



Empfehlungen für Diagnostik und Therapie

- Krankenhaushygiene -

Zitierbare Quelle:

Krankenhaushygiene / Hospital Hygiene, mhp-Verlag, 2. Auflage, Wiesbaden 1998, p. 15 ff

Deutschsprachiger Arbeitskreis für Krankenhaushygiene - Zielsetzungen -

1. Zielsetzung des Arbeitskreises

Es liegen zahlreiche Vorschriften, Forderungen, Richtlinien und Empfehlungen von verschiedenen Arbeitsgruppen und Kommissionen vor, in welchen krankenhaushygienische Maßnahmen geregelt, empfohlen oder festgelegt werden.

Vielfach wurden diese Vorschriften und Richtlinien ohne Beteiligung von Fachleuten der verschiedenen davon tangierten Disziplinen erstellt und nicht ausreichend auf die praktische Durchführbarkeit und die damit verbundenen Konsequenzen überprüft.

In vielen Fällen sind die Vorschläge sogar praxisfremd. Dieser auf Initiative der Herren **Rudolph** und **Werner** 1986 gegründete Arbeitskreis stellt sich die Aufgabe, im deutschsprachigen Raum unter Beteiligung aller für die Krankenhaushygiene relevanten medizinischen Fachgebiete, nach kollegialer Erörterung der jeweiligen Themengruppen, praktikable Empfehlungen zu erarbeiten und diese den entsprechenden Fachgebieten und ihren wissenschaftlichen Gesellschaften zur Verfügung zu stellen, sei es in direkter Form oder als Veröffentlichung.

Diese Empfehlungen sollen weiterhin Hilfestellung bei rechtlichen Problemen, ggf. bei der Abwehr ungerechtfertigter Forderungen und bei Neu- oder Umbauvorhaben geben.

2. Erfassung von Infektionen im Rahmen der Qualitätssicherung

Eine wesentliche Voraussetzung für die Verhütung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen ist deren Erfassung in einer praktikablen Form. Erst durch die Auswertung dieser Daten ist es möglich, Schwerpunkte zu erkennen und entsprechende therapeutische und prophylaktische Konsequenzen zu ziehen. Entscheidend ist, daß eine derartige Infektionsstatistik und die dafür erforderlichen Erfassungsbögen übersichtlich und verständlich und vor allem auch für kleinere Häuser vom organisatorischen und personellen Aufwand her realisierbar sind.

Die Erfassung nosokomialer Infektionen ist eine Maßnahme der Qualitätssicherung und dient damit nicht nur dem Patienten, sondern auch dem Schutz der verantwortlichen Ärzte. Sie können im Falle juristischer Auseinandersetzungen nachweisen und beweisen, daß sie mit der Problematik vertraut sind und entsprechende Kontrollen regelmäßig als Voraussetzung von Gegenmaßnahmen durchführen. Ein erster Schritt ist die Erfassung der postoperativen Wundinfektion.

3. Trennung von aseptischen und septischen Operationsbereichen

In der "Richtlinie für die Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankenhausinfektionen" des Bundesgesundheitsamtes vom 10. Oktober 1979 (1) wurde in dem Abschnitt "Anforderungen der Hygiene an die funktionelle und bauliche Gestaltung von Operationsabteilungen" unter Punkt 1 Einleitung, 1.1 Vorbemerkungen ausgeführt: "Die hygienischen Anforderungen an die funktionelle und bauliche Gestaltung von Operationsabteilungen richten sich nach der jeweiligen Aufgabenstellung. Die Anlage geht von der Konzeption der Trennung von septischen und aseptischen Operationsbereichen aus, weil diese Lösung den höchsten Grad der Sicherheit für Patienten und Personal bietet." Weiterhin wurde der Terminus "Operationsabteilung" definiert als "Zusammenfassung mehrerer Funktionseinheiten". Als "Funktionseinheit" wird definiert: "Raumgruppe, die eine spezielle Funktion erfüllt, z. B. Operationsraum mit zugehörigen Nebenräumen (Einleitungsraum, Ausleitungsraum, Waschraum); Patienten- und Personalschleusen, Dienst- und Aufenthaltsräume."

An diesen Ausführungen wurde nach ausführlicher Diskussion in der Arbeitsgruppe folgende Kritik erhoben:

An diesen Ausführungen wurde 1986 nach ausführlicher Diskussion in der Arbeitsgruppe folgende Kritik erhoben:

Per definitionem würde dies bedeuten, daß in jedem Krankenhaus mindestens ein aseptischer Operationstrakt mit zwei Operationssälen und ein septischer Operationstrakt ebenfalls mit zwei Operationssälen vorhanden sein muß. Dies war weder erforderlich noch in den meisten Krankenhäusern Standard. Weiterhin war es nicht bewiesen, wie es in der Richtlinie ausgeführt war, "daß die Trennung von septischen und aseptischen Operationsabteilungen den höchsten Grad an Sicherheit für Patienten und Personal bietet". In vielen Krankenhäusern werden je nach den Erfordernissen die OP-Bereiche für unterschiedliche Operationen von verschiedenen Disziplinen genutzt.

Aus krankenhaushygienischer Sicht ist bei Wahrung der aseptischen Kautelen dagegen kein Einspruch zu erheben.

Die Arbeitsgruppe verabschiedet 1986 folgende Empfehlung:

"In allen Operationssälen sind hohe Anforderungen an die Keimarmut zu stellen.

