

➤ Schlüsselwörter

*Infektionsepidemiologie
Hygiene in der ärztlichen Praxis
Präventionsmaßnahmen zur
Verhütung von Infektions-
krankheiten*

➤ Keywords

*Epidemiology of infections
Hygiene in general practice
Measures to prevent infectious
diseases*

Inhaltsverzeichnis

1. Einführung
2. Ist-Zustand
 - 2.1. Allgemeinärztlicher Bereich
 - 2.2. Kinderärztlicher Bereich
 - 2.3. Dermatologie
 - 2.4. Endoskopie/Innere Medizin
 - 2.5. Urologie
 - 2.6. Chirurgie
 - 2.7. Orthopädie
 - 2.8. Zahnmedizin
 - 2.9. Zusammenfassung des Ist-Status
3. Festlegung allgemein gültiger infektionsprophylaktischer Maßnahmen für den niedergelassenen und ambulanten Bereich
 - 3.1. Hinterfragung der Notwendigkeit von Maßnahmen
 - 3.2. Festlegung grundsätzlicher und allgemein gültiger infektionsprophylaktischer Maßnahmen
 - 3.2.1. Räumliche Ausstattung
 - 3.2.2. Funktionsgerechte Ausstattung
 - 3.2.3. Infektionsdiagnostik
 - 3.2.4. Zusätzliche infektionsprophylaktische Vorgaben bei erweitertem Behandlungsspektrum
4. Zusammenfassung
5. Weiterführende Literatur

¹Bericht über die Arbeitstagung der Rudolf Schülke Stiftung am 6./7. November 2003 in Hamburg.

Teilnehmer: S. Bilger, G. Bönig, M. Exner, P. Goroncy-Bermes, K.-O. Gundermann, H. P. Harke, A. Hedtmann, P. Heeg, B. Henriot, W. Huppertz, Ch. Lipinski, P. Oltmanns, S. Pecker, A. Rodewald, M. Rotter, H. Scheibe, J. Siebert, H.-G. Sonntag, G. Wulff.

H.-G. Sonntag* und H. P. Harke

Infektionsprophylaxe in der ärztlichen Praxis und bei der ärztlichen Versorgung von Patienten im häuslichen Bereich/Heim¹

Abstract

Despite the crucial importance of infection control measures for general practitioners, implementation of these measures is inadequate in daily work routine. There are a number of reasons for this:

- There are no feasible guidelines and regulations which cover the broad spectrum of treatment in a general practice.
- Documentation of infection control measures or of infections occurring in the course of treatment in a general practice is unsatisfactory.
- Physicians and technical staff in a general practice do not have sufficient knowledge about infection control measures.
- As a consequence of economic restrictions the necessary measures are not carried out.
- There is no Infection Prevention Act for general practices as the one existing for hospitals (in Germany).

Although the prevalence of treatment-related severe infections might be less frequent in general practice as compared with nosocomial infections in hospital, the number of cases brought to trial by injured patients against general practitioners is on the rise. This may be taken as an indication that infection control measures in general practices should be granted a priority status. Therefore, it is crucial to establish basic rules for preventive measures taking into account feasibility as well as the economic situation in general practices. In this context it is of utmost importance to draw up standard operating procedures as an infection control policy and to be in continuous contact with an experienced expert for infection control or for public health.

1. Einführung

Nosokomiale Infektionen, das heißt, im Verlauf einer medizinischen Behandlung im Krankenhaus erworbene Infektionskrankheiten, sind heute bezüglich

- der Häufigkeit des Vorkommens
- der wesentlichen Ursachen
- der infektionsepidemiologischen Erfassung sowie
- der Möglichkeiten und Maßnahmen zur Reduzierung

gut dokumentiert.

Wesentlich dazu beigetragen hat das im Jahre 2002 in Kraft getretene Infektionsschutzgesetz als Folgegesetz des Bundesseuchengesetzes, das den Krankenhäusern eine Dokumentationspflicht von nosokomialen Infektionen auferlegt und das auch zu einer Reihe von infektionsepidemiologischen wissenschaftlichen Projekten wie unter anderem KISS (Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System) geführt hat.

Für den niedergelassenen ärztlichen und auch den ambulanten medizinischen Versorgungsbereich existiert noch keine solche Regelung. Dies wirkt sich noch deutlich negativer dadurch aus, dass mit der Einführung der Krankenhausfinanzierung über Fallpauschalen (DRG) eine deutliche Verschiebung ärztlicher Maßnahmen vom stationären in den ambulanten Bereich erfolgt und weiter erfolgen wird. So besteht bereits ein Katalog von ärztlichen Maßnahmen, die nur noch ambulant durchgeführt werden dürfen.

