und bei denen eine Vermehrung jeglicher Art von Krankheitserregern stattgefunden hat“ [5].

Dr. Mogontis Blick fällt auf den Kanülenabwurfbehälter auf der Arbeitsfläche neben der Spüle. Zu dumm, dass sie hin und wieder feststellen muss, dass zwischen Wissen und Handeln eine Lücke klafft. Das Behältnis für die gebrauchten Kanülen ist zu mehr als zwei Drittel gefüllt. Aber dadurch steigt das Risiko für eine Nadelstichverletzung enorm! Denn wie leicht stellt sich eine entsorgte Nadel in dem Behälter auf und ragt mit der kontaminierten Spitze nach oben. Und beim nächsten Kanülenabwurf droht eine Kanülenstichverletzung. Gewiss, allen Mitarbeiterinnen wurde eine Impfung gegen Hepatitis B angeboten. Aber es gibt ja auch noch Hepatitis C. Und es gibt AIDS. Und wer kann nach BSE noch ausschließen, dass weitere, derzeit noch unbekannte Erreger im Blut vorhanden sind? Dr. Mogonti greift sich einen Notizzettel und notiert: „Nächste Teambesprechung – Kanülenabwurfbehälter ansprechen“. Es müsste doch möglich sein, alle im Team zu motivieren, die Behälter bereits beim Erreichen der 2/3-Füllung zu entsorgen! Vor allem die vom Praxisteam für zwei Jahre ernannte „Hygienebeauftragte“ könnte sich bei diesem Qualitätsprojekt ein paar Lorbeeren verdienen.

Die Berufsgenossenschaft für Gesundheit und Wohlfahrtspflege hatte in ihren Publikationen die Praxis regelmäßig auf das Risiko von Nadelstichverletzungen aufmerksam gemacht. Besonders das Zurückstecken gebrauchter Kanülen in die Plastikschutzhüllen, das so genannte „re-capping“, gilt als äußerst risikobehaftet. Das ist in der Praxis von Dr. Mogonti seit langem ein Tabu. Doch deutschlandweit ereignen sich jährlich allein in Kliniken ca. 500 000 Stichverletzungen [6]. Aus diesem Grund wurde in 2006 die „Technische Regel für Biologische Arbeitsstoffe“ überarbeitet und die Arbeitgeber verpflichtet, zum Schutz der Beschäftigten vor Nadelstichverletzungen sichere Arbeitsgeräte einzusetzen. Sichere Arbeitsgeräte sind zum Beispiel Kanülen, die – zum Teil durch einen Selbstauslösemechanismus – nach der Benutzung unschädlich in Bezug auf Stichverletzungen gemacht werden können [7]. Der Einsatz dieser sicheren Systeme ist u.a. vorgeschrieben bei Tätigkeiten, „bei denen Körperflüssigkeiten in infektionsrelevanter Menge übertragen werden können“ [3]. Für die Praxis hätte das erhebliche Mehrkosten zur Folge gehabt. Daraufhin hatte Dr. Mogonti bei einem Qualitätszirkeltreffen mit ihren Kollegen erörtert, unter welchen Voraussetzungen und in welchen Situationen die bisherigen Kanülen noch benutzt werden dürfen.

► TRBA 250 4.2.4.3

„Abweichend ... dürfen herkömmliche Arbeitsgeräte weiter eingesetzt werden, wenn im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung, die unter Beteiligung des Betriebsarztes zu erstellen ist, die Arbeitsabläufe festgelegt werden, die das Verletzungsrisiko minimieren bzw. ein geringes Infektionsrisiko ermittelt wird.

Das Verletzungsrisiko wird beispielsweise minimiert durch

- festgelegte Arbeitsabläufe, die auch in Notfallsituationen nicht umgangen werden und
- Schulungen und jährliche Unterweisung der Beschäftigten und
- ein erprobtes Entsorgungssystem für verwendete Instrumente ...

Ein geringes Infektionsrisiko besteht, wenn der Infektionsstatus des Patienten HIV und HBV und HCV negativ ist. Das Ergebnis dieses Teils der Gefährdungsbeurteilung ist gesondert zu dokumentieren“ [3] S. Addendum.

