



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

---

# Kongressbericht **SGSH**

**Jahresversammlung  
02. - 03.09.2021, Montreux**

**Dr. med. Felix Fleisch  
Vorstandsmitglied SGSH**

Auf Grund der COVID-19-Pandemie konnte die diesjährige Jahresversammlung nicht wie geplant in Lugano durchgeführt werden, sondern musste nach Montreux ins Music & Convention Centre verlegt werden, wo die Platzverhältnisse entsprechend geräumiger waren. Der Kongress wurde gemeinsam mit der Schweizerischen Gesellschaft für Infektiologie SGINF, der Schweizerischen Gesellschaft für Tropenmedizin und Parasitologie SGTP sowie der Schweizerischen Gesellschaft für Tropen- und Reisemedizin SGTRM durchgeführt.

Im Gegensatz zu den letzten Jahren wurde das SGSH-Symposium (ehemaliges Hygienesymposium) nicht durchgeführt, spitalhygienische Themen fanden aber einen grossen Platz im übrigen Programm. Einige wichtige Vorträge davon möchten wir hier kurz zusammenfassen.

Einer der Höhepunkte fand schon zu Beginn statt, die beliebte Session **Innovation/Implementation**.

**Gabriel Birgand** aus Nantes, Frankreich, hielt ein Einführungsreferat zum Thema Risikowahrnehmung. Er zeigte auf, dass diese sehr unterschiedlich ist, nicht nur zwischen verschiedenen Ländern, sondern sehr in Abhängigkeit von der Erfahrung. Diese individuellen Aspekte werden auch durch kulturelle Zusammenhänge beeinflusst. So wird in angelsächsischen Ländern der Individualität grosse Bedeutung zugemessen, was in den lateinischen weniger der Fall ist. In einer Untersuchung zeigte sich ferner, dass Pflegefachkräfte die Resistenzen eher als nationales Problem sehen, welches sie selber und ihr Handeln weniger betrifft und beeinflusst.

Darauf folgten die 6 Beiträge, die sich um die begehrten Preise für die beste Innovation/Implementation bewarben.

Als erstes präsentierte **Patrice Nordmann** aus Fribourg den Rapid Resalmipenem/Acinetobacter NP test für rapid detection of carbapenem susceptibility/resistance in *Acinetobacter baumannii*. Multiresistente (MDR) *A. baumannii* stellen einen bedeutenden nosokomialen Keim dar, insbesondere auf Intensivstationen. Die Carbapeneme sind Mittel der Wahl in der Behandlung, so dass es wichtig ist, die Empfindlichkeit dieses Keimes schnell zu erfahren. Der vorgestellte Test konnte innerhalb von zweieinhalb Stunden via eines Farbumschlages sämtliche 61 Imipenem-resistenten und 49 Imipenem-sensiblen *A. baumannii*-Isolate korrekt identifizieren, unabhängig von deren Resistenzmechanismus.

Als nächstes stellte **Laetitia Qalla-Widmer** aus Lausanne die Implementierung eines Simulationstrainings in nursing homes während der COVID-19-Pandemie vor. Es wurde ein Schulungskonzept erarbeitet zur Organisation eines Simulationstrainings. Zwischen Juni 2020 und Juni 2021 nahmen 76 von 160 Alters- und Pflegeheime an diesem Programm teil. Pro Sitzung beteiligten sich 12 – 15 Personen. Anfänglich wurde eine theoretische Basis gelegt und dann erfolgten die Rollenspiele mit 4 unterschiedlichen Szenarien mit anschliessendem Debriefing 140 Sessions konnten in den 12 Monaten realisiert, und mehr als 2200 Pflegenden wurden so ausgebildet werden.

