

30

DGKH 

Deutsche Gesellschaft für Allgemeine und Krankenhaus-Hygiene e.V.

Die Zukunft ist das Ergebnis der Vergangenheit

Axel Kramer

Die Gründung der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH) ist eine Erfolgsgeschichte. Vor 30 Jahren haben sich Hygieneexperten zweier Gesundheitssysteme verbündet, um gemeinsam die Krankenhaushygiene des 21. Jahrhunderts zu gestalten.

Im reißenden der Geschichte

Die Vergangenheit endet mit der Erinnerung
die Gegenwart ist der flüchtige Augenblick
die Zukunft beginnt mit Fragen
die Arbeit ist das Fundament im Trubel der Geschichte
aus der wir für glückliche Momente mit unserer Liebe ausbrechen.
Axel Kramer

Die Gründung der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene zählt zu den ersten deutsch-deutschen Zusammenschlüssen nach der Wiedervereinigung in der Medizin. Einende Zielsetzung war die Qualitätssicherung der Krankenhaus- und Praxishygiene mit dem Schwerpunkt der Prophylaxe und Bekämpfung nosokomialer Infektionen als eine der zentralen Aufgabenstellungen zur Gewährleistung der Patientensicherheit. Die Wiedervereinigung Deutschlands bot die Chance, die Fachexpertise aus den alten und den neuen Bundesländern zusammenzuführen, um Synergien zu erzeugen.

Dem ging ein holpriger, steiniger Weg der Entwicklung der Hygiene in der ehemaligen DDR im Gegensatz zu den in der BRD nicht politisch eingeschränkten Entwicklungsmöglichkeiten der Hygiene voraus. Die Gründung der DGKH ist Endpunkt einer Odyssee der Bemühungen der Fachvertreter aus der ehemaligen DDR um die Verankerung der Krankenhaushygiene in einer Fachgesellschaft und Ausgangspunkt für eine gesamtdeutsche Initiative. Nachfolgend sollen Meilensteine auf diesem Weg bis zur Gründung skizziert werden.

Zur Entwicklung der Krankenhaushygiene in der ehemaligen DDR

Axel Kramer

Die Forschung auf dem Gebiet der Krankenhaushygiene wurde im Wesentlichen in den Hygieneinstituten der Hochschulen und nur vereinzelt an den für die Überwachung der Hygiene zuständigen Bezirkshygieneinstituten durchgeführt. Eine Sonderstellung nahm das Forschungsinstitut für Hygiene und Mikrobiologie (FHM) in Bad Elster ein, weil es direkt dem Gesundheitsministerium unterstand. Es wurden folgende Schwerpunkte bearbeitet: An der Charité die strukturelle Etablierung der Krankenhaushygiene, die Erfassung und Bewertung nosokomialer Infektionen und die Prävention des apparativen Hospitalismus/Aufbereitung; an der Universität Greifswald die Prävention nosokomialer Infektionen, antimikrobielle Wirkstoffforschung mit dem Fokus Antiseptik, die Verträglichkeitsprüfung von Desinfektionsmitteln und Antiseptika sowie die infektionspräventive Bedeutung des Vitaminoids Thiocyanat; an der Medizinischen Akademie Erfurt die Sterilisation und die Applikationsforschung zur Peressigsäure und an der Medizinischen Akademie Magdeburg die Bedeutung physikalischer Umgebungsfaktoren als Grundlage des gesunden Krankenhauses. Vom FHM wurden mehrere Referenzlabore für Desinfektion und für Sterilisation eingerichtet und die Desinfektionsmitteltestung und -Listung durchgeführt. Auf Grund der begrenzten Publikationsmöglichkeiten in internationalen Journals wurden die Ergebnisse fast ausschließlich monographisch dargestellt; die bibliographische Auswahl ermöglicht einen Einblick in die damaligen Bemühungen.

Ein Meilenstein in der Umsetzung der Krankenhaushygiene in die Praxis war die Erarbeitung der Rahmenhygieneordnung für ambulante und stationäre Gesundheitseinrichtungen (RHO Ge), die nach der 1. Fassung 1971 in der 3. Fassung 1977 auf Anweisung des Ministers für Gesundheitswesen für alle Gesundheitseinrichtungen als verbindlich erklärt und 1987 letztmalig aktualisiert wurde.

1962 wurden in der Gesellschaft für Mikrobiologie und Epidemiologie die Arbeitsgemeinschaft (AG) „Sterilisation“ und 3 Jahre später die AG „Antiseptik“ gegründet. 1967 wurden beide AG zur Sektion „Sterilisation, Desinfektion und Antiseptik“ zusammengeführt und 1986 zur Sektion „Krankenhaushygiene“ erweitert. Nachdem mehrere Versuche der Gründung einer Gesellschaft für Krankenhaushygiene in der ehemaligen DDR am politischen Willen der Staatsmacht gescheitert waren, wurde kurz nach der Wiedervereinigung Deutschlands die Chance zur Gründung einer gesamtdeutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene ergriffen. Der Weg dahin ist ein Beispiel dafür, dass gleiche fachliche Zielsetzungen und ethische Auffassungen den Boden für das Zusammenwachsen schon während der Teilung Deutschlands durch den Mauerbau 1961 bereitet haben.

Research in the field of hospital hygiene was essentially performed in university hygiene institutes, only sporadically at the district hygiene institutes responsible for monitoring hygiene, and at the Research Institute for Hygiene and Microbiology (RHM) in Bad Elster. The RHM had a special position, because it was directly subordinated to the Ministry of Health. The main focus was placed on the following areas: At the Charité in Berlin, the structural establishment of hospital hygiene, surveillance of nosocomial infections and prevention of nosocomial infections caused by medical devices; at the University of Greifswald, the prevention of nosocomial infections, antimicrobial agent research with focus on antiseptics, compatibility testing of disinfectants and antiseptics, and the importance of the vitaminoid thiocyanate in infection prevention; at the Medical Academy in Erfurt, sterilization and application research on peracetic acid; and at the Medical Academy in Magdeburg, the importance of physical environmental factors as the basis of a healthy hospital. Several reference laboratories for disinfection and for sterilization were established by the RHM, and disinfectant testing and listing was carried out. Due to limited publication opportunities in international journals, the results were almost exclusively presented in monographs; the bibliographic selection provides an insight into the efforts at that time.

A milestone in the implementation of hospital hygiene in practice was the development of the Framework Hygiene Regulations for Outpatient and Inpatient Health Care Facilities. After the first version was issued in 1971, it was declared binding for all health care facilities in the third version in 1977 by order of the Minister of Health. It was updated for the last time in 1987.

In 1962, the Working Group (WG) "Sterilization" and, 3 years later, the WG "Antisepsis" were founded within the Society for Microbiology and Epidemiology. In 1967, the two WG were merged to become the section of "Sterilization, Disinfection, and Antisepsis", and in 1986 they were expanded in content to the Section "Hospital Hygiene". After several attempts to found a Society for Hospital Hygiene in the former German Democratic Republic had been thwarted by the ruling regime, the opportunity to found an all-German Society for Hospital Hygiene was seized shortly after the reunification of Germany in 1989. The long road to this goal shows how the shared professional objectives and ethical attitudes prepared the ground for working together, even during the years of German division that began when the Wall was built in 1961.

1. Etappen auf dem Weg zur DGKH

Zur Bearbeitung krankenhaushygienischer Aufgaben kamen als organisatorische Grundlage entweder die Gesellschaft für Allgemeine und Kommunale Hygiene oder die Gesellschaft für Mikrobiologie und Epidemiologie infrage. Da erstere kein Interesse an der „unpolitischen“ Krankenhaushygiene hatte, wurden die Bemühungen zur strukturellen Entwicklung innerhalb der Gesellschaft für Mikrobiologie und Epidemiologie angesiedelt.

1962 wurden in der Gesellschaft für Mikrobiologie und Epidemiologie die AG „Sterilisation“ durch Prof. Herwarth Horn, Erfurt, und 3 Jahre später die AG „Antiseptik“ durch Prof. Wolfgang Weuffen, Greifswald, gegründet. Auf Grund der inhaltlich analogen Zielsetzung der Prävention nosokomialer Infektionen wurden die beiden AG 1967 zur Sektion „Sterilisation, Desinfektion und Antiseptik“ zusammengeführt und im Wechsel durch Horn und Weuffen (Sekretär Dr. Heinz Wiegert, Bad Elster) geleitet.

1979 wurde in Greifswald die 1. Expertenberatung Krankenhaushygiene im Auftrag der Gesundheitsminister der sozialistischen Länder unter der Leitung von Prof. Wolfgang Weuffen und Prof. Jürgen Großer, Berlin (Koordinator Dr. Axel Kramer, Greifswald) durchgeführt. Die seinerzeit verabschiedete Resolution ist noch heute zutreffend: „Die Krankenhaushygiene hat die Aufgabe, die Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaften, insbesondere der Hygiene, Mikrobiologie und Epidemiologie, auf die Bedingungen in den Einrichtungen des Gesundheitswesens anzuwenden und mit ihren Methoden und Formen den Gesundungsprozess der Patienten zu fördern, zur Gesunderhaltung durch Fernhalten von schädlichen Umwelteinflüssen (z. B. toxisch, psychisch) beizutragen und insbesondere nosokomiale Infektionen zu verhindern, um den Kranken nicht zusätzlich zu seiner Grunderkrankung und ebenso auch nicht die Mitarbeiter zu gefährden.“

In den folgenden Jahren wurde zur Umsetzung der Resolution der Themenbereich der Sektion „Sterilisation, Desinfektion und Antiseptik“ auf das Gesamtanliegen der Krankenhaushygiene mit dem Schwerpunkt der Prophylaxe nosokomialer Infektionen erweitert. Das fand 1986 den offiziellen Niederschlag in der Umbenennung der Sektion in „Krankenhaushygiene“ (Leitung Großer).

Nach 1986 gab es auf Initiative von Horn, Weuffen, Großer, Oberdoerster und Kramer wiederholt vergebliche Anläufe der Sektion Krankenhaushygiene, eine Gesellschaft für Krankenhaushygiene in der DDR zu gründen. Da es politisch nicht gewollt war, hatte es keine Chance.

2. Schwerpunkte der krankenhaushygienischen Forschung, Umsetzung in die Praxis und Öffentlichkeitsarbeit in der ehemaligen DDR

Die Forschung wurde im Wesentlichen in den Hygieneinstituten der Hochschulen durchgeführt und nur vereinzelt an den für die Überwachung der Hygiene zuständigen Bezirkshygieneinstituten. An der Charité (Prof. Großer) standen die strukturelle Etablierung der Krankenhaushygiene, die Erfassung und Bewertung nosokomialer Infektionen im Mittelpunkt. An der Universität Greifswald (Weuffen) standen die Prävention nosokomialer Infektionen, die Antiseptik, die Verträglichkeitsprüfung von Desinfektionsmitteln und Antiseptika, die antimikrobielle Wirkstoffforschung und die infektionspräventive Bedeutung des Vitaminoids Thiocyanat im Fokus. An der Medizinischen Akademie Erfurt (Horn) wurden die Sterilisation und die Applikationsforschung zur Peressigsäure (Prof. Martin Sprössig), an der Medizinischen Akademie Magdeburg (Prof. Giselher Schuschke) die Bedeutung physikalischer Umgebungsfaktoren als Grundlage des gesunden Krankenhauses bearbeitet. Als Besonderheit gab es das Forschungsinstitut für Hygiene und Mikrobiologie (FHM) in Bad Elster (Prof. Hans-Joachim Dobberkau), das direkt dem Gesundheitsministerium unterstand. Unter der Leitung von Dobberkau wurden mehrere Referenzlabore für Desinfektion und für Sterilisation eingerichtet. Im FHM selbst wurde die Desinfektionsmitteltestung und -Listung durchgeführt.

Ein Meilenstein der Umsetzung der Krankenhaushygiene in die Praxis war die Erarbeitung der Rahmenhygieneordnung für ambulante und stationäre Gesundheitseinrichtungen (RHO Ge), die 1977 auf Anweisung des Ministers für Gesundheitswesen für alle Gesundheitseinrichtungen als verbindlich erklärt wurde [1-4].

Im Jahr 1968, ein Jahr nach der Gründung der Sektion „Sterilisation, Desinfektion und Antiseptik“, wurde von der Sektion der 1. Kongress über „Sterilisation, Desinfektion und Antiseptik“ mit internationaler Beteiligung durchgeführt und in dreijährigem Rhythmus fortgesetzt (insgesamt 9 Kongresse).

Im Jahr 1973 wurden von der AG „Antiseptik“ der Sektion „Sterilisation, Desinfektion und Antiseptik“ die Arbeitstagen zur medizinischen und biologischen Bedeutung des Vitaminoids Thiocyanat in Greifswald mit internationaler Beteiligung ins Leben gerufen (Weuffen, Kramer) und in unregelmäßigem Abstand (1974, 1975, 1981, 1983, 1985, 1988) wiederholt. Die Beiträge wurden in der Medizinischen Reihe der Wissenschaftlichen Zeitschrift der Universität Greifswald zum Abdruck gebracht [5-8].

Da Veröffentlichungen in internationalen Journalen nahezu unmöglich waren und sich die Zeitschrift für die Gesamte Hygiene und ihre Grenzgebiete überwiegend kommunalhygienischen, fachpolitischen und sozialmedizinischen Themen widmete, wurden die experimentellen und epidemiologischen Ergebnisse der Krankenhaushygiene fast ausschließlich in Form von Lehrbüchern [9-13], Monographien [14, 15] und Handbüchern [16, 17] sowie in der 1974 ins Leben gerufenen Schriftenreihe „Mikrobielle Umwelt und antimikrobielle Maßnahmen“ veröffentlicht. Die Schriftenreihe diente ausschließlich der Veröffentlichung krankenhaushygienisch relevanter Forschungsergebnisse und wurde durch den verlegerischen Mut des privat geführten Verlags Johann Ambrosius Barth in Leipzig ermöglicht. Jeder Beitrag wurde mit einer ausführlichen russisch- und englischsprachigen Zusammenfassung begleitet, Letzteres ein für die SED befremdliches Novum. Insgesamt sind elf Bände erschienen [18]. Unter dem Einfluss von Perestroika und Glasnost akzeptierte der VEB Verlag Volk und Gesundheit Berlin den Vorschlag von Kramer, Prof. Peter Heeg, Tübingen, als Mitherausgeber für die Monographie „Infektionsschutz und Krankenhaushygiene in zahnärztlichen Einrichtungen“ einzubeziehen [13]. Leider nicht akzeptiert wurde die parallele Zitation ostdeutscher und westdeutscher gesetzlicher Grundlagen in der Monographie, im Nachhinein ein Jammer, weil das Buch, Ironie der Geschichte, kurz nach der Wiedervereinigung erschien.

3. Wie war es möglich, dass der Gedanke der ostdeutschen Hygieniker zur Gründung einer Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene so rasch zündete?

Die Wiedervereinigung Deutschlands bot die Chance, die Fachexpertise aus den alten und neuen Bundesländern zusammenzuführen, um Synergien zu erzeugen und neue Wege zu beschreiten. Die Gründungsidee war die gemeinsame interdisziplinäre Weiterentwicklung der Verhütung und Bekämpfung nosokomialer Infektionen mit den Schwerpunkten antiinfektive Maßnahmen und Surveillance nosokomialer Infektionen in Verbindung mit der Qualitätssicherung der Krankenhaus- und Praxishygiene. Zu einer lebenserhaltenden und lebensfördernden Umwelt in Gesundheitseinrichtungen gehören aber nicht nur der Schutz vor Infektionen, sondern auch vor physikalischen und chemischen Innenraumbelastungen, ergänzt durch die Gewährleistung eines behaglichen Milieus. Dazu tragen eine die Präventionsbemühungen unterstützende und zugleich ausgewogene architektonische Gestaltung,

adäquates Raumklima, gesundheitsfördernde Beleuchtung und harmonische Farbgebung bei. Schließlich erfordern die Wiederherstellung der Gesundheit, der Erhalt der Leistungsfähigkeit und die Förderung des physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens die verständnisvolle Zuwendung der Mitarbeiter zur Persönlichkeit des Patienten. Diese Aufgabenvielfalt kann nur interdisziplinär bewältigt werden, weshalb in der DGKH nicht nur alle relevanten medizinischen Disziplinen zusammenarbeiten, sondern auch technische Disziplinen, Architekten, Humanbiologen, Ökonomen und Juristen ihre Expertise einbringen.

Für die neuen Bundesländer ergab sich erstmals die Möglichkeit der frei gewählten internationalen Kooperation und der Gestaltungsfreiheit in Lehre, Forschung und krankenhaushygienischer Betreuung mit neuen strukturellen, personellen und apparativen Voraussetzungen.

Der Gründung gingen jahrelange deutsch-deutsche und internationale freundschaftliche Kontakte voraus. Marksteine waren die alle zwei Jahre von Hofrat Prof. Dr. Friedrich Dosch in Wien initiierten Dosch-Symposien, vor der Wiedervereinigung die einzige Kontaktmöglichkeit für ausgewählte Fachkollegen aus der DDR. Eine weitere Möglichkeit der Ost-West-Begegnung waren die von Prof. Wlodzinski B. Kedzia in Poznan veranstalteten internationalen Symposien (1975: Resistance of Microorganisms to Disinfectants; 1977: Pseudomonas Species; 1980: Resistance of Gram-negative Rods).

Auch durch die parallele Herausgabe des Handbuchs der Antiseptik im VEB Verlag Volk und Gesundheit Berlin und im Gustav Fischer Verlag Stuttgart New York mit Autoren aus der BRD, der CSSR, der DDR, Rumänien, Polen, UdSSR, UK, Ungarn und den USA sowie die Teilnahme von Fachkollegen aus den alten Bundesländern an den in der ehemaligen DDR durchgeführten oben genannten wissenschaftlichen Veranstaltungen wurde der Boden für eine fruchtbare nationale und internationale Zusammenarbeit bereitet. Auf diesem Fundament wurde die Idee der Gründungsmitglieder Jürgen Großer, Herwarth Horn, Axel Kramer, Rolf Machmerth, Giselher Schuschke und Wolfgang Weuffen enthusiastisch aufgenommen und rückhaltlos von den Gründungsmitgliedern aus den alten Bundesländern Heike Martiny, Henning Rüden, Hans-Günther Sonntag, Heinz-Peter Werner, Burkhard Wille und Klaus-Dieter Zastrow unterstützt. Am 4. Mai 1990 wurde die Gründung als eingetragener Verein in Berlin noch vor Erlass des Einigungsvertrags vollzogen.

Am 19. Juni 1990 fand die Urwahl in Berlin mit etwa 100 Teilnehmern in einem Hörsaal der Charité statt. Für den Vorstand kandidierten Hans-Jürgen Bergmann, Jürgen Großer, Herwarth Horn, Lutz Jatzwauk, Heidemarie Juras, Wolfgang Kaufhold, Rolf Machmerth, Anni Nagel, Giselher Schuschke und Wolfgang Weuffen. Als in der Diskussion demokratisch nach weiteren Vorschlägen gefragt wurde, schlug Giselher Schuschke Axel Kramer als weiteren Kandidaten vor. Nach Turbulenzen beim ersten Wahlgang hat Giselher Schuschke das Wahlergebnis angezweifelt und die Wahl wurde wiederholt. So wurde Basisdemokratie gelehrt. Im Ergebnis wurde der nachnominierte Kandidat zum Präsidenten gewählt.

