



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

Kongressbericht **SGSH**

Jahresversammlung

18. - 20.09.2019, Lausanne

Dr. med. Felix Fleisch

Vorstandsmitglied SGSH

Die diesjährige Jahresversammlung der SGSH fand vom 18. bis 20. September im SwissTech Convention Center der EPFL in Lausanne statt. Sie wurde gemeinsam mit der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin SGI, der Schweizerischen Gesellschaft für Infektiologie SGInf, der Schweizerischen Gesellschaft für Tropenmedizin und Parasitologie SGTP sowie der Schweizerischen Gesellschaft für Tropen- und Reisemedizin SGTRM durchgeführt.

Dieses Jahr wurde wieder das **SGSH-SYMPOSIUM** (ehemaliges Hygienesymposium) in die Jahresversammlung integriert, welches auf grosses Interesse stiess und von weit über 100 interessierten Zuhörenden verfolgt wurde. Einige wichtige Punkte möchten wir hier kurz zusammenfassen.

Den Reigen eröffnete **Aline Wolfensberger** von Zürich, sie referierte über nicht-ventilatorassoziierte, im Spital erworbene Pneumonien (nvHAP). Sie gehören zu den häufigsten im Spital erworbenen Infektionen, und 2/3 aller Pneumonien sind nicht-ventilatorassoziiert. Die Mortalität ist mit 20 % ähnlich hoch wie bei den VAP, und auch die Kosten sind vergleichbar. Eine kontinuierliche semiautomatisierte nvHAP-Surveillance am USZ zeigte eine Prävalenz von rund 0.6 %. Pathogenetisch von Bedeutung sind die „Inhalation“ von Tröpfchen oder Aerosolen, die Aspiration im oberen Respirationstrakt sowie eine hämatogene Dissemination. Bezüglich Präventionsmassnahmen ist zu sagen, dass es wenig Studien zu diesem Thema für nvHAP gibt. Wichtig sind eine gute Mundpflege, eine frühe Mobilisation, Vorbeugung vor Aspiration und Dysphagie und die Prävention gegen nosokomiale respiratorische Viren. Das USZ hat ein modulares Präventionsbündel entwickelt mit den Punkten Mundpflege, Dysphagie erkennen und therapieren, Mobilisation, nicht indizierte Protonenpumpeninhibitoren stoppen sowie physiotherapeutische Atemtherapie. Mit diesen Massnahmen konnten gemäss Zwischenanalyse die Raten der nvHAP von 12 pro 1000 Patienten auf 8.5 pro 1000 Patienten gesenkt werden, wobei sich grosse Unterschiede in verschiedenen Kliniken zeigten. Zusammengefasst ist es also wichtig, die nvHAP nicht zu vergessen, Mikroaspirationen sind der häufigste Pathomechanismus und die Mundpflege die Präventionsmassnahme mit der besten wissenschaftlichen Evidenz.

Stephan Harbarth aus Genf berichtete über die aktuelle Situation bezüglich multiresistenter Keime in der Schweiz. Gemäss einer Arbeit von Gasser et al. im Lancet Infect Dis 2018 kommt es in der Schweiz jährlich zu über 7000 Infektionen mit multiresistenten Keimen und fast 300 damit zusammenhängenden Todesfällen. Bezüglich Resistenzrends zeigt sich erstmals ein gewisses Plateau bei den ESBL. In der Langzeitpflege scheinen diese Keime aber weiterhin zuzunehmen. Ungemütlich ist ferner die Zunahme von Carbapenemase produzierenden Enterobakterien. Am ICPIIC berichtete die Genfer Gruppe dann auch über den ersten nosokomialen Ausbruch von NDM-1 produzierenden *E. coli* in der Schweiz. Bei 3 Patienten wurde dieser Keim nachgewiesen, keiner hatte bekannte Risikofaktoren und insbesondere auch keine Auslandsreisen in den letzten 12 Monaten. Als Index-Fall wurde dann ein Patient aus den Vereinigten Arabischen Emiraten gefunden. Bei den MRSA zeigt sich generell eine Abnahme, zugenommen haben aber die nicht-multiresistenten MRSA, die vor allem bei ambulanten Patienten gefunden werden. Die VRE-Fälle im Inselspital Bern haben abgenommen. Im Oktober 2019 wird es ein Update der VRE-Guidelines von Swissnoso geben. Neben repatriierten Patienten wird auch ein Screening bei Hospitalisationen im Ausland über mehr als 24 Stunden in den letzten 12 Monaten empfohlen.

