

## ROUND TABLE

# Spitalskeime: Wo stehen wir, was brauchen wir noch?

Zum Thema der nosokomialen Infektionen („Spitalskeime“) hat sich in der jüngeren Vergangenheit vieles getan: Sie sind heute ein Thema der Politik, der Medien, der Wissenschaft, der Krankenhausträger oder Interessensgruppen. Das Europäische Zentrum für die Prävention und Kontrolle von Krankheiten (ECDC) schätzt, dass sich rund 8,9 Millionen Menschen pro Jahr in europäischen Krankenhäusern und Pflegeheimen mit gefährlichen Keimen infizieren, wobei viele Keime gegen die gängigen Antibiotika-Therapien resistent sind. Bis zu 30 Prozent aller nosokomialen Infektionen wären durch entsprechende Hygiene- und Kontroll-Programme vermeidbar. Dass diese Potenziale konsequent genützt werden sollten, darüber waren sich die Expertinnen und Experten einig, die bei einem Round Table der Initiative „Sicherheit im OP“ (SIOP) und der „Plattform Patientensicherheit“ am 19. November 2018 die Frage diskutierten: „Spitalskeime: Wo stehen wir, was brauchen wir noch?“

## Österreich bekennt sich im Rahmen der EU-Präsidentschaft zur Verantwortung im Kampf gegen die Antibiotikaresistenz



Doz. in DDr. in Reinhild Strauß  
Leiterin der Abt. IX/A/5  
– Öffentlicher Gesundheitsdienst, AMR/NI, Krankenhaushygiene; Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz

Im internationalen Vergleich zeigt sich, dass Österreich heute gut dasteht, was nosokomiale Infektionen und Antibiotikaresistenzen betrifft – wir liegen EU-weit im besten Drittel und damit nahe bei den nordischen Ländern, die für ihre gute Qualität bekannt sind. Da ist in den vergangenen Jahren sehr viel geschehen, auch aufgrund von engagierten Aktivitäten an der Basis. Die Awareness ist enorm gestiegen. Jetzt müssen wir auch für eine Nachhaltigkeit dieser Fortschritte sorgen. Das wird nicht ohne gesetzliche Regelungen möglich sein. Aber auch die Finanzierung der notwendigen und zweckmäßigen Maßnahmen muss sichergestellt sein.

Antibiotikaresistenzen sind ein globales Problem und könnten daher nur durch internationale Zusammenarbeit erfolgreich zurückgedrängt werden. Österreich hat sich im Rahmen der EU-Präsidentschaft zur Verantwortung im Kampf gegen die Antibiotikaresistenz bekannt und große internationale Meetings veranstaltet, bei denen Gesundheitsexperten, Wissenschaftler und Politiker miteinander neue Konzepte entwickelten. Besonders die EU-Joint-Action gegen AMR und der internationale

Antibiotikatag haben wichtige neue Erkenntnisse gebracht, die nun in Aktionen umgesetzt werden, national und international. In Österreich sind alle notwendigen Maßnahmen im Nationalen Aktionsplan Antibiotikaresistenz festgelegt, welcher schon seit 2014 umgesetzt wird. Einige Beispiele:

- ▶ 2016 wurde der Qualitätsstandard für die Krankenhaushygiene eingeführt, der von allen Krankenanstalten umgesetzt wird.
- ▶ Handhygiene ist eine der einfachsten Präventionsmaßnahmen. Neben regelmäßigen Schulungen des Krankenhauspersonals muss aber auch Bewusstseinsbildung bei Patienten und Besuchern durchgeführt werden. Deshalb feiert das BMASGK jährlich mit einem großen Symposium im BMASGK am 5. Mai den Internationalen Tag der Handhygiene, bei dem vorbildliche Projekte präsentiert werden.
- ▶ Der österreichische Resistenzbericht AURES stellt die aktuelle Resistenzlage dar.
- ▶ Derzeit läuft ein österreichweites Pilotprojekt zur zentralen Erhebung von Krankenhausinfektionen. Länder, Bund und Hauptverband der Sozialversicherungsträger haben sich im Rahmen der Bundeszielsteuerung darauf geeinigt, dass alle Krankenanstalten die Daten der postoperativen Wundinfektionen und der Infektionen auf Intensivstationen an das Gesundheitsministerium melden.
- ▶ Pilotprojekte zur detaillierten Erhebung des Antibiotika-Verbrauches und zum zielgerichteten Antibiotika-Einsatz sind in Vorbereitung.