**Coralie Riccio**, ebenfalls aus Lausanne, zeigte die lokale Epidemiologie der COVID-19-Pandemie in den medizinisch-sozialen Einrichtungen im Waadtland. COVID-19 betraf viele entsprechende Einrichtungen, wo eine grosse Zahl von Bewohnern mit Risikokonstellationen untergebracht ist. Vor allem anfänglich bestand neben dem üblichen Personalmangel auch eine Ressourcenknappheit und eine Knappheit an Schutzmaterialien. In der ersten Welle vom 08.03. – 26.06.2020 waren 64 Institutionen betroffen. Es erkrankten rund 700 der 7000 Einwohner, 118 davon verstarben. In der zweiten Welle vom 10.08. – 31.12.2020 waren 104 Institutionen betroffen, etwa 2021 der 7012 Bewohner erkrankten, davon verstarben 437.

**Julia Notter** aus St. Gallen stellte ein Peer-System in der Infektionsprävention in Akutspitalern vor. Öfters fehlt der kritische Blick von externen Fachpersonen. Erfahrene Experten in der Infektionsprävention könnten als Peers fachliche Inputs für die Optimierung der Infektionsprävention

ins Spital bringen. Es erfolgt mittels strukturiertem Fragebogen und Mitarbeiterbefragung eine Prävisitation, dann mit Interviews und Spitalrundgang die Visitation und als Postvisitation dann der Peer-Bericht für die Optimierung. Nach der Pilotevaluation am Kantonsspital St. Gallen und der Anpassung des Systems wird ein Rollout an weitere Spitäler angestrebt.

**May-Kou Ku Moroni** aus Lausanne stellte *Alerte Infection*, ein innovatives Tool der öffentlichen Verwaltung für die Informationen des Gesundheitspersonals zur Vorbeugung von Epidemien im Kanton Waadt, vor. Dabei handelt es sich um eine App, deren Funktion jener einer Wetter-App gleicht. Die Idee entsprang vor 2 Jahren, als ein junger Student mit Röteln im Wartezimmer sass. Die wenigsten Fachpersonen haben Zeit, an alle Informationen zu kommen. Meistens ist die Bürokratie eine grosse Hürde, und gute Kommunikation erfolgt nicht von oben, sondern horizontal. So sollen möglichst alle Pflegenden an die Informationen über spezielle Risiken kommen. Mittlerweile hat es fünfeinhalb tausend User, und pro Monat erfolgen im Durchschnitt 4 Warnungen. Dieser Beitrag stiess auf grosses Interesse und gewann den 1. Preis.

Die letzte Innovation wurde von **Florence Barbey** präsentiert. Es wurde die Internet-basierte Informationsplattform *Covid\_kidz* vorgestellt. Die Plattform stellt für Kinder und Eltern verständliche Informationen über COVID und deren Testverfahren dar. Für Klein- und Schulkinder ist eine altersgerechte Testung wichtig, die Sensitivität der naso-pharyngeal PCR ist zwar höher als beim Spucktest, aber für Kinder ungeeignet. Mit einfachen Erklärungen werden altersgerecht Informationen über die Notwendigkeit der Testung und die Testmodalitäten vermittelt, um den Kindern die Angst davor zu nehmen und die Eltern zu unterstützen.

Die zweite SGSH-Session, wieder zusammen mit der fibs und SIPI, beschäftigte sich mit COVID-19 und den Lessons learned.

**Lauraine Lenggenhager** aus Genf sprach über COVID in Langzeitpflegeeinrichtungen und die Rolle der Pflegenden in der Epidemie. In der ersten Welle waren 40 % und in der zweiten 51 % der Todesfälle durch COVID bedingt. COVID-19 ist in diesen Institutionen durch verschiedene Risiken begünstigt: Einmal die tieferen Personalschlüssel, dann arbeiten die gleichen Leute in verschiedenen Einrichtungen, und die Patienten sind gebrechlicher. Es bestand mindestens anfänglich ein Mangel an Ausrüstung für Schutzmassnahmen, und es gab verschiedene asymptomatisch infizierte Bewohner und Mitarbeitende. Anfänglich mangelte es auch an Testkapazitäten, und der physische Abstand zwischen Pflegenden und Patienten sowie unter den Patienten war nicht immer möglich. Ebenfalls zeigte sich die Symptomatik teilweise atypisch bei älteren Menschen. Detaillierte Untersuchungen zeigten, dass ein unerwartet hoher Anteil der Infektionen durch Angestellte verursacht war. Um Übertragungen zu limitieren, wurden diverse Interventionen unternommen. Dies reichte von vermehrtem Training in Hygienemassnahmen und besserem Zugang zu Schutzausrüstungen über die Limitierung des Präsentismus (das heisst, dass man trotz Krankheit zur Arbeit geht), vermehrter Motivation zur Impfung von Bewohnern wie auch Mitarbeitenden bis zu regelmässigem Testen. Neu besteht eine Impfpflicht für neue Mitarbeitende am Unispital Genf.