Diese Vorgabe sowie der Wandel der ärztlichen Versorgung im niedergelassenen und ambulanten Bereich machen die

Festlegung von grundlegenden hygienischen Maßnahmen zur Infektionsprophylaxe und damit zur Minimierung der Übertragung von Infektionserregern erforderlich.

Kriterien für den Wandel im niedergelassenen ärztlichen Bereich sind bezogen auf das Patientenkollektiv, insbesondere

- die geänderte Altersstruktur der Patienten
- die zunehmende Zahl der Patienten mit chronischen Erkrankungen und
- Patienten mit ferntouristischen Aktivitäten und damit verbunden der Gefahr der Einschleppung von Infektionskrankheiten aus anderen Ländern sowie
- Patienten, die wegen therapeutischer Maßnahmen (z. B. chemotherapeutischer Tumorbehandlung, Strahlentherapie) oder wegen fehlenden Impfschutzes gegenüber Infektionen ungeschützt sind, wie auch
- Patienten, die an neuen oder in ihrer Antibiotikaresistenz veränderten Erregern erkrankt sind und

bezogen auf die Praxisstruktur, insbesondere:

- die Veränderung und Erweiterung der diagnostischen und therapeutischen Eingriffe sowie die bereits erwähnte
- Verschiebung der stationären in die ambulante Behandlung (DRG).

Diese Situation hat die Rudolf Schülke Stiftung veranlasst, niedergelassene Ärzte verschiedener Fachbereiche einzuladen und aufgrund ihrer praktischen Erfahrungen den Ist-Status der Hygienesituation in der Praxis darzustellen. Zusammen mit erfahrenen Hygienikern wurden dann sinnvolle Präventionsmaßnahmen und deren Umsetzung diskutiert.

2. Ist-Zustand

In Kurzreferaten wurden von den Teilnehmern Erfahrungsberichte für die jeweiligen Facharztbereiche dargestellt.

2.1. Allgemeinärztlicher Bereich

Für den allgemeinärztlichen Bereich wurde zur vorgegebenen Fragestellung von Bilger und Wiesemann (2003 unveröffentlicht) eine Fragebogenaktion durchgeführt. Von 44 angeschriebenen Praxisinhabern antworteten 24. Voll auswertbar waren 21 Fragebogen. Als übereinstimmend bedeutsam für Praxishygiene und Infektionsprophylaxe wurde das Vorhandensein

- von Entsorgungssystemen für Kanülen und spitze Gegenstände
- einer Personaltoilette mit Waschmöglichkeit
- eines Autoklavens bzw. Heißluftsterilisators neuerer Bauart
- eines Waschbeckens in jedem Sprechzimmer sowie
- der Schutz der Mitarbeiter/innen durch eine Hepatitis A bzw. B Impfung

anerkannt und auch weitgehend umgesetzt.

Zu heterogenen Ergebnissen führte

- die Bewertung der **routinemäßigen Flächendesinfektion**. Obwohl von 76 % der Praxen eine solche Maßnahme bejaht wurde, gab es hierzu auch kritische Anmerkungen, die für den „Alltagsschmutz“ eine Flächenreinigung für ausreichend und nur nach Versorgung von u. a. infizierten Wunden eine entsprechende Desinfektionsmaßnahme für sinnvoll hielten. Noch kontroverser waren die Aussagen zur Notwendigkeit des Tragens von Schutzkleidung (nur 52 % mit ja). Nur 33 % der Praxen verfügten über einen **Hygieneplan** und nur in 19 % der Praxen werden Blutabnahmen und die Verabreichung von Spritzen ausschließlich mit Handschuhen durchgeführt. 38 % der Praxen praktizieren eine gesonderte **Entsorgung von Laborabfällen** und infektiösem Material. Eine Sterilisa-

tion von infektiösen Abfällen vor der Entsorgung wurde nur in einer Praxis durchgeführt.

In über 60 % der Praxen wird auf eine routinemäßige **Erregerbestimmung** bei Durchfallerkrankungen verzichtet. In über 86 % der Praxen werden regelmäßig Patienten mit chronischen Infektionskrankheiten behandelt, 2/3 der Praxen haben im Berichtsjahr Meldungen nach dem Infektionsschutzgesetz erstattet, und 71 % der Praxen waren mit mindestens einem **MRSA-Fall** im häuslichen Umfeld oder Pflegeheim konfrontiert.