## Verbesserungspotenzial bei der Ausbildung von Hygiene-Fachärztinnen und -ärzten und der weiteren Professionalisierung der Hygienefachkräfte



**Dr. Alexander Blacky**  
Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie; Leiter der akkreditierten Inspektionsstelle Reinigung, Sterilisation und Desinfektion, VAMED-KMB Krankenhausmanagement und Betriebsführungsges.m.b.H. und Mitglied des Arbeitskreises für Hygiene in Gesundheitseinrichtungen der MA 15 der Stadt Wien

Wir haben in Österreich im Sinne der Hygiene und Patientensicherheit schon einiges erreicht, aber es besteht noch ein deutlicher Handlungsbedarf, speziell wenn man das Gesundheitssystem in seiner Ganzheit betrachtet. Wir brauchen hier unter anderem eine Gesamtsicht, die bei nosokomialen Infektionen Kosten für bestimmte Maßnahmen in eine Relation zu eingesparten Folgekosten setzt. Das würde helfen, den Nutzen unserer Aktivitäten sichtbarer zu machen.

Unterschiedlichste Organisationsformen und Zuständigkeiten seitens der Träger und Behörden betreuen die gleichen Patienten mit den gleichen multiresistenten Erregern vor und nach dem Krankenhausaufenthalt. Allerdings unter völlig anderen hygienischen Voraussetzungen, was in den meisten Fällen den Beteiligten nicht zum Vorteil gereicht.

**„Wir brauchen unter anderem eine Gesamtsicht, die bei nosokomialen Infektionen Kosten für bestimmte Maßnahmen in eine Relation zu eingesparten Folgekosten setzt.“**

**Dr. Alexander Blacky**

Verbesserungspotenzial gibt es vor allem in der universitären Ausbildungskapazität von Hygiene-Fachärztinnen und -ärzten bzw. in der weiteren Professionalisierung der Hygienefachkräfte des diplomierten Pflegepersonals. Die Sonderausbildung der Hygienefachkräfte ist zwar gut, aufgrund von unterschiedlichen Kursanbietern aus Deutschland und Österreich jedoch nicht sehr einheitlich. Die Österreichische Gesellschaft für Krankenhaushygiene erstellte daher ein Ausbildungscurriculum, um sicherzustellen, dass allen Hygienefachkräften vergleichbare Inhalte und Methoden vermittelt werden.

In den österreichischen Spitälern sind die für die Hygiene abgestellten Ärztinnen und Ärzte überwiegend sogenannte Hygienebeauftragte – also Fachärzte eines klinischen Faches, die einen zusätzlichen Kurs gemacht haben. Wir brauchen allerdings mehr Hygiene-Facharztbildungsstellen an den Universitäten und professionelle Hygienefachärzte, die in Krankenhausverbänden tätig sein können und die Hygienebeauftragten und die -fachkräfte in den einzelnen Krankenhäusern unterstützen. In den Niederlanden ist es beispielsweise so, dass einem Krankenhaus die Sperre droht, wenn es keinen hauptberuflichen Krankenhaushygieniker hat.



Zur systematischen Erfassung der Krankenhauskeime haben wir in Österreich das Austrian Nosocomial Infection Surveillance System (ANISS), aber auch Daten aus dem deutschen Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) und dem steiermärkischen NISS, in deren verschiedenen Modulen auch zahlreiche österreichische Krankenhäuser aktiv sind, zur Verfügung.