Yvonne Strässle vom Kinderspital Zürich beendete die erste Session mit dem Thema: Kleine Kinder - Grosse Sorgen: ZVK-Infektionen in der Pädiatrie. Seit 2009 werden die ZVK-Infekte dort systematisch erfasst. Das Spezielle bei den Kindern sind die häufige Indikation zwecks parenteraler Ernährung, die fehlende Kooperation, die kleinen Lumina sowie die kleinen Gefässe mit entsprechend schwierigem Zugang. So erstaunt es auch nicht, dass die Infektraten in der Pädiatrie höher sind, insbesondere auf den neonatologischen Intensivstationen. Die höchsten Infektionsraten finden sich bei Kindern mit Verbrennungen, bei Frühgeborenen bis zur 37. Schwangerschaftswoche und bei Femoraliskathetern. 70 % der CLABSI werden durch 70 % SKN und *S. aureus* verursacht. Speziell erfasst werden auch die Porth-a-Cath-Infekte, hier finden sich

die höchsten Raten bei Immunsupprimierten, bei Kindern unter 2 Jahren und im ersten Monat nach der Einlage. Ein nationaler pädiatrischer Benchmark fehlt bis anhin.

Gespannt ist man immer auch auf die Beiträge im Block **IMPLEMENTATION/INNOVATION**.

Christoph Fux aus Aarau ging der Frage nach, ob sich ein Unterschied zwischen den Komplikationsraten bei intermittierendem oder kontinuierlichem Gebrauch von peripheren Venenkathetern (PVC) zeigt. Gemäss Studien haben 23 – 86 % aller hospitalisierten Patienten einen PVC. Zu den Komplikationen gehören Dislokation, Obstruktion, (Thrombo-) Phlebitis und nosokomiale Infektionen. In Aarau wurde von Januar bis Dezember 2016 eine prospektive Beobachtungsstudie durchgeführt. Eingeschlossen wurden erwachsene Patienten mit PVC-Liegedauer über 24 Stunden während der Hospitalisation. Abgestöpselt wurde nicht mit Heparin, sondern mit 0.9%igem NaCl ohne Mandrin. Täglich wurde nach Phlebitiden gesucht, und der Grund für die Venflon-Entfernung wurde dokumentiert. Bei rund 1/3 der Patienten wurde der PVC intermittierend gebraucht, bei 2/3 kontinuierlich. Die Phlebitisrate (0.5 % vs 0.4 %) und die Bakteriämierate (0.03 % vs 0.05 %) waren in beiden Gruppen vergleichbar. Eine weitere Analyse zeigte, dass 36 % der nosokomialen *Staph. aureus*-Bakteriämien PVC-bezogen waren. Zusammengefasst wurde der intermittierende PVC-Gebrauch als sichere Option zur Reduktion der Flüssigkeitsüberlastung und zur Steigerung des Patientenkomforts und für eine frühere Rehabilitation bezeichnet.

