



Société suisse d'hygiène hospitalière
Schweizerische Gesellschaft für Spitalhygiene
Società svizzera d'igiene ospedaliera
Swiss society for hospital hygiene

Kongressbericht **SGSH**

Jahresversammlung

13. - 14.09.2018, Interlaken

Dr. med. Felix Fleisch

Vorstandsmitglied SGSH

Die diesjährige Jahresversammlung fand vom 13.-14. September im Kongresscenter Kursaal in Interlaken statt und wurde gemeinsam mit der Schweizerischen Gesellschaft für Infektiologie SGINF, der Schweizerischen Gesellschaft für Tropenmedizin und Parasitologie SGTB sowie der Schweizerischen Gesellschaft für Tropen- und Reisemedizin SSTRM durchgeführt.

Der erste, schon zur Tradition gewordene Block IMPLEMENTATION / INNOVATION wurde von **Laetitia Qualla-Widmer** aus Lausanne eröffnet. Sie beschäftigte sich mit der Durchführbarkeit der Erfassung nosokomialer Infekten in Langzeitpflege-Einrichtungen (EMS) und verglich die Resultate, welche durch spezialisierte Pflegefachkräfte und in den Institutionen arbeitende Pflegefachkräfte erhoben wurden. Die Surveillance fand zwischen dem 12. Mai und 15. Juni 2018 statt. Acht Einrichtungen konnten überprüft werden mit einer Grösse zwischen 31 und 130 Betten. 562 Bewohner wurden eingeschlossen. Dabei fand sich jeweils an einem Stichtag bei 4.4 % der Bewohner ein Infekt, 4.3 % der Bewohner standen unter Antibiotika. Die Überprüfung ergab, dass 10 Infektionen fälschlicherweise erfasst wurden, 19 Infektionen wurden korrekt durch beide Gruppen entdeckt. Es zeigte sich kein relevanter Unterschied in der Erfassung durch die beiden Pflegegruppen. Dank dieser Studie konnten die notwendigen Elemente für die Durchführung einer Prävalenzstudie in EMS identifiziert werden.

Aline Wolfensberger aus Zürich stellte die Entwicklung und Validierung eines semiautomatischen Surveillance-Systems für Nicht-Ventilator-assoziierte, im Spital erworbene Pneumonien (nvHAP) vor. Pneumonien sind die zweithäufigste Infektursache in den Punktprävalenzstudien, davon sind 72 % Nicht-Ventilator-assoziiert. Mit Hilfe der ICT konnten nun in einem ersten Schritt all jene Patienten herausgefiltert werden, die sicher keine nvHAP hatten, womit schon 93.9 % aller Patienten aussortiert waren. Die restlichen 6.1 % mussten somit manuell bearbeitet werden (Pneumonie im Röntgen oder CT? Pulmonale Symptome?). Die Zeit für die manuelle Surveillance pro Patient wurde mit gut 4 Minuten angegeben. Eine anschliessende Validierung zeigte sehr gute Resultate für die semiautomatisierte Surveillance im Vergleich zur manuellen Surveillance. Die Inzidenz von nvHAP im USZ betrug 0.64 %, die Inzidenzrate 0.82 pro 1000 Patiententage.

Als Nächstes stellten **Stephanie Züllig** von der Stiftung Patientensicherheit und **Jonas Marschall** von Bern die Ergebnisse des Pilotprogrammes „progress! Sicherheit bei Blasenkathetern“ vor. Die Intervention umfasste die drei Punkte „seltener“ (Kathetereinlage nur mit klarer Indikation), „kürzer“ (Katheter so bald wie möglich wieder entfernen) und „sicherer“ (Katheter korrekt einlegen und pflegen). Zwischen der Baseline-Phase und der postinterventionellen Untersuchung zeigte sich eine Abnahme der Patienten mit Katheter von 23.7 auf 21.0 % und der Kathetertage pro 100 Patiententage von 17.4 auf 13.5. Im Weiteren zeigte sich eine signifikante Erhöhung der Rate richtiger Indikationen und der Reevaluationen, ferner eine unverändert niedrige Infektrate und ein Wissenszuwachs bei den befragten Mitarbeitenden. Somit wurden die Ziele des Programmes erreicht und das Interventionsbündel hat sich bewährt.