Die zwei Punkt-Prävalenz-Untersuchungen für nosokomiale Infektionen ergaben 2012 eine Rate von 6,2 Prozent, 2015 lag sie bei 5,3 Prozent aller eingeschlossenen Patienten, und damit steht Österreich im EU-Vergleich sehr gut da. In den letzten zwanzig Jahren hat sich jedoch der Altersdurchschnitt der Patienten, die z. B. operiert werden, deutlich gehoben, und sie haben mehr zusätzliche Erkrankungen wie Diabetes oder chronische Herz- oder Atemwegserkrankungen. Es ist daher als Fortschritt anzusehen, wenn es uns gelingt, die Infektionsrate weiterhin stabil zu halten – aber der Aufwand ist natürlich auch gestiegen, die Ressourcen stiegen allerdings nicht im gleichen Maß.





## Rahmenbedingungen für die Ausbildung des dringend notwendigen qualifizierten Hygienefachpersonals verbessern

**DGKP Josef Zellhofer**  
Vorsitzender der ÖGB/  
ARGE-Fachgruppenvereinigung für Gesundheits- und Sozialberufe

Durch die Novelle im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz wurden für diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal die Kompetenzbereiche im Wundmanagement erweitert. Wir erwarten, dass dadurch auch die Qualität der Hygiene verbessert wird.

Eine positive Entwicklung ist auch, dass es immer mehr Hygieneteams gibt und sich daraus sogenannte „Zirkel“ entwickeln, die auch in großen Gesundheitseinrichtungen aktiv sind. Positiv zu vermerken ist weiters, dass die Hygienesonderausbildung auch im Operationsbereich ein Jahr dauert. Wer diese Ausbildung absolviert, muss sich allerdings karenzieren lassen, weil nur dann

**„Es darf auch nicht bei Produkten gespart werden und der als Konsequenz auftretende zusätzliche Arbeitsaufwand den Mitarbeitern aufgebürdet werden. Das ist das Gegenteil von intelligentem Sparen.“**

**DGKP Josef Zellhofer**

diese Dienststelle, wenn auch befristet, nachbesetzt werden kann. Verschlechtert hat sich allerdings die Situation des Hygienefachpersonals. Es wurden zu wenige Fachkräfte ausgebildet und viele der älteren nähern sich dem Ruhestand. Als Folge droht, dass die Arbeitsdichte zu hoch wird.

Die Politik muss reagieren und die Rahmenbedingungen für die Ausbildung des dringend notwendigen qualifizierten Hygienefachpersonals verbessern. Es muss mehr in die Ausbildung investiert werden, da es sonst nicht nur im OP-Bereich zu Problemen kommen wird und in vielen Spezialbereichen eine Nivellierung nach unten erfolgen könnte.

Aber auch die generelle Personalknappheit in der Pflege und die damit verbundene hohe Arbeitsdichte können dazu beitragen, dass erforderliche Hygienemaßnahmen zu kurz kommen. Die Zusammenhänge zwischen zu wenig Personal und einer Zunahme von Zwischenfällen wurde bereits in mehreren Studien bestätigt. Hier besteht also dringender Handlungsbedarf, sollen Patienten und Spitalsmitarbeiter nicht zusätzlich gefährdet werden.

Doch nicht nur Einsparungen beim Personal sind ein Sicherheitsrisiko: Es darf auch nicht bei Produkten gespart werden – nicht zuletzt bei für die Sicherheit wichtigen –, und der als Konsequenz auftretende zusätzliche Arbeitsaufwand darf nicht den Mitarbeitern aufgebürdet werden. Denn das erhöht die Risiken für alle Beteiligten. Was dabei passiert, ist Folgendes: Man senkt die Kosten beim Einkauf, und dafür explodieren die Folgekosten durch Infektionen mit Spitalskeimen und andere Fehler. Das ist das Gegenteil von intelligentem Sparen.