**Elia Lo Priore** aus dem Tessin berichtete über ihre Lessons learned. Nosokomiale COVID-19-Infektionen sind eine hohe Belastung für das Gesundheitssystem. Je nach Untersuchung sind 5 – 40 % aller COVID-Fälle nosokomial mit einer Mortalität von 20 – 30 %. Gemäss BAG und CH-SUR wird ein Fall als nosokomial definiert, wenn die Symptome nach mehr als 5 Tagen Spitalaufenthalt auftreten. Im Tessin waren 8.4 % der Fälle nosokomial. Dabei ist zu berücksichtigen, dass neben den Angestellten auch Besucher und andere Patienten Überträger sein könnten. Die wichtigsten Vorbeugemassnahmen enthalten das regelmässige und niederschwellige Testen, Compliance zu den Hygienemassnahmen, die Impfung sowie gute Schutzausrüstungen. Ebenfalls von Bedeutung sind die Besucherrestriktionen.

Mit dem Wortspiel "COVID-19 unter einem DACH?" wurden die Präventionsstrategien in Deutschland, Österreich und der Schweiz verglichen. Public health wird in Deutschland auf

verschiedenen Ebenen betrieben. Grossen Einfluss und viel Macht liegt bei den lokalen Gesundheitsbehörden, dazu kommen die Landesbehörden der einzelnen Bundesländer und schliesslich das Robert-Koch-Institut als nationales Instrument. Es ist zu diversen Ausbrüchen in Alters- und Pflegeheimen wie auch in Krankenhäusern gekommen. Im Medianwert waren in den APH's jeweils 17 Fälle involviert, in den Krankenhäusern 5 pro Ausbruch. Als Lessons learned bezeichnete **Tim Eckmanns** aus Berlin den Einsatz von FFP2-Masken in der Bevölkerung zum Beispiel im öffentlichen Verkehr als übertrieben, auch die breite Anwendung von Antigen-POCD bei Asymptomatischen würde eine falsche Sicherheit vermitteln. Er betonte auch das Spannungsfeld zwischen Politik und Wissenschaft und wünschte sich eine bessere Kommunikation.

**Elisabeth Presterl** aus Wien wies auf die grossen kulturellen Unterschiede zwischen dem Osten und dem Westen in Österreich hin. In Wien, wo 1/5 der ganzen Bevölkerung wohnt, sind 60 % Secondos. Auch in Österreich haben die lokalen Behörden einen grossen Einfluss. Es wurden sehr unterschiedliche Interventionen vorgenommen. Beispielsweise wurden im März 2020 Reiserestriktionen eingeführt, die Schulen und Universitäten geschlossen und die Skisaison vorzeitig abgebrochen. Im Herbst 2020 wurde zuerst ein Lockdown light verfügt und vom 07. November bis 06. Dezember 2020 ein harter Lockdown. Mittlerweile werden die 3G-Regeln breit angewendet, und viel Gewicht wird auf das breite Impfen gelegt.

