



# **Hygieneüberprüfungen von 32 ambulant operierenden Einrichtungen in München**

**DGKH – Kongress  
Berlin, 10. bis 13. April 2016**

**Dr. Delia Warburg  
Dr. Sabine Gleich**



# Hintergrund

- Verwaltungsvorschrift BayStMGP zur bayernweiten Schwerpunktüberprüfung (SPÜ) ambulant operierender Einrichtungen
- Konzept und Entwicklung von modularen Checklisten durch das Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL)
- Durchführung obliegt dem jeweils örtlichen Gesundheitsamt in Zusammenarbeit mit dem Gewerbeaufsichtsamt





# Strukturdaten

Gemeldete Einrichtungen in München gemäß MedHygV: 78

Kategorien n=78	davon in die SPÜ eingeschlossen n=32
A=27	18
B=44	14
C= 7	0

## Fachrichtungen:

- Ambulant operierende Zentren mit verschiedenen Fachrichtungen (3)
- Plastische Chirurgie (7)
- Allgemeinchirurgie/Hernienchirurgie (7)
- Colo-Proktologie mit Analchirurgie (6)
- Kinderchirurgie (3)
- Operative Dermatologie mit Phlebologie (3)
- Urologie (2)
- Orthopädie (2)
- Gynäkologie (1)



# Vorgehensweise der Überprüfung

- Begehungszeitraum: März 2014 bis November 2015
- Durchführung der Begehungen durch zwei ärztliche Mitarbeiterinnen sowie Vertretern des GAA
- LGL-Checklisten:
  - Strukturqualität
    - Hygienemanagement
    - Baulich-funktionelle Voraussetzungen
  - Prozessqualität
    - Hände- und Personalhygiene
    - Strategien zur Prävention von POWI
    - Flächendesinfektion und Umgebungshygiene
    - Wäscheaufbereitung
    - Umgang mit Medikamenten
    - Medizinprodukteaufbereitung
  - Ergebnisqualität
    - Surveillance gemäß IfSG, MedHygV



# Strukturqualität I Hygienemanagement

## Hygieneberatung

Hygienefachpersonal gemäß § 5 MedHygV	n=32
Vorgaben vollständig erfüllt	5 (16%) 
Vorgaben teilweise erfüllt	17 (53%)
<b>Keine Hygieneberatung durch Fachpersonal</b> 	<b>10 (31%)</b>
Beratung entweder durch Krankenhaushygieniker/in und/ oder HFK (einschl. ext. Hygieneberater/in)	22 (69%) 



# Strukturqualität II

## Hygienemanagement

Hygieneplan	Anzahl der Einrichtungen n=32
Hygieneplan vorhanden	32 (100%)
✓ <b>Überwiegend angepasst und weitgehend vollständig</b>	<b>22 (69%)</b>
✓ Korrekte Freigabe, damit rechtsgültig	23 (72%)
✓ Informations- und Schulungsverpflichtung gemäß §12 MedHygV schriftlich dokumentiert	22 (69%)



# Strukturqualität III

Baulich-funktionelle bzw. technisch-apparative Voraussetzungen	Anzahl der Einrichtungen n=32	Anzahl der Kategorie A-Einrichtungen n=18
Vorgaben der KRINKO erfüllt	24 (75%)	13 (72%)

## Konsequenz :

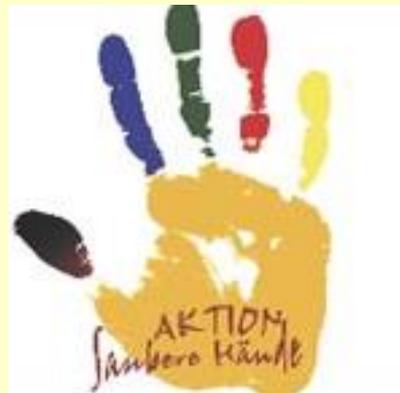
- Untersagung von bestimmten OPs in einem Fall einer Kat.-A-Praxis
- In vier Fällen freiwillige Begrenzung des OP-Spektrums durch die Praxisinhaber
- Bei zwei gemeldeten Praxen Verlegung der operativen Tätigkeit in eine Belegklinik oder in ein ambulantes OP-Zentrum (nicht in die SPÜ einbezogen)