## Anreizsysteme und verpflichtende gesetzliche Regelungen schaffen



**Dr.<sup>in</sup> Maria Kletečka-Pulker**  
Generalsekretärin der Plattform Patientensicherheit; Stv. Instituts- vorständin, Geschäftsführerin und Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Ethik und Recht in der Medizin, MedUni Wien

Das Bewusstsein für die Wichtigkeit der Hygiene ist größer geworden, und das ist eine erfreuliche Entwicklung. Aber wir brauchen auch einen verbindlichen rechtlichen Rahmen, das sollten wir rascher vorantreiben. Allerdings nimmt das Krankenhausmanagement in der Regel nur Veränderungen vor, wenn Einsparungspotenzial gesehen wird. Das gibt es aber bei der Infektionsprophylaxe bzw. bei Hygienemaßnahmen in der Regel nicht. Im Gegenteil: Wenn sich jemand infiziert, muss er weiter behandelt werden, und das bringt dem Krankenhaus weitere Einnahmen. Wenn ein Patient aufgrund einer Infektion zu Schaden kommt, wirkt sich das für das Krankenhaus grundsätzlich finanziell nicht aus, es sei denn, es kann dem Träger nachgewiesen werden, dass er schuldhaft bestimmte Maßnahmen nicht gesetzt und

so seine Sorgfaltspflicht verletzt hat. Dies setzt aber auch voraus, dass der Patient den gerichtlichen Weg wählt, um seinen Schaden geltend zu machen. In der Regel ist dies nicht der Fall, da viele Patienten eine erworbene nosokomiale Infektion oftmals noch schicksalhaft sehen und darüber hinaus die Beweisbarkeit in einem etwaigen gerichtlichen Verfahren kaum gelingt.

**Die Gesundheitspolitik müsste Anreizsysteme schaffen, wonach Krankenanstalten zusätzliche finanzielle Mittel erhalten, wenn Maßnahmen zur Infektionsprophylaxe gesetzt werden.“**

**Dr. Maria Kletečka-Pulker**

So müssen sich Führungskräfte in Krankenanstalten oft gegen mögliche effektive Maßnahmen zum Schutz gegen Infektion wie ein Screening entscheiden, da dies unmittelbar höhere Kosten für den Krankenhausträger zur Folge hätte.

Zurzeit ist es so, dass Patientinnen und Patienten über den Weg der Haftung Ansprüche geltend machen müssen, was bislang selten geschieht, sodass viele Krankenhäuser und Spitalsbetreiber daher das Risiko einer Infektion in Kauf nehmen, vor allem in Zeiten, wo gespart werden muss. Ob es in manchen Spitalern ein höheres Infektionsrisiko gibt und ob alle Maßnahmen gegen Krankenhauskeime eingehalten wurden, ist von den Patienten kaum nachweisbar. Daher wählen viele Patienten nicht den gerichtlichen Weg, sondern wenden sich an den Patientenentschädigungsfonds, um eine finanzielle Entschädigung zu bekommen. Das Befremdliche daran ist allerdings, dass dieser Fonds lediglich wieder nur von den Patientinnen und Patienten selber finanziert wird. So zahlt grundsätzlich jeder stationär aufgenommene Patient in einer gemeinnützigen Krankenanstalt einen Betrag von € 0,73 pro Tag ein, wobei die Verpflichtung zur Zahlung auf 28 Tage beschränkt ist. Letztlich sollte dieser Fond solidarisch auch durch

Beiträge von Krankenanstaltenträgern und Sozialversicherungsträgern finanziert werden.

So hat auch die Einführung des Verbandsverantwortlichkeitsgesetzes keine Veränderung gebracht. Freilich könnte man rechtlich auch eine Beweislastumkehr überlegen, sodass im Fall einer nosokomialen Infektion der Träger der Krankenanstalt den Nachweis erbringen muss, dass er alle notwendigen Maßnahmen zur Vermeidung einer Krankenhausinfektion gesetzt hat.