Monica Attinger von Lausanne präsentierte ein neues Konzept des Händehygiene-Monitorings in Alters-/Pflegeheimen im Kanton Waadt. Seit 2004 erfolgt ein Monitoring über den Händedesinfektionsmittel-Verbrauch. Seit 2007 werden an jedem 05. Mai Händehygienekampagnen durchgeführt, und seit 2010 erfolgt das Monitoring der Händehygiene-Compliance via Audits. Es zeigte sich nun, dass keine Korrelation zwischen den Resultaten der Händehygiene-Beobachtungen und des Alkoholverbrauches bestand. Deshalb wurde ein neues Protokoll ausgearbeitet, das erstens den theoretischen Verbrauch von Händealkohol für 3 Monate berechnete, dann mittels Messung des aktuellen Verbrauches während 3 Monaten die Lücke zwischen theoretischem und aktuellem Händehygienealkohol-Gebrauch bestimmte. Dann erfolgten Händehygiene-Promotionsmassnahmen und schliesslich ein neues Monitoring des Verbrauches über weitere 3 Monate. Die Strategie zur Händehygiene-Promotion beruhte auf der Höhe der Differenz. Bei über 60 % Differenz wurden Training, Hygieneaudits und die Verfügbarkeit der Händedesinfektionsmittelflaschen überprüft. Bei einem kleineren Gap wurden Händehygieneworkshops und Reminders vorgenommen, und bei einem kleinen Gap von unter 20 % gab es entsprechende positive Mitteilungen. Die erste Monitoring-Phase zeigte nun, dass Händehygieneaudits nicht die Realität der Händehygiene-Compliance reflektieren (Hawthorne-Effekt). Das heisst, dass Teilnehmer ihr natürliches Verhalten ändern, wenn sie wissen, dass sie in einer Studie teilnehmen und unter Beobachtung stehen. Die Händehygiene sollte verbessert werden in Alters- und Pflegeheimen.

Doris Nydegger und **Simone Wegmüller** aus Bern zeigten die Vermittlung von Standardhygiene-Richtlinien via Sperrbildschirm in einer Spitalgruppe. Die Problematik des VRE-Ausbruches seit Anfang 2018 zeigte, wie zentral die Vermittlung, Einhaltung und Umsetzung von Hygienemassnahmen ist. Die grosse Herausforderung besteht darin, alle Mitarbeiter zu erreichen. Auf Grund der Outbreak-Situation bestand ein enger Zeitplan, der Projektstart war Mitte Juli 2018, und schon im Oktober erfolgte der erste Rollout auf den Sperrbildschirmen. Dieses beinhaltete Händehygiene, Arbeitshygiene, respiratorische Hygienemassnahmen, Isolationsmassnahmen, Stich- und Schnittverletzungen sowie die Grippeimpfung. Die Inhalte wurden alle 2 Monate gewechselt, bestanden aus einfach verständlichen Zeichnungen, und als Begleitmassnahmen wurden Kurzfilme aus dem Hygieneordner aufgeschaltet. Es konnte gezeigt werden, dass seither der Händedesinfektionsmittel-Verbrauch anstieg. Zusammengefasst eignet sich der Sperrbildschirm sehr gut zur Übermittlung wichtiger Informationen, da er alle Berufsgruppen in einem Spital erreichen kann.

Philippe Bressin aus Lausanne sprach über die Evaluation der Grippeimpfung-Promotionspolitik. Die Grippeimpfung am CHUV ist eine multimodale Strategie mit Engagement der medizinischen und Pflege-Direktion, einem erleichterten Zugang zur Impfung und einer Kommunikationskampagne. Die Direktion erliess seit 2015 eine Maskentragpflicht für ungeimpftes Personal während der epidemischen Grippeperiode. Impfmöglichkeiten bestanden an strategisch günstigen Orten während des ganzen Novembers nonstop zwischen 07.30 und 18.00 Uhr. Des Weiteren wurde eine Kommunikationskampagne gestartet mit Plakaten sowie Animationsfilmen auf dem Intranet und den sozialen Kanälen. Mit diesen Massnahmen konnte der Anteil der geimpften Personen mit Patientenkontakt von 29.5 % im 2011 auf 50 % im Jahr 2018 gesteigert werden. Parallel dazu nahm die Rate nosokomialer Grippefälle von 27 % im Winter 2016/17 auf 18 % im Winter 2018/19 ab.