# Strukturqualität IV

## Baulich-funktionelle Voraussetzungen

Voraussetzungen für eine korrekte Händehygiene	Anzahl der Einrichtungen n=32
Vollständige Ausstattung mit handberührungsfrei bedienbaren <b>Händedesinfektionsmittelspendern</b> in sämtlichen Patientenbehandlungsbereichen	8 (25%)
Korrekte Ausstattung der <b>Händewaschplätze gemäß TRBA 250</b>	15 (47%)
Besonderheiten bei der Ausstattung des chirurgischen Händewaschplatzes	
× Vorhalten lichtstrahlaktivierter Sensorarmaturen	6 (19%)
× Ausstattung mit Uhr	28 (88%)





# Prozessqualität I

## Organisation und Sicherstellung der Umsetzung

Hände- und Personalhygiene	Anzahl der Einrichtungen n=32
Ausschließliche Verwendung von <b>Einmalgebinden</b> (Strukturqualität), kein Umfüllen von Händedesinfektionsmittel	<b>29 (91%)</b>
Durchgehende Beschriftung von Händedesinfektionsmittelgebinden mit <b>Anbruchsdatum</b>	<b>25 (78%)</b>
Vollständiges Vorhalten von <b>persönlicher Schutzausrüstung (PSA)</b>	<b>18 (56%)</b>
Verwendung steriler <b>OP-Einmalkleidung</b>	30 (94%)
Korrekter Umgang mit dem <b>Mund-Nasen-Schutz</b>	31 (97%)
Bei Kondylomabtragung mittels Laser (n=5) Vorhalten von FFP2/3-Masken	<b>2 von n=5 (40%)</b>

# Prozessqualität II

## Organisation und Sicherstellung der Umsetzung



Strategien zur Prävention postoperativer Wundinfektionen	Anzahl der Einrichtungen n=32
<b>Haarentfernung</b> durch Clippen oder chemisch (Kat. IA nach KRINKO)	<b>24 (75%)</b>
<b>Perioperative Antibiotikaprophylaxe</b> davon ✓ regelrecht  x Standard nicht angepasst x Medikament ungeeignet (first-line Antibiose mit Flourchinolon)	<b>22 (69%)</b>  20 von n=22 (90%)  1 von n=22 (5%) 1 von n=22 (5%)
<b>Perioperative Antibiotika-Therapie</b> (Allgemeinchirurgie, Urologie, Plastische Chirurgie)	5 (15,5%)
<b>Standard für den Umgang mit Multiresistenten Erregern (MRE)</b> im Hygieneplan integriert (Strukturqualität)	<b>10 (31%)</b>
<b>MRE-Screening</b> etabliert (Strukturqualität)	<b>6 (19%)</b>
<b>Hautantiseptik</b> gemäß KRINKO-Empfehlung	31 (97%)



# Prozessqualität III

## Organisation und Sicherstellung der Umsetzung

Flächendesinfektion	Anzahl der Einrichtungen n=32
Sachgerechte Verwendung von <b>Tuchspendersystemen</b>	17 (53%)
Sachgerechte Aufbereitung und Lagerung von wiederaufbereitbaren <b>Reinigungsutensilien</b>	15 (47%)
Durchführen einer korrekten <b>Zwischendesinfektion im OP</b>	22 (69%)
Vorhalten einer <b>alkoholischen Schnelldesinfektion</b> in infektionskritischen Bereichen	23 (72%)

Bei unsachgerechter Verwendung von <b>Tuchspendersystemen</b>	Anzahl der Einrichtungen n=15
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Verwendung der Tücher &gt; 28 Tage</b> bzw. inkorrekte Beschriftung der Box</li><li>• Unsachgerechte Aufbereitung der Box</li></ul>	11 (73%) 4 (27%)