Obwohl nicht ausdrücklich befragt, wurden von den Praxisinhabern als einige der wichtigsten Maßnahmen der Infektionsprophylaxe das Händewaschen und die Händedesinfektion genannt.

2.2. Kinderärztlicher Bereich

In einer der beiden vorgestellten kinderärztlichen Praxen wurde nach der Devise, dass „das Training des Immunsystems gerade bei Kindern einen wesentlichen Präventionsfaktor darstellt“ die Hygienemaßnahmen auf wesentliche Grundelemente beschränkt. Dazu zählen die Händedesinfektion nach der Untersuchung infizierter Kinder und die Trennung des Wartezimmerbereichs bezogen auf Säuglinge und Kleinstkinder einerseits und die sonstigen Patienten/innen andererseits sowie auf desinfizierende Maßnahmen des Wickeltisches dann, wenn eine Evidenz für einen infizierten Säugling/Kleinstkind vorliegt.

Unterstrichen wurde, dass invasive Eingriffe keine Rolle spielen, sieht man von Injektionen ab.

Es gibt Hinweise auf Übertragungen von Infektionskrankheiten in der Praxis. Aus der anderen Praxis wurde der Wunsch geäußert, über **Infektionszimmer** für infizierte Patienten verfügen zu können. Als typische Infektionskrankheiten wurden Gastroenteritis, Streptokokken-Angina sowie Infektionen des Atemtraktes und der Haut genannt.

Als bedeutsame Hygienemaßnahmen wurden die **Händedesinfektion** oder die Waschung der Hände sowie die Aufbereitung von Untersuchungsliegen und Auflagen aufgeführt. Auch das Tragen von Schutzhandschuhen bei Hauterkrankungen oder bei Arbeiten im „Windelbereich“ ist möglich.

Die **Schutzkleidung (Kittel)** ist beim ärztlichen- und Assistenzpersonal nicht üblich. Spielzeug im Wartebereich wird einmal im Jahr grundgereinigt, und die Flächen im Praxisbereich erfahren täglich eine Reinigung ohne Desinfektion.

2.3. Dermatologie

Bei einem Patientenkollektiv, bei dem über 1/3 älter als 60 Jahre ist und bei dem bezogen auf Infektionskrankheiten die **Dermatomykosen** deutlich im Vordergrund stehen – Patienten/innen mit Geschlechtskrankheiten sind in ihrer zahlenmäßigen Bedeutung deutlich zurückgegangen – hat die **Händedesinfektion** zwischen den Patientenbehandlungen sowie das Tragen von Handschuhen eine zentrale Bedeutung.

Bei der Behandlung am Patienten kommen **Antiseptika**, (um die Resistenzentwicklung relevanter Keime zu minimieren) aber auch Antibiotika und gelegentlich noch Farbstoffe mit antiseptischer Wirkung zum Einsatz.

Je nach Nutzung der Flächen hat entweder die Reinigung (Fußboden) oder die Desinfektion (Arbeits-, Sitz- und Liegeflächen, Eingriffsräume) Vorrang.

2.4. Endoskopie / Innere Medizin

Für die beiden hier vertretenen Bereiche Gastroskopie und Rektoskopie/Koloskopie ergaben sich zwei unterschiedliche Funktionsabläufe. Während die Gastroskopie mit ca. 600 Eingriffen pro Jahr in der Praxis durchgeführt und die Endoskope einer manuellen Reinigung und Desinfektion unterzogen werden, erfolgt die Rektoskopie/Koloskopie mit ca. 400 Eingriffen pro Jahr in einem Belegkrankenhaus, in dem auch alle Voraussetzungen für eine automatische maschinelle Aufbereitung der Koloskope gegeben sind. Für den Aufbereitungserfolg beider Endoskoparten wurde von dem Fachvertreter kein Unterschied postuliert, die gesetzlichen Überprüfungsaufgaben werden allerdings bisher nur für die Koloskope umgesetzt.

Dieselbe Praxis führt auch das breite Spektrum internistischer Arbeiten durch. Insgesamt arbeiten 3 Fachärzte in der Praxis. Bei 2.500 Patienten sind Diabetiker häufig vertreten. Bei der Behandlung von

Infektionskrankheiten spielen akute und chronische Atemwegserkrankungen die größte Rolle. Immer wieder werden die Ärzte mit **HBV-, HCV-, Tuberkulose und Campylobacter-Infektionen** konfrontiert.