Michèle Birrer vom Inselspital Bern berichtet über die Interventionsstudie Tröpfchenisolation am Platz (TIP) in der Influenzasaison 2018/19. Während in der Kontrollgruppe weiterhin wie bisher die Standardisolation im Einzelzimmer vorgenommen wurde, wurde in der Interventionsgruppe eine neue Strategie gewählt. In beiden Gruppen erfolgte beim Auftreten von neuen respiratorischen Symptomen ein Nasopharyngeal-Abstrich auf Influenza/RSV als Schnelltest. Bei negativem Abstrich-Resultat und mehr als 48-stündigem Aufenthalt im Spital wurde ein Nasopharyngeal-Abstrich mit einer Multiplex-PCR zusätzlich durchgeführt. Bei jeweils positiven Resultaten erfolgte in der Interventionsgruppe die Tröpfchenisolation am Platz, während bei der Kontrollgruppe die Erreger-spezifische Isolation (Tröpfchen/Kontakt) im Einzelzimmer erfolgte. 1230 Hospitalisationen wurden untersucht, 76 % in der Interventionsabteilung und 24 % in der Kontrollabteilung. Bei den Patientencharakteristika fiel auf, dass es auf der Interventionsabteilung deutlich mehr Eintritte mit respiratorischer Isolation gab als auf der Kontrollabteilung. Nosokomiale respiratorische virale Infektionen fanden sich auf der Interventionsabteilung 2.3 % gegenüber 0.7 % in der Kontrollabteilung, was einem statistisch nicht signifikanten Trend entsprach. Dieser Trend war aber nicht mehr vorhanden bei den mikrobiologisch gesicherten Viren. Es ist nun geplant, die TIP-Strategie innerhalb der Insel-Gruppe auszuweiten. Allenfalls sind auch Vergleichsstudien mit externen Standorten vorgesehen. Zusammengefasst erschien die TIP-Strategie als einfach und pragmatisch, Ressourcen schonend (Verzicht auf teils teure Virusdiagnostik, personalbindende Verlegungen nicht mehr nötig) und sicher (Schutz vor weiteren respiratorischen Viren, da Trigger für Isolation nicht Erreger sondern Symptome).

Die letzte Implementation/Innovation stammte wieder aus Aarau, **Nicole Warmann** präsentierte „The power of sour“, ein Change Management zur Senkung des ungerechtfertigten Einsatzes von Protonenpumpeninhibitoren (PPI). Diese werden häufig eingesetzt, oft ohne Indikation, sind positiv besetzt mit Bezeichnungen wie Magenschoner und Magenschutz, haben aus infektionspräventiver Sicht aber negative Folgen wie häufigere Kolonisation mit multiresistenten Erregern, häufigeren Magen-/Darm-Infektionen, zum Beispiel *Clostridium difficile*, und eine erhöhte Gefahr für Pneumonien. Das Ziel des Projektes war es nun, die Zahl der PPI-Verordnungen zu reduzieren, diese nur bei wirklich bestehender Indikation einzusetzen und für die Prophylaxe eine reduzierte Dosis zu verwenden. Dafür wurde eine verbindliche Indikationsliste aufgesetzt, es erfolgten regelmässige Verbrauchsrückmeldungen und 3 Reminder wurden vorgenommen mit Verteilung von Zitronen-Bonbons auf allen Abteilungen, Schnitzwasser für Mitarbeitende im Sommer und Zitrontee im Winter. Mit diesen Massnahmen erfolgte eine relative Senkung der PPI-Rate pro Patient um 20 % und der PPI-Tage pro Hospitalisation um 23 %. Gut funktionierte bei diesem Projekt, dass dies den Mitarbeitern dank verschiedenartiger Remindern gut bekannt war, bei den Standaktionen wurde ein guter fachlicher Austausch ermöglicht, und die Ruhephasen zwischen den Interventionen wurden als positiv erlebt. Weniger gut funktionierte, dass die Verantwortung für das Management der PPI-Therapie nicht generell vom Spital übernommen wurde, insbesondere auf der Chirurgie, dass weiterhin eine Unsicherheit bezüglich des Rationale für ambulant begonnene PPI-Gaben bestand und das Commitment der Ärzte und der Pflege unterschiedlich war. Ausserdem war es schwierig, das positive Image der PPI anzukratzen.

