



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

---

# Kongressbericht

**Jahresversammlung SGSH  
30. bis 31.05.2013 in Lugano**

**Dr. med. Felix Fleisch**

**Vorstandsmitglied SGSH**

Die diesjährige Jahresversammlung der SGSH fand vom 30. bis 31.05.2013 im Palazzo dei Congressi in Lugano statt und wurde gemeinsam mit der Schweizerischen Gesellschaft für Infektiologie SGINF, der Schweizerischen Fachgesellschaft für Tropen- und Reisemedizin SFTRM sowie der Schweizerischen HIV-Kohorten-Studie durchgeführt.

Den über 200 Teilnehmern wurde ein interessantes und vielfältiges Programm geboten. Die von der SGSH für ihre Mitglieder durchgeführten Workshops sollen hier kurz zusammengefasst werden.

Der erste Workshop, moderiert von **Marie-Christine Eisenring** aus Sion und **Hugo Sax** aus Zürich, war eine Pro- und Kontradiskussion über die **Publikation von Surveillance-Daten**.

**Christian Ruef** aus Zürich übernahm den Pro-Part, wobei er sehr bemüht war, die Problematik differenziert anzugehen und nicht nur Pro-Argumente anführte. So legte er schon anfänglich dar, dass es überhaupt nicht belegt ist, dass Public Reporting zur Senkung von Infektionsraten führt. Bemerkenswert ist auch, dass nicht nur Patienten mehr informiert werden sollen sondern auch Stakeholders, also Interessensvertreter. Es gibt verschiedene Formen des Public Reportings, berichtet werden können Outcome-Daten wie Mortalität, Infekt-Raten oder Fehlermessungen, auf der anderen Seite könnte auch die Qualität beurteilt werden, beispielsweise bei der Händehygiene.

In den USA werden schon sehr viele Surveillance-Resultate der Öffentlichkeit präsentiert. Als Beispiele zeigte Christian Ruef die beiden Internetseiten in den USA „How safe is your hospital“ sowie „Safety survival guide“. Aus seiner Sicht sind diese Ratings aber wenig hilfreich für die Patienten. An einem fiktiven Beispiel zeigte er die Problematik der Beurteilung von Messgrössen. Wenn in einem Spital A die postoperative Infekt-Rate nach Prostataktomie 1% und im Spital B 15% betragen würde, wäre klar, dass sich alle für das Spital A entscheiden würden. Wenn in diesem nun aber die Rate der postoperativen erektilen Dysfunktion dafür dreimal höher als im Spital B wäre, würde die Entscheidungsfindung wahrscheinlich wieder anders aussehen. Daraus zeigt sich, dass es notwendig ist, wenn schon, dann mehrere Parameter zu veröffentlichen. Als geeignete Messgrössen nannte er Handlungen, welche häufig durchgeführt werden, welche sowohl in kleineren wie grösseren Spitälern angewendet werden, welche einen gewissen Schweregrad haben und welche durch Präventionsmassnahmen verhinderbar sind. Allfällige Limitationen müssen im Bericht auch ganz klar dargelegt werden (was nicht immer der Fall ist).

In mehreren Ländern ist Public-Reporting schon obligatorisch, in der Schweiz noch nicht. Veröffentlicht wurde aber beispielsweise von Comparis eine telefonische Patientenbefragung von 2007, welche immer noch auf dem Netz ist. H+ wiederum veröffentlicht Daten über die Patientenzufriedenheit sowie Raten von vermeidbaren Rehospitalisationen. Zudem hat sie das Feld für postoperative Wundinfekte schon vorbereitet, es ist aber noch nicht aktiv.

Als Fazit fasste Christian Ruef zusammen, dass der aktuelle Nutzen für Patienten sehr limitiert ist. Momentan ist die Gelegenheit aber günstig, spitalhygienisches Know-how noch in die Gremien einzubringen. Viel Informationsarbeit ist aber noch notwendig. Da der Zug des Public Reportings aber schon fährt, müssen wir uns nun gemäss seiner Meinung pro-aktiv einbringen.