Samuel Rubeli aus Aarau berichtete über die Implementation eines Präventionsbündels zur Reduktion von postoperativen Infekten in der kranialen Neurochirurgie. Das Bündel beinhaltete folgende Punkte: Die Haarentfernung mittels Klippers, adäquate perioperative Antibiotikaprophylaxe, alkoholbasierte Hautdesinfektion, Desinfektion der Wundränder nach Inzision und vor Verschluss, definierte Handschuhwechsel, Minimierung der interoperativen Türöffnungen, ein Coaching der Chirurgen hinsichtlich schonender Gewebsbehandlung und sorgfältige Blutstillung. Durch diese Massnahmen konnte die Infektrate von 7.8 auf 3.7 % gesenkt werden, was einer 53 %igen Reduktion entspricht. Hauptsächliche Risikofaktoren waren Nicht-ZNS-Malignome sowie postoperative Blutungen. Auch die Erfahrung des Chirurgen war ein wesentlicher Punkt.

Als nächste war wieder **Aline Wolfensberger** aus Zürich an der Reihe. Diesmal sprach sie über die Entwicklung und Testung eines Präventionsbündels gegen spitalerworbene Pneumonien bei nicht-beatmeten Patienten, eine Mixed-Methoden-Studie. Diese besteht aus einer quantitativen Komponente (wirkt das Bündel und wenn ja, wie gut?) und einem qualitativen Ansatz (warum und

wie funktionierte die Implementierung - oder eben nicht?). Die fünf Hauptelemente beinhalten die Mundpflege, die Frühmobilisation, das Erkennen und die Therapie der Dysphagie, das Stoppen von PPI und Antacida sowie die Atemphysiotherapie. Bei der Implementierung wird darauf geachtet, dass für die entsprechenden Kliniken respektive Stationen individuelle Ansätze gewählt werden (one size does not fit all). Man hofft, mit dieser Studie die Wirksamkeit und Anwendbarkeit des Bündels beweisen zu können und eine erfolgreiche Strategie zur Implementierung dieses Bündels aufzeigen zu können.

Christine Rohrer aus Luzern präsentierte ihr Projekt zur Steigerung der Grippeimpfrate des Pflegepersonals. Das Ziel war, mittels der Entwicklung einer Grippeimpfkampagne die Grippeimpfrate der Pflegenden auf über 30 % steigern zu können. Die Kampagne bestand aus 15 Elementen und den 3 Schwerpunkten Befähigungsstrategie (Einbezug von Abteilungsleitungen und Link-Nurses, Schulungen in allen Bereichen zum Thema und Grippeimpfungen auf den Abteilungen und Aussenstationen), Anpassungen vor und während der Grippezeit (unter anderem prospektive Erfassung der Grippefälle und -impfraten, konstruktives Feedback an die Schlüsselabteilungen und regelmässige Informationen aller Mitarbeitenden über die Grippeimpfrate und die aktuelle Grippeepidemie) sowie Marketing (Stellwände mit Informationen, Hinweisschilder, Papierunterlagen für Essplatz und Informationen via Screen im Personalrestaurant). Mit diesen Massnahmen liess sich eine Steigerung der Impfrate von 2014/15 mit 7.3 % auf stolze 41 % im 2017/18 erreichen. Die nosokomialen Übertragungen sanken von 7 (2016/17) auf noch 3 (2017/18) bei insgesamt rund 180 Grippefällen.

Simone Passerini aus Zürich stellte das mentale Modell der „Patientenzone“ vor. Darunter stellt man sich die Zone vor, welche mit der Flora von einem einzelnen Patienten kontaminiert wird. Das Modell funktioniert dann, wenn es von allen gleich gehandhabt wird. Es konnte gezeigt werden, dass Pflegenden und Ärzte diesbezüglich nicht die gleichen Vorstellungen hatten, indem beispielsweise die Patientenakte von letzteren nicht der Patientenzone zugerechnet und ohne Händedesinfektion angefasst wird, was ein Hotspot für die Keimverschleppung sein kann. Es wurde nun eine Kartensortiertechnik angewendet und 2 IPS-Expertinnen, 5 Pflegenden und 5 Ärzte interviewt. Die Karten mit den entsprechenden Gegenständen konnten entweder in den Bereich innerhalb der Patientenzone oder ausserhalb sortiert werden. Dadurch ist es möglich, ein gutes Bild der mentalen Modelle der Teilnehmenden zu erhalten. Daraus bietet sich dann die Möglichkeit, das Verständnis zu fördern, wieso ein Objekt nun innerhalb oder ausserhalb der Patientenzone liegt.