Im Rahmen dieser Gefährdungsbeurteilung war in der Praxis auch das Thema „HIV-Postexpositionsprophylaxe“ angesprochen worden. Gerade weil sie eine äußerst seltene Notfallsituation in der Hausarztpraxis darstellt, wollte man bis zum Ende des Jahres die konkret zu ergreifenden Sofort-Maßnahmen übersichtlich niederschreiben [8–10]:

1. Blutfluss fördern durch mind. einminütigen Druck auf das umliegende Gewebe. (Für die Wirksamkeit dieser Maßnahme gibt es allerdings keinen Beleg. Die „Centers for Disease Control“ in den USA raten davon ab.)
2. Ausgiebige Desinfektion mit einem Antiseptikum über ca. zehn Minuten.
3. Sofortige serologische Diagnostik beim Empfänger und Spender.
4. Einleitung eines Durchgangsarztverfahrens incl. Meldung an die Berufsgenossenschaft.
5. Entscheidung über eine medikamentöse Prophylaxe, idealerweise in Absprache mit Experten oder einem HIV-Kompetenzzentrum.
6. Dokumentation des Vorgangs in der Praxis.

In dieser Anleitung zur Sofort-Hilfe sollten auch wichtige Adressen eingetragen werden:

- Infektions-Experte/HIV-Kompetenzzentrum
- Empfehlungen zur HIV-Postexpositionsprophylaxe des Robert Koch-Instituts auf www.rki.de (Suchwort: Postexpositionsprophylaxe)
- www.HIV.net (Suchwort: PEP)

„Jetzt wird es aber Zeit, mit der Sprechstunde zu beginnen“, denkt Dr. Mogonti, „der erste Patient wartet bereits“. Es geht um die Folgedokumentation beim DMP Diabetes Typ 2. Das HbA1c beträgt 7,8%, der Blutdruck liegt bei 140/90 mm Hg, der 78-jährige hat keine Beschwerden. Nach dem Gespräch will er noch schnell seine „Grippe-Impfung“ haben.

Impfstelle freimachen, Hautdesinfektionsmittel aufsprühen. Ein Sprühstoß reicht, denn die auf der Sprühflasche angegebenen 15 Sekunden Mindesteinwirkzeit sind zwar rasch vorbei, aber bis die Flüssigkeit sich verflüchtigt hat und die Einstichstelle abgetrocknet ist, dauert es länger. Mittlerweile ist der angeforderte Impfstoff von einer Mitarbeiterin gebracht worden. Die benutzte Kanüle wird direkt in der Abwurfbox im Sprechzimmer entsorgt.

Nebenan wartet ein 17-jähriger Azubi mit einem fieberhaften Infekt. Kurze Befragung, Abhören und eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung für drei Tage ausstellen.

Jetzt soll die Chemotherapie im Infusionsraum beginnen. – Dr. Mogonti hält kurz inne und überlegt: „Wie war das noch? Wo-durch werden Infektionen übertragen? Über die Hände?!“ Täglich schüttelt sie Dutzende Male Hände, untersucht Patienten, fasst immer wieder Türklinken an. Da wäre es doch angebracht, zumindest bei besonderen Umständen seine Hände zu desinfizieren. Seitdem in allen relevanten Räumen neben den Waschbecken Seifenspender, Einmal-Papierhandtuchhalter – darunter steht der Abfalltreimer – und handbedienungs-freie Desinfektionsspender hängen, ist das auch unproblematisch möglich: Drei Milliliter in die Hand pumpen und auf dem Weg zum Infusionsraum in den Händen verreiben. Aufgrund der rückfettenden Anteile in dem Desinfektionsmittel wird der Haut auch nicht geschadet. Im Gegenteil, sie erhält eine Hautpflege, die ihr beim Händewaschen nicht zuteil würde. Daher sollte das Waschen der Hände nur bei sichtbarer Verschmutzung erfolgen.

► TRBA 250 4.1.2.7

„Nach Patientenkontakt und nach Kontakt mit infektiösem oder potenziell infektiösem Material ist vor Verlassen des Arbeitsbereichs eine hygienische Händedesinfektion durchzuführen. Danach sind verschmutzte Hände zu waschen“ [3].