**Nicolas Troillet** aus Sion übernahm dann den Kontra-Part, aber ebenfalls sehr differenziert. Patienten hätten eigentlich das Recht, Resultate zu wissen, und Infektionskontrollprogramme haben auch Einfluss auf die Infektionsraten. Dass das Veröffentlichen dieser Raten aber zu einer Senkung führt, ist nie dargelegt worden. Ganz wichtig ist auch, dass bei der Erfassung standardisierte Methoden angewendet werden. Ferner sind Raten auch nur bei genügend hohen Fallzahlen aussagekräftig. Dazu ist zu bedenken, dass bei Vergleichen zwischen Spitälern nicht berücksichtigt wird, dass auch innerhalb der einzelnen Spitäler unter den einzelnen Chirurgen grosse Unterschiede bei Infektionsraten bestehen können. An zwei Beispielen führte er dann aus, wie unterschiedlich die Effekte von verschiedenen Interventionen sein können. Im ersten Fall kam es zu einer starken Abnahme von nosokomialen Harnwegsinfekten, nachdem diese nicht mehr

bezahlt wurden. Negative Folgen hatte aber das Messen eines anderen Qualitätsindikators. Bei diesem wurde als Norm festgesetzt, dass nach Pneumonie-Diagnose innerhalb von 4 Stunden Antibiotika verabreicht werden sollten. Als Folge davon wurde festgestellt, dass vermehrt auch Patienten ohne Pneumonie Antibiotika erhielten. Schliesslich wies Nicolas Troillet noch auf eine andere Gefahr des Public Reportings hin. Patienten mit mehr Risiken könnten für Behandlungen abgelehnt werden, um in den Ratings besser dazustehen.

Am Schluss des Workshops wurde im Publikum abgestimmt. Die überwiegende Mehrzahl war gegen Public Reporting, aber alle waren der Meinung, dass es kommen werde. **Matthias Schlegel** aus St. Gallen wies darauf hin, dass es eigentlich schon da sei, da verschiedene Spitäler ihre Qualitätsdaten ja jeweils publizieren und man mit einigem Aufwand somit jetzt schon Vergleichsmöglichkeiten habe. **Andreas Widmer** wiederum sagte, dass man den Einfluss nicht überschätzen dürfe, schliesslich habe Bill Clinton seine AC-Bypass-Operation in jenem New Yorker-Hospital mit der höchsten Rate an postoperativen Infekten durchführen lassen. **Christian Ruef** gab schliesslich noch zu bedenken, dass mit all den Messungen, welche heutzutage verlangt werden, viele personelle und zeitliche Ressourcen verbraucht werden, welche wir eigentlich für die Patientenbetreuung benötigen würden.

Der zweite Workshop, moderiert von **Frank Bally** aus Sion und **Carlo Balmelli** aus Lugano, beschäftigte sich mit der **Surveillance von Bakteriämien**.

**Giorgio Zanetti** aus Genf referierte über die Epidemiologie der Bakteriämien und die Ziele der Surveillance. Er nannte verschiedene Möglichkeiten der Surveillance. So können bestimmte Infektionen überwacht werden oder bestimmte Mikroorganismen oder auch bestimmte Abteilungen, wie z. B. die IPS. Von welchen Faktoren hängt es nun ab, ob eine bestimmte nosokomiale Infektion erfasst werden soll. Wichtig ist einmal die Häufigkeit. So machen Bakteriämien 10% der nosokomialen Infektionen aus, sie sind 5x häufiger bei Kindern unter 1 Jahr und 3-8x häufiger auf der IPS. Ein weiteres Kriterium ist der Schweregrad. Nosokomiale Bakteriämien haben eine Mortalität von 20-50% und verlängern den Spitalaufenthalt um 10-15 Tage. Des Weiteren sind sie ein Marker der lokalen „Ökologie“. Sie sind ein Hinweis auf die häufigsten invasiven Pathogene, liefern Resistenzdaten und zeigen einen Trend über die Zeit an. Ein wichtiges Kriterium ist auch die Machbarkeit (Feasibility). So ist die Durchführung von Blutkulturen günstig, die Laborkriterien sind einheitlich, und der Prozess ist automatisierbar. Des Weiteren sind Bakteriämien ein guter Marker für andere nosokomiale Infektionen und können auch ein Hinweis für eine Outbreak-Situation sein, finden sich doch in 50% der nosokomialen Outbreaks positive Blutkulturen. Das letzte Kriterium, wieso eine bestimmte nosokomiale Infektion zur Erfassung ausgewählt wird, ist noch die Möglichkeit des Benchmarkings. Blutkulturen können in allen Spitälern durchgeführt werden. Bei Vergleichen ist aber der Casemix zu beachten, zudem ist auch die Qualität und Häufigkeit der Abnahme unterschiedlich, so dass Bakteriämien nur bedingt für Benchmarking brauchbar sind.