Am nächsten Morgen galt es, zeitig aufzustehen, um 08.00 Uhr startete die SGSH Session INFEKTIONSPRÄVENTION / BILATERALER AUSTAUSCH.

Monica Attinger aus Lausanne sprach über die Aktualisierung der Standard Precautions und Zusatzmassnahmen in der lateinischen Schweiz. 2004 hat es noch keinen Konsens in der Anwendung der entsprechenden Konzepte gegeben, worauf dann das HPCI - Programm (hygiène, prévention et contrôle de l'infection) entwickelt wurde. 2007 wurden von den CDC die entsprechenden Richtlinien überarbeitet worauf 2008 in der Romandie 10 Standard Precautions und 3 Additional Measures formuliert wurden. 2017 wurden die beiden Guidelines nun revidiert, insbesondere aufgrund der neuen multiresistenten Bakterien in der Schweiz. Dazu wurde eine Arbeitsgruppe mit Einbezug von Vertretern aus dem Tessin gegründet und eine Literatur-Review durchgeführt mit Priorisierung der schweizerischen Epidemiologie.

Yvonne Strässle vom KISPI in Zürich zeigte auf, was in der Hygiene in der Pädiatrie anders ist. Die grössten Unterschiede zu den Erwachsenen sind das altersabhängige Hygieneverhalten, Stuhl- und Harninkontinenz, die häufig involvierten Geschwister, der nahe Kontakt bei der Betreuung/Pflege sowie das Spielen mit den Mitpatienten. Die Standardhygiene ist dieselbe, wobei auch spezielle Gesichtspunkte zu berücksichtigen sind, wie die Frage, ob Händedesinfektionsmittel am Bett für das Kind gefährlich sind (gemäss ihrer Einschätzung nicht) oder das konsequente Tragen von Handschuhen beim Wickeln und die Aufbereitung von Spielsachen. Isolationen sind in der Pädiatrie sehr häufig, so waren im Dezember 2016

beispielsweise 37 %, also mehr als jedes dritte Kind isoliert. Wichtig ist auch, die Eltern in die Schutzmassnahmen mit einzubeziehen, so zum Beispiel in der Instruktion der Händehygiene beim Verlassen des Zimmers oder hinsichtlich Nicht-Benutzens von Wickeltischen bei Gastroenteritis. Der Einbezug der ganzen Familie kann auch sehr wichtig sein bei MRSA, wo es teilweise nötig ist, die ganze Familie zu dekolonisieren.

Patrizia Beck aus Sion präsentierte ihre Diplomarbeit, welche sich mit der Kontamination von Oberflächen und deren Rolle bei den nosokomialen Infektionen befasste. Sie machte zuerst eine Literatur-Recherche und zeigte, wie lange Pathogene auf der Oberfläche überleben können, was von gut 2 Wochen bei Noroviren bis zu mehreren Jahren bei VRE reicht. Dann zeigte sie, wie pathogene Keime durch direkten Patientenkontakt - oder auch nur Kontakt mit umgebenden Oberflächen - auf Mitarbeitende übertragen werden können. Sie zeigte auch neue Technologien auf wie den Einsatz von H₂O₂, UV-Licht und auto-desinfizierende Oberflächen. Wichtig bleibt aber in jedem Fall die klassische Reinigung zuvor. Abgerundet wurde die Arbeit mit direkten Beobachtungen an verschiedenen Standorten.

Jasmin Perret aus Winterthur führte eine Evaluation des Pflegemehraufwandes wegen symptomatischen Katheter-assoziierten Harnwegsinfektionen (CAUTI) durch. Retrospektiv wurde der Pflegeaufwand (LEP) in den drei Gruppen „Patienten mit DK ohne CAUTI“, „Patienten mit DK und CAUTI“ und „Patienten ohne DK“ verglichen. Es wurden 1631 Patienten untersucht, wovon 190 einen Dauerkatheter hatten. Insgesamt 8 CAUTI wurden gefunden bei einer durchschnittlichen Katheterliegedauer von 5.6 Tagen. Patienten mit einem CAUTI hatten einen fast identischen Pflegeaufwand wie DK-Träger ohne Infekt. Das Resultat wurde aber verfälscht durch einen Patienten mit einem CAUTI mit besonders langer Hospitalisationsdauer, welcher weitgehend selbständig war. Wurde dieser Patient aus der Untersuchung ausgeschlossen, war der Pflegeaufwand bei den Patienten mit CAUTI grösser. Patienten ohne DK hatten einen tieferen Pflegeaufwand. Dies unterstreicht die Notwendigkeit einer weiteren Sensibilisierung bezüglich der Liegedauer von DKs.