Die organisatorische Trennung von aseptischen und septischen Operationen je nach der Kontamination und dem Risiko für den nachfolgenden Patienten muß so sichergestellt sein, daß auch Operationen in primär keimfreiem Gewebe (z. B. Implantate, Transplantate) ohne Gefährdung des Patienten gewährleistet sind.

Die organisatorische Trennung bei höherer OP-Frequenz wird durch räumliche Trennung der Operationsbereiche erleichtert."

In der überarbeiteten Version der o. g. Anlage des Bundesgesundheitsamtes (2) wird die Trennung von septischen und aseptischen Operationsabteilungen nicht mehr ausdrücklich gefordert. Die vorgenannten Kritikpunkte sind somit gegenstandslos. Die 1986 verabschiedete Empfehlung wird jedoch aufrechterhalten.

Das Ergebnis einer Fachdiskussion am 22.04.1993 in Hannover (3), dem sich die Berufsgenossenschaften angeschlossen haben, bestätigt die Empfehlung des Arbeitskreises. Auch dort wurde von dieser Arbeitsgruppe eine bauliche Trennung aseptischer und septischer Operationseinheiten nicht für erforderlich gehalten, wenn sichergestellt wird, daß der gleiche Hygienestatus für jede Operation gegeben ist, weil jeder Patient die gleiche Asepsis verdient. Allerdings wird auch darauf hingewiesen, daß bei entsprechender Operationsfrequenz eine funktionelle Trennung nicht mehr ausreicht und deshalb eine bauliche Trennung notwendig ist.

Da das Robert Koch-Institut die ursprünglich vom Bundesgesundheitsamt herausgegebene "Richtlinie für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention" übernommen hat, gelten die vorgenannten Empfehlungen auch weiterhin.

4. Klimatechnische Erfordernisse im Operationsbereich

Bei Betrieb einer Klimaanlage muß in jedem Fall sichergestellt werden, daß die Bedingungen in bezug auf ein Infektionsrisiko (Keimeintrag, erhöhte Kontamination infolge arbeitsmedizinischer Erschwernis) nicht schlechter sind, als wenn keine Klimatisierung erfolgt. Die Klimatisierung ist in erster Linie zur Sicherung von arbeitsmedizinisch optimalen Bedingungen bestimmt. Dieser Aspekt ist in Zukunft mehr in den Vordergrund zu stellen. Der derzeit betriebene klimatechnische Aufwand bezüglich der Keimzahlreduktion in der Primärluft erscheint unter Würdigung aller zum Infekt führenden Wege in vielen Fällen als zu hoch, besonders was Investitions- und Folgekosten anbelangt. Der Beachtung flankierender Maßnahmen (z. B. besondere Schutzkleidung des Personals, besondere Abdeckung der Patienten) ist wesentlich mehr Aufmerksamkeit zu widmen.

Es erscheint daher zweckmäßig, bezüglich der Charakterisierung der erforderlichen Ausstattung nach raumluftechnischen und reinluftechnischen Anlagen eine Unterscheidung anzustreben.

5. Unterbringung infektiöser Patienten

Patienten mit infektiösen Wunden oder anderen Streuherden werden im folgenden kurz als infektiöse Patienten bezeichnet. Diese Patienten benötigen einen höheren Pflegeaufwand. Die Unterbringung und Versorgung dieser Patienten muß das Ausmaß der Gefährdung anderer Patienten berücksichtigen. Dies beinhaltet auch die Maßnahme der Entsorgung. Um eine Kontamination anderer Patienten zu verhüten, ist eine räumliche Trennung infektiöser Patienten von jenen erforderlich.

Bei einer größeren Zahl infektiöser Patienten ist die Zusammenfassung in eigenen organisatorischen Einheiten angebracht. Diese werden dem herkömmlichen Sprachgebrauch nach als "septische" Einheiten bezeichnet.

Die Einrichtung eines leicht desinfizierbaren Verbandraumes erleichtert die Pflegemaßnahmen.

6. Literatur

1. Bundesgesundheitsamt: Richtlinie für die Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankenhausinfektionen. Bundesgesundhbl 1979; 22 (10): 183 - 185
2. Bundesgesundheitsamt: Richtlinie für die Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankenhausinfektionen.

Bundesgesundhbl 1990; 33 (6): 270 - 272
3. Expertengruppe: Bauliche Anforderungen an OP-Abteilungen in Krankenhäusern. Bundesgesundhbl 1994; 34 (3):
112 - 114

Verfahren zur Konsensbildung:

Deutschsprachiger Arbeitskreis für Krankenhaushygiene

Sekretariat: II Chirurgische Unfall-, Wiederherstellungs-, Gefäß- und Plastische Chirurgie
Diakoniekrankenhaus Rotenburg
27342 Rotenburg (Wümme)

[Zurück zum Index Empfehlungen zur Krankenhaushygiene](#)

[Zurück zur Liste der Leitlinien](#)

[Zurück zur AWMF online-Leitseite](#)

Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind Empfehlungen für ärztliches Handeln in charakteristischen Situationen. Sie schildern ausschließlich ärztlich-wissenschaftliche und keine wirtschaftlichen Aspekte. Die "Leitlinien" sind für Ärzte unverbindlich und haben weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Textfassung vom: Februar 1998

awmf@uni-duesseldorf.de

HTML-Code optimiert: 27. 07. 1998