Hygieneüberwachung durch das Gesundheitsamt der Stadt Nürnberg

I. 1. Rahmenbedingungen

Schlagzeilen zu Hygienemissständen bei der Aufbereitung von Medizinprodukten in den städtischen Münchener Kliniken bzw. zu Todesfällen durch verkeimte Nährlösung in Mainz: Plötzlich stand in diesem Sommer Hygiene, insbesondere Krankenhaushygiene, im Mittelpunkt medialen Interesses. Der Stellenwert der außerhalb von Fachkreisen über Jahre hinweg zu wenig Aufmerksamkeit gewidmeten Problematik, ist, wie Fürths Oberbürgermeister Dr. Jung auf den dortigen Hygienetagen neulich konzidierte, in der Öffentlichkeit gestiegen. Eine in der diesjährigen September-Ausgabe der Fachzeitschrift „Hygiene & Medizin“ referierte, repräsentative Bevölkerungsumfrage ergab, dass eine nachdrückliche Verbesserung der Hygieneversorgung im Krankenhaus verlangt wird. Seitens der Politik wird diesbezüglich mehr Engagement erwartet, insbesondere, dass in einem entsprechenden Bundesgesetz einheitliche Hygienevorschriften geregelt werden.

Infektionsschutz war schon immer eine der wichtigsten Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sowohl, was die Abwehr und Bekämpfung ansteckender Krankheiten auf das Individuum selbst als auch bevölkerungsbezogen auf die Allgemeinheit bzw. für eine Gefährdung in Frage kommender Einrichtungen betrifft. Zwar sind in den entsprechenden Bundes- und Landesgesetzen Überwachungsaufgaben festgehalten, wobei gesundheitspolizeiliche Maßnahmen und die Betonung der Eigenverantwortung und Eigenkontrolle in einem nicht eindeutig geklärten Spannungsverhältnis zueinander stehen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die engen personellen und sachlichen Ressourcen die Umsetzung des gesetzlichen Auftrages, d.h. die infektiionshygienische Überwachung, erschweren. Kontrollen können sowohl routinemäßig wie auch anlassbezogen erfolgen. Aber auch bei turnus- bzw. routinemäßigen Inspektionen ist gesetzlich nicht vorgeschrieben, ob sie jährlich oder in wesentlich größeren zeitlichen Abständen erfolgen. Auch die Möglichkeiten unterschiedlicher Kontrolltiefen sind bei der Bewertung der Umsetzung infektiionshygienischer Überwachungsaufgaben zu berücksichtigen.

Mit Bezug auf die eingangs genannten Ereignisse hat das Bayer. Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit in einem Schreiben vom 08.10.2010 an Herrn OBM (siehe Anlage) angekündigt, dass ein Schwerpunkt der Tätigkeit des Öffentlichen Gesundheitsdienstes auf die verstärkte infektiionshygienische Beratung und Überwa-

chung von Einrichtungen des Gesundheitswesens gelegt werden muss. Bei einer Dienstbesprechung der Gesundheitsamtsleitungen mit Herrn Staatsminister Herrn Dr. Söder am 13.10.2010 in München wurde von einem neuen Überwachungskonzept und von Hygieneüberwachung medizinischer Einrichtungen als einer prioritären Dienstaufgabe gesprochen. So soll mindestens 1 Arzt pro Gesundheitsamt zum hygienebeauftragten Arzt und jeweils 1 Hygienekontrolleur zum hygienebeauftragten Hygienekontrolleur fortgebildet werden. Auch der neu ernannte Bayerische Landesarzt Herr Dr. Zapf führt dazu in seinem Schreiben vom 02.11.2010 aus: „Die haushaltspolitischen Vorgaben und die bereits jetzt angespannte Personalsituation an den Gesundheitsämtern bedingen eine Konzentration auf wesentliche Dienstaufgaben, die nur der Öffentliche Gesundheitsdienst leisten kann oder auf Grund gesetzlicher Vorgaben leisten muss. Einen herausgehobenen Schwerpunkt wird für die Ärzte und Hygienekontrolleure in den nächsten Jahren dabei die Intensivierung der infektiologisch-hygienischen Überwachung von Einrichtungen des Gesundheitswesens bilden.“

Am Bayer. Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit selbst wird eine Spezialeinheit Infektionshygiene(SEI) gebildet, die kompetente fachliche Beratung und fachliche Unterstützung für die im Vollzug zuständigen Gesundheitsämter leisten soll. Allerdings wird sie streng subsidiär tätig und erhöht zwar die Kontrolltiefe, erfordert aber immer eigene Ressourcen des Gesundheitsamts.