Mit Spannung wurde auch die Session bezüglich INFLEUNZA INFECTION CONTROL IN SWISS HOSPITALS erwartet. Einleitend stellte **Virginie Masserey** vom BAG Neuigkeiten der nationalen Strategie zur Grippeprävention (GRIPS) vor. Die Strategie umfasst die 3 Bereiche Public Health Forschung, Patientenschutz und Impfpromotion. In der Public Health Forschung ist die erste Phase nun abgeschlossen (Soll-Analyse), hier geht es um die Abschätzung der Grippe-Krankheitslast. Gegenwärtig läuft die zweite Phase (Ist-Analyse). Die Grippeprävention betreffend ist ein Auftrag ans Tropeninstitut gegangen mit dem Ziel, ein Inventar der Aktivitäten als Datengrundlage zum Einstieg oder für die Optimierung von Interventionen zu schaffen. Über 100 Telefoninterviews mit Institutionen des Gesundheitswesens wurden schon durchgeführt. Ferner findet seit 2015/16 jeweils im März eine repräsentative telefonische Umfrage bei der Bevölkerung zur Durchimpfung statt, die beispielsweise zeigt, dass nur 20–25 % der im Gesundheitswesen Tätigen geimpft sind, und sogar nur 7 % der Leute mit regelmässigem Kontakt zu Risikogruppen. In der Schweiz werden gut 1 Million Grippeimpfungen pro Jahr vertrieben, womit 13–18 % der Bevölkerung erreicht werden. Daten fehlen explizit zu schwangeren Frauen. Bei der Impfpromotion ist das spezifische Ziel, Multiplikatoren der Präventionsbotschaften zu aktivieren. Vom BAG werden ferner diverse Informationsmaterialien zur Verfügung gestellt.

Stefan Kuster aus Zürich stellte die Massnahmen an ihrem Universitätsspital vor. Ihr „Anti-Virus-Programm“ ist ein klassisches Infektionspräventionsbündel mit den Bestandteilen rasche Diagnostik, Isolation von Patienten, Therapie der Influenza, Grippeimpfung von Personal und Patienten sowie respiratorische Etikette. In einer Studie konnten sie ferner zeigen, dass es durchaus asymptomatische Träger mit entsprechendem Risiko für die Umgebung gibt. In einer Untersuchung mit täglichen Influenza-Abstrichen bei Mitarbeitern wurden 16 positive Fälle gefunden, 8 davon waren asymptomatisch während der Testung, 2 entwickelten überhaupt nie irgendwelche Symptome, 4 dieser 16 waren geimpft. Er zeigte aber auch, dass das Risiko, sich mit Influenza anzustecken, ausserhalb des Spitals grösser ist als innerhalb. Schliesslich rechnete er

vor, dass bei einer Durchimpfungsrate von über 70 % bei allen 19- bis 65-Jährigen ein volkswirtschaftlicher Nutzen von rund CHF 50 Mio. resultieren würde.

Martin Egger aus Langnau wies darauf hin, dass vor allem im Oberemmental viele Naturheiler und Impfkritiker beheimatet sind, so dass der Fokus auf andere Elemente gelegt werden muss. Dann stellte er die herkömmlichen Isolationsrichtlinien in Frage, da die Untersuchungskosten hoch sind, nur 50 % der Influenza-Patienten eine passende Klinik haben und häufig auch zu wenig Zimmer für Isolationen zur Verfügung stehen. Seit 2010 wird deshalb im Spital die konsequente respiratorische Standardhygiene praktiziert, was nicht nur vor Influenza, sondern auch vor vielen anderen respiratorischen Erregern schützt und Ressourcen schonend ist im Vergleich zu einer Detektions-/Isolations-Strategie. Sonderregelungen gelten für Immunsupprimierte, die nicht im Zimmer mit Patienten mit Zeichen von Atemwegsinfektionen untergebracht werden dürfen sowie für kognitiv beeinträchtigte Patienten mit Zeichen von Atemwegsinfektionen, welche kontaktisoliert werden. Eine Überprüfung dieser Massnahmen zeigte, dass 9.7 % der Influenza-Fälle möglicherweise im Spital erworben waren, wobei die Wahrscheinlichkeit einer nosokomialen Übertragung in 5-Bett-Zimmern nicht höher als in 1- oder 2-Bett-Zimmern war.