Um Verbesserungen zu erreichen, müsste die Gesundheitspolitik Anreizsysteme schaffen, wie z. B. „Pay for Patient Safety and Quality“, wonach die Verantwortlichen in Krankenanstalten zusätzliche finanzielle Mittel erhalten, wenn Maßnahmen zur Infektionsprophylaxe gesetzt werden. Nicht Strafen sollten im Vordergrund stehen, sondern die Belohnung und Unterstützung von Institutionen, die alles daransetzen, Patienten vor vermeidbarem Schaden und Leid z. B. durch nosokomiale Infektionen zu schützen. Wenn also ein Krankenhaus Maßnahmen zur Senkung der Infektionsrate und zur Verbesserung der Hygiene einführt, gibt es einen Bonus oder mehr LKF-Punkte. Vorbilder könnten hier andere Bereiche der Patientensicherheit sein, in denen es ein solches System bereits gibt. Entsprechende Modelle laufen derzeit im Burgenland und in Kärnten.



## Krankenhaushygiene wird in Österreich immer noch zu wenig ernst genommen



**Univ.-Prof. Dr. Franz Allerberger**  
Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (AGES)

Krankenhaushygiene wird in Österreich leider immer noch zu wenig ernst genommen. Das zeigt aktuell zum Beispiel die Situation bei *Clostridium difficile* – einer Bakterieninfektion, die vor allem bei alten Menschen Durchfall verursacht. Hier hatten wir 2017 mit 7.205 abgerechneten Krankenhausaufenthalten und 371 Todesfällen einen neuen Höchststand. Vor fünf Jahren waren es aber 302 Todesfälle. In manchen anderen Ländern hat sich im gleichen Zeitraum die Infektions- und Sterblichkeitsrate deutlich reduziert, in den Niederlanden zum Beispiel um 60 Prozent, in Großbritannien gab es aufgrund politischer Maßnahmen Reduktionen von bis zu 80 Prozent.

Das ECDC empfiehlt Überwachungssysteme, aber es nehmen nur 13 österreichische Krankenhäuser, das sind rund zehn Prozent der Spitäler in Österreich, am für die systematische Erfassung dieser Keime eingerichteten CDAD-KISS-Netzwerk teil.

**„Gefährlich sind nicht die Einrichtungen, die Infektionen melden, sondern die, die das nicht tun.“**

**Univ.-Prof. Dr. Franz Allerberger**

Da *Clostridium difficile* auch gegen viele Antibiotika resistent ist und umso häufiger auftritt, je mehr Antibiotika verschrieben werden, rückt auch hier der Umgang mit Antibiotika in den Vordergrund. Wir haben in Österreich die Situation, dass zwar jeder Geflügelbauer oder Schweinezüchter genau weiß, wie viele Kilogramm Antibiotika er einsetzt, aber rund 90 Prozent der österreichischen Krankenhäuser wissen das nicht. Zumindest ist es ein Fakt, dass nur 18 Krankenhäuser ihren Antibiotika-Verbrauch mittels des kostenlos zur Verfügung gestellten Systems Antibiotika-Verbrauch-Surveillance Austria (AVS Austria) ermitteln.

Österreich hat zwar 2015 den Global Action Plan on Antimicrobial Resistance der World Health Assembly unterschrieben, liefert aber keine Daten. Hier besteht Verbesserungsbedarf. Gut funktioniert hat zum Beispiel eine Infektionsmeldung im Juli dieses Jahres in einem Salzburger Krankenhaus, die als vorbildlich anzusehen ist. In diesem Spital wurden vier Schwangere mit *Streptococcus pyogenes* infiziert – den sogenannten Scharlach-Bakterien, die Kindbettfieber verursachen. Diese Infektion wurde sehr ernst genommen und der Quelle nachgegangen. In diesem Fall war es die Nagelbetteiterung einer Hebamme. Das Krankenhaus hat in der Folge das Personal verstärkt in der Handhygiene geschult.

Gefährlich sind also nicht die Einrichtungen, die Infektionen melden, sondern die, die das nicht tun.