Spätestens seitdem man von einem Urteil des Oberlandesgerichts Koblenz wegen eines Spritzenabszesses im Nacken gelesen hatte, war man in der Praxis dazu übergegangen, die Händedesinfektionsmittel in Originalbehältnissen einzusetzen und auf das Umfüllen zu verzichten [11]. Zwar ist das Umfüllen von einem Großgebilde in ein kleineres Spenderbehältnis arzneimittelrechtlich zulässig. Aber die entsprechenden Auflagen wie Reinigen, Übertragen von Chargennummer und Verfalldatum, Angabe der Verwendungsdauer, Dokumentation des von einem geschultem Personal durchgeführten Nachfüllvorgangs sind nicht unerheblich [12].

Die Begründungen des Gerichts für die Verurteilung eines niedergelassenen Orthopäden zu einer Zahlung von 25 000 Euro Schmerzensgeld hatten allen in der Praxis zu denken gegeben. Denn in dem Urteilsspruch war besonders eine korrekte Händedesinfektion als eine elementare Hygienevorschrift in einer Arztpraxis verlangt worden. So hatten die Richter u. a. beanstandet, dass kein Hygieneplan vorhanden war, dass Desinfektionsmittel häufig nicht in ihren Originalbehältnissen aufbewahrt wurden und teilweise verkeimt waren und dass keine Händedesinfektion vor dem Aufziehen einer Spritze erfolgte [11].

Kurz darauf sind bei einer Patientin Fäden zu ziehen. Seit einiger Zeit benutzt Dr. Mogonti Einmal-Fadenziehmesser, so dass nur noch die anatomischen Edelstahl-Pinzetten der hygienischen Wiederaufbereitung bedürfen. Da die Pinzette beim Fadenziehen nicht mit Schleimhaut oder krankhaft veränderter Haut in Berührung kommt, zählt das Instrument zu den „semikritischen Medizinprodukten“ und eine Desinfektion in einer Desinfektionslösung mit anschließendem gründlichem Abspülen sowie Reinigen wäre ausreichend. Sobald aber ein Kontakt mit Blut oder innerem Gewebe einschließlich Wunden stattfindet, zählen die entsprechenden Instrumente (z. B. Skalpelle) zu den „kritischen Medizinprodukten“ und müssen sterilisiert werden. Dr. Mogonti hatte vor zwei Jahren eine hausärztliche Fortbildung zum Thema Hygiene besucht und daraufhin ihre Kollegen in die

nicht ganz einfache Materie der Wiederaufbereitung medizinischer Instrumente eingeführt:

Weder die weit verbreiteten Heißluft-Sterilisatoren noch die Dampf-Klein-Sterilisatoren der Klasse N gewährleisten automatisch eine zuverlässige Sterilisation. Besonders bei den Heißluft-Geräten besteht die Gefahr, dass z. B. wegen „Kälteinseln“ eine zuverlässige Sterilisation der Instrumente nicht erreicht wird. Erst die schriftliche Zusicherung des Herstellers über den Leistungsumfang des Geräts könnte den Anwender auf die sichere Seite bringen. In jedem Fall unbedenklich ist der Einsatz der höherwertigen Dampf-Klein-Sterilisatoren der Klasse S, die sowohl das 20-minütige Autoklavieren bei 121 °C als auch das automatische Aufzeichnen der prozessrelevanten Parameter wie Temperatur und Zeit garantieren. Unabhängig vom Sterilisationstyp sind mindestens eine halbjährliche mikrobiologische Überprüfung mit Bioindikatoren und in der Regel eine jährliche Wartung erforderlich. In der Schweiz ist man sogar noch einen Schritt weiter gegangen. Um die Übertragung von Prionen (z. B. bei der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit) zu unterbinden, muss bei Instrumenten für neurochirurgische, ophthalmologische, otorhinolaryngologische oder kieferchirurgische Eingriffen eine 18-minütige Dampfsterilisation bei 134 °C erfolgen.

Das Fazit für ihre Praxis lautete: Bei den hohen Anschaffungskosten für einen Sterilisator sowie dem beträchtlichen personellen Aufwand in der Durchführung und bei der Qualitätssicherung war man schnell übereingekommen, auf die Sterilisation zu verzichten und zukünftig Einmalprodukte anzuwenden.

- Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten. Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut und des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte

„Gemäß § 4 MPBetreibV sind die Reinigung, Desinfektion und Sterilisation von Medizinprodukten mit geeigneten, validierten Verfahren so durchzuführen, dass der Erfolg dieser Verfahren nachvollziehbar gewährleistet ist und die Sicherheit und Gesundheit von Patienten, Anwendern und Dritten nicht gefährdet wird. ...

Der Anwendung von thermischen Sterilisationsverfahren mit Satttdampf (bei 121 °C oder 134 °C) ist aufgrund ihrer zuverlässigeren Wirksamkeit der Vorzug zu geben...“ [13, 14].

Nach einem arbeitsreichen Vormittag wartet auf Dr. Mogonti noch die Sichtung der Post. Während sie im Büro bei einer Tasse Kaffee die eingegangenen Entlassungsbriefe durchblättert, greift sich eine Mitarbeiterin den Behälter mit desinfizierenden Einmal-Wischtüchern und geht von Zimmer zu Zimmer. Eine gezielte Scheuer-Wisch-Desinfektion ist angesagt und keinesfalls mehr die Sprühaktionen der vergangenen Jahre. Als Desinfektionsmittel sollten nur die vom Verbund für angewandte Hygiene (VAH) anerkannten Mittel eingesetzt werden [15]. Gewischt werden die Türklinken, die patientennahen Seiten der Schreibtische, die Stethoskope, die Untersuchungsliegen und an der Anmeldung die Thekenflächen, vor denen die Patienten stehen. In den Funktionsräumen hat diese Flächendesinfektion bereits am Vormittag stattgefunden. Wie im Hygieneplan vermerkt, werden u. a. die Arbeitsflächen im Labor, die Armauflagen für die Blutentnahmen und die EKG-Elektroden desinfiziert [16]. Es hatte übrigens über ein Jahr gedauert, bis der praxiseigene Hygieneplan fertig gestellt war. Aber dafür ist er jetzt an den pra-

xisspezifischen Bedingungen und Bedürfnissen ausgerichtet und kann jederzeit überarbeitet werden.

Einmal im Jahr findet eine praxisinterne Fortbildung zur Hygiene statt. Dabei werden in den Hygieneplan neue Erkenntnisse und Entwicklungen eingearbeitet. So bleibt die Praxis auch ständig hygieneaktuell und braucht sich vor Vorwürfen oder Auseinandersetzungen nicht zu fürchten.

„Beruhigt ungemein“ wie Dr. Mogonti zu sagen pflegt. Und während sie ihren Kaffee austrinkt, sehnt sie sich schon nach ihrer Mittagspause. Vorher muss sie aber noch im Altenpflegeheim vorbeischaun. Die leicht demente aber noch recht verschmitzte 95-Jährige hat seit zwei Tagen Fieber. Beide kennen sich mittlerweile seit 36 Jahren und Dr. Mogonti lebt in dem Glauben, ohne sie wäre sie nicht so alt geworden. Daher besucht sie die alte Dame immer wieder gern. Wenn nur nicht dieser strenge Geruch nach Desinfektionsmittel auf den Fluren im Altenheim wäre. Dieses Problem haben sie in ihrer Praxis glücklicherweise endgültig gelöst. Bei der Visitation im Rahmen des Qualitätsmanagements war ihnen geraten worden, auf die Desinfektion des Fußbodens zu verzichten. Und tatsächlich, das Studium der Literatur hatte es bestätigt: Eine Feucht-Reinigung des Fußbodens ist für eine Hausarztpraxis völlig ausreichend. Lediglich in Operationssälen und Endoskopieräumen müssen Wände und Fußböden desinfizierend gereinigt werden [16].

Doch damit wird Dr. Mogonti in diesem Leben nichts mehr zu tun haben...

Interessenskonflikte: keine angegeben.