Für den Praxisablauf steht ein **Hygieneplan** zur Verfügung. Für die Endoskopie steht gesonderte Wäsche zur Verfügung, die Wäsche wird extern gereinigt.

Die **Händedesinfektion** gilt als wichtige Einzelmaßnahme. Als sinnvoll mahnt der Praxisvertreter in der Diskussion Vorgaben für das Tragen von Mundschutz an.

2.5. Urologie

Bei einem Eingriffsspektrum, das neben den üblichen urologischen Eingriffsarten auch Vasektomien und die Behandlung von Phimosen mit einschließt, wird die Aufbereitung, das heißt, die Reinigung, Desinfektion und Sterilisation der Instrumente und die Reinigung der Wäsche in der eigenen Praxis durchgeführt.

Das Patientenkollektiv mit Infektionserkrankungen umfasst Zystitiden (40 %), Prostatitis (12 %), akute Pyelonephritis (2 %) und Vaginalmykosen (8 %). Für die Patientenbehandlung besteht ein die Hygienemaßnahmen enthaltendes, standardisiertes Ablaufschema, in dem die Verwendung von Einmalhandtüchern und Einmalhandschuhen eine wesentliche infektionsprophylaktische Rolle spielt. Großer Wert wird auf die subtile Reinigung und Desinfektion der Sanitärbereiche für die Patienten gelegt, da dort bezogen auf das Patientenverhalten vermehrt mit Keimübertragungen gerechnet werden muss.

Nur die bei der kleinen Chirurgie anfallende OP-Wäsche wird in der Praxis aufbereitet.

2.6. Chirurgie

Die vertretenen Teilbereiche Handchirurgie und Proktologie werden in einer 25 Jahre alten Praxis mit entsprechend suboptimalen Voraussetzungen im räumlichen- und Funktionsablaufbereich praktiziert – die OPs besitzen zum Beispiel keine Lüftungstechnik. Diese Mängel werden durch entsprechende standardisierte Ablaufpläne bzw. **Hygienepläne**

(u. a. die Aufbereitung von Instrumentarium und Wäsche in der Praxis enthaltend) und durch entsprechendes Mitarbeitertraining kompensiert.

2.7. Orthopädie

Im Gegensatz zur dargestellten chirurgischen Praxis wurde hier eine Privatklinik mit vier OP-Sälen und der Umsetzungsmöglichkeit der gesamten Breite der orthopädischen Eingriffsarten vorgestellt. Die gesamte Klinikwäsche wird als Leihwäsche gewerblich aufbereitet, die OP-Wäsche ist Einmalmaterial und die Instrumentenaufbereitung ist zum Teil an einen externen Dienstleister vergeben. Die Behandlungsabläufe sind über Funktionsablaufpläne standardisiert und im Detail festgelegt.

Operationen erfolgen am Aufnahmetag unter Antibiotikaprophylaxe, die Liegezeiten sind kurz. Sterilisationschargen sind bis zum Patienten rückverfolgbar.

Themen wie die Verwendung von Teppichen, die Sinnhaftigkeit von Antibiotikawechsel oder der Umgang mit nicht deutschsprachigem Personal sind derzeit Gegenstand von Diskussionen.

Die eigene Infektionsstatistik weist einen „infektiösen Hospitalismus“ von 0,5 % auf, MRSA wurden nicht beobachtet.

2.8. Zahnmedizin

Bei einem Behandlungsspektrum, das von der normalen Zahnbehandlung über die Prophylaxe, die Lasertherapie, die ambulante Chirurgie bis hin zur Implantologie reicht, sind von den räumlichen Voraussetzungen, den Möglichkeiten der selbständigen Aufbereitung des Instrumentariums im gesamten Funktionsablauf sogenannte Hygieneketten als wesentliche Orientierungsmaßnahmen integriert. Allerdings sind auch hier hygienische Problembereiche wie z. B. die **Aufbereitung und Sterilisation der Hand- und Winkelstücke** oder der **Abformmassen** nicht gelöst. Zudem wird auf die enorme Kostenseite bei der Umsetzung regelrechter Hygiene- und Präventionsmaßnahmen hingewiesen.

Generell wird die Hygiene gleichermaßen als Personal- wie auch als Patientenschutz gesehen. In diesem Zusammenhang wurde auf mangelnde Ehrlichkeit bei

Fragen zu Vorerkrankungen ebenso wie auf die infektiologische Bedeutung des Entstehens von Sprühnebeln beim Umgang mit rotierenden Instrumenten hingewiesen.