V.l.n.r.: Prof. Franz Allerberger, Peter Jan Terlingen, DGKP Josef Zellhofer, Dr.<sup>in</sup> Maria Kletečka-Pulker, Dr.<sup>in</sup> Sigrid Pilz, Doz. DDr.<sup>in</sup> Reinhild Strauß, Dr. Alexander Blacky

## Klinik Hirslanden, Zürich: Senkung der Infektionsrate bei Operationen als wichtiges Ziel definiert



**Peter Jan Terlingen**  
Bereichsleiter OP & Interventionsräume,  
Hirslanden AG, Klinik  
Hirslanden, Zürich

Die private Schweizer Hirslanden Klinik hat 333 Betten, 14 Operationssäle und 3 Gebärsäle. Jährlich haben wir fast 18.400 stationäre Patienten und Wöchnerinnen und rund 1.650 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Wir stehen in einem starken Wettbewerb mit anderen Schweizer Spitälern und haben, neben anderen Maßnahmen der Qualitätsförderung, die bestmögliche Senkung von Nosokomialen Infektionen, insbesondere Surgical Site Infections, als wichtiges Ziel definiert.

So achten wir darauf, dass die Patienten nicht unterkühlt sind, wenn sie in den OP kommen, weil das zu Infektionsproblemen führen kann. Antibiotika werden schon innerhalb einer Stunde vor dem Eingriff verabreicht, damit sie während der Operation bereits aktiv sind. Um eine gut funktionierende Keimbarriere aufzubauen, werden die Patienten erst desinfiziert, und nach dem Trocknen des Desinfektionsmittels erneut desinfiziert. Am besten wäre es, wenn während der Operation die Tür des Operationssaales nicht mehr geöffnet werden müsste. Das verlangt allerdings nach einer sehr guten Vorbereitung und Disziplin. Eine Neuerung ist, dass ein Laminar-Flow nicht mehr als notwendig betrachtet wird, wenn eine Reinluft-Umgebung mit HEPA 13 oder HEPA 14 Schwebstofffiltern geschaffen wird.

Wir haben in der Klinik Hirslanden Zürich in unseren OPs von Mehrweg-Abdeckungen und -Mäntel auf Einweg- Abdeckungen und -Mäntel umgestellt, da Einwegmaterialien in den Punkten Flüssigkeitsbeherrschung, Permeabilität, Undurch-

lässigkeit und Reißfestigkeit eine gleichbleibende Qualität gewährleisten können. Dieser Gesichtspunkt kommt in den Diskussionen über Nosokomialen Infektionen und SSI oft zu kurz. Unser Hauptmotiv für diese Umstellung war also aus unserer Sicht die Qualität des Materials: Weil bei Einweg-Abdeckungen und -Mänteln jedes Produkt nur einmal verwendet wird, ist jedes eingesetzte Produkt neu. Die Qualität ist also beim Einwegmaterial für jede Patientin und jeden Patienten immer konstant gut. Werden Mehrweg-Abdecktücher neu aufbereitet, muss jedes Mal der Sterilisationsprozess gewährleistet sein. Die mehrmalige Waschung und Sterilisation von Mehrwegmaterialien kann aber unter Umständen auch Einfluss auf das Material nehmen.

**„Wir haben in der Klinik Hirslanden Zürich in unseren OPs von Mehrweg-Abdeckungen und -Mäntel auf Einweg-Abdeckungen und -Mäntel umgestellt. Hauptmotiv war aus unserer Sicht die Qualität des Materials.“**

**Peter Jan Terlingen**

Umstellungen und Veränderungen können natürlich beim Personal gewisse Widerstände auslösen. Bei der Umstellung von Mehrweg- auf Einweg-Abdeckungen und -Mäntel war es bei uns wesentlich, ärztliche und nichtärztliche Mitarbeiter, die schon länger Mehrwegmaterialien gewöhnt waren, ausführlich und nachvollziehbar darüber zu informieren, warum wir diesen Umstellungsprozess vornehmen. So gab es zwar zu Beginn der Umstellung Mitarbeiter, die skeptisch waren, aber innerhalb von zwei Monaten hat sich das gelegt und heute fordert niemand mehr, Mehrwegmaterialien zu benutzen.