Als Starthilfe erklärte sich der mhp Verlag bereit, die Zeitschrift „Hygiene und Medizin“ als offizielles Mitteilungsorgan der DGKH den Mitgliedern aus den neuen Bundesländern für ein Jahr kostenlos zu liefern.

4. Was hat die Wiedervereinigung nach der Gründung der DGKH für die Mitglieder der DGKH aus den neuen Bundesländern verändert?

Durch den Wechsel vom Zentralismus zum Föderalismus trat an die Stelle der einheitlichen Überwachung der Krankenhaushygiene durch die Kreis- und Bezirkshygieneinspektionen die länderspezifisch geregelte Überwachung durch die Gesundheits- und Landesgesundheitsämter.

Die Meldepflichten waren dagegen auch in der BRD im Infektionsschutzgesetz Länder übergreifend geregelt, wenn auch die Bundesländer zusätzliche Meldepflichten festlegen können. Der Einsatz von Antibiotika war in Ostdeutschland weitaus restriktiver als in Westdeutschland geregelt. Für Schutzimpfungen bestand in Ostdeutschland Impfpflicht für die gesamte Bevölkerung.

Unter dem Schutzschild der Demokratie konnten sich erstmals freie Forschung, freie Lehre und freie Publikationstätigkeit entfalten, auch der Austausch auf wissenschaftlicher Basis wurde uneingeschränkt möglich.

Auf Grund der ungleich größeren ökonomischen Möglichkeiten im wiedervereinten Deutschland war es möglich, in den neuen Bundesländern moderne Aufbereitungstechnologien einzuführen und im Fall unsicher aufbereiteter Medizinprodukte, die in der ehemaligen DDR manuell aufbereitet wurden, z. B. Spritzen, Kanülen und medizinische Handschuhe, single-use Materialien zu verwenden. Die Produktion von Flächendesinfektionsmitteln auf Basis toxischer Monophenole wurde eingestellt.

Wer glaubt das Ziel sei das Ziel irrt

Ohne das Wasauchimmerfüreinziel
ist jeder Weg sinnlos.

Wie real sich das Ziel gebärdet
wie utopisch es nach den Träumen greift
wie bescheiden es sich in die Wichtigkeit einordnet
wie anmaßend es sich in seiner Eitelkeit aufplustert
wie sehr es an sich selbst glaubt
wie ehrlich es an sich selbst verzweifelt

ob es den kürzesten Weg findet im Zickzack
auf verzweifelten Umwegen nicht aufgibt
ob es seinen Weg ohne Feigheit
sucht an jeder Weggabelung ängstlich zögert
ob es sich selbstbewusst ins Chaos stürzt
unsicher der Flut der Hindernisse widersteht
ob es mit heraushängender Zunge freiwillig Amok
läuft sich den Umständen beugen muss
ob es sich in der Klarheit der Erkenntnis versteht
fassungslos von Ziel zu Ziel stolpert

ist ohne Bedeutung
solange es sich treu bleibt.

Kurz vor dem Ziel ist es schon wieder unterwegs.

Axel Kramer

Literatur

1. Weuffen W (Hrsg.) Rahmenhygieneordnung für Einrichtungen des Gesundheitswesens (RHO Ge). 1971.
2. Weuffen W, Oberdoerster F (Hrsg.) Rahmenhygieneordnung für Einrichtungen des Gesundheitswesens (RHO Ge). 2. Fassung (Stand 1973). Vorgelegt in den Materialien des VI. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für die gesamte Hygiene vom 17.-19.9. 1973 sowie Leipzig: Johann Ambrosius Barth; 1974.
3. Weuffen W, Oberdoerster F (Hrsg.) Rahmenhygieneordnung für Einrichtungen des Gesundheitswesens (RHO Ge). 3. Fassung (Stand 1976). In: Weuffen W, Oberdoerster F. Krankenhaushygiene. Leipzig: Johann Ambrosius Barth; 1977.
4. Weuffen W, Großer J, Kramer A (Hrsg.) Rahmenhygieneordnung für ambulante und stationäre Gesundheitseinrichtungen (RHO Ge). 4. Fassung, 1987.
5. Kramer A, Paldy A, Weuffen W, Berencsi G. The antimutagenic effect of sodium-thiocyanate on the mutagenicity of cyclophosphamide towards mouse bone-marrow cells and germ cells. *Wiss Z Univ Greifswald* 1983; 32(1-2):69-71.
6. Weuffen W, Kramer A (Hrsg.) Physiologische und biochemische Aspekte des Thiocyanateffekts. *Wiss Z Univ Greifswald* 1984; 33(2):1-60.
7. Weuffen W, Kramer A (Hrsg.) Neuere Aspekte der Wirkung von Thiocyanat bei Mensch, Tier und Pflanze bzw. an der Zelle. *Wiss Z Univ Greifswald* 1987; 36(3-4): 1-139.
8. Kramer A, Weuffen W (Hrsg.) Bedeutung von Thiocyanat für Pflanze, Nutztier und Mensch als endogener, alimentärer bzw. Umweltfaktor. *Wiss Z Univ Greifswald* 1990; 39(3-4): 1-81.
9. Weuffen W, Oberdoerster F. Krankenhaushygiene. Leipzig: Johann Ambrosius Barth; 1977 (479 S.).
10. Weuffen W, Oberdoerster F, Kramer A. Krankenhaushygiene. 2. Aufl. Leipzig: Johann Ambrosius Barth; 1981 (623 S.).
11. Weuffen W, Oberdoerster F, Kramer A, Krassilnikow AP, Sawtschenko NE Krankenhaushygiene (russ.). Minsk: Belarus, 1984 (464 S.).
12. Kramer A, Weuffen-Höffler C, Lippert H, Koller W. Grundlagen der Krankenhaushygiene für Medizinische Fachschulkauder. Berlin: Volk und Gesundheit; 1. Aufl. 1983, 2. Aufl. 1988.
13. Kramer A, Heeg P, Neumann K, Prickler H. Infektionsschutz und Krankenhaushygiene in zahnärztlichen Einrichtungen. Berlin: Volk und Gesundheit; 1990 (280 S.).
14. Weuffen W, Kemter B, Wigert H, Fiedler K. Desinfektion und Sterilisation. Berlin: Volk und Gesundheit; 1982 (45 S.).
15. Autorenkollektiv unter Leitung von A. Kramer. Krankenhaushygiene für die ambulante Krankenbetreuung. Berlin: Volk und Gesundheit; 1986 (44 S.).
16. Horn H, Privora M (Prag), Weuffen W. Handbuch der Desinfektion und Sterilisation. Berlin: Volk und Gesundheit; Bd. 1 Grundlagen der Desinfektion, 1972 (Hrsg. W. Weuffen), Bd. 2 Grundlagen der Sterilisation 1973 (Hrsg. H. Horn), Bd. 3 Spezialgebiete der Desinfektion und Sterilisation 1974 (Hrsg. W. Weuffen), Bd. 4 und Bd. 5 Desinfektion und Sterilisation in Gesundheitseinrichtungen und industriellen Bereichen 1981 und 1984 (Hrsg. W. Weuffen und E. Spiegelberger).
17. Weuffen W, Berencsi G (Szeged), Gröschel D (Charlottesville), Kemter B, Kramer A, Krassilnikow AP (Minsk). Handbuch der Antiseptik. Parallelherausgabe im VEB Verlag Volk und Gesundheit Berlin und im Gustav Fischer Stuttgart New York. Bd. 1/Teil 1: Begriffsbestimmung der Antiseptik 1977 (Hrsg. W. Weuffen, D. Gröschel und A. Kramer), Bd. 1/2: Allgemeine Prinzipien 1978 (Hrsg. W. Weuffen, A. Kramer, D. Gröschel, G. Berencsi, E. Bulka), Bd. 1/3: Episomatische Biotope 1980 (W. Weuffen, A. Kramer, A.P. Krasilnikow), Bd. 1/4: Faktoren der mikrobiellen Kolonisation 1984 (Hrsg. A.P. Krasilnikow, A. Kramer, D. Gröschel, W. Weuffen), Bd. 1/5: Toxische und allergische Nebenwirkungen von Antiseptika 1985 (Hrsg. A. Kramer, G. Berencsi, W. Weuffen), Bd. II/1: Nitrofurane 1980 (Hrsg. W. Weuffen, A. Kramer, D. Gröschel, E. Bulka), Bd. II/2: Thiazole, Cumarine, Carbonsäuren und -Derivate, Chlorhexidin, Bronopol 1983 (Hrsg. A. Kramer, E. Bulka, H. Schönberger), Bd. II/3: Antibakterielle, antifungielle und antivirale Antiseptik - ausgewählte Wirkstoffe 1987 (Hrsg. A. Kramer, W. Weuffen, A.P. Krasilnikow, D. Gröschel, E. Bulka, D. Rehn).
18. Horn H, Weuffen W, Wigert H (Hrsg.) Mikrobielle Umwelt und antimikrobielle Maßnahmen. Leipzig: Johann Ambrosius Barth. Bd. 1 Opitz B. Infektionen durch Injektionen und ihre Verhütung; 1977. Bd. 2 Machmerth R, Günther A (Hrsg.) Beiträge zur Sterilisation und Asepsis; 1976. Bd. 3 Kramer A, Wigert H (Hrsg.) Beiträge zur Desinfektion und zum infektiösen Hospitalismus; 1977. Bd. 4 Bernhardt H, Knoke M (Hrsg.) Gastrointestinale Mikroflora des Menschen; 1980. Bd. 5 Winkler H, Kramer A, Wigert H (Hrsg.) Beiträge zur Krankenhaushygiene und zur experimentellen und praktischen Keimtötung; 1980. Bd. 6 Bernhardt H, Knoke M (Hrsg.) Mikroökologie des Magen-Darm-Kanals des Menschen; 1982. Bd. 7 Machmerth R. Theoretische Grundlagen und Optimierung der thermischen Sterilisation; 1983. Kramer A, Wigert H, Kemter B (Hrsg.) Bd. 8 Aspekte der Prophylaxe und Bekämpfung des infektiösen Hospitalismus; 1984; Bd. 9 Machmerth R, Winkler H, Kramer A (Hrsg.) Fortschritte in der Krankenhaushygiene – Sterilisation, Desinfektion, Keimzahlverminderung; 1984. Bd. 10 Opitz B (Hrsg.) Mikroökologie des Gastrointestinaltrakts; 1988; Bd. 11 Machmerth R, Winkler H, Kramer A (Hrsg.) Ergebnisse krankenhaushygienischer Forschung- Experimentelle und praktische Keimtötung und Dekontamination; 1988.

Zur Entwicklung der Krankenhaushygiene in der Bundesrepublik Deutschland

Martin Exner

Lange Zeit war das Fach Krankenhaushygiene keine eigenständige Teildisziplin innerhalb des Gebietes Hygiene. Im Vordergrund standen in den fünfziger und sechziger Jahren noch die Sanitärhygiene, Lebensmittelhygiene und Städtehygiene sowie Infektionsrisiken durch klassische Seuchenerreger durch obligat-pathogene Infektionserreger von Typhus, Paratyphus, Shigellenruhr, Pocken und Poliomyelitis.

Mit der immer komplexer werdenden medizinischen Versorgung insbesondere auf Intensivstationen und der Zunahme von invasiven Eingriffen stieg jedoch das Infektionsrisiko auch durch fakultativ-pathogene Erreger wie insbesondere *S. aureus*, *K. pneumoniae* und *P. aeruginosa*. Insbesondere das Auftreten postoperativer Gasbrandinfektionen führte 1972 zur Gründung der Kommission für Krankenhaushygiene. Dabei hatte der damalige Präsident des Bundesgesundheitsamts, Professor Henneberg, die entscheidende Schlüsselfunktion. 1976 wurde die grundlegende Richtlinie zur Erkennung, Bekämpfung und Verhütung von Krankenhaus Infektionen (heute Richtlinie für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention) veröffentlicht. Damit war die Krankenhaushygiene als eigenständiges Fach innerhalb der Hygiene etabliert und entwickelte sich insbesondere an den Lehrstühlen für Hygiene an den Universitäten weiter.

In der Folgezeit kam es zum sog. Hygienikerstreit, der darum geführt wurde, ob das Primat der Krankenhaushygiene die Primärprävention oder eher die Sekundär- und Tertiärprävention sei.

Nachdem innerhalb der Deutschen Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie (DGHM) die Sektion Hygiene und öffentliche Gesundheit aufgelöst worden war, war es nur folgerichtig, dass für die Krankenhaushygiene in Westdeutschland die DGKH die entscheidende Fachgesellschaft wurde. Den Kollegen aus Ostdeutschland ist hierfür nachdrücklich zu danken.

For a long time, the subject of hospital hygiene was not an independent sub-discipline within the field of hygiene. In the 1950s and 1960s, the focus was still on sanitary hygiene, food hygiene and urban hygiene, as well as infection risks from classical epidemic pathogens through obligate pathogens of typhoid fever, paratyphoid fever, shigella dysentery, smallpox and poliomyelitis.

However, with the increasing complexity of medical care, especially in intensive care units, and the increase in invasive procedures, the risk from facultative pathogens such as *S.aureus*, *K. pneumoniae* and *P. aeruginosa* has also increased. In particular, the occurrence of postoperative gas gangrene infections eventually led to the establishment of the Commission for Hospital Hygiene 1972, with Professor Henneberg, then President of the German Federal Health Office, playing a key role. In 1976, the basic guideline for the detection, control and prevention of hospital-acquired infections (now the guideline for hospital hygiene and infection prevention) was published. Hospital hygiene was thus firmly established as an independent subject within hygiene and continued to develop, particularly at the university chairs of hygiene.

In the following period, the so-called hygienists' dispute arose as to whether the primacy of hospital hygiene was primary prevention or rather secondary and tertiary prevention.

After the dissolution of the Hygiene and Public Health Section within the German Society for Hygiene and Microbiology (DGHM), it was only logical that the DGKH became the decisive professional society for hospital hygiene in West Germany. The colleagues from East Germany are to be thanked emphatically for this.

1. Der Weg der Etablierung der Krankenhaushygiene als eigenständige Säule des Faches Hygiene

Für viele Jüngere ist es kaum begreiflich, dass bei der grundlegenden Bedeutung der Krankenhaushygiene diese als heutige Säule des Faches Hygiene ein junges Teilgebiet der Hygiene ist.

An dieser Stelle sei erinnert, dass die Pioniere der Hygiene und Krankenhaushygiene wie Johann Peter Frank (1745-1821), Ignaz Semmelweis (1818-1865) und Florence Nightingale (1820-1910) bereits im 18. und 19. Jahrhundert grundlegende Prinzipien der Krankenhaushygiene etabliert haben. Von ihnen wurden bereits die regulativen, baulich-funktionellen und Surveillance-Verfahren sowie klare Prinzipien der hygienisch sicheren Versorgung und Pflege von Patienten beschrieben, die bis heute Gültigkeit haben. Ohne die Kenntnis der Arbeiten dieser Pioniere ist die moderne Krankenhaushygiene in Deutschland nicht zu verstehen.

In der BRD waren während der 50er, 60er und 70er Jahre des vorigen Jahrhunderts die damaligen Lehrstuhlinhaber für Hygiene und der öffentliche Gesundheitsdienst sowie die Mikrobiologen noch stark mit den Fragen der klassischen Seuchenhygiene, der Sanitärhygiene einschließlich der Wasser- und Abwasser-Hygiene, der Lufthygiene, der Lebensmittelhygiene und der Städtehygiene befasst. Zum damaligen Zeitpunkt grassierten auch in der BRD noch die für die Bevölkerung gefährlichen Infektionen durch obligat-pathogene Infektionserreger wie Typhus, Paratyphus, Shigellenruhr ebenso wie die Pocken und Poliomyelitis. Die damaligen Hygieniker und Mikrobiologen waren noch durch die Kriegs- und Nachkriegszeit sozialisiert. Für sie hatten die genannten Seuchen absolute Priorität. Es sei erinnert, dass die beiden letzten Pockenausbrüche in Krankenhäusern 1962 in Simmerath (bei Aachen) und in Meschede (Sauerland) mit Todesfällen und weiteren an Pocken Erkrankten beim Personal und bei Patienten auftraten [1, 2]. Dagegen standen Infektionen durch fakultativ-pathogene Erreger noch nicht im Fokus des wissenschaftlichen Interesses und des öffentlichen Gesundheitsdienstes. So erklärt sich auch, dass in dem in Westdeutschland maßgeblichen Lehrbuch für Hygiene [3], nach dem auch der Verfasser studiert hat, kein Kapitel zur Krankenhaushygiene aufgeführt war. Der Hospitalismus oder die Sekundär-Infektionen wurden vielfach insbesondere von Klinikern im Krankenhaus als notwendiger Tribut einer Krankenhausbehandlung angesehen, den man nahezu fatalistisch in Kauf zu nehmen habe.

2. Die Institutionalisierung der Krankenhaushygiene

Trotz dieser Grundeinstellung gab es wegweisende Untersuchungen von Hygienikern und Mikrobiologen wie Grün, Borneff, Werner, Primavesi, Botzenhart, Bösenberg, Flamm, Gundermann, Kanz, Schubert, Steuer, Pulverer und Schaal, die sich intensiv mit Fragen der Krankenhaushygiene sowie der Entstehung und der Prävention nosokomialer Infektionen befasst haben.

Zum damaligen Zeitpunkt waren insbesondere Infektionen durch *S. aureus* und die beginnende Zunahme von Infektionen durch Gram-negative Bakterien, insbesondere *K. pneumoniae* und *P. aeruginosa*, von Bedeutung. Antibiotika Resistenzen spielten als Problem der öffentlichen Gesundheit noch eine untergeordnete Rolle, war man sich doch sicher, dass durch die pharmazeutische Industrie jeweils neue wirksame Antibiotika entwickelt werden konnten. Dennoch wurde das Problem nosokomialer Infektionen auch international immer stärker thematisiert. Seitens der US-amerikanischen CDC wurde 1971 geschätzt, dass in Krankenhäusern eine Rate von nosokomialen Infektionen von 2 % in allgemeinen Krankenhäusern (< 300 Betten) und von bis 8 % in Krankenhäusern für chronisch Kranke auftreten; die durchschnittliche Verlängerung des Krankenhausaufenthalts wurde mit drei Tagen angegeben [4].

Anfang der siebziger Jahre des vorigen Jahrhunderts kam es in der BRD zu einer Zunahme nosokomialer Infektionen und es traten sogar wiederholt postoperative Gasbrand-Infektionen auf. Insbesondere letztere führten dazu, dass durch die Gesundheitsbehörden des Bundes und der Länder geprüft wurde, ob Fehler in der Zuordnung von Räumen oder die Ausführungen und Betriebsweisen von Klimaanlage von ursächlicher Bedeutung seien. Zur Verhütung wurde eine bauliche, technische und hygienische Strukturierung für notwendig erachtet, insbesondere die Neubearbeitung der DIN 1946 „Lüftungstechnische Anlagen“.