2.9. Zusammenfassung des Ist-Status

Die dargestellten Kurzberichte machen die Breite der Risikoeinschätzung, der daraus resultierenden ärztlichen Präventivmaßnahmen im niedergelassenen Bereich und – damit verbunden – die unterschiedlichen Erfahrungen und Handhabungen infektioprophyktischer Maßnahmen deutlich. Bereits bei der begrifflichen Definition der Händewaschung und der hygienischen Händedesinfektion werden unterschiedliche Ausgangssituationen sichtbar, deren Auswirkungen bei der Bewertung der Bedeutung der Infektionsprävention hinsichtlich des Tragens von Schutzkleidung deutlich werden. Noch deutlicher wird dies bei der Aufbereitung von Instrumentarium einschließlich der Endoskope, der räumlichen Trennung von Wartebereichen, der Festlegung von Hygieneplänen als einzuhaltende Richtlinien für hygienegerechte Funktionsabläufe, aber auch als Kontrollmechanismen für die Durchführung solcher Maßnahmen sowie der erforderlichen Infektionsdiagnostik, nicht nur als Maßnahme zur regelrechten Antibiotikatherapie, sondern auch im weiteren Sinne zur Verhütung der Ausbildung von Antibiotikaresistenzen. Der Ist-Zustand der infektioprophyktischen Maßnahmen im niedergelassenen Bereich orientiert sich im wesentlichen am Erfahrungs- und Wissenstand des Praxisinhabers, an den räumlichen und sachlichen Vorgaben der Praxis sowie an den ökonomischen Gegebenheiten, das heißt, welcher finanzielle Stellenwert diesen Maßnahmen eingeräumt werden kann.

3. Festlegung allgemein gültiger infektioprophyktischer Maßnahmen für den niedergelassenen und ambulanten Bereich

3.1. Hinterfragung der Notwendigkeit von Maßnahmen

Grundsätzlich wurde die Erforderlichkeit von infektioprophyktischen Maßnahmen auch im niedergelassenen Bereich bejaht und hierbei auch die möglichen juristischen Implikationen beim Auftreten von entsprechenden Behandlungsfehlern hervorgehoben: Der Patient darf im niedergelassenen Bereich keinem höheren Infektionsrisiko ausgesetzt werden als bei der Behandlung im Krankenhaus. Allerdings wurde auch hervorgehoben, dass die infektioprophyktischen Maßnahmen nicht realitätsfremd sein dürfen und auf die ärztliche Behandlungsbreite abgestimmt sein müssen. Als wichtiger Parameter wurde zudem die Berücksichtigung des Infektionsschutzes der Mitarbeiter/innen herausgestellt.

3.2. Festlegung grundsätzlicher und allgemein gültiger infektioprophyktischer Maßnahmen

3.2.1. Räumliche Ausstattung

Bezüglich der Infektionsprophylaxe ist ausdrücklich zwischen verschiedenen Bereichen der Arztpraxis, in denen unterschiedliche Hygieneanforderungen bestehen zu unterscheiden:

1. Bereiche mit den üblichen sozialen Kontakten ohne erhöhtes Risiko (Wartezimmer, Anmeldung, Administration): hier sind keine besonderen Hygieneanforderungen zu stellen;
2. Alle Bereiche der Patienten-Behandlung: hier sind waschbare und desinfizierbare Materialien und Oberflächen zu fordern, insbesondere für alle Flächen mit Hautkontakt;
3. Invasive Behandlungsmaßnahmen mit Verletzung der Haut (Blutabnahme, Spritzen, OP-Bereich): hier ist Desinfektion und ggf. Beachtung eines keimarmen Umfeldes (beim Richten von Infusionen und Aufziehen von Spritzen) zu fordern.

Für den Behandlungsbereich „Ambulantes Operieren“ werden ein OP mit entsprechender Lüftungstechnik sowie die notwendigen Voraussetzungen zur Durchführung der Anästhesie beim Patienten, der chirurgischen Händedesinfektion sowie der postoperativen Überwachung des Patienten als erforderlich vorausgesetzt. Als Grundausstattung bezogen auf die Infektionsprophylaxe wurde von den Teilnehmern das Vorhandensein von getrennten Wartebereichen und Behandlungsbereichen, getrennten Sanitärbereichen für Patienten und Praxispersonal, ein getrennter Aufenthaltsraum für das Personal sowie Waschbecken mit Seifen- und Händedesinfektionsmittelspendern in den Behandlungsräumen sowie den Toiletten vorgegeben.

