

Gemeinsamkeiten von Hygiene und Arbeitsschutz bei der Beurteilung von Infektionsrisiken

Christian Frosch

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und
Wohlfahrtspflege

Problemlage und Lösungsansatz

- **Problemstellung Risikobeurteilung**
 - ▶ **Infektionsrisiken – Zahlen, Daten, Fakten**
 - ▶ **Risikokonstellationen**
 - ▶ **Risikobeurteilung**
 - **Problemstellungen bei der Beurteilung**
 - ▶ Welche Risiken
 - ▶ subjektive vs. objektive Einschätzung
 - **Problemstellung bei den Konsequenzen**
 - Mag ich die Maßnahmen
- **Lösungsansatz**
 - ▶ **Gemeinsame Infektionsrisikobeurteilung unter Berücksichtigung aller Konstellationen**
 - ▶ **Schulungen/Unterweisungen/Qualifizierungen müssen beide Zielrichtungen berücksichtigen und die TN in die Lage versetzen zu einer Gesamtbeurteilung zu kommen.**

Risikobeurteilung erfordert Zahlen – Daten - Fakten

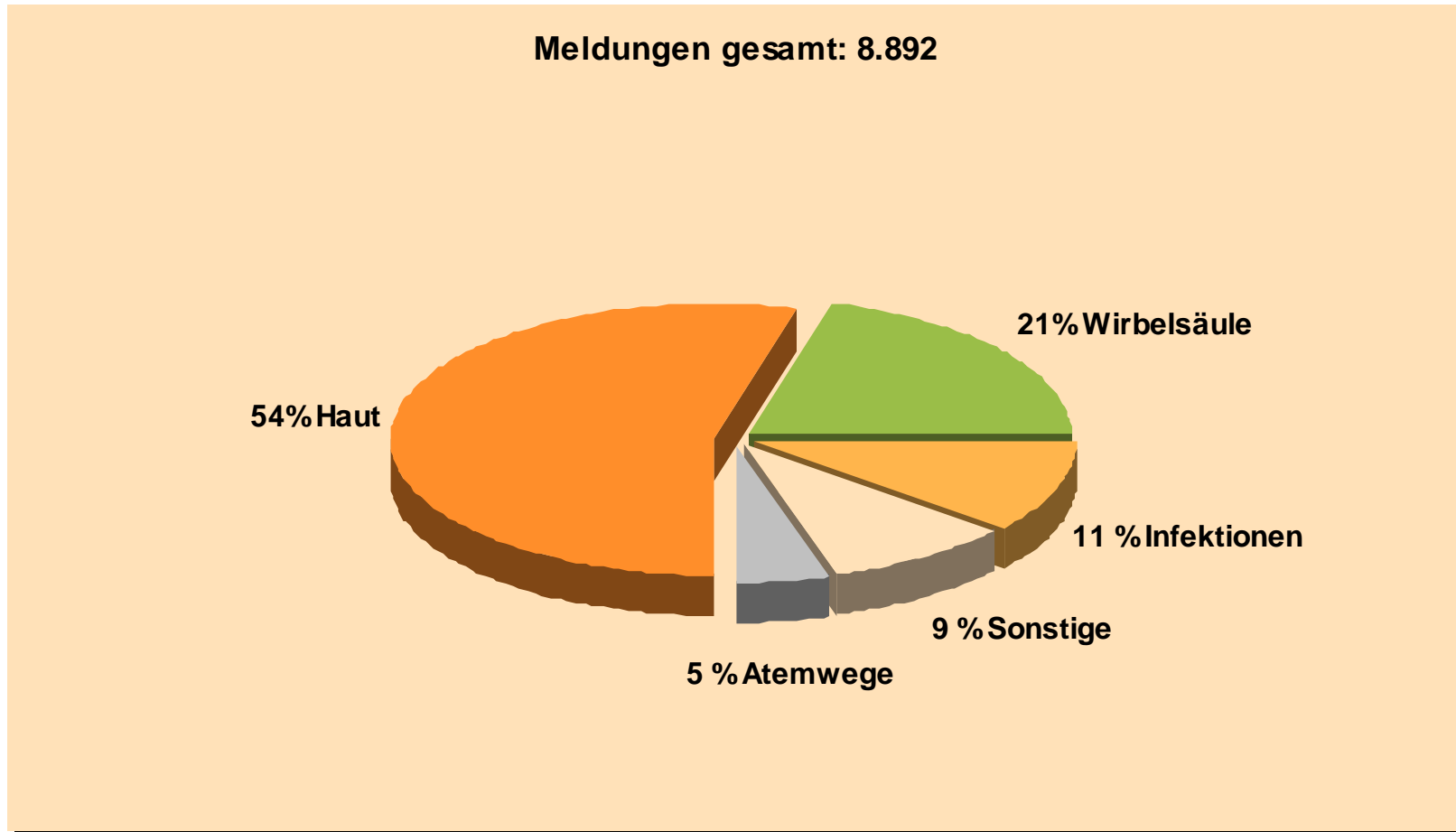
- **Darstellung der BGW-Datenlage**
 1. zu Berufskrankheiten (für Grundrisiko im privaten Gesundheitswesen)
 2. zu Infektionserkrankungen (für erregerbezogenes Risiko)
 3. zu Nadelstichverletzungen
 4. im Vergleich zur RKI-Datenlage (für Gesamtrisiko in Deutschland)
 5. zu betroffenen Bereichen