Zudem wurde der Entwurf einer Verordnung zur Hygiene in Einrichtungen des Gesundheitswesens (MedHygV) vorgelegt, in der personelle und organisatorische Pflichten der medizinischen Einrichtungen festgeschrieben werden. Noch im Frühjahr war eine Novellierung der bereits existierenden Verordnung zur Verhütung übertragbarer Krankheiten vorgesehen, jetzt aber soll für die medizinischen Einrichtungen eine eigenständige Verordnung daneben treten. Bedauerlich ist die ministerielle Auffassung, dass die Überwachung keine neue Aufgabe darstellt, sondern nur anders gewichtet wird. Folglich könnten daraus keine neuen finanziellen und personellen Forderungen begründet werden. Die dem Gesundheitsamt zur Verfügung gestellten FAG-Mittel reichen aber für eine neue Schwerpunktsetzung nicht aus. In der Dienstbesprechung mit Herrn Staatsminister Dr. Söder wurde nicht nur von kommunalen Gesundheitsämtern, sondern auch von den in die Landratsämter integrierten Gesundheitsabteilungen die mangelnde personelle Ausstattung als Haupthindernis einer intensivierten Aufgabenerledigung genannt.

2. Aktuelle Situation in Nürnberg

a) Nosokomiale Infektionen

Nosokomiale Infektionen, insbesondere durch multiresistente Erreger hervorgerufene, gewinnen weltweit und zunehmend an Bedeutung. Nach den Daten des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen (NRZ) ist davon auszugehen, dass jährlich in Deutschland ca. 400.000 bis 600.000 nosokomiale Infektionen und zwar mit relativ konstanter Häufigkeit auftreten. Eine nosokomiale Infektion liegt dann vor, wenn im zeitlichen Zusammenhang mit einer stationären oder ambulanten medizinischen Maßnahme eine Infektion erworben wurde. Ein ursächlicher Zusammenhang ist dabei nicht zwingend anzunehmen; man schätzt aber, dass etwa ein Drittel der nosokomialen Infektionen auf Versäumnisse im Hygienemanagement zurückzuführen ist. Unter der Annahme einer gleichmäßig hohen Sterblichkeit wegen nosokomialer Infektionen sind aufgrund der Studienlage in Deutschland mit mindestens 7.500 Todesfällen zu rechnen, von denen etwa 1.500 – 2.250 vermeidbar wären.

Das Spektrum und der Anteil der multiresistenten Erreger haben sich in den letzten Jahren erweitert. Neben MRSA (Methicillin resistente Staphylococcus aureus) steigen die Infektionszahlen für weitere multiresistente Bakterien wie ESBL Bildner (Bakterien, die gegen bestimmte Antibiotika eine erweiterte Resistenz aufweisen z.B. Enterobacter) und VRE (bereits multiresistente Bakterien, die auch auf das Reserve-Antibiotikum Vancomycin nicht mehr ansprechen). Für die betroffenen Patienten bedeutet dies längere Behandlungszeiten und ein schwieriges Behandlungsregime. Mit der zunehmenden Verlagerung der medizinischen Versorgung in den ambulanten Bereich ergeben sich auch außerhalb von Krankenhäusern Infektionsrisiken, die mit denen nosokomialer in Krankenhäusern vergleichbar sein können.

Nosokomiale Infektionen können nicht vollständig vermieden werden, da sie von der Grunderkrankung des Patienten und der Art des Eingriffes bzw. der durchgeführten Maßnahme abhängen. Aber durch ein optimales Hygienemanagement, eine regelmäßige Surveillance, ein Feedback der Daten an das medizinische Personal und die Einleitung geeigneter Maßnahmen können die Infektionsraten zumindest gesenkt werden.

Dem Gesundheitsamt der Stadt Nürnberg wurden zwar in den letzten Jahren keine Ausbrüche mit multiresistenten Erregern gemeldet: Allerdings gab es eine Zunahme von Ausbrüchen in Nürnberger Kliniken und Altenheimen, hervorgerufen durch die Gastroenteritiserreger Noro- und Rotaviren. Dies sind zwar selbstlimitierende Infektionen, bedeuten aber für die betroffenen Einrichtungen einen erheblichen Mehraufwand bis zur Schließung von Abteilungen.

b) Wasserhygienische Überwachung

In der Trinkwasserverordnung (TrinkwV) ist das Gesundheitsamt konkret als überwachende Behörde genannt. Die Überwachung erstreckt sich von der Wassergewinnung bis zur Abgabestelle an den Verbraucher. Grenzwertüberschreitungen und trinkwasserassoziierte Erkrankungsfälle sind dem Gesundheitsamt zu melden.

