

Krankenhaushygiene – eine breite Palette

Priv.-Doz. Dr. Heinz-Michael Just

Institut für Klinikhygiene, Medizinische Mikrobiologie und Klinische Infektiologie, Klinikum Nürnberg

Die breite Palette der Krankenhaushygiene hat eine lange Tradition – auch mit Irritationen und Verunsicherungen. Letzteres deshalb, weil man nicht nur bei Patienten sondern auch bei Mitarbeitern medizinischer Einrichtungen mit sehr unterschiedlichen Vorstellungen darüber konfrontiert ist, was Krankenhaushygiene eigentlich sei. Eine vorherrschende Meinung ist leider immer noch die, es habe primär mit Sauberkeit im Krankenhaus zu tun. Wenn Angehörige von Patienten in unserem Klinikum nach der Krankenhaushygiene fragen, dann nur um mitzuteilen, dass im Zimmer ihres Patienten etwas nicht sauber ist. Woher kommt diese Auffassung?

Durch die Seuchen des Mittelalters und den Entdeckungen von Koch bis Lister hat sich bei uns wohl bleibend der Eindruck festgesetzt, dass Infektionskrankheiten von Mensch zu Mensch übertragen werden und die Folge mangelnder Sauberkeit sind. Die logische Konsequenz waren die Absonderung der Erkrankten und das Säubern, nach der Entdeckung der Desinfektionsmittel am besten ausschließlich mit diesen! Da es aber trotzdem noch Infektionsausbreitungen gab, suchte man nach den Ursachen und fand Verbreitungsvehikel – die Ratten, das Trinkwasser – und wo man keine Erklärung fand, postulierte man die Luft, genannt „Miasmen“.

Inzwischen wissen wir aber mehr über Pathogenität, Virulenz und Wirtsaffinitäten von Mikroorganismen, wir kennen die Übertragungswege und wir haben automatisierte Verfahren zur Reinigung, Desinfektion und Sterilisation. Wir haben Studien die zeigen, dass die Risiken differenzierter zu beurteilen sind – auf Seiten des Patienten wie auf Seiten der Akteure. Wir haben auch immer schnellere und genauere Labormethoden zum Nachweis eines Infektionserregers und haben (noch) gut wirksame Antibiotika zu ihrer Bekämpfung.

So wissen wir beispielsweise aus Untersuchungen verschiedener Jahrzehnte, dass das Spektrum von Luftkeimen im OP verschieden ist zu dem Erregerspektrum postoperativer

Wundinfektionen. Trotzdem werden wir anscheinend die Vergangenheit mit ihren Miasmen nicht los! Die Forderung nach einem sog. Septischen OP begleitet uns wie ein Fluch.

Zusätzliche Nahrung bekommt diese Auffassung durch die Ende letzten Jahres verabschiedete DIN 1946-4. Dort wird nicht nur der OP in Reinraumklassen - definiert durch unterschiedliche Lüftungstechnik - aufgeteilt, sondern sogar für die verschiedenen Operationen festgelegt, in welchen Raumklassen diese zu erfolgen haben. Und das ohne jegliche Evidenz, d.h. ohne jedwede wissenschaftlich fundierte Grundlage.

Damit stellt sich die Frage nach der Bedeutung der unterschiedlichen Richtlinien, Empfehlungen, Normen, etc. Wir haben in Deutschland viel zu viele davon, was entscheidend zur Verunsicherung sowohl der im Gesundheitswesen Tätigen, aber auch der Planer und der Aufsichtsbehörden beiträgt. Hier ist Bereinigung gefragt!

Es gibt zwei Gremien mit einer Legitimation zum Veröffentlichen von Hilfestellungen für die Organisation von Präventionsmaßnahmen sowohl im Sinne des Arbeitsschutzes wie auch im Sinne der Infektionsprävention von Patienten. Dies ist zum einen der ABAS (Ausschuss für biologische Arbeitsstoffe) des Bundesministeriums für Arbeit und zum anderen die im § 23 IfSG (2) dafür etablierte KRINKO (Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert-Koch-Institut; RKI) des Bundesministeriums für Gesundheit. Diese beiden Gremien könnten in fachlich enger Zusammenarbeit auf der Basis wissenschaftlich fundierter Risikobeurteilungen von Infektionsgefahren für Patienten und Beschäftigte in medizinischen Einrichtungen und daraus folgenden Empfehlungen für evidenzbasierte Maßnahmen zur Minimierung dieser Risiken qualitativ hochwertige und ökonomisch vertretbare Handlungsanweisungen formulieren.