**Sarah Tschudin Sutter** aus Basel zeigte, dass die Schweiz bei den kumulativen Fällen pro Einwohner hinter Frankreich an zweiter Stelle liegt, deutlich vor Österreich, Italien und Deutschland. Bezüglich Varianten kommt fast ausschliesslich nur noch die Delta-Variante vor. In der 3. und 4. Welle sind ältere Menschen weniger betroffen, dafür nun auch vermehrt unter 19-Jährige. Wie gesagt hat die Schweiz viele Erkrankungsfälle, aber im Verhältnis dazu relativ wenig Todesfälle. Aktuell besonders wichtig sind die Impfungen und das regelmässige Testen. Beim Anteil der Geimpften liegt die Schweiz hinter Italien, Deutschland, Frankreich und Österreich zurück. Der Herbst und Winter wird die Transmissionen durch die kältere Jahreszeit begünstigen, man muss mit neuen Varianten rechnen, und die respiratorischen Viren könnten wieder eine grössere Bedeutung bekommen. Es fragt sich, ob langfristige Verhaltensänderungen eintreten werden. Wichtig bleibt sicher die individuelle Verantwortung. Auch in der Schweiz sind die Regelungen teilweise regional sehr unterschiedlich, so hat das Luzerner Kantonsspital eine Zertifikatspflicht für Mitarbeitende eingeführt, das Unispital Basel lässt Besuche nur noch mit COVID-Zertifikat zu.

**Philipp Kohler** aus St. Gallen berichtet über die multiresistenten Erreger als Kollateralschäden einer Pandemie. 75 % der COVID-19-Patienten erhielten ein Antibiotikum, aber nur bei 8.6 % wird wirklich eine bakterielle Co-Infektion vermutet. Im ambulanten Setting wurden aber weniger Antibiotika verschrieben, sicher auch durch den starken Rückgang von Atemwegsinfekten bei Kindern. Durch die Reiserestriktionen hat auch die Mobilität stark abgenommen, so wurden weniger MRE importiert. Nicht zu unterschätzen ist aber der Import von MRE durch Repatriierungen beispielsweise aus dem Balkan. In Italien wiederum ist es zu einer starken Zunahme von Carbapenemase-resistenten *Klebsiella pneumoniae* während der Pandemie gekommen, als potentielle Risikofaktoren kommt das unerfahrene Personal in Frage. Dazu zeigte sich eine Häufung bei Patienten mit Bauchlagerungen. Erfreulich wiederum ist, dass gemäss Clean care Monitor und Clean hands sich die Händehygieneadhärenz 2020 im Vergleich zu den Vorjahren verbessert hat. Verschlechtert wird die Adhärenz sicher durch das vermehrte Tragen von Handschuhen. Zusammengefasst gibt es verschiedene Faktoren, die die Gefahr von MRE steigern, insbesondere der vermehrte Gebrauch von Antibiotika, die Repatriierungen aus Hochrisikoländern und das untrainierte oder zahlenmässig unterdotierte Personal. Für eine Abnahme sprechen der verminderte Antibiotikagebrauch im ambulanten Setting, die Abnahme des internationalen Verkehrs und die gute Händehygiene. Möglicherweise halten sich all diese Faktoren in etwa die Waage, gemäss präliminären Daten von Anresis ist es in der Schweiz noch zu keiner Zunahme von ESBL und CPE-Isolaten gekommen.

Die nächste gemeinsame Session beschäftigte sich mit der Thematik der Spitalhygiene unter dem COVID-Radar. **Andreas Widmer** aus Basel zeigte, wo wir in der Strategie Noso stehen. Gemäss Untersuchungen von 2017 finden sich bei 5.9 % der hospitalisierten Patienten Health care-assoziierte Infektionen. Dadurch werde Kosten von 751 Mio. Schweizer Franken verursacht (12'700

pro Infekt). Man geht davon aus, dass 35 – 55 % von diesen Infektionen vermieden werden könnten. Die strukturellen Mindestanforderungen bezüglich Spitalhygiene sind für die Schweizer Spitäler definiert. Bis anhin handelte es sich lediglich um eine Empfehlung, neu wird es ein Muss sein. Ebenfalls vorgeschrieben sind die Wundinfekterfassung. Als ein neues Modul aufgenommen wurde die CAUTI-Surveillance. Als neue Module von 2021 bis 2024 werden die Zentralvenenkatheter-Infektionen (CLABSI) und die Ventilator-assoziierten und Hospital acquired Pneumonien (VAP, HAP) sein. Auch wird das Outbreak-Management vervollständigt werden (VRE). Für ihn braucht die Strategie Noso Zeit, um die Ziele zu erreichen. Hochwertige Resultate sind erst nach 5 bis 10 Jahren zu erwarten. Er rief dazu auf, gemeinsam durchzuhalten.

