

## ZUM THEMA

# MäA-Schwerpunkt Hygiene in Klinik und Praxis

Interview mit Dr. Stefan Schweitzer, Leiter der Hygieneabteilung im RGU

*Im Frühjahr 2010 befasste sich die Delegiertenversammlung des Ärztlichen Kreis- und Bezirksverbandes München (ÄKBV) mit dem Thema Hygiene in Klinik und Praxis. Als Ergebnis der Diskussion beauftragten die Münchner Ärztevertreter den Vorstand des ÄKBV, ein Konzept zur Verbesserung der hygienischen Bedingungen in Münchner Kliniken und Praxen zu entwickeln und „geeignete Maßnahmen wie z. B. ärztliche Fortbildungen umzusetzen“. Am 8. Dezember fand im ÄKBV ein erstes Fortbildungsseminar „Hygienemanagement in Klinik und Praxis“ statt. Aufgrund der großen Nachfrage sollen weitere Seminare folgen. Zudem hat der ÄKBV zusammen mit dem Referat für Gesundheit und Umwelt der Landeshauptstadt München (RGU), dem die Hygieneaufsicht für klinische Einrichtungen in München obliegt, ein Konzept für eine Artikelserie in den Münchner ärztlichen Anzeigen (MäA) erstellt, in der das Thema Hygiene aus verschiedenen Blickwinkeln beleuchtet werden soll. In den geplanten 12 Artikeln, die bis zum Jahresende in etwa jeder zweiten Ausgabe der MäA erscheinen sollen, werden Experten wie Infektiologen, Hygienebeauftragte, Gesundheitspolitiker, Standespolitiker und Juristen unterschiedliche Aspekte des Themas aufgreifen. Neben fachlichen Ausführungen sollen die Artikel auch konkrete Hilfestellungen im Klinik- und Praxisalltag wie z. B. Checklisten zum Selbst-Check bieten. Die MäA sprachen mit dem Leiter der Abteilung Hygiene und Umweltmedizin im RGU, Dr. Stefan Schweitzer, über die Hygienesituation in München und über die Hintergründe der Zusammenarbeit zwischen RGU und ÄKBV zur Verbesserung der hygienischen Bedingungen in Münchner Kliniken und Arztpraxen.*

Herr Dr. Schweitzer, im vergangenen Frühjahr sprach Ihre Kollegin Frau Dr. Gleich in der Delegiertenversammlung des ÄKBV über Hygienemängel in einzelnen Münchner Arztpraxen. Im Sommer machte der sogenannte „Hygiene-Skandal“ beim Städtischen Klinikum Schlagzeilen, bei dem es um Mängel bei der Sterilgutaufbereitung ging. Wie ist nach ihrer Einschätzung die Hygienesituation in Münchner Kliniken und Arztpraxen? Müssen wir uns Sorgen machen?

Dem „Hygiene-Skandal“ im Städtischen Klinikum lagen zweifelsohne erhebliche Defizite in der Aufbereitung von Medizinprodukten zugrunde, das eigentliche Problem lag meiner Auffassung nach jedoch in einer unzureichenden Umsetzung des eigentlich etablierten Risikomanagements. Auch wurde dem Thema Hygiene nicht der ihm zustehende Stellenwert beigemessen. Diese Defizite sind zwischenzeitlich auch dank unserer konsequenten Intervention behoben, die Chance eines „hygienischen Neuanfangs“ wurde seitens des betroffenen Klinikums genutzt.

Die Hygienesituation in Münchner Kliniken und Praxen ist, auch wenn sie noch deutlich verbesserungsfähig ist und es einzelne „Ausreißer“ gibt, weitgehend zufriedenstellend. Nicht zuletzt weil wir uns in den letzten Jahren immer darum bemüht haben, die Einrichtungen von der zwingenden Notwendigkeit einer geeigneten Struktur- und Prozessqualität auf dem Gebiet der Infektionshygiene zu überzeugen – und diese Qualität, wo erforderlich, auch nachdrück-



*Dr. Stefan Schweitzer studierte zunächst Katholische Theologie an der LMU München, wechselte dann aber zur Medizin. Nach zweijähriger Assistenzarztstätigkeit am Krankenhaus München-Bogenhausen ging er 1987 als Amtsarzt in den Öffentlichen Gesundheitsdienst. Seit 2008 ist Dr. Schweitzer Leiter der Abteilung Hygiene und Umweltmedizin des RGU.*

lich eingefordert haben. Es bedarf jedoch weiterer konzentrierter Bemühungen, um das vorhandene „Optimierungspotenzial“ auszuschöpfen. Hierzu können auch ein kritisches Beobachten und ein beherrztes Hinterfragen von Handlungsabläufen in Kliniken und Arztpraxen durch Patientinnen und Patienten beitragen.