Den nächsten Block bestritt die SGSH zusammen mit der SGI-Pflege. **MYTHEN UND FAKTEN RUND UM DIE HYGIENE AUF DER INTENSIVSTATION - LASSEN SIE SICH ÜBERRASCHEN!** war die Thematik. Diese Session wurde von rund 200 interessierten Zuhörerinnen und Zuhörern besucht.

Martin Fröhlich aus dem USZ nahm sich der Thematik des Tragens von Handschuhen an. Ein Mythos nach dem andern wurde von ihm zerpfückt. Gemäss WHO gibt es klare Indikationen für das Tragen von Handschuhen sowohl bei direktem Patientenkontakt (Kontakt mit Blut und Körperflüssigkeiten) sowie indirektem (Umgang mit potentiell infektiösem Material). Untersuchungen zeigen nun aber, dass in 60 – 70 % der Fälle Handschuhe ohne bestehende Indikation getragen werden. Der nächste Mythos wäre, dass Handschuhe absoluten Schutz bieten. Fakt ist aber, dass sie zum Teil von vornherein schon Leckagen aufweisen, immer undichter werden, je länger sie getragen und je häufiger sie manipuliert werden. Zudem schädigt häufiges und langes Tragen die Haut (Feuchteschäden). Des Weiteren verhindern Handschuhe auch nicht die Übertragung von Keimen. Durch sie wird zwar die Keimlast auf den Händen des Personals signifikant reduziert, es bestehen aber deutliche Defizite in der Umsetzung des Handschuhwechsels, indem diese nicht zwischen unterschiedlichen Patienten gewechselt werden und auch nicht zwischen kontaminierten und nicht-kontaminierten Bereichen. Schliesslich wird auch die Händedesinfektion durch das Tragen von Handschuhen nicht überflüssig. So können die Hände beim Ausziehen von Handschuhen kontaminiert werden und es besteht eine negative Korrelation zwischen dem Tragen von Handschuhen und der Umsetzung der korrekten Händedesinfektion. Der letzte Mythos wäre noch, dass Handschuhe problemlos desinfiziert werden können, Alkohol und Manipulationen können diese aber undicht machen, die Haltbarkeit wird verkürzt und die Permeationsrate erhöht.

Cécile Sordet aus Nyon veranschaulichte mit einer Pantomime, mit Gestik und Mimik, was bei der Berufskleidung angezeigt ist und was nicht. In spielerischer Art zeigte sie das Tragen von künstlichen Fingernägeln und Schmuck, Krawatten, Schuhen mit hohen Absätzen, Badelatschen, langen Ärmeln, Jacken, langen Haaren und anderen No-Gos.

Für **Esther Wicki** aus Zürich ist nicht immer alles nur schwarz und weiss wie im Schachspiel. Sie zeigte dies am Beispiel eines Patienten mit dem positiven Testergebnisse auf MERS-CoV in der Schweiz. In Anlehnung ans Schachspiel war der erste Zug die Isolationsmassnahmen, der zweite Zug bestand aus dem Definieren von Zonen für eine bessere Händedesinfektion, und der dritte Zug bestand aus der Optimierung der Händedesinfektion, da jede Strategie nur so gut ist wie deren Umsetzung. Glücklicherweise stellte sich der positive Test in der Konfirmation als negativ heraus, der Probelauf war jedoch eine gute Übung für das ganze Team.