1972 wurde aufgrund des Beratungersuchens der Länder beim damaligen Bundesgesundheitsamt (das nach mehr als 100 Jahren 1994 aufgelöst wurde) die Kommission „Hygiene und Gesundheitstechnik im Operationsbereich und auf Intensivpflegestationen“ mit den 3 Arbeitsgruppen funktionell-bauliche Aufgaben, Desinfektionsmaßnahmen und Überwachung/Kontrolle konstituiert, um Richtlinien und Empfehlungen zu erstellen. 1973 wurde die erweiterte Kommission „Kommission Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankenhausinfektionen“ mit Eingliederung der vorgenannten drei Arbeitsgruppen gegründet. Sie trägt heute die Bezeichnung „Krankenhaushygiene und Infektionsprävention“ (KRINKO) am Robert Koch-Institut. Von überragender und visionärer Bedeutung für die Konzep-

tionierung war Professor Dr. med. Georg Henneberg (1908-1996), Präsident des Robert Koch Instituts (1952 -1969) und Präsident des Bundesgesundheitsamts (1969-1974). Er gilt als Initiator und Wegbereiter der KRINKO. 1974 veröffentlichte er einen Artikel „Zum Problem Hospitalismus“ [4], dem er eine Sentenz aus dem Prolog des Faust von Johann Wolfgang von Goethe voranstellte: „Der Worte sind genug gewechselt, lasst mich auch endlich Taten sehen!“

In diesem grundlegenden Artikel beschreibt Henneberg die Grundlagen und die Notwendigkeit, den Hospitalismus als ein Problem der öffentlichen Gesundheit anzusehen und hierfür die notwendige seuchenhygienische Regulierung und Kontrolle folgen zu lassen. Auf der Grundlage der eindrucksvoll klaren Charakterisierung der Problematik werden die Grundprinzipien der Verhütung und der notwendigen Strukturen auch in personeller Hinsicht im Detail beschrieben, die nachfolgend Grundlage für die Strukturierung der Empfehlung der KRINKO wurde. Dieser Artikel hat bis heute nichts von seiner Gültigkeit verloren und würde heute als sog. „Road Map“ für die Krankenhaushygiene in Deutschland bezeichnet werden. Er kann jedem, der sich mit Hygiene befasst, wegen der klaren und weitsichtigen Analyse und den skizzierten Maßnahmen, die entsprechend dem Prolog zum Faust tatsächlich in die Tat umgesetzt wurden, als Einstieg empfohlen werden. Der Artikel führte zu einer außerordentlich intensiven Diskussion über die Möglichkeit, den Hospitalismus tatsächlich unter Kontrolle zu bringen. Gerade von klinischer Seite wurde Henneberg als „Theoretiker“ bezeichnet und die Kontrolle des Hospitalismus als „ewig unerreichbar“ bezeichnet. Henneberg widersprach dieser fatalistischen Aussage energisch. So schreibt er: „Eine Aussicht auf Erfolg bei der Bekämpfung des Hospitalismus ist durchaus gegeben, weil - unverschuldet oder verschuldet - von allen, die es angeht, Fehler gemacht werden und Unterlassungssünden unterlaufen, die absolut vermeidbar sind. Solange Krankheitsfälle als durch die sekundäre Infektion erkannt (Katheterfieber), als septisches Fieber angesehen, Infektionsherde gesucht und die Mikroorganismen charakterisiert werden und eine Sanierung der Herde mit Desinfektionsmaßnahmen, die gezielt und wohl überlegt angesetzt sind, stattfindet, solange die Grundregeln der Hygiene auch in dem technisierten Klinikbetrieb gelten, brauchen wir uns dem Fatalismus nicht hinzugeben. ... Durch die Institutionalisierung einer in den Kliniken aufzubauenden Organisation, die praktikabel ist, sollen Vorbedingungen geschaffen werden, die für die Verhütung sekundärer Infektionen maßgeblich sind. Der öffentliche Gesundheitsdienst hat erst dann Einfluss zu nehmen, wenn besondere Beanstandungen vorliegen.“ Auch aus heutiger Sicht ist dieser Auffassung nichts hinzuzufügen; sie hat sich als richtig und visionär erwiesen.

Im Vorgriff auf die zu erwartende Institutionalisierung der Krankenhaushygiene wurde 1975 von Sonntag, Werner und

Daschner die Zeitschrift Hygiene und Medizin gegründet, die sich bis heute intensiv mit Fragen der angewandten Krankenhaushygiene beschäftigt.

1980 erschien die Denkschrift der DGHM zur Lage des Fachgebiets Hygiene in der Medizin. Als Gegenstände des Fachgebiets Hygiene werden die nachfolgenden Bereiche genannt: Krankenhaushygiene, Umwelthygiene sowie Individual Hygiene, Epidemiologie und soziale Hygiene [5].

1983 erscheint das Lehrbuch für Krankenhaushygiene von Thofern und Botzenhart [6] sowie nachfolgend eine Reihe weiterer Monographien insbesondere von Walter Steuer [7-10], der durch seine unermüdliche Ausbildungstätigkeit der Krankenhaushygiene in den Anfangsjahren zum Leben verholfen hat. Damit war das Fachgebiet Krankenhaushygiene als eigenständige Disziplin im Fächerkanon des weiten Gebiets der Hygiene in der BRD etabliert.

3. Die Richtlinie für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention

1976 erscheint die unter dem Vorsitz von Henneberg gemeinsam mit einer Vielzahl von Hygienikern, Mikrobiologen, Amtsärzten, Ingenieuren, Vertretern von Ministerien, des Robert Koch-Instituts und des Bundesgesundheitsamtes erarbeitete Richtlinie unter dem damaligen Titel: „Richtlinie für die Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankenhausinfektionen“.

Sie ist ein Meilenstein in der Krankenhaushygiene, indem eine weitsichtige Strukturierung in baulich-funktionelle und betrieblich-organisatorische Grundprinzipien einschließlich der personellen Struktur in Form des Krankenhaushygienikers, der Hygienefachkraft und der Hygienekommission als Bestandteil der Krankenhaushygiene etabliert wurde. Den Verfassern gebührt bis zum heutigen Tage Dank, da an dieser Grundstruktur letztlich - wie im Übrigen auch an unserem Grundgesetz- nichts Entscheidendes geändert werden musste, was die Güte und Weitsichtigkeit der Konzeption unterstreicht. Insofern ist diese Richtlinie die Grundlage für die Weiterentwicklung der Krankenhaushygiene in Deutschland. Die Kommission veröffentlichte in kurzer Folge Empfehlungen zu baulich-funktionellen Anforderungen an Normalstationen, Operationssäle, Sterilisations- und Desinfektionsanlagen, Küchen, Wasserversorgung, Abfallbeseitigung, Lüftung und Klimaanlage, Hausreinigung und Desinfektion. Die Arbeit der Kommission wurde jedoch nicht unkritisch aufgenommen, da mehr an den US-amerikanischen Grundprinzipien orientierte Hygieniker und Kliniker sich für ein Infektionskontrollkonzept einsetzten, wobei hierbei das Primat der Surveillance und der anlassbezogenen Kontrolle (Warten bis etwas passiert und dann handeln) und nicht das Primat der Primärprävention gefordert wurde [11,12]. Zusätzlich wurde kritisiert, dass insbe-

sondere die Empfehlungen zu baulich-funktionellen Maßnahmen ohne infektionsepidemiologische Evidenz von Experten festgelegt wurden. Dessen ungeachtet wurden die in der Richtlinie für Krankenhaushygiene gegebenen Empfehlungen sukzessive in den Hygieneinstituten und Kliniken umgesetzt. Für den weiteren Aufbau, die Ausbildung und die Orientierung der wissenschaftlichen Hygiene hatte die Richtlinie aus dem Jahr 1976 eine enorme fördernde Bedeutung,

4. Der sogenannte Krankenhaushygieniker-Streit

In der Auseinandersetzung zwischen der der Primärprävention und der der Surveillance verpflichteten Hygieneschule entwickelte sich ein zum Teil erbitterter Streit, der dem Fach und dem Ansehen der Hygiene nicht gutgetan hat [13-16]. Aufgrund dieser auch für den Nachwuchs schwierigen Erfahrungen kann nur das Grundprinzip gelten, was auch die Politik der DGKH bestimmt, mit der Fachgesellschaft eine Gesellschaft zu etablieren, die die aufeinander abgestimmte Umsetzung von Primär-, Sekundär und Tertiärprävention als Grundlage für eine „Praxis der Guten Krankenhaushygiene“ etabliert und dabei offen für die vielen Disziplinen in der Krankenhaushygiene ist, um hieraus eine am Wohl von Patienten und medizinischem Personal orientierte Hygiene zu verwirklichen. Nicht zuletzt kann aus diesem Ansatz auch für die übrigen Bereiche der Hygiene wie der Lebensmit-

telhygiene, der Städtehygiene, der Wasserversorgung und Abwasserentsorgung nur Positives bewirkt werden.

5. Gründung der DGKH

Die Krankenhaushygiene war in der BRD im Gründungsjahr der DGKH 1990 bereits seit ca. 15 Jahren als eigenständiges Teilgebiet der Hygiene sehr gut etabliert und hatte auch in der Deutschen Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie (DGHM) in der Sektion „Hygiene und Öffentliche Gesundheit“ eine Heimat gefunden, so dass eine Gründung einer eigenen Fachgesellschaft zunächst nicht erforderlich schien. Dennoch wurde 1999 die Sektion „Hygiene und öffentliche Gesundheit“ innerhalb der DGHM aufgelöst. Dieser Schritt verbitterte viele Hygieniker, insbesondere viele Krankenhaushygieniker, in der BRD und führte dazu, dass sie in der DGHM nicht mehr ihre wissenschaftliche Heimat fanden. Die Gründung der DGKH im Jahre 1990 entstand auf Initiative der ostdeutschen Kolleginnen und Kollegen, wie von Axel Kramer beschrieben. In enger Zusammenarbeit mit westdeutschen Hygienikern kam es in der Folgezeit unter ihrem unermüdlich arbeitenden und inspirierenden Gründungspräsidenten Axel Kramer zu einer immer größer werdenden Anziehungskraft für viele westdeutsche Hygieniker, die schließlich in der DGKH ihre wissenschaftliche, berufliche und gesamtdeutsche Heimat fanden.

Literatur

1. Wehrle PF, Posch J, Richter KH, Henderson DA. An airborne outbreak of smallpox in a German hospital and its significance with respect to other recent outbreaks in Europe. Bull World Health Organ 1970; 43: 669-79.
2. Gelfand HM, Posch J. The recent outbreak of smallpox in Meschede, West Germany. Am J Epidemiol 1971;93:234-7.
3. Reploh H, Otte HJ. Lehrbuch der Medizinischen Mikrobiologie. 3. Aufl. Stuttgart: Fischer, 1968
4. Henneberg G. Zum Problem "Hospitalismus". Münch Med Wschr 1974;116:857-62.
5. Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie: Denkschrift zur Lage des Fachgebietes Hygiene in der Medizin. Aufgaben und Vorschläge zur Ausbildung, Fortbildung und Weiterbildung. Stuttgart: Fischer, 1980.
6. Thofern E, Botzenhart K. Hygiene und Infektionen im Krankenhaus. Stuttgart: Fischer, 1983
7. Steuer W. Krankenhaushygiene : Erkennung - Verhütung - Bekämpfung von Krankenhausinfektionen. Stuttgart New York: Fischer, 1979, 1983, 1988, 1992.
8. Steuer W. Hygiene und Technik im Krankenhaus: Methoden, Maßnahmen, Erfahrungen. Tübingen: expert, 3. Aufl. 1996
9. Steuer W, Lutz-Dettinger U. Leitfaden der Desinfektion, Sterilisation und Entwesung. Stuttgart: Fischer; 1. Aufl. 1976, 6. Aufl. 1990.
10. Steuer W, Schubert F. Leitfaden der Desinfektion, Sterilisation und Entwesung. Hamburg: Behrs; 2010.
11. Exner M, Kistemann T, Unger G, Hansis M, Nassauer A. Zukünftige Präventions- und Kontrollstrategien in der Krankenhaushygiene. Bundesgesundheitsbl 1999; 10. 42:798 - 801.
12. Exner M, Peters G, Engelhart S, Mielke M, Nassauer A. [1974-2004: the Commission for Hospital Hygiene has been working for 30 years. From the "old" to the "new" guideline]. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2004;47:313-22.
13. Daschner F. Wie lange noch Rituale – Wann endlich Fakten? Krankenhaushyg Infektionsverhüt 1999;21 (Sonderheft):10 - 2.
14. Daschner F. Viele Hygienerituale sind überflüssig. Führen und Wirtschaften im Krankenhaus 1999;16:558 - 63.
15. Daschner F. Routinemäßige Flächendesinfektionen sind überflüssig. Führen und Wirtschaften im Krankenhaus 2000;17:407 - 8.
16. Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH), Deutschsprachiger Arbeitskreis für Krankenhaushygiene, Gesellschaft für Hygiene und Umweltmedizin (GHU). Gemeinsame Stellungnahme der hygienisch-medizinischen wissenschaftlichen Fachgesellschaften zur Flächendesinfektion. Hyg Med 2000; 25 (11):469-72.

Entwicklung der DGKH

Koordination und redaktionelle Bearbeitung durch Axel Kramer und Heike Martiny

Die Besinnung auf die Erkenntnisse der Vergangenheit und die Weiterentwicklung tragender Fortschritte zur Prophylaxe und Bekämpfung nosokomialer Infektionen, zur Gesundheitsförderung der Patienten durch Gestaltung eines hygienischen Umfelds und zur Förderung der Wahrnehmung der Verantwortung der Gesundheitseinrichtungen für den Umweltschutz bestimmen die Zielsetzungen der DGKH seit ihrer Gründung. Mit diesen Zielsetzungen wurde die DGKH aufgebaut, um wissenschaftlich fundierte Empfehlungen, Richtlinien und Leitlinien zu erarbeiten, Stellungnahmen zu aktuellen Themen zu geben sowie Kongresse, Fachtagungen und Weiterbildungen durchzuführen. Dennoch zeigen die Ausbreitung multiresistenter Erreger und regionale Ausbruchsgeschehen, dass die Arbeit der DGKH zur Stärkung der Patientensicherheit noch weiter intensiviert und ausgebaut werden muss. Zugleich hat COVID-19 zu einem globalen Umdenken geführt und aufgezeigt, dass die Gesellschaft auf pandemische Situationen vorbereitet sein muss, um zeitnah mit infektionsepidemiologischem Sachverstand zu reagieren und die Bevölkerung zu schützen.

1. Entwicklung und Aktivitäten der Fachkommissionen, Sektionen und Arbeitsgruppen der DGKH

Nach der Gründung der DGKH mussten zunächst Arbeitsstrukturen mit der Zielsetzung geschaffen werden, Rahmenbedingungen zur Qualitätssicherung der Krankenhaus- und Praxishygiene auf der Grundlage der sachgerechten Lösung krankenhaushygienischer Probleme und Anforderungen zu schaffen. Die Arbeitsstrukturen mussten im Verlauf der 30jährigen Geschichte immer wieder an die zu lösenden Aufgabenstellungen angepasst werden. Bei der nachfolgenden Kurzdarstellung wird auf die Entwicklung zur den aktuellen Arbeitsstrukturen jeweils kurz hingewiesen

1.1. Fachkommission Hygienische Sicherheit medizintechnischer Produkte und Verfahren

Nils-Olaf Hübner

Die Fachkommission wurde 1991 gegründet, von Heinz-Peter Werner aufgebaut und stand bis 2002 unter seiner Leitung. Mit dem TÜV-Produktservice München wurde 2004 ein Vertrag zur gemeinsamen Vergabe eines Prüftests zur Hygienesicherheit abgeschlossen, in dem die Grundsätze zum fachlichen Vorgehen, zur Verantwortlichkeit, zu Gebühren und zur Verlängerung des Prüftests festgelegt sind.

In der Fachkommission werden auf Antragstellung von Herstellern die hygienische Eignung von Medizinprodukten und Aufbereitungsverfahren beurteilt. Mitunter werden auch Produkte oder Verfahren beurteilt, die zwar im Gesundheitswesen eingesetzt werden, aber selbst keine Medizinprodukte sind. Mitunter dienen die Anträge auch nur dem Zweck, eine Risikoanalyse der Produkte beim späteren Einsatz zu erhalten. Dann wird das Verfahren nach der Vorprüfung abgebrochen.

Während der Vorprüfung werden die hygienischen Risiken beim Einsatz des Produktes beurteilt und auf dieser Basis ein produktspezifisches Evaluierungsschema entwickelt. Im Rahmen der anschließenden Hauptprüfung werden die grundlegenden Eigenschaften der Produkte oder Verfahren mit den Anforderungen des Evaluierungsschemas verglichen. Dazu müssen Untersuchungsergebnisse von den Herstellern vorgelegt bzw. nachgeholt werden, sofern sie nicht vorliegen. Die Fachkommission führt diese Untersuchungen nicht selbst durch.

Bei erfolgreichem Abschluss der Hauptprüfung wird ein Prüftest für die betreffenden Medizinprodukte mit einer Gültigkeit von zwei Jahren erteilt, das auf Antrag und nach erneuter Prüfung verlängert werden kann. Die Sektion wird aktuell geleitet von Prof. Nils-Olaf Hübner, Stellv. Dr. Sebastian Werner.

1.2. Sektion Reinigung, Desinfektion und Sterilisation Markus Wehrl

1991 wurden die Sektionen „Sterilisation“ (Vorsitz Dr. Hans-Joachim Bergmann) und „Praxisempfehlungen zur Desinfektion, Antiseptik und Reinigung“ (Vorsitz Prof. Peter Heeg) gegründet. Im Jahr 2001 wurde die Sektion „Sterilisation“ (Vorsitz Dr. Paul Kober, seit 2000 der Nachfolger von Dr. Rolf Machmerth) in eine neue Fachkommission „Aufbereitung“ (Vorsitz Prof. Heinz-Peter Werner) überführt. Aus der Sektion „Praxisempfehlungen zur Desinfektion, Antiseptik und Reinigung“ wurde die Antiseptik als separate Aufgabenstellung ausgegliedert und die neue Sektion „Desinfektion und Reinigung“ (Vorsitz Sigrid Krüger) ebenfalls in der Fachkommission „Aufbereitung“ verankert. Seit dem plötzlichen Tod von Paul Kober war Dr. Wolfgang Kohnen seit 2008 Vorsitzender der Sektion „Sterilisation“; dies blieb er bis zur Auflösung der Sektion im Jahr 2019. Im März 2012 übergab Sigrid Krüger die Leitung Herrn Dr. Jürgen Gebel und dieser 2017 an Herrn Dr. Markus Wehrl. Der Vorstand der DGKH

verlieh Sigrid Krüger für ihre Leistungen im Jahr 2012 die Ehrenmitgliedschaft.

Es war eine Zeit des Umbruchs. Bisher erfolgten die Reinigung und Desinfektion der Medizinprodukte überwiegend manuell. Allmählich aber setzten sich die Zentralsterilisation und die maschinelle Aufbereitung in Reinigungs-Desinfektionsgeräten (RDG) durch. Das BGA schrieb in einer Richtlinie seit 1980 eine mikrobiologische Abnahme von „Reinigungsautomaten“ vor Inbetriebnahme vor, hierzu wurden u. a. Griesbreischrauben mit *Streptococcus faecalis* ATCC 6057 (erst später umbenannt in *Enterococcus (E.) faecium*) eingesetzt. Die Kontrolle oblag den Hygiene-Instituten.