- **Darstellung der Datenlage zu nosokomialen Erkrankungen**

Hintergrund:

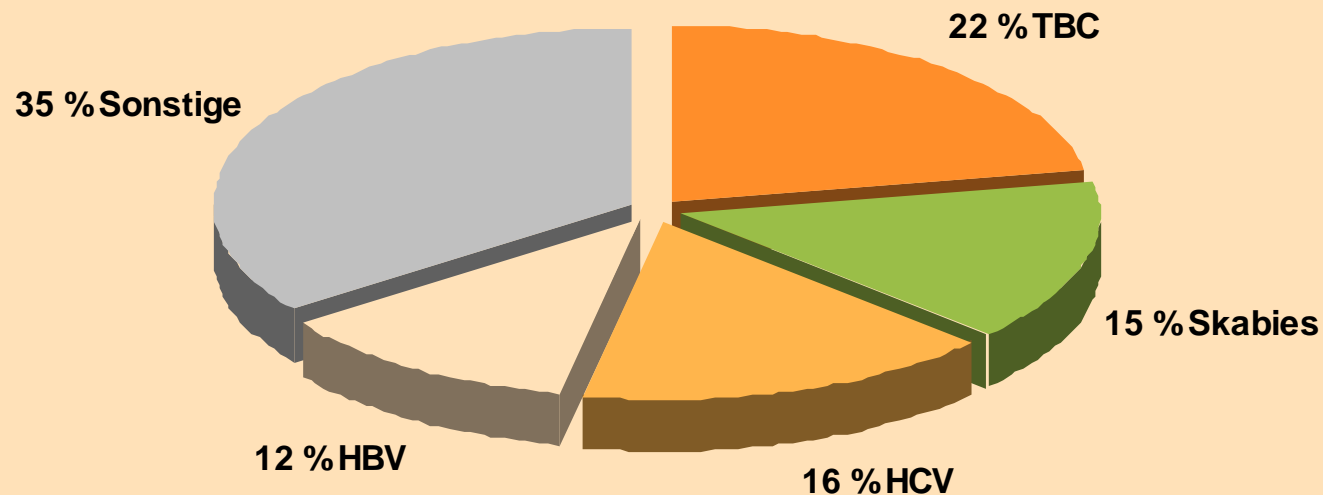
Risiko = Eintrittswahrscheinlichkeit x Schadenausmaß

1. Darstellung der Datenlage bei der BGW Meldungen des Verdachts auf eine Berufskrankheit (2008)



2. Darstellung der Datenlage bei der BGW zu Verdachtsmeldungen auf Infektionskrankheiten (2008)

Gemeldete Verdachtsfälle nur für Infektionskrankheiten: 875



3.a) Darstellung der Datenlage bei der BGW zu Gemeldeten Nadelstichverletzungen – Auszug (2008)

Allgemeine Krankenhäuser	18.266
Fachkrankenhäuser	2.317
Tageskliniken, Nachtklinken	63
Pflege-/Krankenheime, Altenwohnungen	2.659
Altenwohnheime, Altenwohnungen	247
Mobile und ambulante soziale Dienste	7
ambulante Pflegedienste, amb. Hospizarbeit	1.518