# Prozessqualität IV

## Organisation und Sicherstellung der Umsetzung

Aufbereitung von Praxiswäsche, Arbeits- bzw. Bereichskleidung und der Reinigungsutensilien (Mehrfachnennungen möglich)	Anzahl der Einrichtungen n=32
Aufbereitung teilweise oder vollständig zu Hause	6 (19%)
Externe Aufbereitung (7 von 9 mit Zertifikat, 78%)	9 (28%)
Aufbereitung in der <b>Praxis mit einer Haushaltswaschmaschine</b>	<b>21 (66%)</b>
Verwendung von Einmalprodukten für die Bereichskleidung	14 (44%)

Bei Aufbereitung der Praxiswäsche in der Praxis	Anzahl der Einrichtungen n=21
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Fehlender mikrobiologischer Effizienznachweis</b></li></ul>	<b>14 (67%)</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Fehlende Trennung rein/unrein</li></ul>	6 (28%)
<ul style="list-style-type: none"><li>• Verwendung eines nicht VAH-gelisteten Waschmittels</li></ul>	3 (14%)
<ul style="list-style-type: none"><li>• Fehlender Trockner</li></ul>	3 (14%)



# Prozessqualität V

## Organisation und Sicherstellung der Umsetzung

Umgang mit Medikamenten	Anzahl der Einrichtungen n=32
Überschreiten des Ablaufdatums	7 (22%)
Verwendung von Einzeldosis- als Mehrdosisbehältnisse (z.B. Ringerlösung, NaCl 0,9%)	5 (16%)
Verwendung eines <b>Haushaltskühlschranks als Medikamentenkühlschrank</b>	11 (34%)

Bei Verwendung eines Haushaltskühlschranks	Anzahl der Einrichtungen n=11
<b>. Lagerung kühlpflichtiger Medikamente in der Kühlschrantür</b>	<b>9 (82%)</b>
. Keine tägl. Temperaturdokumentation bzw. keine Verwendung eines Min/Max-Thermometers	6 (55%)



# Prozessqualität VI

Medizinproduktaufbereitung	Anzahl der Einrichtungen n=32
<b>Aufbereitung von „kritischen“ Medizinprodukten in der Praxis</b>	<b>27 (84%)</b>
Externe Aufbereitung	4 (13%)
Ausschließliche Anwendung von Einmalprodukten	1 (3%)
<b>Bei Aufbereitung in der Praxis (Mehrfachnennung möglich)</b>	<b>Anzahl der Einrichtungen n=27</b>
<b>Maschinelle Aufbereitung (vorhandenes RDG +/-od. RDG-E)</b>	<b>19 (70%)</b>
Manuelle Aufbereitung (bei Medizinprodukten bis kritisch A)	12 (44%)
Defizite bei der Aufbereitung	16 (59%)
<b>Defizite bei der Aufbereitung in der Praxis (maschinell und manuell)</b>	<b>Anzahl der Einrichtungen n=16</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Fehlerhafte Prozessabläufe bei der Aufbereitung</li><li>• Fehlender Sachkundenachweis des Personals</li><li>• <b>Fehlende aktuelle Validierung</b>/ keine Umsetzung der vom Validierer im Protokoll vorgegebenen Maßnahmen</li></ul>	11 (69%) 6 (38%) 6 (38%)



# Ergebnisqualität

Surveillance	Anzahl der Einrichtungen n=32
Erfassung und Bewertung von postoperativen Wundinfektionen	8 (25%)
Erfassung und Bewertung von Erregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen	5 (16%)
Fortlaufende bzw. vollständige Aufzeichnung und Bewertung des Antibiotika-Verbrauchs	6 (19%)





# Fazit

15 Jahre nach Etablierung des Infektionsschutzgesetzes und 5 Jahre nach Inkrafttreten der Bayerischen Verordnung zur Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen (MedHygV):

- sind die gesetzlichen Vorgaben zur Struktur- und Ergebnisqualität im Bereich der ambulant operierenden Einrichtungen immer noch unzureichend umgesetzt
- besteht bei der Prozessqualität weiterhin Optimierungsbedarf



# Diskussion

## Wie kann man weitere Verbesserungen erzielen?

- Konsequente Schulungen
- Veröffentlichungen in der einschlägigen Fachliteratur
- Regelmäßige Complianceüberprüfungen durch die Behörden
- Umsetzung von Konsequenzen bei Nichteinhaltung der Vorgaben