Seit 1994 arbeitete ein europäisches Gremium unter englischer Leitung an einer Norm für RDG, die auch die zur Prüfung der Prozesse notwendigen Methoden umfasste. Zwei Mitarbeiterinnen der Sektion arbeiteten in der deutschen Delegation mit. Sie konnten die Richtlinie des BGA nicht durchsetzen, aber wollten auch die englischen Prüfmethoden nicht übernehmen. Letztlich führte dies dazu, dass 2005 ein gesonderter Standard, die DIN ISO/TS 15883-5 „Prüfanschmutzungen und –verfahren zum Nachweis der Reinigungswirkung“, erschien. Dieser enthielt eine Vielzahl unterschiedlicher nationaler Prüfanschmutzungen, u. a. auch die deutsche Vorschrift mit dem thermoresistenten *E. faecium*. Es ist damit zu rechnen, dass spätestens Anfang 2022 die neue Norm DIN EN ISO 15883-5 „Leistungsanforderungen und Kriterien für Prüfverfahren zum Nachweis der Reinigungswirkung“ den früheren TS-Standard ablösen wird.

Für die praktische Durchführung der Validierung der RDG-Prozesse in Deutschland wurde in Anlehnung an die DIN EN ISO 15883-1 die „Leitlinie für die Validierung und Routineüberwachung maschineller Reinigungs- und Desinfektionsprozesse für thermostabile Medizinprodukte und zu Grundsätzen der Geräteauswahl von DGKH, DGSV und AKI“ erstellt, die 1. Ausgabe erschien 2005. Zur Prüfung der Reinigungsleistung wurden als Prüfkörper die anatomische Klemme nach Crile festgelegt und als Prüfanschmutzung koagulierbares Blut (Schafblut) gewählt. Zur Ermittlung der verbliebenen Proteine nach der Aufbereitung wurde die modifizierte ortho-Phthaldialdehyd (OPA) – Methode neben der Biuret-Methode eingesetzt. Dabei stellte sich heraus, dass mit SDS (Sodiumdodecylsulfat) und der OPA-Methode nur lösliche Blutanteile zu bestimmen waren, das reinigungskritische Fibrin aber nicht erfasst wurde. Deshalb regte die Sektion an, einen speziellen Arbeitskreis ins Leben zu rufen, um den Prozess der Reinigung, die Parameter und die Möglichkeiten einer besseren Prüfung genauer zu untersuchen.

Von der Sektion „Reinigung und Desinfektion“ wurde die Erarbeitung weiterer Leitlinien zusammen mit anderen Fach-

gesellschaften vorangetrieben. Das war notwendig, da die zur Aufbereitung eingesetzten Prozesse stark unterschiedlich waren und auch manuelle Prozesse standardisiert bzw. validiert werden mussten. Die „Leitlinie zur Validierung maschineller Reinigungs-Desinfektionsprozesse zur Aufbereitung thermolabiler Endoskope“ wurde zusammen mit DGSV, DGVS, DEGEA und AKI in der ersten Fassung 2011 veröffentlicht. 2013 folgte die Veröffentlichung der ersten Fassung der „Leitlinie zur Validierung der manuellen Reinigung und manuellen chemischen Desinfektion von Medizinprodukten“ zusammen mit DGSV, AKI und VAH.

Die Sektion organisierte, koordinierte und unterstützte allein oder zusammen mit anderen Fachgesellschaften zahlreiche Arbeitsgruppen. 2009 wurde die sogenannte „Methodengruppe“ zur „Leitlinie zur Validierung maschineller Reinigungs-Desinfektionsprozesse zur Aufbereitung thermolabiler Endoskope“ gegründet. Die Arbeitsgruppe „Reinigungstestung (AG RMT)“ wurde 2009 und im Rahmen der Erarbeitung (seit 2017) einer „Leitlinie zur Validierung der manuellen Endoskopaufbereitung“ die „Methodengruppe 2.0“ 2018 gegründet. In diesen Arbeitsgruppen konnten zahlreiche neue Prüfmethode zur Bestimmung der Wirksamkeit und Leistung von Aufbereitungsprozessen entwickelt werden, die nachfolgend in die entsprechenden Leitlinien und in die Normenserie DIN EN ISO 15883 eingebracht wurden. Die 2019 um das Gebiet der Sterilisation erweiterte Sektion wird aktuell geleitet von Dr. Markus Wehrl, Stellv. Dr. Jürgen Gebel.

Von der Sektion wurden folgende Leitlinien/Dokumente verabschiedet:

- 1993:** Prüfung von Abfalldesinfektionsverfahren auf Wirksamkeit. Richtlinie des Bundesgesundheitsamtes und der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene
- 1995:** Prüfung und Bewertung der Reinigungs- und Desinfektionswirkung von Endoskop-Dekontaminationsautomaten sowie -Desinfektionsautomaten
- 1996:** Empfehlungen zur maschinellen Reinigung und Desinfektion von starren Instrumenten für die Minimalinvasive Chirurgie
- 1997:** Empfehlung für die Validierung und Routineüberwachung von Sterilisationsprozessen mit feuchter Hitze für Medizinprodukte; Allgemeine Kriterien zur Aufbereitung und Wiederverwendung von Einmalartikeln
- 1998:** Richtlinie für die Validierung und Routineüberwachung von Sterilisationsprozessen mit feuchter Hitze für Medizinprodukte.
- 2000:** Qualitätssicherung bei der Instrumentenaufbereitung. Eine Herausforderung für Wissenschaft und Praxis

- 2009: Empfehlung für die Validierung und Routineüberwachung von Sterilisationsprozessen mit Satttdampf für Medizinprodukte vom 01.07.2009
- 2009: Empfehlung für die Validierung und Routineüberwachung von Sterilisationsprozessen mit Heißluft für Medizinprodukte
- 2009: Empfehlung für die Validierung und Routineüberwachung von Sterilisationsprozessen mit formaldehydhaltigem Wasserdampf nach dem NTFD-Verfahren (Niedertemperatur Dampf und Formaldehyd) für Medizinprodukte
- 2011: Leitlinie zur Validierung maschineller Reinigungs-Desinfektionsprozesse zur Aufbereitung thermolabiler Endoskope
- 2013: Leitlinie zur Validierung der manuellen Reinigung und manuellen chemischen Desinfektion von Medizinprodukten
- 2016: Mitteilung der Arbeitsgruppe von DGKH, DEGEA, DGSV, DGVS und AKI unter Beteiligung von Endoskop- und Reinigungs-Desinfektions-Geräte Herstellern zur „Leitlinie zur Validierung maschineller Reinigungs-Desinfektionsprozesse zur Aufbereitung thermolabiler Endoskope“ (LL RDG-E): Anpassung der Akzeptanzkriterien für Reinigungsleistung
- 2016: Prüfung der Reinigungsleistung bei der Leistungsqualifikation von RDG-E-Prozessen mittels Anlage-8-Prüfkörpern – Qualitative und quantitative Ergebnisse einer Feldstudie
- 2017: Leitlinie von DGKH, DGSV und AKI für die Validierung und Routineüberwachung maschineller Reinigungs- und thermischer Desinfektionsprozesse für Medizinprodukte, 5. Aufl. (vorangegangene Fassungen 2014, 2013 und 2011)
- 2018: Prüfmethode für die vergleichende Bewertung von Instrumentenreinigern zur manuellen Aufbereitung von chirurgischen Instrumenten auf der Basis von Fibrin
- 2019: Nachweis der Reinigungswirkung bei Endoskopen
- 2020: Einfluss des Elutionsmittels auf die Wiederfindungsrate von Mikroorganismen in Endoskop-Schlauchprüfkörpern

1.3. Sektion Klinische Antiseptik

Axel Kramer

Anfangs wurde die Bearbeitung der Aufgabenstellungen der Antiseptik als Fachkommission Klinische Antiseptik im Jahr 1991 unter der Leitung von Prof. Axel Kramer begonnen. Zielsetzung war die Erarbeitung von Anforderungen an Haut-, Schleimhaut- und Wundantiseptika einschließlich der Prüfung der Wirksamkeit und Verträglichkeit als Vorausset-

zung für eine effiziente prophylaktische bzw. therapeutische Antiseptik. Auf Grund der Belastung als Präsident der DGKH wurde der Vorsitz der Fachkommission 2003 an Priv.-Doz. Frank-Albert Pitten übergeben. Da die Arbeitsweise dem Charakter einer Sektion entspricht, wurde die Fachkommission im Jahr 2009 als Sektion Klinische Antiseptik unter der Leitung von Prof. Ojan Assadian bis zur Übernahme des Vorsitzes durch Prof. Georg Daeschlein im Jahr 2018 bis 2021 fortgeführt. Die Sektion wurde aufgelöst, eine Neugründung ist beabsichtigt.

Es wurden folgende Veranstaltungen durchgeführt:

- 1994: Perspektiven der klinischen Antiseptik (Satelliten-Workshop anlässlich des 25jährigen Jubiläums des Henkel-Pharmadienstes)
- 1995: 57. Interdisziplinäres Symposium „Infektionen, Infektionsprophylaxe und Wundmanagement in der Orthopädie (veröffentlicht als Monographie; Ganzer D, Kramer A, Mayer G. Prophylaxe und Therapie von Infektionen in der Orthopädie. Wiesbaden: mhp, 1997)
- 1995, 1997, 1999 und 2001: Gemeinsame Arbeitstagungen der AG für Infektionen und Infektionsimmunologie in der Gynäkologie und Geburtshilfe und der European Society for Infectious Diseases in OB/Gyn (ESIDOG)
- 2000: Antisepsis in der Urologie (gemeinsam mit dem AK Infektiologie der Deutschen Urologen und EURIDIKI)
- 2000: Symposium Schwerpunkte der Infektionsprophylaxe bei Ophthalmologischen Eingriffen gemeinsam mit der DOG
- 2005, 2007, 2009 und 2011: 1.-4. Symposium „Die infizierte Problemwunde“ in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU), der Arbeitsgemeinschaft für Qualität und Sicherheit in der Chirurgie (CAQS) der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCh), der International Society of Skin Pharmacology, der International Society for Plasma Medicine (ISPM) und der Expertengruppe für das Diabetische Fußsyndrom
- 2007: 1. Int. Workshop „Plasma Medicine – its perspective for wound therapy“
- 2011: 2 Symposien zur klinischen Antiseptik (Salzburg, Mödling)
- 2011: 1. Silver Symposium (Marseille) Gründung der Working Group Antiseptics der International Society for Chemotherapy.

Es wurden folgende Leitlinien veröffentlicht:

- 1995: Empfehlung zur Nabelpflege bei Neugeborenen (gemeinsam mit der DGPI)
- 1998: Sofortmaßnahmen bei akzidenteller Kontamination mit infektiösem Material

- 2000: Deutsch-Österreichische Empfehlungen zur postexpositionellen Prophylaxe der HIV-Exposition und zur Antiretroviralen Therapie der HIV-Infektion (gemeinsam mit 20 Fachgesellschaften und weiteren Institutionen)
- 2001: Indikationen und Wirkstoffauswahl zur prophylaktischen und therapeutischen Mundhöhlenantiseptik
- 2003 und 2006: Tinea capitis (gemeinsam mit der Deutschsprachigen Mykologischen Gesellschaft und der DDG)
- 2003: Zur Prophylaxe und Therapie von Endophthalmitiden (gemeinsam mit der DOG)
- 2006: Guideline der European Society for Cataract & Refractive Surgeons on Prevention, Investigation and Management of Post-operative Endophthalmitis (gemeinsam mit der DOG)
- 2018: Consensus Guideline on Wound Antisepsis: Update 2018.

Es wurden folgende Empfehlungen bzw. Stellungnahmen veröffentlicht:

- 1991: Indikationen und Anforderungen für die klinische Anwendung von Antiseptika.
- 1992: Indikationen zur Antiseptik im Genitoanalbereich
Notwendigkeit der sporiziden Hautantiseptik?
- 1993: Indikationen zur Antiseptik in der Mundhöhle
- 1994: Händedesinfektion und -reinigung
- 1995: Antiseptik mit lokalen Antiinfektiva
- 1995: Möglichkeiten und Perspektiven der Klinischen Antiseptik (Monographie)
- 1996: Meine Hände sind sauber. Warum soll ich sie desinfizieren? Leitfaden zur hygienischen Händedesinfektion.
- 1997: Indikationen zur prophylaktischen Antiseptik am Auge
- 1998 und 2007: Sofortmaßnahmen bei akzidenteller Kontamination mit infektiösem Material
- 1998 und 2007: Empfehlung zur Pflege des Nabels bei Neugeborenen
- 2001: Wirkstoffauswahl zur prophylaktischen und therapeutischen Mundhöhlenantiseptik
- 2004: Konsensusempfehlung zur Auswahl von Wirkstoffen für die Wundantiseptik
- 2010 und 2011: Prevention of post-operative infections after surgical treatment of bite wounds
- 2011: Antimicrobial efficacy of the silver wound dressing Biatain Ag in a disc carrier test simulating wound secretion
- 2011: Pilot study on the microbial contamination of conventional vs. silver-impregnated uniforms worn by ambulance personnel during one week of emergency medical service

- 2011: New possibilities and strategies in the combat against healthcare associated and community based infection i primary prevention and use of non-antibiotic based antimicrobial alternatives
- 2011: Durchführung der präoperativen Hautantiseptik im Rahmen der Prävention postoperativer Wundinfektionen und Auswahl der infrage kommenden Hautantiseptika
- 2011: Empfehlung zu Anforderungen an Seifen- und Händedesinfektionsmittelspender in Einrichtungen des Gesundheitswesens
- 2013: Endophthalmitisprophylaxe bei intravitrealer operative Medikamenteneingabe (IVOM) (gemeinsam mit der DOG, der Retinologischen Gesellschaft und dem Berufsverband der Augenärzte Deutschlands
- 2018: Consensus recommendation: Indications and methods for microbiological wound diagnostics
- 2019: Auswahl von Wundantiseptika – Aktualisierung des Expertenkonsensus 2018
- 2021: Comparison of the antimicrobial efficacy of povidone-iodine-alcohol versus chlorhexidine-alcohol for surgical skin preparation on the aerobic and anaerobic skin flora of the shoulder region

1.4. Sektion Hygiene in der ambulanten und stationären Kranken- und Altenpflege / Rehabilitation

Barbara Nußbaum

Die Sektion hat sich auf Anregung von Margrith Bühler, Expertin für Spitalhygiene (Zürich/CH, sie gehörte dem ersten DGKH-Vorstand an) aus der Arbeitsgruppe "Hygiene in der Pflege" entwickelt. 1998 wurde im Ergebnis einer Reorganisation der Arbeitsstrukturen durch den Vorstand der DGKH die AG in eine Sektion umgewandelt; mit Unterstützung von Prof. Walter Steuer und Margrith Bühler übernahm Barbara Nußbaum den Sektionsvorsitz bis zum Jahr 2018, gefolgt im Jahr 2018 von Sonja Bauer. Neue Sektionsvorsitzende ist seit 2021 Heidrun Groten-Schweitzer, Stellv. Martin Groth. Durch das Engagement der Sektionsmitglieder entwickelte sich die Sektion zu einer großen, lebendigen und erfolgreichen Sektion innerhalb der DGKH. Ein Plus war es, dass neben Hygienefachkräften und Hygienebeauftragten in Pflegeeinrichtungen auch Hygieniker und ÄrztInnen des ÖGD / MDK für eine bunte, kreative Mischung sorgten. So wurden die Statements und Empfehlungen breit gefächert erarbeitet. Dabei standen insbesondere Hygienefragen im Fokus, die bisher nicht berücksichtigt wurden und nicht Gegenstand von anderen Empfehlungen, z. B. der KRINKO, waren. Beispielhaft sei die AWMF S1 Leitlinie "Hygienebeauftragter(r) in Pflegeeinrichtungen und anderen betreuten und gemeinschaftlichen Wohnformen", genannt. Durch den

Wissensaustausch mit den verschiedenen Berufsgruppen entwickelten sich z. T. hitzige, langwierige und schwierige Diskussionen, in deren Ergebnis sehr praxisorientierte Empfehlungen entstanden und dadurch MitarbeiterInnen an der Pflegebasis in den verschiedenen Einrichtungen des Gesundheitswesens erreichten, getragen auch durch Veröffentlichungen in Pflegefachschriften und die Teilnahme an Pflegekongressen /-tagungen.

Auch Kooperationen mit KollegInnen aus England, Dänemark, Frankreich, Italien, den Niederlanden und der Schweiz haben den Blick geweitet. So wurde 2003 eine Zusammenarbeit mit der staatlichen französischen Krankenhaushygieneorganisation CLIN-EST in Straßburg aufgebaut.

Die Sektion „Hygiene in der ambulanten und stationären Kranken- und Altenpflege/Rehabilitation“ war von 1998 bis 2018 für die DGKH nicht immer eine „pflegeleichte“, aber doch eine sehr innovative, kreative und arbeitsfreudige Sektion, die die DGKH und damit auch die Krankenhaus- und Praxishygiene in die Breite des Gesundheitswesens transportiert hat.