3.b) Abschätzung des Infektionsrisikos nach Nadelstichverletzungen – NSV

■ Prävalenz (Spender positiv)

HBV : 0,6 % (10⁶ Personen)

HCV : 0,5 % (4 x 10⁵ Personen)

HIV : 0,08 % (6 x 10⁴ Personen)

■ Serokonversion nach NSV

HBV : 300 auf 1.000 Fälle

HCV : 30 auf 1.000 Fälle

HIV : 3 auf 1.000 Fälle

■ Rechnerisches Risiko

HBV : 1 : 500

HCV : 1 : 6.500

HIV : 1 : 375.000

■ Andere Wahrscheinlichkeiten

3er Lotto : 1 : 61 **4er Lotto** : 1 : 1032

4. Vergleich der BGW- & RKI-Datenlagen

Verteilung der Infektionskrankheiten

	BGW (2008)	Gesamtbevölkerung
Norovirus-Gastroenteritis	0	201.133
Rotavirus-Erkrankung	0	59.346
Campylobacter-Enteritis	0	66.107
Salmonellose	2	55.400
HAV	8	937
HBV	106	1.008
HCV	138	6.858
Skabies	135	nicht erhoben
TBC	195	5.027
HIV	11	2.752

5. Betroffene Bereiche

Verteilung der BK-Verdachtsmeldungen 2008

	Allgemeine Kranken- häuser	Fach- kranken- häuser	Tages-/ Nacht- kliniken	Pflege- heime	Alten- wohn- heime	Ambulante Dienste
TBC (einschließlich Pleuritis)	49	9	–	24	–	7
Skabies	38	–	–	79	8	4
Hepatitis B	37	6	1	18	–	6
Hepatitis C (entspr. Non-A/N)	37	4	–	23	–	7
MRSA und ORSA	10	3	–	28	11	17

Darstellung der Datenlage zu nosokomialen Erkrankungen

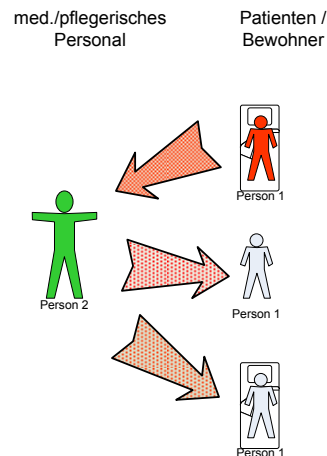
- **Hochrechnungen für 2006 (Gastmeier et al.) ergaben**
 - ▶ **400.000 – 600.000 nosokomiale Erkrankungen traten auf und**
 - ▶ **führten in 10.000 – 15.000 Fällen zum Tod des Patienten**
- **OP-KISS Daten für 2006**
 - ▶ **mittlere Wundinfektionsrate: 1.8%**
 - **dies entspricht einer Fehlerrate von 18.000 ppm im QM-Bereich**

Risikokonstellationen – 3 Grundvarianten

■ Variante 1:

- ▶ Mitarbeiter bleibt gesund

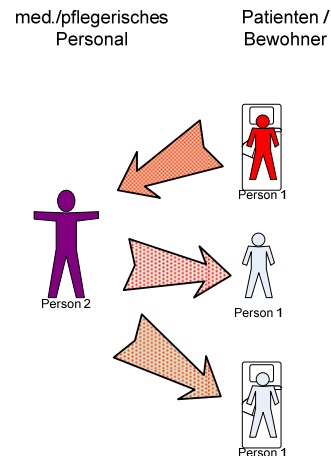
- Risiko:
 - ▶ Beschäftigter ist Überträger
 - Patientenschutz?



■ Variante 2:

- ▶ Mitarbeiter ist krank, aber nicht infektiös

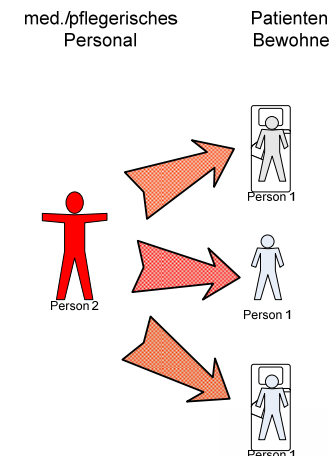
- Risiko:
 - ▶ Beschäftigter erkrankt
 - Beschäftigtenschutz hat nicht funktioniert?