Eine routinemäßige Überwachungen von Einrichtungen, in denen Wasser für die Öffentlichkeit abgegeben wird, ist laut Trinkwasserverordnung nötig: Hier wurde von uns der Schwerpunkt primär auf Kliniken und Heime gelegt. Derzeit werden diese Einrichtungen im Rahmen der Überwachungstätigkeit nur aufgefordert, dem Gesundheitsamt regelmäßige Trinkwasseruntersuchungsbefunde vorzulegen. Dieser Aufforderung kommen die Häuser leider mit sehr unterschiedlicher Intensität nach. Sicher wären zeitnahe Mahnungen und konsequente Überprüfungen wünschenswert, angesichts der personellen Situation aber nicht möglich.

Bezüglich städtischer Einrichtungen wird durch die Arbeitsgruppe b.u.g eine Vielzahl von Proben in verschiedensten Einrichtungen veranlasst, wobei das Gesundheitsamt darauf hinwirkt, hier einen Schwerpunkt auf Kitas und Schulen zu legen. Die hier gewonnenen Ergebnisse werden dem Gesundheitsamt zur Bewertung vorgelegt. Meist spiegeln die Kaltwasserergebnisse die Nutzung des Wassers wieder (Grenzwertüberschreitung hauptsächlich bei Trübung und Eisen in der Stagnation, Ablaufprobe unauffällig) und eine Gesundheitsgefährdung durch die Verwendung des Wassers ist nur in seltenen Ausnahmefällen zu befürchten. Hier werden dann natürlich umgehend Maßnahmen wie Spülungen und Austausch von Perlatoren veranlasst.

Hin und wieder wurden bei Warmwasseruntersuchungen Legionellen, als potentielle Verursacher einer schweren Lungenentzündung, im Duschwasser gefunden. Dies führt bei extrem hoher Kontamination umgehend zu einer Nutzungseinschränkungen in der betroffenen Einrichtung (Duschverbot) bis eine erfolgreiche Sanierung durch eine entsprechende Nachuntersuchung bestätigt wurde. Besonders bei gemeldeten Legionellenerkrankungen wird das Gesundheitsamt umgehend tätig, recherchiert, wo sich die betroffene Person infiziert haben könnte, veranlasst dort Trinkwasseruntersuchungen und leitet dann gegebenenfalls Gegenmaßnahmen ein.

Darüber hinaus zählt auch eine Überwachung von Bade- und Abwasser in das weite Aufgabenspektrum des Gesundheitsamtes. Eine detaillierte Darstellung der Tätigkeiten rund um die Wasserhygiene mit einer Vorstellung der Ergebnisse aus dem im Jahre 2010 von bug durchgeführten sanitären Untersuchungsprogramm an Schulen und einer Auswertung der bislang durchgeführten Routinetrinkwasseruntersuchungen mit den hieraus zu ziehenden Konsequenzen ist für die nächste Sitzung des Gesundheitsausschusses geplant.

3. Rechtliche Grundlagen

Grundsätzlich ist das Aufgabengebiet des Gesundheitsamtes im Bereich der Hygieneüberwachung weit gespannt. Es reicht von der Trink- und Badewasserhygiene über die Ortshygiene bis zur Hygiene medizinischer und öffentlicher Einrichtungen. Wesentliche Grundlage für die Überwachungstätigkeit bildet das Infektionsschutzgesetz (IfSG), sowie darauf fußende Verordnungen. **Zweck ist es, übertragbare Krankheiten beim Menschen vorzubeugen, Infektionen frühzeitig zu erkennen und ihre Weiterverbreitung zu verhindern (§ 1 Abs. 1 IfSG).** Dieser Vorsorge- und Schutzgedanke findet sich hinsichtlich des Trink- und Badewassers in § 37 Abs. 1 IfSG (*„Wasser für den menschlichen Gebrauch muss so beschaffen sein, dass durch seinen Genuss oder Gebrauch eine Schädigung der menschlichen Gesundheit, insbesondere durch Krankheitserreger, nicht zu besorgen ist“*) und in § 37 Abs. 2 IfSG (*„Schwimm- oder Badebeckenwasser in Gewerbebetrieben, öffentlichen Bädern sowie in sonstigen nicht ausschließlich privat genutzten Einrichtungen muss so beschaffen sein, dass durch seinen Gebrauch eine Schädigung der menschlichen Gesundheit, insbesondere durch Krankheitserreger, nicht zu besorgen ist“*). Daher unterliegen die entsprechenden Anlagen und Einrichtungen der Überwachung durch das Gesundheitsamt (§ 37 Abs. 3 Satz 1, § 39 Abs. 2 IfSG).