Carmen Karde aus dem USZ berichtete noch von ihren persönlichen Erfahrungen mit einer Wunde am Fuss und der Behandlung in einem Regionalspital. Die behandelnde Ärztin trug keinen Mundschutz, es hatte Luft in der Spritze für die Lokalanästhesie, es wurde mehrmals mit der gleichen Nadel gestochen etc. Sie zeigte das Dilemma auf, in dem sie sich befand. Einerseits wollte sie die Ärztin nicht noch mehr verunsichern, und andererseits war ihr doch sehr unwohl in der Situation. Das Speaking-Up wäre hier ideal, als offene und direkte Kommunikation über Fehler und risikoreiche Verhaltensweisen. Sie zeigte dann auf, wie man „es“ sagen könnte, dass diplomatische Formulierungen, Ich-Botschaften statt Du-Aussagen und Beschreibungen statt Bewertungen hilfreich sein können. Generell wichtig ist auch, Lösungen vorzuschlagen und das Gegenüber miteinzubeziehen. Obwohl sie in der aktuellen Situation nicht so reagiert hatte, gab es trotzdem ein Happy-End für ihre Verletzung am Fuss.

DEN LETZTEN TEIL DES SGSH-SYMPIOSIUMS eröffnete **Virginie Masserey** vom BAG mit einem Update über die Strategie NOSO. Das Globalziel der Strategie ist die Reduktion von im Spital erworbenen Infektionen und die Verhinderung der Ausbreitung von potentiell gefährlichen Erregern in Spitälern und Pflegeheimen. Die Umsetzung der Strategie basiert auf 5 Handlungsfeldern: Governance, Monitoring, Verhütung und Bekämpfung, Bildung und Forschung

sowie Evaluation. Die im 2017 durchgeführte Punktprävalenz-Erhebung hat gezeigt, dass in der Schweiz 5.9 % der Patienten in Spitälern von einer HAI betroffen sind. Man nimmt an, dass ein Drittel bis die Hälfte dieser Infektionen durch multimodale Massnahmen verhindert werden könnten. Zurzeit werden nationale Empfehlungen zu strukturellen Mindestanforderungen für Akutspitäler erarbeitet. Die Mindestanforderungen werden auf Grund von Empfehlungen der ECDC und der WHO ausgearbeitet. Sie bilden Standards in den Bereichen Richtlinien, Ausrüstungen, Organisation, Schulungen, Audits, Surveillance und Interventionen ab. Die fachliche Entwicklung der Minimalanforderungen erfolgte unter der Leitung der Expertengruppe Swissnoso, und wurde gemeinsam mit den Fachgesellschaften SGSH, SGInf, SIPI und fibs erarbeitet. Als Nächstes werden sie der GDK und H+ zur Konsultation unterbreitet. Auf dem Gebiet des Monitorings wird ein bedarfsgerechter Ausbau der Überwachung von HAI umgesetzt. Dazu sind die Erfassung von Outcome-Daten sowie auch die Beobachtung von massgeblichen Struktur- und Prozessparametern vorgesehen. 2020 ist die nächste nationale Punktprävalenzstudie geplant. Gleichzeitig wird am Aufbau eines nationalen Überwachungssystems für HAI in Spitälern gearbeitet. Dieses soll in Form von Modulen nach Infektionstyp entwickelt werden und unter anderem die Überwachung von katheterassoziierten Blutstrominfektionen, katheterassoziierten Harnwegsinfektionen und beatmungsassoziierten Pneumonien beinhalten. Das erste Präventionsmodul ist die von Swissnoso entwickelte SSI-Intervention. Dieses will die Organisationsstruktur in der Prävention postoperativer Wundinfektionen in den teilnehmenden Spitälern verbessern und deren Mitarbeitende in der direkten Anwendung dieser Massnahmen schulen. Weiter soll die Adhärenz mit den drei wichtigsten präventiven Elementen (Haarentfernung, präoperative Hautdesinfektion und Antibiotikaphylaxe) optimiert werden. Weitere Präventionsmodule sollten ab Ende 2020 dann Spitälern zur Verfügung stehen. Die Strategie NOSO informiert 3-mal jährlich mit einem Newsletter, ferner sind auch alle Informationen auf der Website www.strategie-noso.ch aufgeschaltet.