Literatur

- 1 Nk. Nadelstichverletzungen am Einsatzort. In: KV Hessen (Hrsg.) info. doc Nr. 2, Mai 2007; 28
- 2 http://www.gesetze-im-internet.de/arbstaetv_2004/index.html Arbeitsstättenverordnung (ArbStättV)
- 3 http://www.baua.de/de/Themen-von-A-Z/Biologische-Arbeitsstoffe/TRBA/TRBA-250.html_nnn=true Technische Regel für Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege (TRBA 250). Ausschuss für Biologische Arbeitsstoffe (ABAS)
- 4 Robert Koch-Institut (Hrsg.). Richtlinie für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention. Loseblattwerk zur Fortsetzung. Elsevier, Urban & Fischer, München 2007, Anlage, 1–3
- 5 http://laga-online.de/laganeu/index.php?option=com_content&task=view&id=22&Itemid=3 Bund/Länder-Arbeitsgemeinschaft Abfall (LAGA). Mitteilung Nr. 18: Richtlinie über die ordnungsgemäße Entsorgung von Abfällen aus Einrichtungen des Gesundheitsdienstes. Stand Januar 2002

- 6 Wittmann A, Zylka-Menhorn V. Verletzungssichere Instrumente für Kliniken und Praxen obligatorisch. Deutsches Ärzteblatt 2007; 10: A624–A626
- 7 Risiko Virusinfektion. Übertragungsweg Blut. Mit Produktübersicht „Schutz vor Schnitt- und Stichverletzungen“. Broschüre der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege. Stand 03/2006. Bestellnummer M612/613
- 8 Mülder K. Der bagatellierte „Massenunfall“. Deutsches Ärzteblatt 2005; 9: A558–A561
- 9 Sarrazin U, Brodt H-R, Sarrazin C, Zeuzem S. Prophylaxe gegenüber HBV, HCV und HIV nach beruflicher Exposition. Deutsches Ärzteblatt 2005; 33: A2234–A2239
- 10 Körber A, Esser S. Leserbrief zu [8]. Deutsches Ärzteblatt 2005; 7: A417–A419
- 11 Niedernhöfer D. Hygienevorschriften immer sauber einhalten. Ärztliche Praxis 15, Mai 2007; 20
- 12 Plickat-Kaiser M. Persönliche Mitteilung der B. Braun Petzold GmbH vom 31. 3 2006
- 13 Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2001; 44: 1115–1126
- 14 <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/mpbetreibv/gesamt.pdf> Verordnung über das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten (Medizinprodukte-Betreiberverordnung – MP-BetreibV)
- 15 Vorwort zur Liste der vom Robert Koch-Institut geprüften und anerkannten Desinfektionsmittel und -verfahren. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2007; 50: 1332–1356
- 16 [http://www.frankfurt.de/sixcms/detail.php?id=2994&ffmpar\[_id_inhalt\]=24022](http://www.frankfurt.de/sixcms/detail.php?id=2994&ffmpar[_id_inhalt]=24022) Stadtgesundheitsamt Frankfurt. Musterhygieneplan

Zur Person



Dr. med. Armin Mainz

Jahrgang 1958. 6 Jahre Studium der Humanmedizin, 6 Jahre Weiterbildung zum Facharzt für Innere Medizin, 2 Jahre im Gesundheitsamt (Hygieneabteilung), 13 Jahre Hausarzt-Praxis und 13 Jahre Moderation hausärztlicher Qualitätszirkel. Mitarbeit in den DEGAM-Sektionen Qualitätsförderung und Fortbildung.

Addendum: laut Deutsches Ärzteblatt vom 7.03.2008 gilt seit Februar 2008 nur noch die Einschränkung, dass auf sichere Arbeitsgeräte verzichtet werden kann, „wenn der Infektionsstatus des Patienten bekannt und insbesondere für HIV und HBV und HCV negativ ist.“ Damit wird entgegten der Fassung der TRBA von 2007 der Einsatz sicherer Arbeitsgeräte in der Hausarztpraxis obligat werden.

Folgerungen für Dr. Morgonti: Durch zahlreiche neuen Vorschriften, deren kurzfristigen Änderungen und ihren fachlichen Unzulänglichkeiten wurde Dr. Mogonti zunehmend entmutigt, Medizin mit Sachverstand und Augenmaß auszuüben. Wie sollte es ihr zum Beispiel möglich sein, ohne eine aktuelle Serologie einen potenziell gefährdenden Infektionsstatus ihrer Patienten definitiv auszuschließen? Damit beißt sich die Katze in den Schwanz: Denn um den Infektionsstatus bestimmen zu können, müsste eine Blutentnahme erfolgen. Das Ergebnis dieses Test könnte aber ein paar Tage später schon nicht mehr aktuell sein!