Domenica Flury aus St. Gallen und **Dunja Nicca** aus Basel stellten das HalP (Healthcare associated Influenza Prevention Project) vor. Das Ziel ist die Reduktion nosokomialer Influenza durch eine verbesserte Implementierung von einerseits systematischer Surveillance und andererseits innovativen Interventionen zur Verbesserung des Präventionsverhaltens des Gesundheitspersonals. Sie zeigten, dass in der letzten Grippesaison die Rate an nosokomialer Infektionen im KSSG 21 % betrug gegenüber lediglich 6 % in den anderen Spitälern, wobei im KSSG nur 37 % der Proben auf dem Notfall abgenommen wurden, während dies in den anderen Spitälern bei 71 % der Fall war. Daraus lässt sich schliessen, dass im KSSG intensiver auf den Abteilungen nach Influenza gesucht wurde. Mittels qualitativer Befragungen in der Pflege wurden fördernde und hindernde Faktoren in der Grippeprävention ermittelt. Zu den fördernden Punkten gehört das System-orientierte versus das Individuum-orientierte Denken, die kollektive Verantwortung versus Privatsache sowie die Personen-zentrierte versus moralisierende Führung. Auf Grund dieser Erkenntnisse wurde ein Fragebogen entwickelt. Dabei zeigte sich, dass beispielsweise die eigene Grippeimpfung von der Pflege als viel weniger wichtig eingeschätzt wird als die Impfung der Patienten. Dem Tragen von chirurgischen Masken bei Symptomen wird eine deutliche höhere Bedeutung beigemessen als dem Maskentragen bei fehlender Impfung. Mit diesen Erkenntnissen sind nun Interventionen geplant zur Verbesserung der Grippe-spezifischen Sicherheitskultur.

Anne Iten aus Genf zeigte den Kampf gegen die saisonale Grippe an ihrem Spital. Auch im HUG werden jeden Herbst Kampagnen für die Grippeimpfung gemacht. 2010/11 lag die Impfquote beim Personal bei 27 %. Daraufhin wurden die Bemühungen in verschiedener Hinsicht intensiviert. Als Mittel zum Schutz vor der Grippe stehen die Impfung, chirurgische Masken und eine gute Händehygiene zur Verfügung. Die Daten der nationalen Epidemie mit Beginn, Peak und Ende der Epidemie wurden mit einbezogen, wie auch die Wirksamkeit und Übereinstimmung der Impfung mit den zirkulierenden Viren. Das Spitalpersonal konnte wählen zwischen der Impfung und dem Tragen von Masken. Verhaltensmassnahmen sowohl für das Personal wie auch für Besucher wurden implementiert, und jeden Frühling erfolgte eine Reevaluation der realisierten Massnahmen. Der Erfolg aller getätigten Massnahmen resultiert in einer eindrucklichen Abnahme der Inzidenz nosokomialer Grippefälle von 56.1 % auf 19.6 %.

Christoph Berger aus Zürich erläuterte die Massnahmen im Universitäts Kinderspital Zürich. Er betonte die Bedeutung der Grippe als ernsthafte Erkrankung insbesondere auch für Schwangere und Frühgeborene. Generell haben Säuglinge unter 6 Monaten eine stark erhöhte Mortalität, und diese Patienten haben auch die deutlich höchsten Hospitalisationsraten. Inaktivierte Impfstoffe sind erst ab dem Alter von über 6 Monaten zugelassen, umso wichtiger ist das Cocooning, das heisst die Impfung von Kontaktpersonen. Zur Verhinderung nosokomialer Influenzainfektionen wird die Grippeimpfung Risiko-Kindern und ihren Familien empfohlen, Mitarbeitern ans Herz gelegt und den Angehörigen die Möglichkeit geboten, sich im KISPI impfen zu lassen. Kurze

Videobotschaften durch Mitarbeiterinnen, die Möglichkeit zur Meldung von Nebenwirkungen sowie das Angebot von Grippetests bei Krankheitsfällen trotz Impfung sind weitere Motivationsfaktoren. Damit gelang es, die Impfquote in der Pflege innerhalb von 6 Jahren von 16 % auf 50 % zu steigern.

Weil für die traditionelle HOW YOU DID IT? keine Präsentationen eingegangen waren, wurde aus aktuellem Anlass ein Block über Vancomycin-resistente Enterokokken (VRE) organisiert, wofür den einspringenden Referierenden herzlichen Dank gebührt.