Einer **obligatorischen** infektionshygienischen Überwachung durch das Gesundheitsamt werden durch § 36 Abs. 1 IfSG eine ganze Anzahl von Einrichtungen unterworfen. Dabei handelt es sich zum einen um medizinische, wie Krankenhäuser, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, Einrichtungen für ambulantes Operieren, Dialyseeinrichtungen, Tageskliniken, Entbindungseinrichtungen, stationäre Pflegeeinrichtungen. Zum anderen geht es um öffentliche Einrichtungen, wie Kinderkrippen, Kindergärten, Kindertagesstätten, Kinderhorte, Schulen oder sonstige Ausbildungseinrichtungen, Heime, Ferienlager, aber auch um Obdachlosenunterkünfte, Gemeinschaftsunterkünfte für Asylbewerber, Spätaussiedler und Flüchtlinge sowie sonstige Massenunterkünfte und Justizvollzugsanstalten. Vorgenannte Institutionen haben dabei in Hygieneplänen innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Infektionshygiene festzulegen. Nach der Begründung der vorgelegten MedHygV sollte die Ausarbeitung dieser Hygienepläne nach Möglichkeit im Zusammenhang mit den Gesundheitsämtern erfolgen.

Daneben **können** Zahnarztpraxen, Arztpraxen, Praxen sonstiger Heilberufe, in denen invasive Eingriffe vorgenommen werden (z.B. Heilpraktiker), sowie sonstige Einrich-

tungen und Gewerbe, bei denen durch Tätigkeiten am Menschen durch Blut Krankheitserreger übertragen werden können (z.B. ambulante Pflegedienste, Piercer, Tätowierer, gewerbsmäßiges Rasieren, Maniküre, Pediküre, Akupunktur, Ohrlochstechen) in die infektionshygienische Überwachung **mit einbezogen werden** (§ 36 Abs. 2 IfSG). Dies empfiehlt sich auch, wie später noch gezeigt werden soll. Schließlich nennt das Bayer. Gesundheitsdienst- und Verbraucherschutzgesetz (GDVG) in Art. 16 Abs. 2 die Rettungswachen, Luftrettungsstationen, Einrichtungen des gewerblichen Krankentransportwesens, Blutspendeeinrichtungen, Campingplätze, Häfen und Flughäfen als ebenfalls infektionshygienisch zu überwachende Objekte.

Daneben gelten im Bereich der Kliniken und Einrichtungen ambulanten Operierens noch die Vorschrift des § 23 und des § 6 Abs. 3 IfSG. Nach erstgenannter Regelung sind nosokomiale Infektionen (z.B. postoperative Wundinfektionen, beatmungsassoziierte Pneumonien, katheterassoziierte Septikämien, katheterassoziierte Harnwegsinfekte) ebenso fortlaufend aufzuzeichnen und zu bewerten wie das Auftreten von Krankheitserregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen. Das Gesundheitsamt nimmt Einsicht in diese Aufzeichnungen. Es besteht eine Meldepflicht an das Gesundheitsamt für die Kliniken bei Ausbrüchen nosokomialer Infektionen.

Darüber hinaus verpflichtet die Generalklausel des § 16 Abs. 1 IfSG das Gesundheitsamt die notwendigen Maßnahmen zur Abwendung der dem Einzelnen oder der Allgemeinheit drohenden Gefahren zu treffen, wenn Tatsachen festgestellt werden, die zum Auftreten einer übertragbaren Krankheit führen können bzw. wenn anzunehmen ist, dass solche Tatsachen vorliegen.