**Tjallie van der Kooi**, Epidemiologin aus Bilthoven in Holland, referierte dann über Bakteriämie-Surveillance in Europa. Sie legte dar, dass die CDC-Kriterien nun generell angewendet werden und zeigte Daten aus Holland, wo sich primäre Bakteriämien bei 0,5% aller hospitalisierten Patienten (55% davon mit zentralen Venenkathetern assoziiert) und sekundäre Bakteriämien bei 0,3% aller hospitalisierten Patienten gefunden werden (25% davon durch Wundinfektionen, 30% durch Harnwegsinfektionen und 10% durch Pneumonien). Als Möglichkeit der BSI-Surveillance nannte sie die Messung der Inzidenz (Anzahl Infektionen pro 1000 Patiententage) oder wiederholte Point prevalence-Studien (Prozentzahl der Patienten mit Bakteriämien). Sie führte dann aus, dass die Erfassung in England obligatorisch ist für MRSA, E. coli und VRE, während dies in den europäischen Ländern zwar häufig durchgeführt wird, wie z.B. im KISS-System in Deutschland, aber auf freiwilliger Basis. Im Folgenden fokussierte sie sich dann auf die Fremdkörper-assoziierten BSI und gab zu bedenken, dass sich die CDC-Definition des CLABSI (Central line-associated bloodstream infections) von den Kriterien von HAI-NET, wo die CRBSI



(Catheter-related bloodstream infections) erfasst werden, unterscheidet, indem das CDC-System einfacher ist und lediglich das Vorhandensein eines Katheters für mindestens 48 Stunden fordert. Sie führte ferner aus, dass in letzter Zeit Fortschritte gemacht worden sind, so zeigte sich im KISS eine Abnahme der CRBSI in den ICU um 20% in den letzten drei Jahren. Am laufen ist nun eine PROHIBIT-Studie, in welcher sowohl Bündel für das Management der ZVK als auch Verbesserungen in der Händehygiene-Compliance angestrebt werden. Entsprechende Resultate sind noch ausstehend.

**Sylvie Touveneau** aus Genf und **Gerhard Eich** aus Zürich leiteten dann den letzten Workshop, der sich mit **Behavior change in der Spitalhygiene** befasste.

**Tanja Manser**, Professorin für Psychologie in Freiburg, sprach über die Theorie der Verhaltensänderung. Prinzipiell befasse sich die Forschung mehr über Gesundheitsverhalten auf Individuen bezogen, währendem es in der Spitalhygiene mehr um Gruppendynamik geht. Generell führen bestimmte Absichten (Intention) zu gewissem Verhalten (Behavior), was aber nicht immer gelingt. So nehmen wir uns vielleicht vor, die Fenster zu putzen, setzen dies dann aber nicht in die Tat um. Oder Übergewichtige möchten gerne abnehmen, schaffen dies aber nicht. Man kommt durch Motivation zu einer Intention, dann gibt es aber einen Graben zum entsprechenden Verhalten, dessen Tiefe z. B. vom Mass der Motivation und/oder von Umgebungsfaktoren sowie auch der Selbstwahrnehmung, ob man sich etwas zutraut oder nicht, abhängt. Wichtig ist auch, dass man das Verhalten Anderer nur viel schwieriger ändern kann als das Eigene, weil die Intention eben stark von der Motivation abhängig ist. Interessant ist, dass die Unterschiede zwischen denjenigen, die eine Absicht haben und diese dann aber nicht umsetzen können, gar nicht so gross ist zu jenen, welche ihre Intentionen dann auch in die Tat umsetzen. Es geht somit jeweils darum, die Intention zu verstärken (beispielsweise durch positives Feedback). Verhaltensänderungen können vor allem dann erreicht werden, wenn die zu ändernden Handlungen möglichst einfach sind. Als hilfreiches Modell im Verständnis der Theorie über die Verhaltensänderung erwähnte Tanja Manser den Prochaska-Ring. Im Stadium der Precontemplation ist das Problem noch nicht erkannt. Es folgt dann die Contemplation, wo die Veränderungen erwogen werden. Die nächste Phase ist die Preparation. Hier ist es ganz wichtig, sich genügend Zeit zu nehmen, um alle Vorbereitungen treffen zu können und keine überstürzten Handlungen zu machen. Gerade bei Rauchstoppberatung hat sich gezeigt, dass überstürzte Handlungen kaum erfolgsversprechend sind. Die nächste Phase ist dann die Action, wo es um die Umsetzung geht. Am Schluss folgt noch die Maintenance, die Aufrechterhaltung der Verhaltensänderung.