■ Variante 3:

- ▶ Mitarbeiter ist krank & infektiös

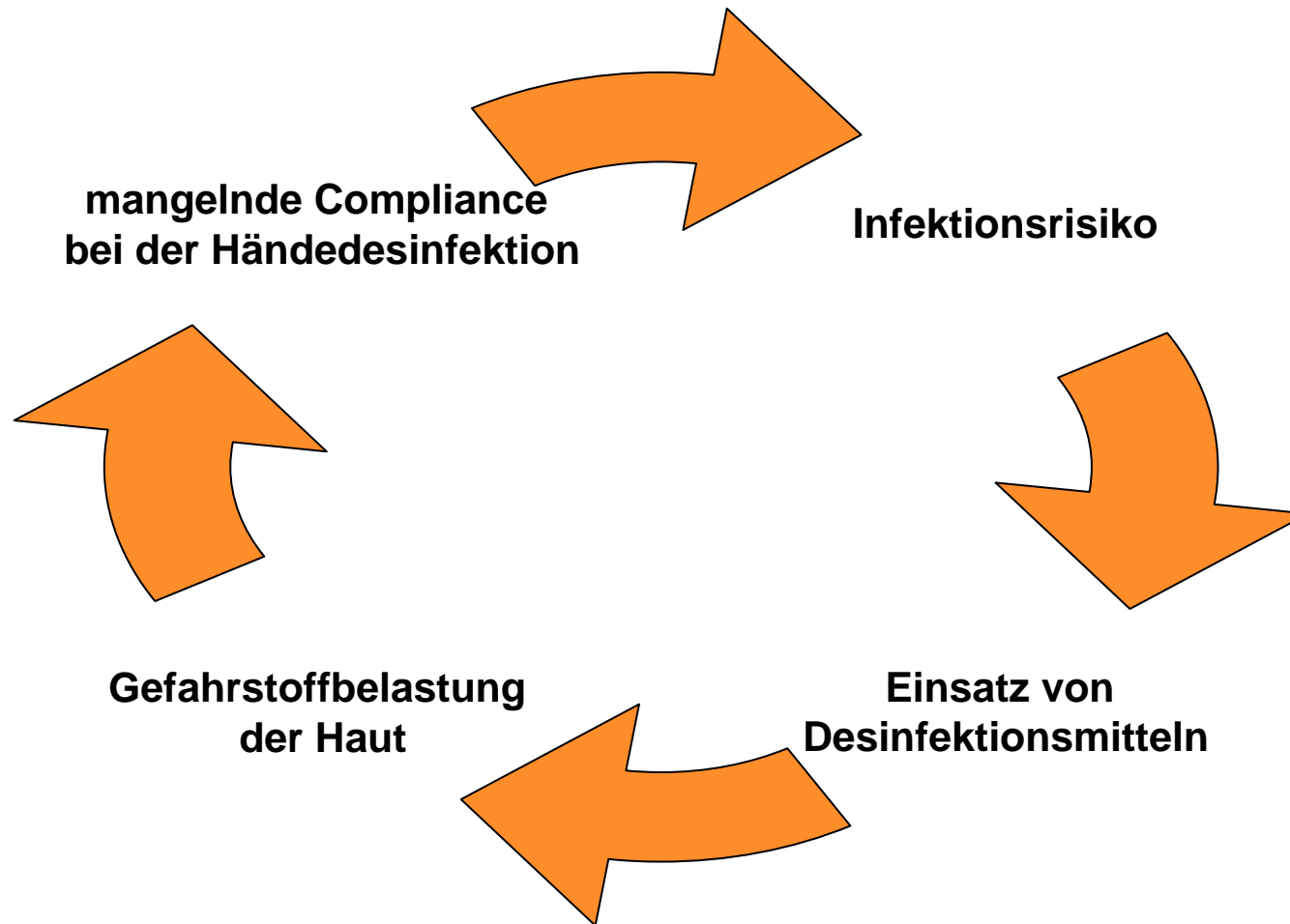
- Risiko:
 - ▶ Beschäftigter erkrankt
 - Beschäftigtenschutz hat nicht funktioniert?
 - ▶ Beschäftigter ist Überträger
 - Patientenschutz?