Das Aufgabenfeld der infektionshygienischen Überwachung ist vom bayerischen Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit auch in dessen „Handbuch des ÖGD in Bayern“ publiziert. Hier sind zwar auch Kontrollfrequenzen angegeben, doch die Entscheidung darüber – so der Tenor auf der Dienststellenleiterbesprechung im Ministerium – falle letztendlich vor Ort. Daher wurden auch in der MedHygV explizit keine zeitlichen Angaben gemacht, woraus sich Forderungen aufgrund personellen Mehrbedarfs hätten ableiten können.

Wie in einer Vorlage des Münchener Referats für Gesundheit und Umwelt für die Sitzung des Gesundheitsausschusses der Landeshauptstadt München vom 22.04.2010 festgestellt, definieren die Vorgaben des Gesetzgebers im Hinblick auf die Vornahme behördlicher infektionshygienischer Überwachungsaufgaben nur grobe Rahmenbe-

dingungen. Dezierte Anweisungen zur praktischen Umsetzung (z.B. inhaltlich-fachliche Vorgaben/Kriterien, Häufigkeit der Überprüfungen) werden nicht erteilt. Sie existieren in einheitlicher Form derzeit weder auf Bundes- noch auf Landesebene.

Jedes Gesundheitsamt verfügt, so die Vorlage, somit über einen eigenen Entscheidungsspielraum bei der Wahrnehmung des gesetzlichen Überwachungsauftrags in seinem eigenen örtlichen Zuständigkeitsbereich. Fraglich ist aber, ob dieses Ermessen pflichtgemäß ausgeübt wird, wenn eine Inspektion letztlich nur noch anlassbezogen erfolgt. In Niedersachsen wurde 2008 die Auffassung vertreten, dass die Objekte des § 36 Abs. 1 IfSG (von Gemeinschaftseinrichtungen, Krankenhäusern, Pflegeheimen, Obdachlosenunterkünften bis zu Justizvollzugsanstalten), die einer obligatorischen Überwachung unterliegen tatsächlich alle auch regelmäßig begangen werden müssen, um die Aufgabe „Überwachung“ auch gesetzeskonform zu erfüllen.

Die Vorschrift des § 36 Abs. 2 IfSG („fakultative Überwachung“) eröffnet nach Ansicht aus Niedersachsen zunächst einmal die Möglichkeit, die dort genannten Einrichtungen (*„Zahnarztpraxen sowie Arztpraxen und Praxen sonstiger Heilberufe, in denen invasive Eingriffe vorgenommen werden, sowie sonstige Einrichtungen und Gewerbe, bei denen durch Tätigkeiten am Menschen durch Blut Krankheitserreger übertragen werden können ...“*) proaktiv zu überwachen. Für ausschließlich anlassbezogene Überwachungen, so die dortige Meinung, wäre § 36 Abs. 2 IfSG nicht notwendig, hierfür böte die bereits genannte Generalklausel des § 16 IfSG eine ausreichende Grundlage. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass erfahrungsgemäß gerade bei Objekten, die dem § 36 Abs. 2 IfSG unterliegen, zum Teil mit der Feststellung erheblicher Mängel zu rechnen ist.

4. Überwachungsobjekte in Nürnberg

Folgende Einrichtungen unterliegen der hygienischen Überwachung im Stadtgebiet:

- 18** Kliniken (vom größten kommunalen Krankenhaus mit 2.180 Betten bis zur kleinen konzessionierten Privatklinik mit 2 Betten)
- ca. 300** Ärzte mit Zulassung für ambulantes Operieren sowie Tageskliniken
- 5** Dialyseeinrichtungen
- 400** niedergelassene Masseure/Physiotherapeuten (Vorsorge-/Rehabilitation)
- 2** Entbindungseinrichtungen
- 1.033** Ärzte in freier Praxis
- 462** Zahnärzte in freier Praxis
- 300** niedergelassene Heilpraktiker
- 5** Rettungswachen
- 1** Luftrettungswache
- 1** (konstante) Blutspendeeinrichtung (daneben noch externe Termine)
- 1** Einrichtung des gewerblichen Krankentransportwesens
- 67** ambulante Pflegedienste
- 34** Podologen
- 65** stationäre Pflegeeinrichtungen
- 20** Behindertenheime incl. Betreutes Wohnen

Neben diesen vorgenannten, der künftigen MedHygV unterliegenden Einrichtungen, sind nach IfSG und GDVG noch folgende Objekte mit einzubeziehen