Rami Sommerstein aus Bern gab ein Update über die Swissnoso-Projekte. Swiss clean care ist ein landesweit koordiniertes Programm zur wirkungsvollen Reduktion von Spitalinfektionen in der Schweiz und besteht aus den Bestandteilen SSI Surveillance, SSI Intervention und CleanHands. Die SSI Surveillance hat seit 2009 über 425'000 Eingriffe erfasst. Der Anteil abgeschlossener Follow ups beträgt über 91 % und ist viel höher als bei Vergleichsuntersuchungen im Ausland. SSI Intervention strebt eine Prozessoptimierung an, wofür es primär eine gute Strukturqualität braucht. Diese besteht aus Leadership, Richtlinien und Ausbildung. Welche Prozesse werden nun optimiert? Es geht um die präoperative Haarentfernung, die präoperative Hautdesinfektion, und das Timing der Antibiotikaphylaxe. Das Ziel der Intervention ist eine Compliance mit Prozessparametern von über 90 % und dann eine Reduktion der SSI um relative 10 % zwei Jahre nach nationalem Rollout. CleanHands stellte im Oktober 2018 die ersten Resultate vor, die in 74 Akutspitälern erfasst wurden. Es wurden über 145'000 Gelegenheiten beobachtet, die Adhärenz lag bei 76 %. Wenig überraschend lag diese bei allen Indikationen bei der Pflege höher als bei der Ärzteschaft. Neu kann auch die Adhärenz der Händehygiene im Umgang mit Handschuhen gemessen werden. Mittels Swissnoso Bulletin werden bald Richtlinien für den Umgang mit *Candida auris*, für VRE in Langzeiteinrichtungen sowie ein Update der VRE Task Force (Version 2) veröffentlicht.

Andreas Widmer aus Basel verglich den „Leidensweg“ zum Facharzt Infektiologie Schwerpunkt Infektprevention mit einer griechischen Tragödie. Bei der Pflege gab es bis 2012 die Ausbildung durch die dibis, die SIPI und H+. Im Juli 2012 wurden erstmals Fachexpertinnen in Infektionsprävention im Gesundheitswesen mit eidgenössischem Diplom ausgezeichnet. Bei der Ärzteschaft war der „Spitalhygieniker“ ein designierter Arzt, an grossen Kliniken meist ein Infektiologie, ein geschützter Titel war das bis anhin nicht, und es war auch keine Ausbildung nötig. Dies wird sich nun aber ändern. Im Januar 2020 wird die Übergangsfrist für FMH Infektiologie-Träger/-innen beginnen, und 2022/23 ist die erste Prüfung für neue Bewerber geplant. Die Eckdaten für das Weiterbildungsprogramm „Schwerpunkt Infektionsprävention und -kontrolle im Gesundheitswesen“ umfassen als Voraussetzung den Facharzt Infektiologie, die Dauer von 12 Monaten an einer für den Schwerpunkt anerkannten Weiterbildungsstätte, wovon maximal 6 Monate im Rahmen der Weiterbildung zum Facharzt für Infektiologie absolviert werden können.