Von der Sektion wurden folgende Leitlinien, Empfehlungen und Stellungnahmen verabschiedet:

- 1999: Empfehlungen zur Erstellung von Desinfektions- und Reinigungsplänen in der Physiotherapie
- 2007: Situation der Hygienefachkräfte in Krankenhäusern; Unterrichtsempfehlung zur Infektionsprävention und Krankenhaushygiene
- 2009: Maßnahmenplan für MRSA in Gesundheitseinrichtungen
- 2012: Maßnahmenplan bei Patienten mit einer Clostridium-difficile-Infektion in Pflegeeinrichtungen, Ambulante Pflege und Reha-Einrichtungen
- 2012: AWMF-Leitlinie Hygienebeauftragte/r in Pflegeeinrichtungen und anderen betreuten und gemeinschaftlichen Wohnformen (Aktualisierung 2017)
- 2013: Hygienische Qualitätskriterien für den Reinigungsdienst
- 2015: Versorgung mit Arbeitskleidung (synonym Dienst- oder Berufskleidung) von Leasingpersonal und Hospitanten, Praktikanten, Aushilfen, Grünen Damen/Herren in Krankenhäusern /Pflegeeinrichtungen
- 2015: Personalmangel in der Pflege in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen – wurde vom Aktionsbündnis Patientensicherheit inhaltlich weitgehend in „Infektion – Prävention – Initiative (IPI) Stellungnahme & Positionspapier übernommen
- 2015: Hygieneanforderungen an Mitarbeiter der Haustechnik und externe Handwerker in hygienerelevanten Bereichen von Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen und Reha-Einrichtungen/-Kliniken
- 2015: Schutzkittel bei medizinischen und pflegerischen Tätigkeiten sowie bei Barrieremaßnahmen und Isolierungen
- 2016: Kleidung und Schutzausrüstung für Pflegeberufe aus hygienischer Sicht
- 2016: Maßnahmenplan für multiresistente gramnegative Erreger (MRGN) in Gesundheits- /Pflege- und Betreuungseinrichtungen
- 2017: Risikoeinschätzung/-bewertung bei Multiresistenten Erregern in der ambulanten und stationären Kranken- und Altenpflege/Rehabilitation
- 2017: Mindestanforderungen zur Unterrichtsempfehlung zur Infektionsprävention und Krankenhaushygiene für Gesundheits- und Krankenpflege- und Kinder- und Altenpflegesschulen
- 2018: Hygieneanforderungen beim Umgang mit Lebensmitteln in Krankenhäusern, Pflege- und Rehabilitationseinrichtungen und neuen Wohnformen Aktualisierung von 2008)
- 2019: Empfehlung zur hygienischen Durchführung der Blutzuckermessung (Aktualisierung von 2013)

1.5. Sektion Krankenhausbau und Raumlufttechnik

Johannes Tatzel, Rüdiger Külpmann und Clemens Bulitta

Bauliche Strukturen haben einen starken Einfluss auf Prozesse in einem Bauwerk. Daher ist es schon bei der Gebäudeplanung, beim Bau und spätestens beim Betrieb von Räumen des Gesundheitswesens von großer Bedeutung, die hygienischen Erfordernisse zu kennen und zu berücksichtigen. So führen beispielsweise unklare Bereichsgrenzen in einem OP-Trakt meist zu Compliance-Problemen beim Tragen von Bereichskleidung, bei Umlagerungs- und Einschleusungsprozessen und bei hygienischen Verhaltensweisen in Holding-Bereichen und Aufwächerräumen. Kleine Patientenbäder und Nasszellen stellen Herausforderungen für die Barrierefreiheit dar, oft mit weitreichenden Konsequenzen, z. B., dass keine leicht reinig- und desinfizierbaren Duschkabinen vorgesehen werden können und im Betrieb personelle und logistische Probleme bei der hygienisch notwendigen, engmaschigen Aufbereitung von Duschvorhängen entstehen. Ein weiteres Beispiel ist die Lüftungstechnik. Spätestens seit der COVID-19-Pandemie zeigt sich, wie wichtig gute Be- und Entlüftungskonzepte in allen Bereichen von Gesundheitseinrichtungen sind und welchen Einfluss raumlufttechnische Anlagen haben können. Sie können Hindernis oder Möglichkeit zur Realisierung effizienter und infektionspräventiv wirksamer Abläufe sein, nicht nur im OP-Trakt, sondern auch in Patientenzimmern, Kreißsälen, Pausenräumen, Kantinen oder Untersuchungszimmern. 1996 wurde für diese komplexen Themenbereiche die Sektion

„Krankenhausbau und technische Hygiene“ gegründet (Leitung Prof. Ulrich Junghannß) und zugleich die schon bestehenden Arbeitsgruppen Klima- und Raumlufttechnik, Wasserversorgung, Bäder und physikalische Therapie, Ver- und Entsorgung sowie Krankenhaustextilien in die Sektionsarbeit integriert. Von Anfang an waren die AG wegen der hohen Interdisziplinarität mit Hygienikern und Ingenieuren besetzt. Die zunehmende Bedeutung der Raumlufthygiene führte zur Bildung einer eigenen Sektion für „Klima- und Raumlufttechnik“ unter der Leitung von Robert Meierhans, ab 2004 übernahm Prof. Rüdiger Kulpmann die Leitung. Sie hat z. B. im Jahr 2002 die international viel beachtete Leitlinie für die Ausführung und den Betrieb von Raumlufttechnischen Anlagen in Krankenhäusern gemeinsam mit der ÖGHMP und der Schweizer Gesellschaft für Spitalhygiene herausgebracht. Sie dient bis heute als hilfreiche Ergänzung und Präzisierung zu den Normen, Richtlinien und Empfehlungen auf diesem Gebiet und Krankenhaushygienikern bei der Bedarfsfeststellung und Abnahme. Im Jahr 1995 wurde die Bildung des TC «Wiederverwendbare OP-Textilien» angeregt und von deutscher Seite das DIN-Normungsgremium für die Erarbeitung der DIN EN 13795-1: 2003-02, Operationskleidung und -Abdecktücher - Anforderungen und Prüfverfahren -Teil 1: Operationsabdecktücher und -mäntel vorgeschlagen. 1999 wurde ein Lehrgang für Leitung/Stellvertretung und Personal zur Qualitätsüberwachung und Schulung in Sterilisationsabteilungen für Textilhersteller und Wäschereien durchgeführt sowie das Merkblatt Kontrollieren von Krankenhauswäsche erarbeitet. Die Sektion hat maßgeblich an der DIN 13080 „Gliederung des Krankenhauses in Funktionsbereiche und Funktionsstellen“ mitgearbeitet, die im Jahr 2016 erschienen ist.

Im Jahr 2020 wurden die beiden Sektionen unter der neuen Bezeichnung „Krankenhausbau und Raumlufttechnik“ zusammengeführt (Leitung Dr. Johannes Tatzel, Stellv. Priv.-Doz. Frank-Albert Pitten). Zielsetzung ist weiterhin die von politischen und insbesondere wirtschaftlichen Interessen unabhängige Ausarbeitung von Leitlinien und Empfehlungen zu aktuellen Fragen von Bauvorhaben im Gesundheitswesen, insbesondere Krankenhausbauten.

Aktuelle Themenschwerpunkte der Sektion sind die Anforderungen an OP-Säle und Eingriffsräume, hygienische Anforderungen an Umluftkühlgeräte, die Aktualisierung der DGKH-Leitlinie zu raumlufttechnischen Anlagen von 2015 sowie die Begründung der Forderung nach einer Erhöhung des Einzelzimmeranteils bei Krankenhausbauten.

Zwei Leitlinien wurden im Jahr 2021 bereits veröffentlicht. Die Leitlinie „Bauliche und funktionelle Anforderungen an Eingriffsräume“ erläutert die aktuellen Vorgaben der KRINKO und präzisiert die Anforderungen, die an einen Eingriffsraum und die ihm zugeordneten Nebenräume gestellt werden sollen. Hierbei wird detailliert auf Aspekte wie

Raumlufttechnik, Raummaße, Wand- und Bodengestaltung, Möbelbeschaffenheit, Umkleide, Waschplatz sowie Ver- und Entsorgung eingegangen. Die Leitlinie dient Vertretern operativer Fachdisziplinen und der Hygiene genauso wie Architekten und Fachplanern als Hilfestellung bei der konkreten Gestaltung von Eingriffsräumen.

Die neue DGKH-Leitlinie „Hygieneempfehlungen zu dezentralen Sekundärluftkühlgeräten (Umluftkühlgeräten)“ gibt einen Überblick über notwendige Maßnahmen zum sicheren Betrieb dieser Geräte. Hintergrund hierfür ist, dass die Verwendung von Sekundärluftkühlgeräten in medizinischen Einrichtungen Risiken birgt und mit einer Verschlechterung der Raumluft einhergehen kann. Nicht oder unzureichend gewartet und gereinigte Geräte kontaminieren die Luft, die sie ausblasen.

Von der Sektion wurden folgende Leitlinien, Empfehlungen und Stellungnahmen verabschiedet:

- 1997:** Empfehlungen zu Errichtung und Betrieb von Trinkbrunnen zum Anschluss an die Trinkwasserhausinstallation in Krankenhäusern, Reha-Kliniken, Altenpflegeheimen und vergleichbaren Einrichtungen
- 1998:** Empfehlungen zur Küchenhygiene
- 1998:** Stellungnahme der AG „RLT-Anlagen“ zu aktuellen Entwicklungstendenzen raumlufttechnischer Anlagen in medizinischen Einrichtungen
- 1999:** Stellungnahme zur Umsetzung abfallwirtschaftlicher Ziele in Krankenhäusern, Altenpflegeheimen und Reha-Kliniken
- 1999:** Empfehlungen zur Erstellung von Desinfektions- und Reinigungsplänen in der Physiotherapie
- 2002:** Leitlinie Raumlufttechnische Anlagen in Krankenhäusern
- 2002:** Leitlinie (Gelbdruck) Ausführung und Betrieb von raumlufttechnischen Anlagen (RLT-Anlagen) in Krankenhäusern
- 2008:** Erwiderung zur Veröffentlichung von Brandt et al. „Operating Room Ventilation with Laminar Airflow Shows No Protective Effect on the SSI-Rate in Orthopedic and Abdominal Surgery Ann Surg. 2008; 248 (5) 695
- 2010:** Übersicht zur „Infektiologischen Bedeutung von Raumlufttechnischen Anlagen (RLTA) in Operations- und Eingriffsräumen“ im Zentralblatt für Chirurgie
- 2015:** Krankenhaushygienische Leitlinie für die Planung, Ausführung und den Betrieb von Raumlufttechnischen Anlagen in Räumen des Gesundheitswesens
- 2021:** Hygiene-Empfehlungen zu dezentralen Sekundärluftkühlgeräten (Umluftkühlgeräten)
- 2021:** Bauliche und funktionelle Anforderungen an Eingriffsräume.

1.6. Sektion Hygiene bei Krankentransport, Rettungsdienst, Feuerwehren, Not- und Katastrophenfällen

Dieter Oberndörfer, Joerg Spohrs und Walter Popp

Im September 2011 wurde die AG „Hygiene im Rettungsdienst“ eingerichtet. Im Rahmen der Aktivitäten wurde deutlich, dass die Fragestellungen aus dem Bereich des Rettungsdienstes, aber auch der Feuerwehren und dem Katastrophenschutz, nicht immer durch die Erkenntnisse aus der Krankenhaushygiene beantwortet werden konnten. Im Gegensatz zur Hygiene in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen finden notwendige Hygienemaßnahmen nicht im Krankenzimmer, dem OP oder Behandlungsraum, sondern z. B. bei Notfällen auf der Straße, in einem Betrieb, in einer Wohnung oder im Rettungsmittel statt. Die Einsatzorte sind individuell und die Gegebenheiten weichen deutlich von denen in medizinischen Einrichtungen ab. Im Jahr 2017 wurde deshalb die AG inhaltlich zur Sektion „Hygiene bei Krankentransport, Rettungsdienst, Feuerwehren, Not- und Katastrophenfällen“ erweitert. Sie analysiert die unterschiedlichen Landesgesetze, Empfehlungen, Leitlinien und Verfahrensweisen zur Hygiene und erarbeitet Empfehlungen für die Vorbereitung, Durchführung, Überwachung und Qualitätssicherung von Hygienemaßnahmen unter Berücksichtigung der Gefährdungslage, der besonderen Einsatzbedingungen in Bezug auf den Infektionsschutz sowie in Hinblick auf die mögliche Rolle des Krankentransport- und Rettungsdienstes bei der Weiterverbreitung von Krankheitserregern. Die Sektion ist interdisziplinär aus den Fachbereichen Feuerwehr (Essen), öffentlicher Gesundheitsdienst (Frankfurt), Bundeswehr, private Rettungsdienstorganisationen (Bochum), Hilfsorganisation (Fulda), Luftrettung (München, Filderstadt), Krankenhaushygiene (Essen, Dortmund) und Ausbildung im Rettungsdienst (Frankfurt) besetzt. Die Sektion wird aktuell geleitet von Jörg Spors, Stellv. Dieter Oberndörfer.

Von der Sektion wurden folgende Empfehlungen und Stellungnahmen verabschiedet:

2014: Ebola-Virus-Infektion Stand 10/2014

2016: Postexpositionsprophylaxe im Rettungsdienst

Aktuell werden folgende Schwerpunkte bearbeitet:

- Ausstattung und Verfahrenshinweise zur Hygiene im Krankentransport und Rettungsdienst am Boden und in der Luft
- Anleitung zum An- und Ablegen von besonderer persönlicher Schutzausrüstung (PSA)
- Aufbereitung sensibler persönlicher Schutzausrüstung (PSA)
- Compliance der Händehygiene im Rettungsdienst.

Die Sektion gibt Informationen über Aus-, Fort - und Weiterbildungen, Veranstaltungen und Kongresse an die Mitarbeitenden der Institutionen im Krankentransport, Rettungsdienst, Feuerwehr, Not- und Katastrophenfällen. Durch die Beteiligung an Kongressen und Fortbildungsveranstaltungen wird dem Fachpublikum die Diskussion und damit der direkte Kontakt ermöglicht.

1.7. AG Praxishygiene

Sabine Gleich

Die Gründung der AG „Praxishygiene“ wurde auf der Vorstandssitzung im Dezember 2011 beschlossen, weil sich die Situation in der niedergelassenen, hausärztlichen Praxis auf Grund der zunehmenden Verlagerung der Patientenversorgung aus dem stationären in den ambulanten Bereich seit Jahren anspruchsvoller gestaltet. Zahlreiche invasive diagnostische Verfahren, Behandlungen und Eingriffe werden von den Krankenkassen nur noch bei ambulanter Leistungserbringung vergütet. Gleichzeitig entstehen neuartige Versorgungsstrukturen wie medizinische Versorgungszentren. Auch die Patientenstruktur der Praxen veränderte sich in den vergangenen Jahren. Es sind nicht nur alte und multimorbide, sondern auch immunsupprimierte Menschen zu versorgen. Patienten, die mit multiresistenten Erregern kolonisiert sind, werden vom behandelnden Arzt in seiner Praxis, bei Hausbesuchen bzw. im Rahmen von Visiten in vollstationären Pflegeeinrichtungen regelhaft untersucht und behandelt. Aus diesen Gründen steigen die Anforderungen an die Hygiene in der ambulanten Versorgung, das hat aktuell die Coronapandemie mehr als deutlich gezeigt. Hygiene ist somit als wichtiger Bestandteil des verpflichtenden Qualitätsmanagementsystems einer Arztpraxis zu bewerten.

Hinzu kommt, dass die Patienten zunehmend kritischer werden, die Hintergründe ihrer Erkrankung im Internet recherchieren und vermehrt auf die hygienischen Rahmenbedingungen in Praxen achten. Liegen hinreichende Anhaltspunkte für vermeidbare Hygienemängel oder Anhaltspunkte für eine Nichteinhaltung des fachlich gebotenen Hygienestandards vor, ordnet die Rechtsprechung Hygienefehler dem Bereich der beherrschbaren Risiken zu. Haben sich Hygienierisiken verwirklicht, die nicht vorrangig aus den Eigenheiten des menschlichen Organismus erwachsen, sondern durch die Behandlungsseite voll beherrscht werden können und müssen, kann es verfahrensrechtlich zu einer Beweiserleichterung für den geschädigten Patienten bis hin zu einer Beweislastumkehr zulasten der Behandlungsseite kommen.

Es ist aus den genannten Gründen im Eigeninteresse des Praxisinhabers, aber natürlich auch im Interesse der von ihm behandelten Patientinnen und Patienten, die eigene

Praxis auf mögliche Hygienemängel zu überprüfen und diese abzustellen. Hygienemängel können in der Arztpraxis in der Regel mit geringem Aufwand und niedrigen Kosten behoben werden.

Niedergelassene Arztpraxen verfügen in der Regel nicht über eine Beratung durch Hygienefachpersonal. Lange existierten keine ausreichenden praxisbezogenen Empfehlungen, die auch durch Nicht-Hygienefachpersonal umgesetzt werden können. Diese Situation spiegelte sich wieder in einem zunehmenden Beratungsbedarf der Einrichtungen sowie in den Überprüfungsergebnissen der Aufsichtsbehörden. An diesem Punkt setzte die AG „Praxishygiene“ an. Fachleute aus der Krankenhaushygiene, der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns sowie aus Aufsichtsbehörden erarbeiteten mehrere Leitfäden unter Berücksichtigung geltender normativer Vorgaben und der aktuellen Fachliteratur. Diese Leitfäden sind als Kompendium praxisorientierter, einfach umsetzbarer Empfehlungen zur erforderlichen Organisation der Basis-Hygiene in der Arztpraxis sowie zur ambulanten Betreuung von Patienten zu Hause oder in Heimen gestaltet. Die Mitglieder der AG können je nach bearbeitetem Schwerpunkt wechseln, um eine praxisbezogene Bearbeitung der Themen sicherstellen zu können. Die AG wird aktuell geleitet von Priv.-Doz. Sabine Gleich, Stellv. Dr. Maria-Theresia Linner.

Von der AG wurden folgende Leitfäden und Empfehlungen verabschiedet (<https://www.krankenhaushygiene.de/dgkh/arbeitsgruppen/arbeitsgruppe-praxishygiene/>):

- 2013:** Leitfaden zu Organisation und Hygienemanagement in der Arztpraxis (Struktur- und Prozessqualität)
 - 2015:** Hygienische Aspekte in der gynäkologischen Praxis,
 - 2015:** Hygienische Aspekte in der Hals-Nasen-Ohren-Praxis
 - 2018:** Hygienische Aspekte in der augenärztlichen Praxis
- Aktuell wird ein Leitfaden zu hygienischen Aspekten in der urologischen Praxis erarbeitet.

1.8. AG Zahnmedizin

Anette Simonis

Auf Empfehlung des Vorstands der DGKH wurde 2009 die Arbeitsgruppe „Hygiene in der Zahnmedizin“ gegründet (Leitung Priv.-Doz. Monika Emmrich, Stellv. Dr. Anette Simonis; seit 2016 Leitung Anette Simonis, Stellv. Prof. Lutz Jatzwauk). Auf Grund der interdisziplinären Fragestellungen wurden sowohl unterschiedliche Fachgesellschaften (BVD, BDO, BZÄK, DAHZ, DGÄZ, DGZMK, KZBZ, ZZQ) als auch Vertreter aus der Industrie und die Patienten-Vertretung des Mukoviszidose e.V. in die Arbeit einbezogen.

Als erster Schwerpunkt wurden die Anforderungen an das Betriebswasser in zahnärztlichen Behandlungseinheiten

bearbeitet. Die Anforderungen an die Wasserqualität, Verantwortlichkeiten für die Qualität des zugeführten Wassers, Empfehlungen bei neuen Behandlungseinheiten für Hersteller und für Anwender sowie Empfehlungen von in Betrieb befindlichen Behandlungseinheiten (Spülen, Desinfektion, Biofilmreduktion, Bottle Systeme, Zentrale Desinfektionssysteme, Prüfung der Wasserqualität) führten im Ergebnis zu einer AWMF- S2 Leitlinie.

Im Herbst 2018 wurde die Diskussion über Details aus dem „Hygieneleitfaden“ des Deutschen Arbeitskreises für Hygiene in der Zahnmedizin (DAHZ) begonnen. Der Hygieneleitfaden dient sowohl als Grundlage für die Gewährleistung der allgemeinen Hygiene in der zahnärztlichen Praxis als auch der Umsetzung der validierten Aufbereitung von Medizinprodukten und ist im Rahmen des Qualitätsmanagements der Zahnarztpraxis nutzbar. Die erste gemeinsame Überarbeitung wurde im Februar 2020, die 2. Überarbeitung im Februar 2021 auf der Homepage der DGKH veröffentlicht. Als weiterer Themenschwerpunkt werden die Notwendigkeit steriler Instrumentierung, steriler Schutzhandschuhe und Kühlung mit sterilen Medien im kontaminierten OP-Bereich der Mundhöhle analysiert.

Von der AG wurden folgende Leitfäden und Empfehlungen verabschiedet:

- 2013:** AWMF- S2 Leitlinie “Hygienische Anforderungen an das Wasser in zahnärztlichen Behandlungseinheiten” (aktuell in Überarbeitung)
- 2020:** Veröffentlichung des „Hygieneleitfaden“ des DAHZ gemeinsam mit der DGKH
- 2021:** Aktualisierte Fassung „Hygieneleitfaden“ des DAHZ gemeinsam mit der DGKH.