**Elisabeth Presterl** aus Wien berichtet in der Folge über die Stellung und Möglichkeiten von Robotern in der Spitalhygiene. Dafür gibt es viele Einsatzgebiete, sei dies in der Therapie und Produktion von medizinischen Produkten, im Labor als auch in der Chirurgie wie der Da Vinci, der vor allem in der Urologie und Gynäkologie eingesetzt wird. Nicht ganz einfach sind die Herausforderungen für die Infektionsprävention bezüglich Reinigung und Wiederaufbereitung der Instrumente. In der Infektionskontrolle und Prävention können Roboter eine Rolle bei der Reinigung und Desinfektion sowie allenfalls beim Auditieren spielen. Ein interessantes Anwendungsgebiet der Roboter liegt in der UVC-Bestrahlung. Die Wirkungsweise besteht in der Zerstörung der DNA- und RNA-Struktur der Mikroorganismen. Es ist eine Zusatzmassnahme zur Standardreinigung und Desinfektion. Die Wirkung hängt ab von der Keimlast, der Distanz und des Schattenwurfes, welcher das Hauptproblem darstellt. Die Roboter müssen jeweils programmiert und nach dem Umstellen von Möbeln umprogrammiert werden. Untersuchungen zeigten eine starke Reduktion von Restkeimen nach Reinigung und Desinfektion. Auch *Candida auris* nahmen deutlich ab, teilweise zeigten sich aber gewisse Restmengen. Ein zu erwartender Benefit kann wohl vor allem in Gebieten mit sehr vulnerablen Patienten erwartet werden, ebenso bei hochkontaminierten Oberflächen, bei häufigen Patientenwechsel und dem Risiko von multiresistenten Organismen wie auf Notfallstationen.

**Niccolo Buetti** aus Genf referierte über die Möglichkeiten der Digitalisierung in der Surveillance und Prävention von healthcare-assoziierten Infektionen (HAI). HAI kommen je nach Studie bei über 5 % der hospitalisierten Patienten vor, 12.8 % sind Blutstrom-Infektionen. Die Surveillance und vor allem das Feedback der Resultate sind wichtige Schlüssel in der Prävention. Die Erfassung kann manuell oder automatisiert erfolgen. Ersteres braucht mehr Zeit, intensivere Ressourcen und ist weniger standardisiert. 2019 wurde in Europa PRAISE initiiert (Providing a roadmap für automated infection surveillance in Europe), mit dem Ziel, der Entwicklung von Leitlinien zur Unterstützung des Übergangs zu gross angelegter automatisierter Surveillance. Wichtig sind das Engagement der Stakeholder, die Transparenz der Algorithmen und die Einhaltung rechtlicher und ethischer Prinzipien im Umgang mit persönlichen Daten. Zur Erfassung geeignet sind unter anderem die HOB (hospital onset bacteremia), die sich lediglich auf mikrobiologische Resultate bezieht und positive Blutkulturen mindestens 48 Stunden nach Patienteneintritt erfasst. Eine Untergruppe aller HOB sind die CLABSI (central line associated blood stream infections), die mit einer erhöhten Mortalität, Morbidität, Hospitalisationslänge und Kosten einhergehen und verhütbar sind. HOB ist ein leicht automatisierter noch unspezifischer Surrogatmarker für CLABSI. Wie sind die Perspektiven in der Schweiz? In einer Erhebung von 90 Schweizer Spitälern zeigte sich, dass 29 verschiedene elektronische Krankengeschichten-Systeme im Einsatz sind, häufig im gleichen Spital nochmals unterschiedliche für die Intensivstationen. In der Schweiz startet nun ein Pilotprojekt, zur CLABSI-Surveillance auf Intensivstationen. In einer zweiten Phase soll dies auf ausserhalb der Intensivstationen und mehrere Spitäler ausgedehnt werden. Gerade COVID-19 hat erneut den Bedarf an automatisierten Erfassungen gezeigt.