- 387** Kinderbetreuungseinrichtungen
- 191** Schulen
- 13** Obdachlosenunterkünfte
- 6** Gemeinschaftsunterkünfte für Asylbewerber, Spätaussiedler...
- 36** Piercer/Tätowierer
- 1** Justizvollzugsanstalt
- 1** Hafen
- 1** Flughafen
- 1** Campingplatz

Auf die Trink- und Badewasserhygiene als Bestandteil des Infektionsschutzes wurde schon hingewiesen

1 zentrale Trinkwasserversorgungsanlage

36 Einzelbrunnen

Anzahl Hausinstallationen, aus denen Wasser für die Öffentlichkeit abgegeben

unbek. wird (Schulen, Kindergärten, Krankenhäuser, Gaststätten, Behinderteneinrichtungen, stationäre Pflegeeinrichtungen, Hotels; Sportanlagen usw.), daneben noch temporäre nicht ortsfeste Installationen für Massenveranstaltungen

26 Hallen-, Frei- und sonstige Bäder und Whirlpools

5. Problemlagen

Ein Hauptproblem ist, dass die Mehrzahl aller oben genannten Objekte nicht routinemäßig, sondern nur anlassbezogen besichtigt werden können.

Ein weiteres Problem ist die Risikoabschätzung: In den vorgenannten Heilpraktikerpraxen werden z.B. öfters auch non-invasive Therapien durchgeführt, wie Ozontherapien oder Darmspülungen oder es werden im Rahmen der Neuraltherapie Spritzen gesetzt. Dabei zeigt die vom Frankfurter Gesundheitsamt im Bundesgesundheitsblatt 02/2010 veröffentlichte Studie, dass bei Hygienekontrollen in 79% der 109 überprüften Praxen kein Hygieneplan vorhanden war, in 49% ein Reinigungs- und Desinfektionsplan und in 60% der Händedesinfektionsspender am Waschbecken fehlten. Ob eine Ende 2009 von den Heilpraktikerverbänden in Zusammenarbeit mit dem Münchener Referat für Gesundheit und Umwelt, sowie dem Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit erstellte Checkliste Hygieneplan in den Naturheilpraxen tatsächlich zur Anwendung kommt, kann bislang nicht beurteilt werden.

Die Erfahrungen der letzten Jahre bei anlassbezogenen Begehungen (Patientenbeschwerden) in Praxen haben gezeigt, dass das hygienische Grundwissen in ambulanten medizinischen Einrichtungen im Vergleich zu Krankenhäusern deutlich geringer vorhanden ist. Hier gibt es kein Fachpersonal, das bei Hygienefragen zu Rate gezogen werden kann. Das Wissen zur Hygiene ist oft nicht auf dem aktuellen Stand und so werden die Überprüfungen des Gesundheitsamtes in vielen Fällen auch dankbar angenommen, um bisher nicht erkannte Mängel zu beseitigen. Hier sieht sich das Gesundheitsamt sehr stark als Berater in der Pflicht, um die Mitarbeiter für Hygiene-

probleme zu sensibilisieren, denn nur auf diesem Weg kann eine nachhaltige Verbesserung gelingen. In Praxen und ambulanten Einrichtungen zeigen sich sehr häufig deutliche Mängel hinsichtlich der Medizinproduktaufbereitung. Es werden oft noch Altgeräte für die Sterilisation vorgefunden, welche nicht mehr zur Aufbereitung geeignet sind. Auch die manuelle Reinigung und Desinfektion von Instrumenten wird häufig nicht ordnungsgemäß durchgeführt. In diesem Bereich gibt es nahezu in allen überprüften ambulanten Einrichtungen Nachbesserungsbedarf. In sehr vielen Praxen fehlt außerdem ein aussagefähiger Hygieneplan. Auch die allgemeinen Grundregeln der Hygiene, angefangen von der Händedesinfektion, Tragen von Schmuck bis hin zu adäquat eingesetzten Desinfektionsmitteln lassen oft zu wünschen übrig.

Insgesamt gesehen schätzt das Gesundheitsamt den Beratungsbedarf zur Hygiene im ambulanten Sektor als sehr hoch ein. Aufgrund der Vielzahl der Praxen kann dieser jedoch wegen des dem Gesundheitsamt zur Verfügung stehenden Personals auch nicht annähernd bewältigt werden.