1.9. Zeitweilige Arbeitsgruppen

Axel Kramer

Zur Bearbeitung spezieller Fragestellungen wurden zeitweilige Arbeitsgruppen gebildet, die im Zeitraum 1992-2002 u. a. folgende Leitlinien und Empfehlungen erarbeitet haben:

- 1996:** Mitwirkung an der Konzeption und Realisierung der DVD „Hauptsache Hautschutz – Der BGW-Ratgeber für die Altenpflege“
- 1996:** Merkblatt Krankenhausabwasser mit den Schwerpunkten Abwasseranfallstellen, Belastung, Parameter, Vorbehandlung, Entsorgung, Maßnahmen (verantwortlich seitens der DGKH Dr. Zöllner und Prof. Kramer, 1994)
- 1998:** Empfehlung zur Hygiene in der medizinischen Fußpflege gemeinsam mit dem Zentralverband der Medizinischen Fußpflege Deutschlands (Leitung Dr. von Rheinbaben)

- 1997: Empfehlungen zur Prophylaxe von durch Blut übertragenen Virusinfektionen (HBV, HCV, HIV) bei Dialysepatienten (Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Klinische Nephrologie)
- 1998: Leitlinie für die Praxis der angewandten Hygiene in Behandlungseinheiten für Dialyse (Zusammenarbeit mit dem Arbeitskreis für angewandte Hygiene in der Dialyse)
- 1998: Empfehlungen und Prüfmethode zur maschinellen Reinigung und Desinfektion von Instrumenten für die minimal-invasive Chirurgie (Leitung Dr. Pietsch)
- 1999: Merkblatt Kontrollieren von Krankenhauswäsche (Leitung Prof. Steuer)
- 2002: Leitlinie Anforderungen an die Bettenhygiene (Leitung Prof. Steuer); Leitlinie Hygienisches Management bei Wasserentbindungen (Leitung Prof. Steuer)

2009 wurde auf Initiative der DGKH eine „Methodengruppe“ mit dem Ziel gegründet, auf Basis der DIN ISO/TS 15883-5, Anhang I Prüfkörper sowohl für die Bewertung der Reinigungs- als auch der Gesamtprozessleistung von maschinellen Aufbereitungsprozessen für thermolabile flexible Endoskope zu entwickeln (Mitglieder: 7 aktiv mit den Entwicklungsarbeiten betraute kommerzielle Labore und Labore in Forschungseinrichtungen sowie weitere Vertreter der Leitliniengruppe zur Validierung maschineller Reinigungs-Desinfektionsprozesse zur Aufbereitung thermolabiler Endoskope). In Vergleichsuntersuchungen wurden Methoden zur Herstellung der Prüfkörper und Bewertung der Ergebnisse etabliert und charakterisiert. Die Arbeit mündete in zwei Methodenbeschreibungen zu Prüfkörpern, die als Anlage 8 und Anlage 9 zur Leitlinie aufgenommen wurden:

- 2011: Methode zur Überprüfung der Reinigungsleistung von Reinigungs-Desinfektionsgeräten für flexible Endoskope
- 2012: Methode zur Überprüfung der Gesamtprozessleistung von Reinigungs-Desinfektionsgeräten für flexible Endoskope.

Die Arbeiten konnten 2012 erfolgreich abgeschlossen werden.

2011 wurde die Arbeitsgruppe „Reinigungsmitteltestung“ mit dem Ziel der Entwicklung von Methoden zur vergleichenden Bewertung der Wirksamkeit von Instrumentenreinigern gegründet (Mitglieder: 6 im Bereich der Prüfung der Instrumentenaufbereitung oder der Herstellung von Reinigungsmitteln tätige kommerzielle Labore und Labore in Forschungseinrichtungen sowie weitere Experten im Bereich der Instrumentenaufbereitung). Zunächst sollte eine Methode zur Bewertung der Wirkung von Reinigern für die

manuelle Instrumentenaufbereitung etabliert werden. Hierzu wurden von der Gruppe zunächst die experimentellen Ansätze der ad hoc-Gruppe am DIN (NAMed 063-04-09) fortgeführt. Nachdem sich herausstellte, dass Prüfan-schmutzungen auf der Basis von reaktiviertem Schafblut nicht geeignet sind, wurde ein Prüfmodell auf Basis einer Fibrinanschmutzung, die aus einer Anschmutzung aus reaktiviertem Schafblut hergestellt werden kann, etabliert und publiziert:

- 2018: Prüfmethode für die vergleichende Bewertung von Instrumentenreinigern zur manuellen Aufbereitung von chirurgischen Instrumenten auf der Basis von Fibrin.

Nachfolgend wurden mit dem Fibrin-Prüfkörper-Modell unterschiedliche Instrumentenreiniger getestet, was für die zukünftige Festlegung von Akzeptanzkriterien genutzt werden soll.

Die 2017 gegründete Leitliniengruppe zur „Validierung der manuellen Reinigungs- und manuellen chemischen Desinfektionsprozesse zur Aufbereitung thermolabiler Endoskope“ beauftragte auf Initiative der DGKH die Gründung der „Methodengruppe 2.0“ mit dem Ziel der Entwicklung von Prüfmethoden zur Bewertung manueller Endoskopaufbereitungsprozesse, da bestehende Prüfkörpermodelle nicht einsetzbar sind (Mitglieder: 12 mit der Validierung von Endoskopaufbereitungsprozessen vertraute kommerzielle Labore und Labore in Forschungseinrichtungen sowie weitere Vertreter aus Leitliniengruppen). Die Labore führten Vergleichsuntersuchungen unter Verwendung von Prüfkörpern zur Kontrolle der Gesamtprozessleistung mit dem Ziel durch, eine neue Methode zur effektiven Wiedergewinnung bzw. Elution von Mikroorganismen aus dem Kanalsystem von Endoskopen zu entwickeln. Hierbei konnte gezeigt werden, dass die Zusammensetzung unterschiedlicher Elutionsmittel keinen Einfluss auf die Wiederfindungsrate von Mikroorganismen hat und andere Wege zur Erhöhung der Wiederfindungsrate notwendig sind. Eine neuartige Elutionsmethode befindet sich aktuell im Stadium der Charakterisierung und Anwendungsprüfung.

- 2020: Einfluss des Elutionsmittels auf die Wiederfindungsrate von Mikroorganismen in Endoskop-Schlauchprüfkörpern.

1.10- Aus-, Weiter- und Fortbildung

Martin Exner und Axel Kramer

Fragen der Aus-, Weiter- und Fortbildung wurden bis 1998 in einer Arbeitsgruppe unter der Leitung von Prof. Walter Steuer bearbeitet. Der Aufgabenbereich umfasste u. a. folgende Aktivitäten:

- Ausbildungsprogramm für die Hygienefachkraft in Zusammenarbeit mit der Vereinigung der Hygiene-Fachkräfte der Bundesrepublik Deutschland (VHD) als Vorlage für die -Kommission Krankenhaushygiene und Infektionsverhütung beim Robert Koch Institut (KRINKO) (Grundkonzeption 1990/91 in Fortführung der 1. Fassung von 1982, Detaillehrplan ab 1993)
- Neufassung der Desinfektorenausbildung in Zusammenarbeit mit dem Arbeitskreis zur Harmonisierung der Desinfektorenausbildung (1991–1994)
- Neufassung der Weiterbildungsempfehlungen für Personal in Zentralsterilisationen (1994–1997)
- Stellungnahme zur Neufassung der Approbationsordnung für Ärzte (1996)
- Lehrgang für Leitung/Stellvertretung und Personal zur „Qualitätsüberwachung und Schulung in Sterilisationsabteilungen für Textilhersteller und Wäschereien“ (1999)
- Pilotkurse für hygienebeauftragte Pflegekräfte in der Alten- und Langzeitpflege in Zusammenarbeit (1999).

1999 wurde unter der Leitung von Dr. Jürgen Knopf mit der Analyse der Situation der „Hygienebeauftragten Ärztinnen/Ärzte“ begonnen. Seit 2006 wurde diese Aufgabe als eigenständige Vorstandsfunktion durch Dr. Arne Simon wahrgenommen. Für die Koordinierung von Anliegen der Aus-, Weiter- und Fortbildung war Dr. Bärbel Christiansen zuständig. 2007 wurde auf der Grundlage einer Fragebogenerhebung zur personellen Ausstattung deutscher Krankenhäuser mit Hygienebeauftragten Ärztinnen/Ärzten und deren Arbeitsschwerpunkten eine Veröffentlichung zur Definition des Arbeitsgebiets Hygienebeauftragte Ärztinnen/Ärzte verabschiedet.

Auf Grund der zentralen Bedeutung der Aus-, Weiter- und Fortbildung sowohl für die Entwicklung des Fachgebiets Hygiene und Umweltmedizin als auch für die Umsetzung der Krankenhaushygiene in stationären und ambulanten Einrichtungen wurden einige Aktivitäten schon in der Vergangenheit direkt vom Vorstand bearbeitet. Dies wurde anfangs von Dr. Bärbel Christiansen und seit 2014 von Prof. Caroline Herr koordiniert.

Eine wichtige Initiative der DGKH, der DGSV und des Berufsverbands Deutscher Hygieniker war 2003 die Einführung des Erwerbs der Sachkunde gemäß § 4(3) der Medizinproduktebetrieberverordnung (MPBBetreibV) für die Instandhaltung von Medizinprodukten in der ärztlichen Praxis.

Im Jahr 2005 wurde gemeinsam mit den Ausbildungsstätten in Bad Kreuznach und Potsdam die Überarbeitung des Curriculums für die Ausbildung von Desinfektoren begonnen.

Im Jahr 2012 wurde vom Vorstand der DGKH gemeinsam mit der Sektion „Ambulante und stationäre Kranken- und Altenpflege/Rehabilitation“ das Regularium zur Anerkennung als

Fort- und Weiterbildungsstätte zur Durchführung von Veranstaltungen zur Hygiene in Pflegeeinrichtungen gemäß der Leitlinie „Hygienebeauftragte/r in Pflegeeinrichtungen und anderen betreuten und gemeinschaftlichen Wohnformen“ aktualisiert.

Wegen der großen Bedeutung, die der ärztlichen Versorgung durch Fachärzte für Hygiene und Umweltmedizin, aber auch curricularen Krankenhaushygienikern für die Implementierung krankenhaushygienischer Maßnahmen zur Verhütung von Krankenhausinfektionen zukommt, hat der Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene beschlossen, koordiniert Kurse für die fünf Module „Krankenhaushygiene“ anzubieten. Diese werden seit 2019 angeboten. Damit soll der großen Bedeutung, die der ärztlichen Versorgung durch Krankenhaushygieniker in Ergänzung zur Versorgung durch Fachärzte für Hygiene und Umweltmedizin für die Implementierung krankenhaushygienischer Maßnahmen zur Verhütung von Krankenhausinfektionen zukommt, Rechnung getragen werden.

In den letzten Jahren haben sich die Aktivitäten der Hygieniker auf den Bereich der Krankenhaushygiene fokussiert. Zunehmend zeigt sich aber, dass auch Themen wie Luft-, Wasser-, Abfall- oder Städtebauhygiene, Lärmschutz und nachhaltige Entwicklung bei der Planung von Gesundheitseinrichtungen wieder mehr berücksichtigt werden müssen und hierzu medizinisches Fachwissen gefordert ist. Ein erster Schritt, das Thema der Allgemeinen Hygiene wieder aufzunehmen, war die Entscheidung im Jahr 2021, den Kurs Umwelthygiene als wesentlichen Bestandteil der Weiterbildung zum Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin anzubieten. Der Kurs dient gleichzeitig als Modul I für die strukturierte curriculare Fortbildung Praktische Umweltmedizin. Geplant ist die Einrichtung einer Arbeitsgruppe oder Sektion „Umwelthygiene“, so dass in Zukunft von der DGKH auch Themen der Allgemeinen Hygiene in ihrer Verbindung zur Krankenhaushygiene aufgegriffen werden.

Im Jahr 2021 wurde der Rahmenlehrplan zur strukturierten und einheitlichen Weiterbildungsqualifikation zur Fachkraft für Hygiene und Infektionsprävention verabschiedet (https://www.krankenhaushygiene.de/pdfdata/Online_102_108_DGKH_Rahmenlehrplan_HM_6_21.pdf).

1.11. Mitgliederbewegung

Thomas Ruttkowski

Noch im Gründungsjahr wurde ein wissenschaftlicher Beirat berufen, der die Entwicklung der DGKH vor allem in ihren Anfängen begleitete und sich aus folgenden Mitgliedern zusammensetzte: Dieter Gröschel (USA), Knut-Olaf Gundermann, Herwarth Horn, Karl-Heinz Knoll, Hans Reber (Schweiz), Manfred Rotter (Österreich), Hans-Günther

Sonntag, Günter Spicher, Heinz Spitzbart und Heinz-Peter Werner.

Eine Fachgesellschaft lebt und entwickelt sich durch das Engagement ihrer Mitglieder. Umgekehrt hat der Vorstand mit regelmäßig durchgeführten Mitgliederversammlungen die öffentliche Diskussion um die Weiterentwicklung der DGKH kontinuierlich herausgefordert. Seit der Gründung ist die Zahl der Mitglieder von anfangs 66 innerhalb eines halben Jahres durch Zuwachs aus allen Teilen Deutschlands, Österreich, der Schweiz, Belgien und den USA auf 280 angestiegen und hat aktuell 1.189 erreicht, davon 29 % aus Mittleren Medizinischen Berufen.

Korporative Mitglieder sind die Deutsche Gesellschaft für Sterilgutversorgung (DGSV), die Polnische Gesellschaft für Hospitalinfektionen und die Schweizerische Gesellschaft für Spitalhygiene.

Die Arbeit der DGKH wird durch folgende Fördermitglieder

unterstützt: Schülke & Mayr GmbH (1993/05), Bode Chemie GmbH (1996/03), Dr. Schumacher GmbH (1997/04), Johnson und Johnson MEDICAL GmbH (2003/01), Chemische Fabrik Dr. Weigert GmbH & Co. KG (2003/01), Lysoform Dr. Hans Rosemann GmbH (2003/01), Teleflex Medical GmbH (2005/01), B.Braun Medical AG Desinfektion und Hygiene (2006/01), Pentax Europe GmbH (2006/01), Hygiene Nord GmbH (2006/03), Ecolab Deutschland GmbH (2006/06), Vanguard AG (2006/08), Rein Medical GmbH (2007/12), ulrich medical ulrich GmbH & Co. KG (2010/09), Aqua free GmbH (2011/10), Lonza Solutions AG (2013/03), Hücker & Hücker GmbH (2013/03), Meiko GmbH & Co KG (2014/02), KBD GmbH / Dermalux (2015/01), BLUE SAFETY GmbH (2015/04), Wassenburg Deutschland GmbH (2017/02), HYSYST® Deutschland GmbH & Co. KG (2017/07), i3 Membrane GmbH (2020/04), Essity Professional Hygiene Germany GmbH (2020/06), CGM Clinical Europe GmbH (2021/06).

2. Ausgewählte spezielle Aktivitäten des Vorstands

2.1. Empfehlungen und Stellungnahmen

Axel Kramer

1992, 1993 und 1995: Validierung der Plasmasterilisation

1993: Erhöhtes Infektionsrisiko durch mehrfache Verwendung der Injektionsnadeln bei Insulinpens?

1995: Zum aktuellen Erkenntnisstand der Validierung des Sterrad-Plasma-Sterilisationsverfahren mit den sich ergebenden Schlussfolgerungen für die Praxis

1995: Hygienisches Qualitätsmanagement in medizinischen Einrichtungen – eine kritische Anregung zur Diskussion

1995: Gemeinsame Stellungnahme des Vorstands der DGKH und der Fachabteilung Desinfektionsmittelhersteller im Bundesverband der pharmazeutischen Industrie (BPI) zum Stellenwert lokaler Antiinfektiva als Verordnungsfähige Fertigarzneimittel in der vertragsärztlichen Versorgung („Positivliste“).

1996: Untersuchung zur Wiederaufarbeitung von Dialysatoren

1996: Ist die NIDEP-Studie geeignet zur Häufigkeitsbeurteilung und Bewertung nosokomialer Infektionen in Deutschland? (gemeinsamer Kommentar von DGKH, DGHM und GHU)

1997: Empfehlungen zu Errichtung und Betrieb von Trinkbrunnen zum Anschluss an die Trinkwasserhausinstallation in Krankenhäusern, Reha-Kliniken, Altenpflegeheimen und vergleichbaren Einrichtungen (Trinkbrunnen-Empfehlung);

1997: Anwendung von Sterilwasser zur Inhalations- und Atemtherapie im häuslichen Bereich;

1997: Infektionsverhütung bei Tuberkulose in Gesundheits- und Sozialeinrichtungen. Gemeinsame Empfehlung der deutschen, belgischen und schweizerischen Gesellschaft für Krankenhaus- bzw. Spitalhygiene, der Arbeitsgruppe konventionelle Nachweisverfahren der AKM bei DIN sowie von Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie

1998: Rationale für die antiretrovirale Therapie (Deutsche AIDS-Gesellschaft, Österreichische AIDS-Gesellschaft, Robert Koch- Institut, KAAD, DAGNÄ, DGC, DDG, DGI, DGIM, DGKH, DGMKG, DGP, DSTDG, DGTI, IDKF)

1998: Empfehlungen zur Küchenhygiene

1999: Stellungnahme zur Umsetzung abfallwirtschaftlicher Ziele in Krankenhäusern, Altenpflegeheimen und Reha-Kliniken

2000: Gemeinsame Stellungnahme der hygienisch-medizinischen wissenschaftlichen Fachgesellschaften zur Flächendesinfektion (DGKH, DAK, GHU)

2001: Stellungnahme der DGKH zur Flächendesinfektion

2001: Stellungnahme zur Anfrage der Selbsthilfegruppe „Frauen und Medizin“ zur rechtlichen Situation der Wiederverwendung von Mammaimplantaten und zu möglichen Komplikationen bei inkorrektem Vorgehen

2002: Empfehlung der SFHH, der DGHM und der DGKH zur chirurgischen Händedesinfektion (Leitung PD Dr. Kampf)

- 2009: Umsetzung der MRSA-Empfehlung der KRINKO von 1999, Aktuelle Hinweise des Vorstands der DGKH
- 2010: Infektionsprävention bei der Narkosebeatmung durch Einsatz von Atemsystemfiltern (ASF) (Gemeinsame Empfehlung der DGKH und DGAI)
- 2010: Schmuck, Piercing und künstliche Fingernägel in Arztpraxen und anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens
- 2010: Erfassung nosokomialer und gesundheitssystemassoziiertes Infektionen in der Pädiatrie (Gemeinsame Stellungnahme der DGKH und der DGPI)
- 2011: Hygienemaßnahmen im Haushalt von EHEC-Patienten und EHEC-Ausscheidern
- 2013: Stellungnahme der DGKH zu Prävalenz, Letalität und Präventionspotenzial nosokomialer Infektionen in Deutschland 2013
- 2015: Hygienische Aspekte in der gynäkologischen Praxis
- 2016: Postexpositionsprophylaxe im Rettungsdienst
- 2016: Gesundheitliche Bedeutung, Prävention und Kontrolle Wasser-assoziiertes Pseudomonas aeruginosa-Infektionen
- 2017: Empfehlung zum hygienegerechten Umgang mit Therapiehunden in Krankenhäusern und vergleichbaren Einrichtungen

2.2. Kurztipps und Videos zur Krankenhaushygiene

Walter Popp

Die Erarbeitung von Kurztipps zur Krankenhaushygiene wurde von Jörg Ansorg als Geschäftsführer des Berufsverbands der Deutschen Chirurgen (BDC) und Klaus Dieter Zastrow als Verantwortlicher für die Öffentlichkeitsarbeit der DGKH ins Leben gerufen. Der erste Kurztipp „Händedesinfektion ist dem Händewaschen deutlich überlegen“ erschien im Mai 2008 in der Verbandszeitschrift und auf der Webseite des BDC. Seitdem gibt es jeden Monat einen Hygienetipp; im Juni 2021 wurde die Anzahl 150 erreicht. Die Vorgabe von ca. 1.500 Zeichen wurde selten unterschritten. Ggf. umfasst ein Tipp auch zwei Seiten, z. B. „Masken in der Medizin – eine kleine Geschichte“ (Mai 2021). Manche Themen widmeten sich akuten Zwischenfällen, z. B. „Darf man Zitronensaft in sterile Körperhöhlen oder Wunden geben?“. Viele Themen behandelten den Alltag bewegende Fragen von Kopftüchern im Gesundheitswesen bis zur Arbeitskleidung für Studenten und PJler.