Meiner Meinung nach gibt es keine vernünftigen Gründe, zu Mehrweg-Abdeckungen und -Mänteln zurück zu kehren.



## Es muss vor Ort klare, verbindliche und einklagbare Strukturen geben



**Dr. Sigrid Pilz**  
Wiener Pflege- und  
PatientInnenanwältin

Wir haben noch einen großen Weg vor uns. Wenn sich Patientinnen und Patienten beschwerten, dass sie in einem Krankenhaus eine Infektion erlitten hätten, ist es in den seltensten Fällen möglich, nachzuweisen, ob der Keim im Spital erworben wurde oder bereits zuvor vorhanden war. Die meisten dieser Patientinnen und Patienten sind außerdem multimorbid und haben eine schlechte Konstitution, was den Nachweis zusätzlich erschwert.

**„Die Spitäler sollten konsequent ihre Infektionen melden, damit man erkennen kann, wo es Häufungen gibt und damit die einzelnen Häuser miteinander vergleichbar werden.“**

Dr. Sigrid Pilz

Die Zeiten des guten Zuredens sind vorbei, wir müssen hier mehr rechtliche Verbindlichkeit schaffen. Wir müssen auch beim Antibiotika-Einsatz mehr Bewusstsein und Zielgenauigkeit schaffen. Und wir brauchen mehr Transparenz, was die Infektionsraten einzelner Häuser betrifft.

Dass Patientinnen und Patienten auf Mängel in der Hygiene aufmerksam machen, ist im Prinzip eine gute Idee. Die junge Generation ist diesbezüglich unerschrockener, aber von älteren

Patientinnen und Patienten ist es oft zu viel verlangt, darauf zu achten, ob alle Gesundheitsanbieter vom Pflegepersonal bis zu den leitenden Ärztinnen und Ärzten alle Hygieneregeln befolgen. Mit den Beschwerden Einzelner kann man also kaum Verbesserungen erreichen.

Es muss vor Ort klare, verbindliche und auch einklagbare Strukturen geben. Das würde bedeuten, alles zu dokumentieren, was man messen kann – vom Verbrauch der Desinfektionsmittel bis hin zur Zahl der Keiminfektionen in den einzelnen Stationen. Die Spitäler sollten konsequent ihre Infektionen melden, damit man erkennen kann, wo es Häufungen gibt und damit die einzelnen Häuser miteinander vergleichbar werden. Das würde sowohl im Krankenhaus als auch gegenüber den Patienten Transparenz schaffen, aber auch eine Fehlerkultur etablieren, in der man sich gegenseitig darauf aufmerksam macht, wenn die Hygieneregeln nicht eingehalten werden.

### SICHERHEIT IM OP

Die Initiative „Sicherheit im OP“ setzt sich für die Einhaltung der strengen Richtlinien der Infektionskontrolle und Hygiene im OP ein. Zentrales Anliegen ist es, einen Beitrag zur Sicherheit für Patienten und Personal in Österreichs Krankenhäusern zu leisten. Bereits seit einigen Jahren veranstaltet die Initiative „Sicherheit im OP“ gemeinsam mit der „Plattform Patientensicherheit“ Experten-Diskussionen zu verschiedenen Aspekten der Erfassung und Vermeidung nosokomialer Infektionen. Weitere Informationen gibt es unter

[www.sicherheitimop.com](http://www.sicherheitimop.com)

Mit freundlicher Unterstützung von:



**Impressum:** Medieninhaber, Herausgeber und Verleger: Initiative „Sicherheit im OP“, c/o B&K – Bettschart & Kofler Kommunikationsberatung GmbH, 1090 Wien, Liechtensteinstraße 46a; Redaktion: Mag. Roland Bettschart. Fotos: B&K/APA-Fotoservice/Rastegar, Shutterstock. Grafik: Patricio Handl

[www.sicherheitimop.com](http://www.sicherheitimop.com)