Die Situation in den Kliniken stellt sich etwas anders dar. Hier gibt es in allen größeren Einrichtungen Fachpersonal. Das Klinikum Nürnberg verfügt über eine eigene Hygieneabteilung. Alle anderen Krankenhäuser, mit Ausnahme der Privatkliniken, haben zumindest mit externen Hygienikern Beratungsverträge und beschäftigen Hygienefachkräfte. In den letzten Jahren konnten alle Nürnberger Kliniken regelmäßig begangen werden. Die vom Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit vorgeschlagene Frequenz von einer Begehung pro Jahr pro Krankenhaus wurde allerdings aufgrund der geringen Personalkapazität nicht erreicht.

Defizite sieht das Gesundheitsamt aber vor allem in der Umsetzung von Hygienevorgaben in den Einrichtungen, bedingt durch zunehmende Arbeitsverdichtung und Personalmangel. Standardhygienemaßnahmen werden vernachlässigt, wie z.B. die Händedesinfektion vor und nach Patientenkontakt. Ein Problem liegt nach unserer Auffassung auch darin, dass das Hygienepersonal meist nicht eine entsprechende Weisungsbefugnis besitzt, um Maßnahmen durchzusetzen. So musste das Gesundheitsamt dieses Jahr bereits zwei Kliniken anmahnen, das Verbot von Schmuck an den Händen des medizinischen Personals auch umzusetzen. Das Gesundheitsamt führt derzeit keine engmaschigen Kontrollen in den Einrichtungen durch.

6. Personelle Ressourcen

Den oben aufgelisteten Überwachungsobjekten und den aufgezeigten Problemlagen stehen 0,5 Arztstellen und 2,0 Hygienekontrolleure gegenüber. Mit dem Bereich Wasserhygiene befasst sich zwar noch eine ärztliche Mitarbeiterin (0,5 VZK), die aber zu einem wesentlichen Teil umweltmedizinische Fragestellungen bearbeitet sowie in der stadintern wirkenden Arbeitsgruppe b.u.g mitwirkt.

Das Gesundheitsamt wird seit einigen Jahren immer stärker in die Planung von Neu- und Umbauten von Praxen, Privatkliniken und Krankenhäusern eingebunden. Dies ist sinnvoll, da sich dadurch hygienische Mängel aufgrund einer ungeeigneten räumlichen Struktur einer Einrichtung vermeiden lassen. Hinzu kommt die zeitintensive Mitwirkung [fachlich-medizinische Unterstützung der Kreisverwaltungsbehörde (Gh/V-R)] bei Verfahren zur Konzessionierung von Privatkliniken im Sinne des § 30 Gewerbeordnung (GewO). Auch durch die neu eingeführte Meldepflicht von MRSA ergibt sich ein erhöhter Aufwand aufgrund der damit verbundenen Ermittlungen. Weiterhin muss die MRSA-Netzwerkbildung in Bayern durch die Gesundheitsämter vorangetrieben werden.

Schließlich werden auch immer wieder Schwerpunktaktionen von Seiten des Landesamtes für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit zusammen mit der Gewerbeaufsicht angekündigt und zum Teil auch durchgeführt (z.B. Sterilgutaufbereitung).

Die Diskrepanz zwischen „Auftragslage“ (Aufgabenfülle) und den dem Gesundheitsamt zur Verfügung stehenden personellen Ressourcen führen im Bereich des objektbezogenen Infektionsschutz zwangsläufig zu einer primär reaktiven, anlassbezogenen und auch nicht immer unmittelbar erfolgenden Arbeitsweise. Eine Schwerpunktsetzende, konzeptionell-aktive und damit präventive Arbeit ist mit der aktuellen Personalausstattung kaum zu leisten.

7. Ausblick

Die eingangs schon erwähnte MedHygV gilt für medizinische Einrichtungen. Sie verpflichtet die Institutionen zur Einhaltung der Hygienestandards und formuliert Anforderungen an die personelle Ausstattung sowie an das Hygienemanagement. Laut ministerieller Aussage entstehen in den Fällen einer kommunalen Krankenhausträgerschaft keine zusätzlichen Kosten, weil es sich bei dem Regelungsgehalt der Verordnung um bloße allgemeine Anforderungen an eine bestehende kommunale Aufgabe handle. Auch die Überwachung durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) stelle keine neue Aufgabe dar, sei vielmehr bereits bundesgesetzlich geregelt. Somit werde keine finanzielle Ausgleichspflicht des Freistaats Bayern nach Art. 83 Abs. 3 Satz 2, Abs. 6 BV (Konnexitätsprinzip) ausgelöst. Dennoch vertritt das Gesundheitsamt die Meinung, dass, wenn eine ohnehin bestehende (zivilrechtliche) Pflicht (Einhaltung der Hygienestandards) nun mit „der Feder des Normgebers“ öffentlich-rechtlich konstituiert wird, damit die Wichtigkeit der infektionshygienischen Überwachung von Einrichtungen nochmals unterstrichen wird. Um diese Aufgabe aber auch angemessen umsetzen und mit Leben erfüllen zu können, bedarf es entsprechender personeller Ressourcen. Andernfalls bleibt es bei wohl formulierten Ansprüchen und der Einsetzung von Arbeitsgruppen, ohne dass personelle Ressourcen ein intensiviertes Vorgehen ermöglichen.