Die letzte Session beschäftigte sich nochmals eingehend mit den Herausforderungen in der Langzeitpflege. **Tiziana Canzoniere Orlandi** von Olten zeigte die Möglichkeiten der Unterstützung durch Fachexpertinnen. Das Ziel ist eine bessere Betreuung im Alters- und Pflegeheim sowie erhöhte Sicherheit für Mitarbeiterinnen, was dann wiederum auch zu weniger Hospitalisationen und Entlastung der Spitäler führen könnte. Die Fachexpertinnen der Solothurner Spitäler führen entsprechende Beratungsbesuche durch, 2 Stunden pro APH, machten Schulungen der

Mitarbeitenden, führten verschiedene Gespräche, bekamen eine Hausführung und erstellten einen Bericht über ihre Besuche. Es wurden Richtlinien, Merkblätter und Türschilder zur Verfügung gestellt. In der Regel waren 1 – 2 Mal Folgebesuche erforderlich. Als Fazit hielt sie fest, dass die gute Zusammenarbeit das A und O darstellt, die Wichtigkeit der Standardhygienemassnahmen essentiell ist und die einfache korrekte Wissensvermittlung an der vordersten Front notwendig ist. Die zweite Welle wurde dann auch entsprechend gut gemeistert mit wenigen Hospitalisationen und weniger Personalausfällen.

**Béatrix Sobgoui** aus Lausanne zeigte das Management der Epidemie in den Langzeitpflegeeinrichtungen der Waadt. Dieser ist in 4 Regionen aufgeteilt, insgesamt gibt es 163 medizinisch-soziale Einrichtungen. Das Positive an der Krise war die vermehrte Kooperation unter den Playern im Gesundheitswesen, die Hilfe durch mobile Equipen und der verbesserte Einsatz von Kommunikationsmitteln. Problematisch waren insbesondere die vielen Abwesenheiten, der Mangel an Schutzmaterialien, die zunehmende Ermüdung und Einsamkeit und die Angst vor Ansteckungen. Für die Zukunft essentiell bleibt weiterhin ein naher Austausch unter den involvierten Partnern, und die Verstärkung der Kompetenzen und Professionalität in der Pflege für mehr Autonomie im Umgang mit neuen Situationen. Eine grosse Herausforderung wird der Umgang der Immunen mit den Nicht-Immunen sein.

**Fabienne Hobi** aus Bern zeigte ein neues Isolationsmodell, K TIP, die kombinierte Tröpfchen- und Kontaktisolation am Platz. Aus der TIP (Tröpfchenisolation am Platz) wurde die Kontaktisolation = K-TIP, Die Umsetzung erfolgte in der gesamten Insel-Gruppe. Gut lief, dass die Umsetzung sofort geschah, wenig Anpassungen nach der Einführung notwendig waren, die Mitarbeiter offen für das Thema waren und das Team der Spitalhygiene die Abteilungen gezielt begleiten konnte. Stolpersteine ergaben sich bei Kapazitätsengpässen, zum Beispiel, wenn verwirrte Patienten trotz Kontraindikationen eine K-TIP erhielten. Ferner gab es Missverständnisse der Isolationsform bei Verdachtsfällen und möglichen Fällen. Zudem wurde die Datenerfassung vom Vorjahr nicht weitergeführt.

Zum Abschluss berichtete **Alessandra Battaglia** aus Bellinzona über die Tessiner Erfahrungen während der Pandemie. Das Tessin war ja vor dem Rest der Schweiz durch COVID-19 betroffen worden. Mit einem grossen Massnahmenkatalog wurde im multidisziplinären Ansatz alles unternommen, um die Übertragung von SARS-COV-2 einzuschränken. Insgesamt gelang es, die Dienstleistungen und die Rolle der Spitalhygiene aufzuwerten, der Zusammenhang wurde trotz der Verteilung über den ganzen Kanton verbessert, und die Fähigkeiten konnten intensiviert werden, insbesondere in der Anpassung der jeweiligen Strategien.