Infektionsrisiken - Zwischenfazit

- **Es gibt ein relevantes Infektionsgeschehen**
 - ▶ **Infektionsrisiken treten sowohl für Beschäftigte als auch für Bewohner / Patienten auf**
 - ▶ **Infektionsrisiken gehen bei mangelndem Beschäftigtenschutz auch direkt von den Beschäftigten aus**
 - ▶ **Das Individualrisiko ist nicht immer einfach abzuschätzen, daher sind Zahlen, Daten und Fakten erforderlich für die**
 - **Gesamtzahl der Infektionskrankheiten,**
 - **Verteilung der Krankheiten**
 - ▶ **auf Berufsgruppen**
 - ▶ **Tätigkeitsbereiche**

Problemstellungen bei nur einseitiger Risikobeurteilung – Ein Beispiel



Gemeinsamkeiten bei der Risikobeurteilung

- **Gleiche Problemstellungen in der Praxis**
 - ▶ **Verantwortung der Einrichtungsleitung**
 - ▶ **Welche Risiken sollen erfaßt werden?**
 - Nur mitarbeiterbezogene Risiken?
 - Nur patientenbezogene Risiken?
 - Welche Krankheitserreger / Biologische Arbeitsstoffe?
 - ▶ **Gibt es ein Problembewußtsein?**
 - subjektive vs. objektive Risikowahrnehmung
 - ▶ **Auswahl der Maßnahmen**
 - Welche Maßnahmen sind geeignet?
 - Welche Maßnahmen erscheinen als geeignet?
 - Welche Maßnahmen werden toleriert?
 - ▶ **Festlegung der Betrachtungseinheit**
 - Tätigkeit oder Arbeitsbereich?

Abschätzung des Infektionsrisikos nach Nadelstichverletzungen – subjektiv vs. objektiv

■ Prävalenz (Spender positiv)

HBV : 0,6 % (10⁶ Personen)

HCV : 0,5 % (4 x 10⁵ Personen)

HIV : 0,08 % (6 x 10⁴ Personen)