3.2.2. Funktionsgerechte Ausstattung

Unbestritten ist für alle Teilnehmer das Vorhalten von leicht zugänglichen Spendern für die Händedesinfektion sowie Waschbecken und Seifenspendern für die Händewaschung.

- Für die Hautdesinfektion vor Eingriffen an der Haut sind Hautdesinfektionsmittel oder sterile Alkoholtupfer bereitzustellen. Sicher gestellt sein muss die vollständige Benetzung der Haut und die Einhaltung der Einwirkzeit (mindestens 15 s) vor dem Eingriff.
- Das Tragen von Handschuhen bei der Blutabnahme, bei sonstigen Eingriffen und insbesondere im zahnärztlichen Bereich wird wegen der Einhaltung von entsprechenden berufsgenossenschaftlichen Vorschriften als erforderlich akzeptiert.
- Das Tragen von Berufskleidung (Kittel) ist sicherlich insbesondere in der kinderärztlichen Praxis schwieriger umsetzbar. Allerdings wird dort, wo die übliche Berufskleidung nicht getragen wird, gefordert, dass die alternative Kleidung einem desinfizierenden Waschvorgang (z. B. bei 60 °C mit Waschmittel) unterzogen werden kann, und dass bei sichtbarer Verschmutzung ein sofortiger Wechsel, ansonsten ein regelmäßiger, d. h. mindestens zweimal wöchentlicher Wechsel dieser Kleidung erfolgt.
- Eine Mund-Nasen-Maske, ggf. mit zusätzlichem Augenschutz (oder Ge-

- sichtsschild) sollte getragen werden, wenn Patienten mit infektiösen Atemwegserkrankungen, bei denen eine Gefahr der Übertragung im Sinne einer Tröpfcheninfektion behandelt werden. Dies gilt gleichermaßen für Maßnahmen, bei denen mit der Entstehung von Aerosolen zu rechnen ist, z. B. bei der Endoskopie oder bei zahnärztlicher Behandlung.
- Für die Aufbereitung von Instrumenten ist die Durchführung der Reinigung und (möglichst thermischen) Desinfektion mit einem Reinigungs-Desinfektionsgerät wünschenswert. Dort wo aus Mengengründen eine solche Maßnahme auch aus ökonomischer Sicht nicht sinnvoll ist, muss notgedrungen die Eintauchdesinfektion mit einem gelisteten Instrumentendesinfektionsmittel und die anschließende Reinigung bei Beachtung der Schutzmaßnahmen für die Mitarbeiter/innen praktiziert werden. (Allerdings sollte man bedenken, dass die Desinfektion vor der Reinigung diese nachfolgend unmöglich macht; die in dieser Hinsicht unheilvolle Vorschrift der BG ist im übrigen zurückgezogen worden. Die Desinfektion des ungereinigten Instruments bringt ohnehin nur eine Pseudosicherheit). Besondere Anforderungen gelten hier für die Aufbereitung von Koloskopen die seit 2003 entsprechend den Vereinbarungen mit den Kassen, einer standardisierten und regelmäßig kontrollierten maschinellen Aufbereitung unterzogen werden müssen. Übereinstimmung herrschte bei den Teilnehmern, dass jeder Patient ein Recht auf eine Behandlung mit einem lege artis desinfizierten bzw. sterilisierten Instrumentarium hat.
 - Ein breiter Raum wurde der Diskussion über den Einsatz von Einmalmaterial gewidmet. Danach sollte auf der Basis der Kosten für die Aufbereitung von Instrumentarium auch immer ein Kostenvergleich für den Einsatz von Einmalmaterial vorgenommen werden, da teilweise dieser Einsatz sich bereits finanziell günstiger gestalten lässt. Allerdings schränken die 2003 erlassenen EU-Direktiven, die allerdings noch nicht in nationales Recht umgesetzt wurden, sowie die durch die MPBetreibV festgelegten von Praxen und Kliniken in

der Regel nicht erfüllbaren Wiederaufbereitungsbedingungen die z. B. auch bereits heute kommerziell angebotene Wiederaufbereitung von Einmalmaterial stark ein, so dass über diesen Weg der verbesserte ökonomische Einsatz in Zukunft verschlossen bleibt.