**Was sollte getan werden, um hier in Zukunft etwas zu verbessern?**

Entscheidend für eine Verbesserung der Hygienesituation ist das Erkennen der eigenen Verantwortlichkeit für den Schutz der Patienten und Beschäftigten vor nosokomialen Infektionen sowie ein hygienekon-

formes Handeln, das sich daraus ableitet. Jede Einrichtung hat seine Hygiene selbst zu gestalten und zu verantworten – dies sicher auch unter Berücksichtigung ökonomischer Aspekte, jedoch in erster Linie aus der ethisch-moralischen Grundorientierung, die eine Voraussetzung der ärztlichen und pflegerischen Berufe bilden sollte.

Um das erforderliche Hygienemanagement in Klinik und Arztpraxis gewährleisten zu können, müssen geeignete Organisationsstrukturen etabliert werden; außerdem sind Hygienekompetenz und die Bereitschaft zur aktiven persönlichen Mitwirkung entscheidend. Mit der zum 1. Januar 2011 in Kraft getretenen Verordnung zur Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen (MedHygVO), an deren Zustandekommen wir nicht ganz „unschuldig“ waren, hoffen wir, einen weiteren wichtigen Schritt in Richtung einer Verbesserung der Hygienesituation getan zu haben. Das notwendige Hygienewissen soll künftig dadurch sichergestellt werden, dass qualifiziertes Hygienefachpersonal in die Festlegung und Umsetzung von Betriebsabläufen eingebunden wird. Das ist die Grundlage für den Auf- und Ausbau qualitäts- und präventionsbestimmter Hygienestrukturen. Aber ohne aktive Mitwirkung und Unterstützung aller in die Patientenversorgung eingebundener Personen und ohne die Unterstützung verantwortlicher Einrichtungsträger und -betreiber wird die Zielsetzung der Hygieneverordnung nicht erreicht werden. Hygiene geht uns alle an.

Ihre Abteilung ist in München die zuständige Stelle für die Hygieneüberwachung. Inwieweit kann das RGU tätig werden, um die Hygienesituation in medizinischen Einrichtungen zu verbessern?

Die Personalressourcen des Referates für Gesundheit und Umwelt, somit auch meiner Abteilung, sind – wie die des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) allgemein – nicht „üppig“ bemessen. Einer Anzahl von etwa 7800 zu überwachenden medizinischen Einrichtungen, steht eine Anzahl von derzeit sechs Überwachungs-personen, ausnahmslos ärztliche Kolleginnen, gegenüber. So wird es verständlich, wenn unsere Überwachungstätigkeiten vorwiegend auf Anlässe wie Beschwerden über Hygienemissstände oder Mitteilungen über ein gehäuftes Auftreten von Infektionen beschränkt ist. Wir spielen praktisch infektionshygienische Feuerwehr und bekämpfen infektionshygienische „Brandherde“. Unser Ziel ist jedoch nach wie vor die Durchführung sog. Schwerpunktüberprüfungen mit vorwiegend präventivem – und wo erforderlich auch intervenierendem – Ansatz. Schwerpunktüberprüfung bedeutet: Wir überprüfen eine stichprobenartige Auswahl medizinischer Einrichtungen in Bezug auf eine spezielle infektionshygienische Fragestellung. Die Überprüfungen und deren Auswertung erfolgen nach festgelegten Standards. Die Auswertungsergebnisse werden den überprüften Einrichtungen mitgeteilt und teils auch veröffentlicht – natürlich unter Beachtung des Datenschutzes. Treffen wir auf Probleme, die weiteres Handeln erforderlich machen, befassen wir uns selbstverständlich intensiver mit der vorliegenden Thematik und mit möglichen Lösungsstrategien. Dabei möchten wir auch die verschiedensten Akteure als Verbündete und Multiplikatoren einbinden. So haben wir uns bislang u.a. an die medizinischen Fachgesellschaften und die Standesvertretungen gewandt, mit der Bitte, uns bei unseren Aufklärungs- und Informationskampagnen zu unterstützen.

Niemand wird widersprechen, dass Hygiene wichtig ist. Wenn Sie eine Klinikabteilung oder eine Praxis überprüfen und auf die Einhaltung von Hygieneplänen pochen, bedeutet das aber auch einen zusätzlichen Zeit- und Kosten-Aufwand für die Betroffenen. Schon jetzt schimpfen viele Ärzte über noch mehr Bürokratie

und Verordnungen. Wie überzeugen Sie Kritiker von der Notwendigkeit Ihrer Arbeit?