Verfasst wurden die Kurztipps über viele Jahre von Klaus Dieter Zastrow zusammen mit Walter Popp. Ab 2020 waren es Lutz Jatzwauk, Walter Popp, Ricarda Schmithausen und Wolfgang Kohnen.

Manchmal ist es schwierig, ein neues Thema zu finden.

Manchmal drängen sich mehrere Themen gleichzeitig auf. Da die Kurztipps gern in der Praxis einschließlich von Behörden im Rahmen ihrer Begehungen herangezogen werden, soll diese Tradition fortgesetzt und möglichst auf breitere Schultern gestellt werden.

In bisher 19 Videos werden in z. T. amüsanter jeweils mitreißender Form Alltagsthemen wie Händedesinfektion, Verbandwechsel, Legen des ZVK, Prävention auf dem Boden wissenschaftlicher Evidenz von SSI filmisch umgesetzt. Die Videos können unter Angabe der Quelle (Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene e.V., www.krankenhaushygiene.de) frei für den Nicht-kommerziellen Bereich sowie in der Aus-, Fort- und Weiterbildung verwendet werden.

2.3. COVID-19 – was folgt daraus

Peter Walger

Die DGKH hat die SARS-CoV-2-Pandemie von Beginn an als eine Herausforderung von historischem Ausmaß für den Infektionsschutz von Patienten und Personal in den medizinischen und pflegerischen Versorgungsstrukturen wie auch für die gesamte Bevölkerung bewertet. Für die DGKH galt von Beginn an, die Erfahrungen des praktischen Infektionsschutzes, die über Jahrzehnte in der täglichen Arbeit der Krankenhaus- und allgemeinen Hygiene gewonnen wurden, für das Pandemie-Krisenmanagement nutzbar zu machen, wohlwissend, dass sich die Kenntnisse über den neuen respiratorischen Erreger, die Übertragungswege, Ansteckungs- und Verbreitungsfähigkeit, die Morbiditäts- und Mortalitätsverteilung und die Effektivität der klassischen Schutzmaßnahmen erst im Verlauf in einem dynamischen Erkenntnisprozess entwickeln.

Bereits in der zweiten Märzhälfte des vergangenen Jahres konnte der Vorstand der DGKH sich in zwei ausführlichen Stellungnahmen und begleitenden Pressestatements zu grundlegenden Fragen des Krisenmanagements äußern. Die auch aus heutiger Sicht, 16 Monate später, überraschend klare Zusammenfassung des damaligen Kenntnisstandes durch Martin Exner (Präsident der DGKH) und Peter Walger (Sprecher des Vorstands) ist bis heute Richtschnur für z. T. umfassende Stellungnahmen der DGKH zu den vielen Einzelaspekten des Infektionsschutzes wie auch zu grundlegenden Fragen des Pandemiemanagements.

Die DGKH hat sich in über 40 schriftlichen Statements, Stellungnahmen, Positionspapieren, Pressemitteilungen und wissenschaftlichen Publikationen zu den Themen des Pandemiemanagements geäußert. Dabei galt es ausnahmslos, Positionen der Fachgesellschaft zu formulieren und diese durch die einzelnen Vorstandsmitglieder vertreten zu lassen. Auf zwei großen virtuellen Konferenzen als

Ersatz für den verschobenen Präsenz-Jahreskongress wurden zudem zentrale Fragen des SARS-CoV-2-spezifischen Infektionsschutzes und Erfahrungen im Pandemiemanagement behandelt und in zahlreichen Foren breit und intensiv diskutiert.

Im Mittelpunkt standen zunächst die Empfehlungen zur Maskenfrage und zu den grundlegenden Aspekten der AHA-Regeln. Da zunächst der Mangel an Masken und Schutzausrüstung relevant war, lautete entsprechend das Statement der DGKH, dass jede Maske, auch solche in Eigenproduktion, besser als keine Maske ist. Das war wohl eine der herausragenden Empfehlungen in der Zeit des Mangels, gekoppelt mit einer Nähanleitung für Masken in Eigenproduktion, und damit die Geburtsstunde der Alltagsmaske bzw. der Mund-Nasen-Bedeckung. Die aktuellen Stellungnahmen haben dagegen die Qualitätskontrollen der industriellen Maskenproduktion und die Sicherung optimaler Atemschutzmasken für den professionellen Bereich im Blick. Die DGKH hat sich jenseits aller laborbasierten Maskentests immer dafür ausgesprochen, dass das Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes, d. h. der klassischen OP-Maske, in der wirklichen Welt eine der effektivsten Maßnahmen zum Schutz vor Ansteckung ist. Der immer wieder geäußerten Behauptung eines fehlenden Eigenschutzes ist die DGKH entschieden entgegengetreten, auch mit dem Hinweis, dass keine einzelne Maßnahme einen 100 %igen Schutz bietet und immer nur das Bündel der Maßnahmen den Schutz verbessert. Die theoretischen Vorzüge der Atemschutzmasken vom Typ FFP2 oder KN95 werden unter den realen Alltags-Bedingungen der Bevölkerung nicht nur neutralisiert, sondern können sogar ins Gegenteil verkehrt werden. FFP2-Masken gehören nicht in Laienhand. Wer keine Auswahl einer gesichtsangepassten Maske hat, wer keinen Test auf Dichtsitz durchführt und wer zur Umgehung der erschwerten Atmung bei korrektem Tragen durch die Leckagen atmet, der hat hinter einer FFP2-Maske ein höheres Ansteckungsrisiko.

Die Erfahrungen im Ausbruchmanagement und in der Erarbeitung strukturierter Ausbruchsanalysen waren weitere Schwerpunkte, die die DGKH in viele Beratungen von Politik, Wirtschaftsverbänden und Fachgesellschaften einbringen konnte. Gerade das Ausbruchmanagement in Systemen, wie dem Medizinbetrieb, muss der Maxime folgen, die Systeme am Laufen zu halten. Krankenhäuser können in aller Regel nicht stillgelegt werden, wenn in ihnen Maßnahmen zur Ausbreitungskontrolle zum Schutz von Patienten und Personal getroffen werden müssen.

Während jedoch Regeln des Infektionsschutzes in medizinischen Versorgungsbereichen, getragen durch qualifiziertes professionelles Hygienepersonal, eher umzusetzen sind, bestand die große Herausforderung darin, dass

mit zunehmender Überlastung des öffentlichen Gesundheitswesens, insbesondere der Gesundheitsämter, sich das Infektionsgeschehen unkontrolliert in Bereiche mit zum Teil unzureichenden oder gar nicht vorhandenen Hygienestrukturen verlagerte. Ausbrüche in Alten- und Pflegeheimen, in Betrieben mit besonderen Übertragungsrisiken wie der fleischverarbeitenden Industrie und vor allem Ansteckungen in den privaten Lebensräumen waren die Treiber der Pandemie. Die DGKH hat mit der Herausgabe des „Corona-Knigge“, eines Ratgebers des privaten Infektionsschutzes in alltagstauglicher Sprache reagiert und für eine massenhafte Verteilung via Internet und auch via gedruckte Version gesorgt. DGKH-Stellungnahmen zum Infektionsschutz in Alten- und Pflegeheimen, in sonderpädagogischen Einrichtungen, in Schulen und Kitas, zur Teststrategie und zur Verhältnismäßigkeit des staatlichen Krisenmanagements wurden erarbeitet und veröffentlicht. Eine der intensiv bearbeiteten Aktionsfelder der DGKH entwickelte sich in der Zusammenarbeit mit den pädiatrischen Fachgesellschaften und hier insbesondere mit der Deutschen Gesellschaft für pädiatrische Infektiologie (DGPI). War zunächst das bedrohliche Ausmaß von Ausfällen beim ärztlichen und pflegerischen Personal in Folge von Schul- und Kita-Schließungen maßgeblich für die DGKH, sich mit diesem Bereich zu befassen, wurde das Thema in der Folgezeit mehr und mehr zur grundlegenden Befassung mit Fragen der Rolle der Kinder und Jugendlichen in der Dynamik der Pandemie und der Verhältnismäßigkeit der Kontrollstrategien. Durch mehrere fundierte und ausführliche Literatur-basierte Stellungnahmen entwickelte sich die Kooperation von DGKH und DGPI zu der wichtigsten Stimme im Pandemiemanagement, die sich dem Alarmismus der Lehrerschaft, den theoretischen Modellierern und den zahllosen Einzelexperten aus Politik und Wissenschaft mit datenbasierten Positionen entgegensetzten. DGKH und DGPI wurden mit ihrer klaren Position für das Offenhalten von Schulen und Kitas unter kontrollierten Hygienebedingungen wichtige und beachtete Berater für viele Landesregierungen, deren Kultusbürokratien, Vertreter der Eltern- und Lehrerschaft und anderer Fachgesellschaften. Die Zulassung von zwei Klage-Verfahren durch das Bundesverfassungsgericht zum Thema der Verhältnismäßigkeit von Schulschließungen und anderen Maßnahmen des Lockdowns und die Erarbeitung eines umfassenden Fragenkatalogs durch das BVerfG für verschiedene gesellschaftliche Organisationen und Institutionen wäre ohne die fundierten Ausarbeitungen der DGKH und der DGPI wahrscheinlich nicht möglich gewesen.

In jüngster Zeit musste sich die DGKH zunehmend mit den Themen Übertragungsrisiken im Fernbereich, der Rolle der Aerosole als Vehikel der Fernübertragung und der Be-

deutung von Lüften und Luftreinigung auseinandersetzen. Auch hier muss die DGKH feststellen, dass trotz der durch das Umweltbundesamt (UBA) eingrenzenden Indikation für mobile Luftreinigungsgeräte (MLRG) in Räumen mit eingeschränkter Belüftbarkeit die Politik sich einem immensen Lobby-Druck der MLRG-Hersteller beugt. Entgegen der Positionen von UBA und DGKH werden aktuell Beschlüsse über den flächendeckenden Einsatz von MLRG in Schulen gefasst, ohne dass es dafür weder ausreichende Belege eines Wirksamkeitsnachweises noch fundierte Qualitätsstandards für Aufstellung, Wartung, Lärmbelastigung, Verdüftungseffekte und andere Sicherheitsaspekte gibt.

Mit großer Sorge muss konstatiert werden, dass mit zunehmender Dauer der Pandemie die Distanzierung von Politik auf der einen Seite und Wissenschaft in Form ihrer Fachgesellschaften, mandatierter Expertengremien und anderer Institutionen mit Beratungsfunktion auf der anderen Seite weiter voranschreitet. Die Missachtung der Ständigen Impfkommission (STIKO) und ihrer Empfehlungen zur Impfung von Risiko-Kindern ist nur eines der Beispiele, die diese Sorge begründet.

Die DGKH hat sich diesem Trend durch Beharrlichkeit in der wissenschaftlichen Erarbeitung ihrer Positionen und Konstanz ihrer Meinungsbildung als Fachgesellschaft unbeirrt widersetzt. Die Kooperation mit anderen Fachgesellschaften, insbesondere den Vertretern der wissenschaftlichen Pädiatrie, die Verteidigung der mandatierten Expertengremien wie der STIKO, der KRINKO und die enge, kritische, aber immer konstruktive Bezugnahme auf die Stellungnahmen der WHO, der ECDC und des RKI haben dazu beigetragen, dass die Stimme der DGKH verlässlich, authentisch, hörbar und nachvollziehbar eine Stimme der wissenschaftlichen Vernunft geblieben ist. Sämtliche Stellungnahmen der DGKH sind über die Homepage weiterhin abrufbar und zitierfähig.

31.01.2020: Stellungnahme der DGKH zu „Häusliche Pflege von Patienten mit Verdacht auf 2019-nCoV-Infektion mit geringgradigen Symptomen und Management von Kontakten“, Interim-Empfehlung der Weltgesundheitsorganisation, angepasst an die krankenhaushygienischen Erfordernisse in Deutschland

Stellungnahme der DGKH zu Infektionspräventions- und Kontrollmaßnahmen während der medizinischen Versorgung von Patienten bei Verdacht auf Infektion mit dem neuen Corona-Virus (2019-nCoV)

19.02.2020: Presseerklärung zum SARS-CoV-2_Ausbruch auf der Diamond Princess

02.03.2020: Presseerklärung zur Versorgung von Patienten mit schweren Verlaufsformen von Covid-19

02.03.2020: Stellungnahme der DGKH zu Aufnahmekriterien bei Covid-19-Patienten

Die stationäre Aufnahme von an Covid-19-erkrankten Patienten soll sich an Schweregradkriterien orientieren.

09.03.2020: Stellungnahme – Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH), Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (BVÖGD), Gesellschaft für Hygiene, Umweltmedizin und Präventivmedizin (GHUP)

Bekämpfung der COVID-19-Epidemie in Deutschland – Notwendige Rollenverteilung zwischen ambulantem und stationärem Sektor sowie öffentlichem Gesundheitsdienst

10.03.2020: Feuerwehr Essen; Taktik zur Reduzierung schwerer Krankheitsverläufe und zur Senkung der Letalität bei SARS-2-CoV (COVID-19) durch Intensivierung von Hygiene- und Schutzmaßnahmen im Bereich der Pflege und Behandlung von alten, pflegebedürftigen und immunsupprimierten Menschen.

14.03.2020: Empfehlungen der Feuerwehr Essen zum Krankentransport im Rettungsdienst bei SARS-CoV-2-Infektionen

15.03.2020: Nähanleitung Feuerwehr Essen

19.03.2020: Stellungnahme der DGKH zum Quarantäne-Management der Gesundheitsämter

22.03.2020: Vorstand der DGKH - Konzept für Strategien zur Folgenminderung (Mitigierung) und zum Schutz gefährdeter Bevölkerungsgruppen (Protection) durch die COVID-19 Epidemie unter Berücksichtigung der Verhältnismäßigkeit; Mitteilung der DGKH - Vollständige Ausgangssperren als Maßnahme zur Kontrolle der COVID-19 Epidemie in Deutschland nicht erforderlich! Schutz der besonders gefährdeten Risikogruppen und der Personen der kritischen Infrastruktur erforderlich!

24.03.2020: Online-Presskonferenz der DGKH - Vollständige Ausgangssperren als Maßnahme zur Kontrolle der COVID-19 Epidemie in Deutschland nicht erforderlich! Schutz besonders gefährdeter Risikogruppen und Personen der kritischen Infrastruktur erforderlich! (Mitschnitt 31.3.)

29.03.2020: Hygiene-Tipp der DGKH - Update zum Sondertipp 2020: Benutzung von Masken bei Lieferengpässen – besser eine textile Maske aus Extraherstellung als überhaupt keine Maske.

30.03.2020: Feuerwehr Essen zur Eindämmung von Covid-19 in Alten- und Pflegeheimen.

06.04.2020: DGKH-Hygienetipp – Wen schützt ein Mund-Nasen-Schutz?

08.04.2020: Stellungnahme der DGKH – Prävention hat oberste Priorität – das Management von COVID-19-Erkrankungen in Alten- und Pflegeheimen

16.04.2020: Stellungnahme Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH), Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (BVÖGD), Gesellschaft für Hygiene, Umweltmedizin und

Präventivmedizin (GHUP) - Bekämpfung der COVID-19-Epidemie in Deutschland – Handlungsempfehlungen für Gesundheitsämter für die infektionshygienische Überwachung der Durchführung von schriftlichen Schulprüfungen (Abitur, ZP 10), sonstiger Abschlussprüfungen in Ausbildungsberufen und in der Universität und zum Wiederbeginn des Schulbetriebes

01.05.2020: Unwissenheit, fehlende Fakten und Aktionismus: auch in Zeiten der Covid-19-Pandemie auf Prinzipien von Antibiotic Stewardship vertrauen, Editorial Peter Walger, Hyg Med 2020; 45 -.

19.05.2020: Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH), der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie (DGPI), der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ), der Gesellschaft für Hygiene, Umweltmedizin und Präventivmedizin (GHUP) und des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzte in Deutschland (bvjk e.V.)

03.08.2020: Gemeinsame Stellungnahme der DGKH zusammen mit den Pädiatern unter dem Dach der DAKJ Maßnahmen zur Aufrechterhaltung eines Regelbetriebs und zur Prävention von SARS-CoV-2-Ausbrüchen in Einrichtungen der Kindertagesbetreuung oder Schulen unter Bedingungen der Pandemie und Kozyklisation weiterer Erreger von Atemwegserkrankungen

01.09.2020: Hygiene-Tipp – Tröpfchen und Aerosole – (k)ein Widerspruch bei der Übertragung von COVID-19?

25.09.2020: Stellungnahme der DGKH zum Einsatz von dezentralen mobilen Luftreinigungsgeräten im Rahmen der Prävention von COVID-19

01.11.2020: S2k-LL SARS-CoV-2, COVID-19 und (Früh-) Rehabilitation; federführende Fachgesellschaft: Deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation (DGNR), beteiligte Fachgesellschaften im Redaktionskomitee: Deutsche Gesellschaft für Epidemiologie, Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische, Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung, Deutsche Gesellschaft für Klinische Psychotherapie, Prävention und Psychosomatische Rehabilitation, Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene, Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie, Deutsche Gesellschaft für Physikalische und Rehabilitative Medizin, Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin, Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen, Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften

20.11.2020: Gemeinsame Stellungnahme der DFGH und der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V. – Auch unter hohen SARS-CoV-2 Infektionszahlen können Gemeinschaftseinrichtungen für Kinder und Jugendliche

geöffnet bleiben, wenn die Hygieneregeln (AHA-L) bei zusätzlichen betrieblich-organisatorischen Maßnahmen eingehalten werden

01.12.2020: Hygiene-Tipp – Berufskrankheiten durch Infektionen, neu: SARS-CoV-2

07.12.2020: Empfehlung der DGKH - Viruzides Gurgeln und viruzider Nasenspray

17.12.2020: Broschüre der DGKH und GHUP - „Corona-Knigge“ für Jung und Alt – kleiner Leitfaden zur Hygiene in Zeiten der COVID-19-Pandemie

15.01.2021: Stellungnahme der DGKH und GHUP zur Verpflichtung zum Tragen von FFP2-Masken im öffentlichen Personennahverkehr und im Einzelhandel

19.01.2021: Aktualisierte Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie (DGPI) und der DGKH zur Rolle von Schulen und Kindertagesstätten in der COVID-19 Pandemie

04.02.2021: Mitteilung der DGKH - Nosokomiale COVID-19-Ausbrüche in vollstationären Pflegeeinrichtungen Ursachen und Forderungen

05.02.2021: Stellungnahme der DGKH und DGPI - Kinder in der COVID-19 Pandemie

08.02.2021: Pressemeldung der DGKH - S3-Leitlinie Maßnahmen zur Prävention und Kontrolle der SARS-CoV-2-Übertragung in Schulen | Lebende Leitlinie

01.03.2021: Gemeinsame Stellungnahme von DGKH und DGPI – Teststrategien zur COVID Diagnostik in Schulen; Hygiene-Tipp – Masken in der Medizin – eine kleine Geschichte; Hygiene-Tipp – Was sagt uns die „Reproduktionszahl“ einer Infektionskrankheit?