- Besondere Sorgfalt ist der Aufbereitung von Geräten zu widmen (z. B. Inhalatoren), die von verschiedenen Patienten/innen benutzt werden. Hier ist bereits bei der Anschaffung solcher Geräte auf entsprechend sichere Aufbereitungsvorgaben zu achten, die im Übrigen, geltendem Recht folgend, vom Hersteller anzugeben sind.
- Deutlich differierende Meinungen wurden bzgl. der Flächendesinfektion geäußert. Übereinstimmend wurde die Desinfektion von Behandlungsflächen mit direktem Körperkontakt durch Patienten/innen, von Sanitärbereichen, der zahnmedizinischen Behandlungseinheit und gezielt bei Verunreinigungen durch Ausscheidungen oder Körperflüssigkeiten akzeptiert. Für die sonstige Aufbereitung der Flächen wurde eine Reinigung ohne Desinfektionsmittel einmal täglich am Schluss des Praxis-alltages für ausreichend erachtet. Vor dem Hintergrund der Zunahme antibiotikaresistenter Mikroorganismen auch in der ärztlichen Praxis wird jedoch zukünftig diese Grundeinstellung kritisch hinterfragt werden müssen; in Krankenhäusern wird nunmehr nach der neuen Anlage zur Richtlinie „Reinigung und Flächendesinfektion“, die desinfizierende Reinigung von Handkontaktflächen fordert.

3.2.3. Infektionsdiagnostik

Im Gegensatz zur stationären Behandlung wird die Durchführung der Infektionsdiagnostik beim infizierten Patienten in der niedergelassenen Praxis bis auf die in der Praxis selbst durchführbaren Maßnahmen (z. B. Eintauchnährboden bei Harnwegsinfektionen) als wenig hilfreich bewertet. Lediglich bei chronischen Infektionen ist eine solche infektionsdiagnostische Maßnahme sinnvoll. Für die Antibiotikatherapie werden die in Leitlinien festgelegten antiinfektiösen Maß-

nahmen bevorzugt. Allerdings ergeben sich hier deutliche Probleme bzgl. der Umsetzung eines kritischen Einsatzes von Antibiotika, die aber wohl nur durch grundsätzliche strukturelle Änderungen in der Finanzierung der Krankenversorgung im niedergelassen Bereich angegangen werden können.

3.2.4 Zusätzliche infektionsprophylaktische Vorgaben bei erweitertem Behandlungsspektrum

Die Teilnehmer waren sich darin einig, dass bei Erweiterung des Behandlungsspektrums auch die damit verbundenen infektionsprophylaktischen Maßnahmen Berücksichtigung finden müssen. Dies gilt insbesondere für die Bereiche des ambulanten Operierens und für das erweiterte zahnmedizinische Behandlungsspektrum. Für letzteres konnte am Beispiel der Implantatbehandlung und des dabei erforderlich werdenden Instrumentariums sowie des Funktionsablaufes das Risiko einer Infektionsgefährdung bei unzulänglich aufbereitetem Instrumentarium, aber auch die Infektionsgefährdung der Behandelnden, deutlich gemacht werden. Für letztgenannten Bereich konnte zudem die regelrecht durchgeführte Infektionsprophylaxe als erheblicher Kostenfaktor aufgezeigt werden.

4. Zusammenfassung

Infektionsprophylaktische Maßnahmen haben im niedergelassenen ärztlichen Bereich wie auch in der ambulanten ärztlichen Versorgung einen hohen Stellenwert. Die konsequente Umsetzung solcher Maßnahmen ist allerdings bisher verglichen mit der stationären Behandlung keineswegs durchgängig. Dazu lassen sich zahlreiche Gründe heranziehen:

- So gibt es bisher keine praxisgerechten und die Breite der Behandlung berücksichtigende Regelungen.
- Den infektionsprophylaktischen Maßnahmen im niedergelassenen Bereich wird nicht der erforderliche hohe Stellenwert zugewiesen, sie werden daher als nicht relevant vernachlässigt.

Inhaltliche Schwerpunkte sind die klinische Hygiene, die Wirksamkeitsprüfung von Desinfektionsmitteln und Antiseptika sowie die hygienische Sicherheit von Medizinprodukten.

Als Publikationsorgan des *Arbeitskreises Krankenhaus-hygiene (AKH) der AWMF* und der *Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH)* erhält die Zeitschrift Schrittmacherfunktion für die Verbreitung aller wichtigen Entwicklungen auf diesem Gebiet.