Jonas Marschall und **Marianne Laguardia** aus Bern berichteten über den aktuellen VRE-Outbreak bei Ihnen. Der Ausgangspunkt waren zwei zeitgleiche Bakteriämien auf der Onkologie. Umgebungsabklärungen bei Kontaktpatienten im Zimmer bzw. der Station ergaben dann 4 Übertragungen. Es erfolgten darauf Isolationen, Kohortierungen, Zonierungen und ein zweibelartiges Screening. Als erste Herausforderungen zeigten sich die Reaktionen auf den Ausbruch, welche Angst, Abwehrreaktionismus und Anklage beinhalteten. Es wurde schon früh breit intern informiert und Interimsregelungen aufgestellt. Ein umfassendes VRE-Ausbruchsmanagement wurde erarbeitet hinsichtlich Identifikation, Isolation und Endisolation, Hygienemassnahmen, Dokumentation und Kommunikation sowie Governing. Die Herausforderungen für das gesamte Spital sind riesig, sei dies für die Spitalhygiene, die Mikrobiologie mit dem vermehrten Volumen an Screeningtests, die Bettendispo mit der verminderten Manövriermasse angesichts von Isolationen, für Pflege und Ärzte hinsichtlich Aufwand des dedizierten Personals sowie die Facility Services bezüglich zusätzlichem Reinigungsaufwand. Gewisse Prozesse konnten dank ICT-Unterstützung deutlich vereinfacht werden. In der Austrittsreinigung wurde bei VRE-Patienten an die desinfizierende Reinigung neu eine UV-Desinfektion angeschlossen. Zudem wurde auf allen Abteilungen mit VRE-Fällen und im gesamten Bettenhochhaus die desinfizierende Reinigung als Standard gesetzt. Aus Sicht des Fachteams haben sich grosse Herausforderungen ergeben durch die massiv gestiegene Arbeitslast, die Belastung des Teams, viel Überzeit und das Rückstellen von anderen Projekten. Es können aber auch Chancen identifiziert werden durch optimierte Abläufe, besseren Informationsfluss intern und extern, neue IT-Tools, das Hinterfragen gewohnter Abläufe sowie eine verbesserte Priorisierung. Auch bei diesem Ausbruch zeigte sich, dass die Anzahl Infekte im Verhältnis zu den Kolonisationen sehr klein ist (rund 5 %). Bis anhin wurden rund 7'700 Screenings durchgeführt, wovon 3 % positiv ausfielen. Mittlerweile ist auch ein grosses Medienecho entstanden. Das Ziel sämtlicher Bemühungen ist weiterhin die Elimination von VRE aus der Inselgruppe.

Schliesslich gab **Stephan Harbarth** aus Genf im Namen der Swiss VRE-Task Force einen Überblick über die laufende VRE-Situation und die Kontrollaktivitäten in der Schweiz. Er zeigte die VRE-Daten von Europa und wies darauf hin, dass beispielsweise in Frankreich die Situation deutlich besser als in Deutschland ist, und stellte das französische Vorgehen vor, welches die VRE erfolgreich kontrollieren konnte. Weil Kolonisationen viel häufiger als Infektionen sind, muss schon beim ersten Nachweis in einer klinischen Probe sofort an unentdecktes VRE-Trägertum gedacht werden. Beim ersten Fall muss nach dem Zwiebelprinzip sofort ein Screening aller Kontaktpatienten erfolgen, und schliesslich ein genügendes Tempo beim Nachweis und der Isolation von VRE-Patienten (Speedy Gonzales Prinzip) vorgelegt werden. In der Schweiz ist zwischen dem 1. Mai und 19. Juni 2018 eine VRE-Surveillance durchgeführt worden, an dem sich 144 Spitäler beteiligten (Response Rate 70 %). Zwischen dem 1. Januar 2015 und 31. März 2018 fanden sich VRE-Fälle in 46 Spitälern. Die Inzidenz nahm von 96 im gesamten Jahr 2015 auf 146 Fälle im 1. Quartal 2018 zu. Es wurden insgesamt 23 VRE-Ausbrüche mit unterschiedlichen Resistenztypen beobachtet. Das gegenwärtige Management in der Schweiz ist gemäss dieser Umfrage durch eine Heterogenität der Präventions- und Kontrollmassnahmen gekennzeichnet. Mittlerweile liegen aktualisierte nationale Empfehlungen zur Bekämpfung der Ausbreitung von VRE in der Schweiz in deutscher, französischer und englischer Sprache vor (unter anderem unter www.swissnoso.ch).