■ Serokonversion nach NSV

HBV : 300 auf 1.000 Fälle

HCV : 30 auf 1.000 Fälle

HIV : 3 auf 1.000 Fälle

■ Rechnerisches Risiko

HBV : 1 : 500

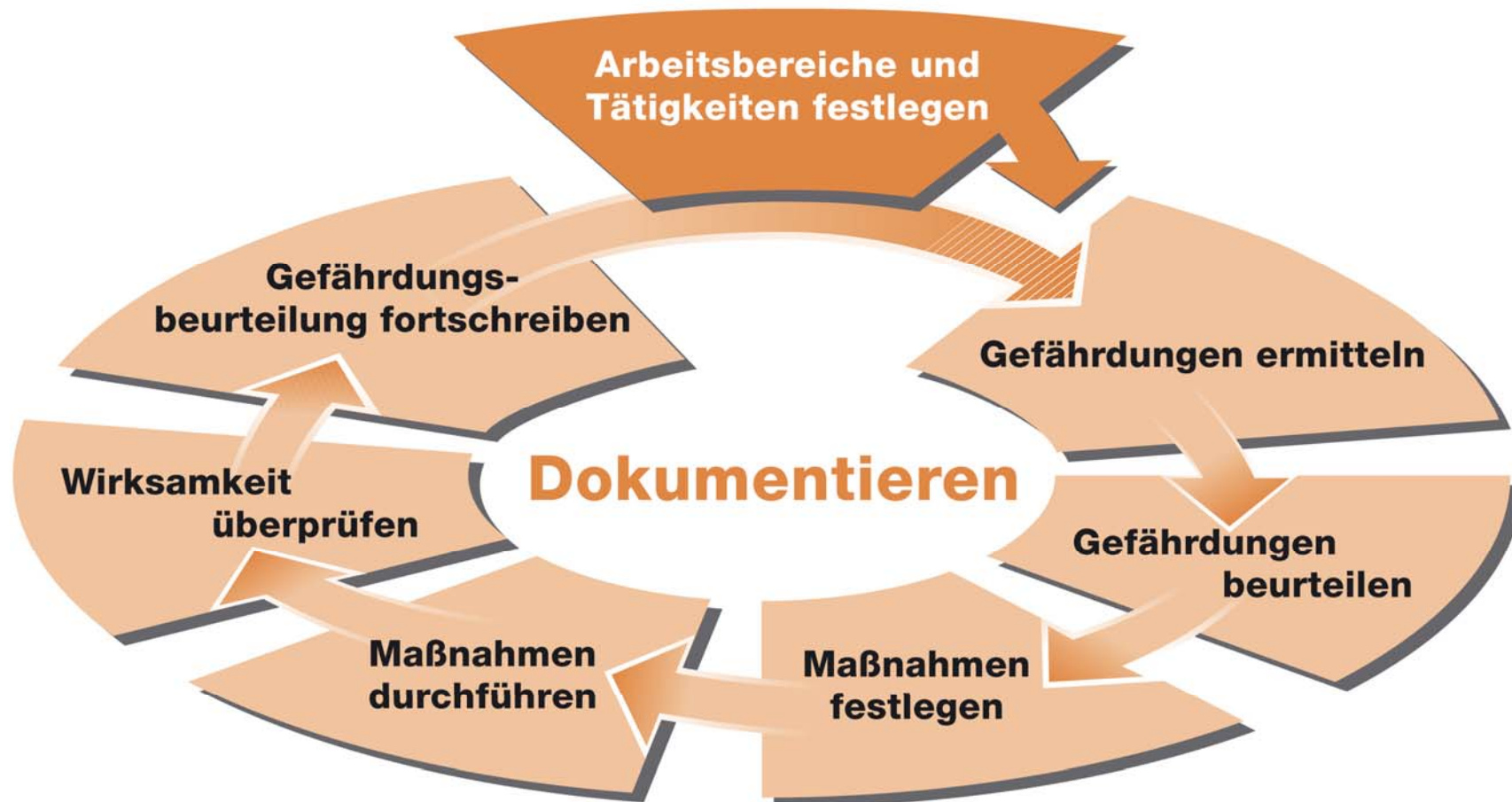
HCV : 1 : 6.500


HIV : 1 : 375.000

■ Andere Wahrscheinlichkeiten

3er Lotto : 1 : 61 **4er Lotto** : 1 : 1032

Lösungsansatz: Gemeinsames Vorgehensmodell zur Risikobeurteilung



Der Goldstandard im Arbeitsschutz funktioniert auch für den Infektionsschutz
Alle Gefährdungen/Infektionsrisiken lassen sich gemeinsam beurteilen 

Fazit I – Anforderungen an die Risikobeurteilung

- **Systematische Vorgehensweise**
- **Betrachtung aller Risiken (biologisch, chemisch, medizinisch,...) unter Berücksichtigung der Arbeitsschutz- und Infektionsschutzzielsetzungen**
- **Gemeinsamer Auftrag an die Hygienebeauftragten / -fachkräfte, Sicherheitsfachkräfte und Betriebsärzte**
- **Deutliche Entscheidung, ob eine Gefährdung vorhanden ist oder nicht**

Fazit II - Maßnahmen auf Grundlage einer gemeinsamen Beurteilung

- **Beispiele**
 - ▶ **Abstimmung der Reinigungs- und Desinfektionsmittelauswahl**
 - ▶ **Beschreibung der Maßnahmen im Hygieneplan der Einrichtung**
 - **d.h. keine separate Auflistung in verschiedenen Dokumentationen, aber Querverweise ggf. möglich**
 - ▶ **Kommunikation der Ergebnisse und Gründe der Beurteilung der Infektionsrisiken**
 - ▶ **Qualifizierung der beteiligten Akteure für Hygiene- und Arbeitsschutzthemen**
 - ▶ **Konsequente Durchsetzung und Überprüfung der Einhaltung der Maßnahmen**

Hygieneplan

In einem Hygieneplan werden die Organisation, die Wahl der Reinigungs- und Desinfektionsmittel und -verfahren und die Häufigkeit der Durchführung festgelegt.