Dazu eine Publikation/wissenschaftlicher Artikel mit Schwerpunkt Spitalhygiene, inklusive Dissertation und ein Case Rapport gemäss FMH-Richtlinien. Die Anrechnung ausländischer Weiterbildungen ist möglich, wenn dies der Kommission vorgängig unterbreitet und bewilligt wurde. Weiterbildung in Teilzeit von maximal 50 % ist möglich. Die zukünftige Prüfungsorganisation wird aus einer 5-köpfigen Prüfungskommission bestehen, die Prüfung wird zweigeteilt, schriftlich-theoretisch (90 Minuten) und mündlich-praktisch (Falldiskussion 45 – 60 Minuten) umfassen. Zum Bestehen der Prüfung müssen beide Teile mit mindestens der Note 4 bewertet werden. Bezüglich Übergangsbestimmungen gilt, dass grundsätzlich die regulären Bedingungen des Weiterbildungsprogrammes erfüllt sein müssen, wobei folgende Erleichterungen gelten: Absolvierte Weiterbildungsperioden im In- und Ausland werden angerechnet, ohne Erfordernis des Schwerpunktes beim damaligen Leiter der Weiterbildungsstätte; absolvierte Tätigkeitsperioden in leitender Funktion (ab Stufe Oberarzt) werden anstelle von Weiterbildungsperioden angerechnet, dies kann auch eine spitalhygienische leitende Funktion in einem Akutspital sein (auf begründeten Antrag hin); ferner wird vom Nachweis der Publikation befreit, wer vor in Krafttreten des Weiterbildungsprogrammes die vorhergehenden Punkte erfüllt hat; Gesuche um Anerkennung von Weiterbildungs- und Tätigkeitsperioden müssen innerhalb von 10 Jahren nach Inkrafttreten eingereicht werden.

Zum Abschluss des Symposiums „duellierten sich“ **Benjamin Hutter** aus Genf und **Stefan Kuster** aus Zürich bezüglich Chlorhexidin, ob es sich dabei nun um eine „Disinfection or Disillusion“ handelte. **Benjamin Hutter** übernahm den Part der Ernüchterung. Die Thematik der Chlorhexidin-Waschungen bei IPS-Patienten beschrieb er unter dem Titel „Viel Aufheben um Nichts“. Es gibt zwar durchaus Studien, die einen positiven Effekt zeigen. Er erachtete diese Arbeiten aber für schlechte Studien und hielt den Cochrane-Hammer entgegen, wo im August 2019 deren Nutzen in Frage gestellt und darauf hingewiesen wurde, dass 4/8 der Arbeiten Industrie-gesponsert waren. Die Chlorhexidin-Mundwaschungen brachte er kurz auf den Punkt mit dem Motto „VAP verhindert, Patient gestorben“. Ferner wies er auf weitere negative Effekte von Chlorhexidin hin, insbesondere die Resistenzentwicklung und auch Kreuzresistenzen gegen andere Agenzien, inklusive Reserve-Antimicrobials, und deren negativen Einfluss auf das Mikrobiom. Er empfahl, besser gute Standardhygiene zu machen statt Patienten im Chlorhexidin zu ertränken.

Stefan Kuster musste nun dagegenhalten. Er zeigte auf, dass die Evidenzpyramide der Studien ihre Grenzen hat, sich aufweicht, und Metanalysen auch nur so gut sind wie die einzelnen eingeschlossenen Studien. Er zeigte die positiven Effekte von Chlorhexidin auf die Rate von postoperativen Wundinfekten, die Reduktion von ventilatorassoziierten Pneumonien und die Überlegenheit von der Kombination von Chlorhexidin und Alkohol im Vergleich zu Jod und Alkohol. Schliesslich setzte er sich aber auch noch mit den entsprechenden Bedenken auseinander. Bezüglich Toxizität (Allergie) empfahl er, das Mittel so einzusetzen, wie es gelabelt ist. Bezüglich der Problematik mit den Mundwaschungen schlug er vor, es dort einzusetzen, wo es wirklich einen Nutzen gezeigt hat, und nicht dort, wo es ein Signal für Schaden gab. Hinsichtlich der Resistenzproblematik empfahl er ein antiseptic Stewardship und von übermässigem Gebrauch abzusehen. Bezüglich des Evidenzlevels hielt er fest, dass doch verschiedene Signale in die gleiche Richtung zeigen und somit für einen Benefit sprechen.

Anschliessend an das Symposium fand die Generalversammlung statt, und der gelungene Tag fand seinen Ausklang bei einem feinen Essen in der Brasserie Lausanne Moudon.