**Hugo Sax** aus Zürich befasste sich dann mit der Anwendung von Verhaltensänderungstheorien in der Spitalhygiene. Bei jeder Verhaltensänderung stellen sich immer drei Grundfragen: Gefällt mir das Resultat, wenn ich es tue? Denken andere, dass ich es tun sollte? Wird es durchführbar (feasible) sein? Für die erste Frage braucht es die Überzeugung zu einem bestimmten Verhalten (Behavior belief). Eine Handlung führt zu einem Effekt; damit die Handlung aber weiterhin gemacht wird, sollte es nach Möglichkeit eine positive Rückmeldung geben (Feedback). So fehlt z. B. bei den Grippegeimpften im Gesundheitswesen das Erkennen, was sie damit konkret Gutes getan haben, weil die Verhinderung von Grippefällen bei Patienten kaum sichtbar wird. Bei der Händedesinfektion wiederum wird die Vermeidung von nosokomialen Infektionen nicht primär sichtbar, hier kann es aber stimulierend sein, wenn beispielsweise die Rate der wahrgenommenen Möglichkeiten zurückgemeldet wird. Es gibt zwei Formen des Feedbacks, einerseits die Statistik, die einen hohen Validitätswert hat und andererseits die Fallbeispiele (Story telling), welche wenig valide sind, aber einen viel höheren emotionalen Impact haben.

Als letzter referierte **Walter Zingg** aus Genf über Verhaltensänderungen im Kontext eines Programmes zur Prävention von Katheter-assoziierten Bakteriämien. Einleitend zeigte er epidemiologische Daten, aus denen hervorging, dass Katheterinfekte überraschenderweise ausserhalb der IPS höher als auf der IPS sind. Anhand von mehreren publizierten Studien zeigte



er dann konkrete Beispiele von multimodalen Interventionen. In Genf wurde mit einem Bündel von verschiedenen Massnahmen die Inzidenz-Dichte von 3.1 auf 1.2 CRBSI pro 1000 Patiententage erreicht. Die wichtigsten Punkte waren, dass die Initiative dazu von den Leuten auf der Intensivstation selbst kam, dass die Leader hinter den Verhaltensänderungen standen und dass das genaue Vorgehen in exakten schriftlichen Protokollen festgehalten war. Ähnlich erfolgreich war eine Intervention auf 5 Intensivstationen in Zürich, wo sich die Präventionsstrategie auf eine Optimierung der Händehygiene sowie der Katheterpflege fokussierte. Dadurch sank die Inzidenzdichte der CRBSI von 3,9 auf 1,0 pro 1000 Kathetertage.

Erfolgreich ist auch ein Trainingsprogramm für die Einlage von zentralen Venenkathetern (welches auch von der SGSH finanziell unterstützt wurde und auf dem Internet [www.carepractice.net](http://www.carepractice.net) in französischer, deutscher und englischer Sprache zur Verfügung steht). Eine Übersicht über die neuste Literatur bezüglich Prävention von Katheter-assoziierten Bakteriämien hat Walter Zingg unlängst in einer Publikation zusammengefasst (Curr Opin Infect Dis 2011;24(4):377-384). Im Weiteren erläuterte er, dass im Prozess der Qualitätsverbesserung für eine Aufrechterhaltung der Nachhaltigkeit nach der Implementation neuer Massnahmen auch eine regelmässige Reevaluation dazugehört, sowie das Erkennen von allfälligen Barrieren. Abschliessend fasste Walter Zingg zusammen, dass die Grundkenntnisse vorhanden seien, das Problem aber jeweils die Umsetzung und die allfällig notwendigen Verhaltensänderungen sind. Wirksam sind multimodale Strategien, weil diese verschiedene Ebenen ansprechen, auch das Unbewusste.