Seit Jahren ist nur ein Minimum der möglichen Überwachungsaufgaben leistbar, die derzeitige personelle Ausstattung erlaubt keine höhere Beratungs- und Kontrolldichte. Dabei lässt sich erfahrungsgemäß feststellen, dass die Begehungen durch die Aufsichtsbehörde zu einer stärkeren Sensibilisierung und zu einem höheren Stellenwert der Hygiene innerhalb der Einrichtungen führen können. Dies ist insbesondere wichtig, da aufgrund immer knapper werdender Finanzen die Aufwendungen für die Hygiene allzu leicht möglichen Sparmaßnahmen zum Opfer fallen. Die regelmäßigen Begehungen stellen eine große Unterstützung der Hygienefachkräfte und der hygienebeauftragten Ärzte dar; dies wirkt der Gefahr entgegen, dass diese Kräfte unter Umständen in so mancher Klinik eine Alibifunktion übernehmen.

Allein durch die Intensivierung der behördlichen Überwachungsaktivitäten können Hygieneprobleme in den Einrichtungen nicht gelöst werden. Die Krankenhaushygiene braucht eine kooperative Zusammenarbeit zwischen Kliniken, Praxen und Überwachungsbehörde. Die vor Ort zur Verfügung stehenden Personalressourcen einschließlich deren fachlichen Qualifizierung haben entscheidenden Einfluss auf die

Qualität hygienischer Präventions- und Interventionsmaßnahmen. Dies gilt für die in der Krankenversorgung tätigen Ärzt/-innen und Pfleger/-innen genauso wie für Amtsärzt/-innen und Hygienekontrolleure, welche die behördliche Überwachung durchführen. Eine unzureichende Personalausstattung führt in beiden Fällen zu Überforderung, krankmachender Überlastung und Demotivation. Nicht ausreichende Überwachungstätigkeit auf der einen, mangelhaftes Hygieneverhalten auf der anderen Seite trägt zur Gefährdung von Patientinnen und Patienten bei.

Positiv zu vermerken ist jedoch der Umstand, dass im Bereich der Hygiene und des Infektionsschutzes das städtische Gesundheitsamt seit Jahrzehnten als Fach- **und** Vollzugsbehörde handelt. Hier konnten Synergieeffekte genutzt werden, die sich andernorts erst mit der Eingliederung der Gesundheitsämter in die Landratsämter ergeben haben mögen.

Als einen ersten Schritt zur Verbesserung der personellen Voraussetzungen beabsichtigt das Gesundheitsamt im Rahmen des Stellenplans zusätzliche Kapazität im Umfang einer Halbstelle für die Hygieneinspektion bereit zu stellen. Die Festlegungen über Aufgabenwahrnehmung und -umfang sowie eine Abstimmung mit OrgA darüber erfolgt gesondert. Die geplante Kapazitätsausweitung steht jedoch unter dem Vorbehalt, dass die unter TOP 5 genannten Einsparungen bzw. Mehreinnahmen realisiert werden. Eine aus fachlicher Sicht sinnvolle weitere Kapazitätserweiterung für ärztliches bzw. Vollzugspersonal ist aufgrund der Konsolidierungszwänge derzeit für das Amt budgetfinanziert nicht leistbar. Aufgrund fehlender gesetzlicher Grundlagen ist nach Ansicht von Gh eine Kostendeckung durch Gebühreneinnahmen im Gegensatz zur Lebensmittelhygiene oder der Heimaufsicht nicht gegeben.

II. Gh/L

III. Ref.III/GhA

Nürnberg, 19.11.2010
Gh/Inf

Gh/V

(Dr. Schaffer)

(Lausecker)

(Zirkel)

(Seider)