Dadurch, dass wir primär anlassbezogen tätig sind, werden wir oftmals von den betroffenen Einrichtungen als eine Art „Hygienepolizei“ wahrgenommen. Diesem Bild versuchen wir durch eine informativ-kooperative und offene Zusammenarbeit – wie gerade auch mit dem ÄKBV – zu begegnen. Wir sind Kollegen und führen Überprüfungen nicht durch, um die Beschäftigten in den Krankenhäusern und den Arztpraxen zu schikanieren, sondern um unserer gesetzlichen und ethischen Aufgabe, Patienten und Personal vor Infektionen zu schützen, gerecht zu werden. Wir wissen um das Problem einer zunehmenden Bürokratisierung und auch darum, dass es bei der Häufigkeit und Vielzahl normativer Veränderungen den Einrichtungen nicht möglich sein kann, sich immer und umfassend mit allen Neuerungen zeitnah auseinanderzusetzen, wenn man dem eigentlichen Auftrag der medizinischen Hilfeleistung gegenüber dem Patienten noch geeignet gerecht werden will. Dennoch zeigen unsere Überprüfungen teils erhebliche Informations-, Vermittlungs- und Handlungsdefizite auf dem Gebiet der Hygiene, die oftmals mit einfachen und kostenneutralen Vorgehensweisen umgehend behebbar wären. Bedauerlicherweise treffen wir immer wieder auf Uneinsichtigkeit, die verbindlicher, schriftlich fixierter und zu kontrollierender innerbetrieblicher sowie behördlicher Anweisungen bedarf. Die Diskussion betriebswirtschaftlicher Aspekte findet schließlich dann ihr Ende, wenn es um elementare Maßnahmen zum Schutze von Patienten und Personal geht. Hygiene ist kein Luxus, sondern Pflicht, wie es trefflicher Weise in einem Artikel der SZ vom 25. 8. 2010 formuliert wurde.

Was sind die häufigsten Gründe für die Hygienemängel, die Sie feststellen? Handelt es sich um Informationsdefizite, um Profitgier oder schlicht um Faulheit?

Von wenigen Ausnahmen abgesehen handelt es sich unserer Auffassung nach vorwiegend um Informations- und Umsetzungsdefizite. Natürlich müssen auch wir uns als Behörde fragen, inwieweit und auf welche Weise es uns gelingt bzw. gelingen kann, fehlendes Hygienewissen verhaltenswirksam zu vermitteln. Mein Wunsch ist, dass die aktuelle gemeinsame Artikel-

serie zum Thema Hygiene einen weiteren wichtigen Schritt zur Sensibilisierung der ärztlichen Kolleginnen und Kollegen über die Bedeutung der Hygiene im täglichen Umgang mit ihren Patienten, aber auch mit den in ihren Einrichtungen Beschäftigten darstellt. Diese Artikelserie vermag allerdings nicht das persönliche Engagement vor Ort sowie die kontinuierliche fachliche Fortbildung und Auseinandersetzung der einzelnen Kollegin bzw. des einzelnen Kollegen mit dem Thema Hygiene zu ersetzen.

Sind allein mit Informationsvermittlung alle Probleme zu lösen?

Nein, denn auch vermitteltes Wissen ist noch lange nicht Garant für dessen Umsetzung. Die Ursachen mangelnder Umsetzung sind vielfältig und reichen von Bequemlichkeit, Zeitdruck, Verständnislosigkeit bis hin zu finanziellen Erwägungen. Dabei sind die meisten Maßnahmen, die notwendig wären, gar keine große Sache. Nehmen Sie das Beispiel der Händedesinfektion, deren Wirkung und Notwendigkeit bereits seit Semmelweis bekannt sind, deren Umsetzung jedoch häufig an der fehlender Selbstdisziplin oder an der Schwierigkeit, persönliche Verhaltensweisen zu ändern, scheitert.

Erstellt man eine Prioritätenliste der verhaltenswirksamen behördlichen Argumente für eine Etablierung geeigneter Hygienestrukturen in medizinischen Einrichtungen, so führen meist ökonomische Aspekte, gefolgt von juristischen Argumenten diese Liste an. „Tabellenletzter“ ist eine auf ärztliches Ethos abzielende Argumentation. Wir würden uns eine Umkehr dieser „Tabellensituation“ wünschen. Dabei wäre es doch ganz einfach, wenn wir alle so handeln würden, wie wir gern selber hätten, dass in unserem Falle gehandelt würde. Man muss dabei nicht einmal den kategorischen Imperativ unseres geschätzten Herrn Kant bemühen. Dieser Grundsatz entspricht eigentlich einer grundlegenden bajuwarischen Lebensauffassung, wenngleich es der Bayer anders ausdrückt: „Leb'n und Leb'n lassen“.

Mit Dr. Stefan Schweitzer  
sprach Dr. phil. Caroline Mayer

Weitere Informationen im Internet unter:  
<http://www.aekbv.de/hygiene-in-klinik-und-praxis>. (Hier finden Sie Checklisten zur Hygiene, gesetzliche Grundlagen und Informationen über die Aktivitäten des ÄKBV)