Und das alles für € 72 pro Jahr. Bestellen Sie jetzt!

mhp-Verlag GmbH
Marktplatz 13, D-65183 Wiesbaden
vertrieb@mhp-verlag.de
Fax +49 (0)6 11/5 05 93 11

Name

Straße

PLZ, Ort

Datum, Unterschrift

Mir ist bekannt, dass ich diese Bestellung innerhalb von 10 Tagen beim Verlag schriftlich kündigen kann. Ich bestätige dies mit meiner 2. Unterschrift.

Datum, Unterschrift

- Es fehlen die statistische Erfassung und die infektionsepidemiologische Dokumentation von im Verlauf der Behandlung im niedergelassenen ärztlichen Bereich erworbenen Infektionskrankheiten. Eine Rückmeldung über die Auswirkung bei Nichteinhalten entsprechender infektionsprophylaktischer Maßnahmen bleibt aus.
- Der Kenntnisstand über die regelrechte Durchführung von infektionsprophylaktischen Maßnahmen bei niedergelassenen Ärzten/innen sowie medizinischen Assistenzberufen ist defizitär.
- Dort, wo Kenntnisse vorhanden sind, werden entsprechende Maßnahmen insbesondere aus ökonomischen Gründen nur beschränkt oder auch überhaupt nicht umgesetzt.
- Es fehlen Kontrollmaßnahmen wie sie z. B. für den stationären Bereich durch die Festlegungen des Infektionsschutzgesetzes eingeführt und auch umgesetzt worden sind.

Es ist davon auszugehen, dass die Prävalenz schwerer Infektionen im niedergelassenen Bereich geringer ist als im Krankenhaus. Dennoch zeigt die zunehmende Zahl von gerichtlichen Verfahren gegen niedergelassene Ärzte, bei denen Patienten/innen durch nicht eingehaltene bzw. versäumte infektionsprophylaktische Maßnahmen gesundheitliche Schäden erlitten haben, dass der Bedeutung solcher Maßnahmen auch in diesem ärztlichen Versorgungsbereich zukünftig ein höherer Stellenwert zugeschrieben werden muss.

Es erscheint sinnvoll, Funktionsabläufe und Hygienepläne schriftlich zu fixieren und dabei die Beratung durch einen Krankenhaushygieniker oder eine Fachkraft aus dem Gesundheitsamt zu suchen.

Solche Kontakte können auch wertvoll sein, wenn es überraschend notwendig wird, einen Patienten sofort zu isolieren (z. B. bei SARS-Verdacht) und der Vorgang organisiert werden muss.

Fazit: Das Ergebnis dieses Arbeitsgespräches hat gezeigt, dass auch bei der Breite der Behandlungsmaßnahmen im niedergelassenen Bereich Festlegungen für grundsätzliche infektionsprophylaktische Maßnahmen möglich sind, die einerseits praxisgerecht und andererseits

auch ökonomisch vertretbar umgesetzt werden können. Es bleibt daher zu hoffen, dass diese Veröffentlichung dazu beiträgt, nicht nur die Diskussion über diese Thematik und Problematik neu zu aktivieren, sondern auch das Verständnis und die Umsetzung infektionsprophylaktischer Maßnahmen im niedergelassenen ärztlichen Bereich und in der ambulanten medizinischen Versorgung aktiv zu fördern.

5. Weiterführende Literatur

Grol R, Grimshaw J: From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' case. *The Lancet* 2003; 362: 1225–1230.

Heudorf U, Kutzke G, Otto U: Hygienische Mißstände in einer Arztpraxis – was tun? *Gesundheitswesen* 2003; 65: 409–412.

Kliche T, Töppich J, Kawski S, Koch U, Lehmann H: Die Beurteilung der Struktur-, Konzept- und Prozeßqualität von Prävention und Gesundheitsförderung. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* 2004; 47: 125–132.

Popp W, Engelhart S, Exner M: Hygiene in der Arztpraxis. *Rheinisches Ärzteblatt* 2003; 10: 11–13.

Schneider A, Bierling G: *HuR. Hygiene und Recht Exzerpte*, mhp Verlag, Wiesbaden 2003.

Sonntag HG, Harke HP: Qualitätsmanagement in der Medizin mit besonderer Berücksichtigung der Hygiene. *Hyg Med* 2000; 25: 392–99.

Sonntag, HG: Praxisbilismus – Sinn oder Unsinn von Hygiene-Maßnahmen in der Praxis. *Internist Prax* 1982; 22: 105–113.

Steuer W (Hrsg): *Hygiene in der ärztlichen Praxis*. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart 1987.