08.03.2021: Stellungnahme der DGKH - Hygieniker warnen vor zu hohen Erwartungen an Schnellteste

16.03.2021: Kommentar der DGKH und der DGPI zu flächendeckenden Schnelltests an Schulen

Was lernen wir aus den derzeitigen österreichischen Erfahrungen?

31.03.2021: Stellungnahme der DGKH zur FFP2-Maskenpflicht in Berlin: sie gefährdet mehr als dass sie nützt.

19.04.2021: Stellungnahme von DGPI und DGKH - Hospitalisierung und Sterblichkeit von COVID-19 bei Kindern in Deutschland – Stand April 2021

04.05.2021: Stellungnahme der DGKH zur Aufhebung der Grundrechts-Einschränkungen für vollständig Geimpfte in vollstationären Pflegeeinrichtungen beginnen; neben beabsichtigten Erleichterungen bei Quarantäne- und Testpflicht müssen weitere konkrete Entlastungen möglich sein

07.07.2021: Stellungnahme der DGKH - FFP2-Masken müssen sicherer werden – und sind keine Option für die Bevölkerung

3. Internationale Zusammenarbeit

Walter Popp

In der Satzung der DGKH ist im Vorstand ein Koordinator für Internationale Beziehungen vorgesehen, weil die Zusammenarbeit mit anderen Ländern von vornherein als notwendig erachtet wurde.

Aktuell finden die Aktivitäten der DGKH auf internationaler Ebene vor allem in der International Federation for Infection Control (IFIC) und dem European Network to Promote Infection Prevention for Patient Safety (EUNETIPS) statt.

Die IFIC wurde 1987 mit dem Ziel gegründet, die internationale Zusammenarbeit in den Bereichen Hospital Hygiene/Infection Control zu verbessern. Ein Schwerpunkt sollen insbesondere Länder mit einer eher schlechten Infrastruktur sein. Neben Kongressen und der Herausgabe einer eigenen Zeitschrift (International Journal of Infection Control) ist die Herausgabe der „Basic Concepts of Infection Control“ ein wesentliches Ergebnis der IFIC-Arbeit, die inzwischen in der dritten Auflage auf der Webseite frei zugänglich ist.

Die DGKH ist seit 1993 Mitglied der International Federation of Infection Control (IFIC) und hat sich seitdem an der Vorbereitung und Durchführung der IFIC-Meetings beteiligt. Für die DGKH war Peter Heeg von 1997 bis 2004 im Vorstand der IFIC. Ihm folgten von 2006 bis 2014 Walter Popp und von 2014 bis 2018 Birgit Ross. Derzeit ist kein deutscher Vertreter im Board der IFIC.

EUNETIPS wurde auf Initiative der DGKH 2008 in Berlin mit dem in der Berliner Erklärung formulierten Ziel gegründet, die nationalen Fachgesellschaften für Krankenhaushygie-

ne/Infection Control in Europa zu vernetzen. Im Jahr 2021 gehören EUNETIPS 30 Fachgesellschaften aus 21 Ländern an. Das letzte Treffen von EUNETIPS fand im Dezember 2019 in Timisoara/Rumänien statt. Danach verhinderte die Corona-Pandemie weitere Treffen. 2019 wurde der bisherige EUNETIPS-Präsident Silvio Brusaferrero zum Präsidenten des Istituto Superiore di Sanità (Italian National Institute of Health) ernannt. Er war während der COVID-19 Pandemie der wichtigste Ratgeber der italienischen Regierung. Auf den virtuellen DGKH-Kongressen im November 2020 und März 2021 wurden halbtägige EUNETIPS-Symposien mit Beiträgen aus verschiedenen Ländern veranstaltet. Gute Kontakte bestehen zum European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) in Stockholm.

Mit der Polnischen Gesellschaft für Hospitalinfektionen findet seit deren Gründungsvorbereitungen eine enge Zusammenarbeit statt. 1994 wurde Prof. Piotr B. Heczko aus Krakau für seine Verdienste um die Gründung der polnischen Schwestergesellschaft zum korrespondierenden Mitglied der DGKH berufen.

Die internationale Zusammenarbeit wird von allen Seiten als unerlässlich angesehen. Sie leidet allerdings darunter, dass die Vertreter der in die Zusammenarbeit eingebundenen Länder sowohl beruflich als auch ehrenamtlich im Rahmen ihrer nationalen Fachgesellschaft stark belastet sind. COVID-19 hat eindrücklich gezeigt, wie wichtig die internationale Kooperation ist. Diese Entwicklung wird nach der Pandemie verstärkt unterstützt.

4. Die Rolle der DGKH in der Meinungsbildung zur Theorie und Praxis der Krankenhaushygiene

Martin Exner und Axel Kramer

Wissenschaftliche Veranstaltungen sind Höhepunkte im Leben einer Fachgesellschaft. Auf dem 1. Internationalen Kongress der DGKH 1992 in Marburg wurden die Traditionen der neun Symposien bzw. Kongresse über Sterilisation, Desinfektion und Antiseptik in der ehemaligen DDR und der vier Marburger Kongresse für Angewandte Krankenhaushygiene zusammengeführt. Schon 1 Jahr später wurde der 2. Internationale Kongress in Stuttgart durchgeführt. Die seit 1996 in 2-jährigem Abstand jeweils in Berlin durchgeführten Kongresse haben sich zur größten europäischen Veranstaltung für Krankenhaushygiene entwickelt. Was auf dem 3. Kongress als Probestart begonnen wurde, konnte in der Folge erfolgreich etabliert werden: die Übernahme krankenhaushygienischer Spezialthemen durch dem Anliegen der Krankenhaushygiene verbundene medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaften.

Gemeinsam mit anderen medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften durchgeführte Kongresse und Symposien haben einen besonderen Stellenwert, da der in diesem Rahmen geführte interdisziplinäre Dialog effektiv ist und häufig neue Probleme aufwirft, die nur durch interdisziplinäre Zusammenarbeit erfolgreich zu lösen sind. Im Jahr 2000 wurde der 8. Kongress der Gesellschaft für Hygiene und Umweltmedizin in Bonn gemeinsam mit der DGKH veranstaltet. Eine regelmäßige Zusammenarbeit hat sich bei der Gestaltung der Dreiländer-Kongresse Krankenhaushygiene, den Ulmer Symposien Krankenhausinfektionen sowie den Jahrestagungen der DGHM, der DGSV und der DGPU entwickelt. 2005 hat die DGKH als Mitveranstalter das 1. Europäische Symposium „Water and Hospital“ in Reims mitgestaltet. Auf dem Internationalen Kongress der DGKH 2006 wurde in Fortsetzung dieser Veranstaltung die

2. Europäische Konferenz der European Hospital Hygiene Societies „Water Hygiene in Health Care – Updates, Trends and Recommendations in Europe and USA“ durchgeführt.

Außerdem wurden und werden regionale wissenschaftliche Veranstaltungen durchgeführt, um die Empfehlungen und Anregungen der DGKH an die breite Basis zu bringen. Beispielhaft seien die Durchführung der 6 Krankenhaushygieneetage des Norddeutschen Hansegebiets (1990, 1991, 1992, 1997, 1999, 2001) sowie die Fortbildungsveranstaltungen in Bad Saarow (2000), Berlin (2000, 2001, 2002), Potsdam (2001), Rostock und Erfurt (1991), Greifswald (1995) genannt.

Im Arbeitskreis Krankenhaus- und Praxishygiene der AWMF werden von der DGKH gemeinsam mit 18 weiteren Fachgesellschaften und dem RKI als ständigem Gast seit 1991 Leitlinien zur Praxis der Krankenhaushygiene erarbeitet.

Die DGKH unterstützt mit Delegierten die Arbeit von Normenausschüssen. Aktuell betraf und betrifft folgende Aktivitäten:

- WG1 „Humanmedizin“ im CEN-TC 216 „Desinfektion und Antiseptik“ (Leitung)
- CEN-TC „OP-Abdeckmaterialien und OP-Kittel“
- CEN-TC 102/WG8: Washer-disinfectors (Leitung der deutschen Delegation bis 2020)
- nationaler Spiegelausschuss NA MED TEX OP „Operationstextilien (Leitung)
- nationaler Spiegelausschuss NA MED TEX OP „Operationstextilien“ (Leitung)
- nationales Spiegelgremium NA MED D 09 „Reinigungs-Desinfektionsgeräte“ (Leitung bis 2020)
- DIN-Gruppe „Gewerbliches Geschirrspülen“ (Leitung)
- ISO/TC 198 WG 13 washer-disinfectors (Leitung der deutschen Delegation bis 2020)
- DIN 1964-4: Raumlufttechnik.

In der Zentralstelle der Länder für Gesundheitsschutz bei Medizinprodukten war die DGKH im Sektorkomitee „Medizinische Laboratorien“ an der Erarbeitung der Anforderungen für die Akkreditierung von Laboratorien von Seiten der Hygiene beteiligt und in der AG „Kontaktlinsen, Intraokularlinsen, Desinfektionsmittel und Pflegeprodukte“ vertreten. 2007 hat sich die „International Expert Group for Safety in Medical Devices Reprocessing“ mit der Zielsetzung konstituiert, die Fragestellung der Gewährleistung der Patientensicherheit durch sachgerechte Aufbereitung von Medizinprodukten auf der Basis eines differenzierten Risk-Assessments sowohl bei industrieller Aufbereitung (Spezialaufbereitung) als auch in der ZSVA sowie im ambulanten Bereich interdisziplinär zu analysieren. In Anbetracht der Bedeutung dieser Initiative und auf Grund der Mitarbeit von

Experten der DGKH haben sowohl die DGKH als auch die Deutsche Gesellschaft für Sterilgutversorgung (DGSV) die Schirmherrschaft für die Gruppe übernommen.

Zusätzlich zum Mitteilungsorgan der DGKH, der Zeitschrift Hygiene und Medizin, wird seit 2006 in German Medical Science (GMS), dem Publikationsportal der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), das frei zugängliche eJournal „GMS Krankenhaushygiene Interdisziplinär“ als offizielles Publikationsorgan der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH) herausgegeben (<https://www.egms.de/dynamic/de/journals/dgkh/index.htm>). Seit 2013 wird die Zeitschrift in Englisch mit deutschsprachiger Zusammenfassung unter dem neuen Titel „GMS Hygiene and Infection Control“ (GHIC) herausgegeben. Auf Wunsch der Autoren ist eine zweisprachige Veröffentlichung möglich. GHIC ist offen für den gesamten Bereich der Theorie und Praxis der Krankenhaushygiene im Bereich der Grundlagen- und Anwendungsforschung mit dem Schwerpunkt der Infektionsprävention und -kontrolle. Zugleich möchte GHIC als Plattform für epidemiologische und andere infektionsschutzrelevante Daten in Deutschland, Österreich oder der Schweiz dienen, die aufgrund ihrer einzigartigen oder hochselektiven Themen in anderen internationalen Zeitschriften teilweise kaum akzeptiert werden. Nach peer-review-Verfahren werden Originalartikel, Übersichtsarbeiten und Kasuistiken veröffentlicht. Zugrundeliegende Forschungsdaten können im Datenrepositorium Dryad veröffentlicht werden. Die Zeitschrift ist in PubMed gelistet und die Artikel sind im PubMed Central Repository hinterlegt. Das Open-Access-E-Journal bietet ein Forum für den kontinuierlichen Informations- und Meinungsaustausch durch Beiträge von Wissenschaftlern, Fachleuten, politischen Entscheidungsträgern und anderen Akteuren der Infektionsbekämpfung (Anzahl der Gesamtzugriffe auf PubMed Central bis 05-2021 103.667).

Die DGKH leistet einen eigenständigen Beitrag zur Forschungsförderung auf dem Gebiet der Krankenhaushygiene, indem sie seit dem Jahr 2007 auf Antrag Forschungsvorhaben mit maximal 10.000 € pro Projekt fördert. Gefördert wurden z. B. Untersuchungen zur Wundkontamination mit Wühlmausschussapparaten (2007), Vermittlung von Hygienemaßnahmen für Kinder, Eltern und Besucher in Kinderkliniken (Hygienetipps für Kids) (2007), Gesundheitsgefahren in der Abfallentsorgung in Alten-/ Pflegeheimen und Entsorgungsbetrieben (GAAPE) (2008), Pseudomonas aeruginosa Ausbrüche auf Intensivstationen: Wie häufig sind sie? (2017), Etablierung und Charakterisierung des 4-Felder-Tests mit dem Hepatitis C Virus als Blut übertragendes („blood-borne“) Pathogen“ (2018), Einfluss der Händedesinfektion auf das Mikrobiom (2019), Punktprävalenzuntersuchung zur

qualitativen Analyse des Einsatzes von Antibiotika und Antimykotika in der pädiatrischen Onkologie und Hämatologie – ein prospektives, multizentrisches, qualitatives Audit (2020).

Ebenso dienten der Fresenius-Hygienepreis (Stiftung von Fresenius Kabi Bad Homburg), der Hohensteiner Hygiene-Preis (Stiftung vom Forschungsinstitut Hohenstein) und der Ignaz-Philipp-Semmelweis-Forschungspreis (Stiftung von BODE Chemie Hamburg) der Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses und der Popularisierung wichtiger neuer Erkenntnisse für Theorie und Praxis der Krankenhaushygiene.

Im Jahr 2014 hat die DGKH folgende Forderungen zur Krankenhaushygiene an die Politik adressiert:

- Qualifizierte infektionshygienische Überwachung von medizinischen Einrichtungen durch die Gesundheitsämter
- Verbesserung und Überwachung der Reinigung in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen mit Einsatz von periodisch geschultem Fachpersonal (verbindliche Mindestanforderungen zum risikoadaptierten Personalschlüssel und zur Qualifikation)
- Umsetzung der S3-Leitlinie zum „Antibiotic Stewardship“ in allen Krankenhäusern, ambulant operierenden Einrichtungen und Arztpraxen
- Ausreichende Investitionen zur Qualifikation und Sicherung eines ausreichenden Personalbestands in den Pflegeberufen mit verbindlicher Festlegung eines risikoadaptierten Personalschlüssels in allen medizinischen und pflegerischen Bereichen
- Bereitstellung ausreichender Mittel für Krankenhausbau, -ausstattung und -sanierung unter mitverantwortlicher Beteiligung der Länder zur nachhaltigen Sicherung einer hochqualitativen modernen medizinischen Versorgung als primärem Auftrag unter kommunaler Trägerschaft
- Erhaltung vorhandener und Wiedereinrichtung abgewickelter sowie Schaffung neuer Lehrstühle für Hygiene an allen medizinischen Fakultäten unserer Universitäten
- Verbesserung der Lehre der Hygiene in der medizinischen Ausbildung und in allen Berufen in der direkten und indirekten Patientenversorgung

- Ausweitung einer kontrollierten Meldepflicht für nosokomiale Infektionsausbrüche auf Häufungen von Besiedlungen relevanter MRE wie MRSA und Carbapenemresistenten Gram-negativen Erregern mit Bußgeldbewehrung bei Nichteinhaltung
- Information und Schulung der Patienten in ihre persönliche Hygiene u. a. zur Prävention nosokomialer Transmissionen von MRE.

Später wurde noch eine Meldepflicht für MSSA-Blutstrominfektionen angeregt.

Fast alle Forderungen konnten u. a. durch Initiativen der DGKH realisiert werden. Allerdings hat sich die Forderung nach Erhaltung und Wiedereinrichtung – ungefähr die Hälfte der vorhandenen Lehrstühle wurde nicht wiederbesetzt – sowie nach Schaffung neuer Lehrstühle für Hygiene an den medizinischen Fakultäten nicht erfüllt. Die Situation ist weiterhin bedrückend. Die curriculare Ausbildung „Krankenhaushygiene“ kann nur dazu dienen, eine krankenhaushygienische Betreuung zu sichern, die weiteren Gebiete der Hygiene bleiben ohne die fehlenden entsprechenden Fachärzte für Hygiene unbearbeitet. Für die Entwicklung des Fachgebiets werden eigenständige Institute für Hygiene, Öffentliche Gesundheit und Umweltmedizin benötigt, in denen im Ineinandewirken von Grundlagen- und Anwendungsforschung die methodischen Grundlagen für pro-aktive Präventionskonzepte erarbeitet werden.

Auch im Bereich der Ausbildung von Medizinstudenten und Pflegepersonal müssen die wichtigsten Inhalte der Krankenhaushygiene vermittelt und geprüft werden. Ein Ausbildungskatalog liegt seitens des medizinischen Fakultätentags und der KRINKO vor, der jedoch verbindlich an den medizinischen Fakultäten gelehrt werden muss.

Die DGKH war bereits bei ihrer Gründung überzeugt, dass nur die Zusammenarbeit aller Berufsgruppen – Kliniker, Pflegeberufe, Hygieniker, Mikrobiologen, Infektiologen, Amtsärzte, Architekten, Ökonomen, Ingenieure, Verwaltung und Politik – ein Maximum an Erfolgen garantieren kann. Da es um die Verhinderung von Infektionen im Rahmen der medizinischen Versorgung geht, müssen auch die Patienten einbezogen werden. Voraussetzung ist auch weiterhin der politische Wille, die notwendigen personellen und strukturellen Bedingungen zu sichern.

Vorstände der DGKH

1990–1992

H.-J. Bergmann (Stendal)
 Prof. Dr. Jürgen Großer (Berlin) †
 Dr. Heidemarie Juras (Berlin) †
 Dr. Wolfgang Kaufhold (Berlin)
 Prof. Dr. Axel Kramer (Greifswald)
 Dr. Rolf Machmerth (Erfurt)
 Anni Nagel (Rostock)
 Prof. Dr. Giselher Schuschke (Magdeburg) †

1992–1994

H.-J. Bergmann (Stendal)
 Margrith Bühler-Steiner (Zürich)
 Prof. Dr. Martin Exner (Bonn)
 Dr. Wolfgang Kaufhold (Berlin)
 Prof. Dr. Axel Kramer (Greifswald)
 Dr. Rolf Machmerth (Erfurt)
 Prof. Dr. Giselher Schuschke (Magdeburg) †
 Prof. Dr. Walter Steuer (Stuttgart)
 Prof. Dr. Heinz-Peter Werner (Mainz)

1994–1998

Margrith Bühler-Steiner (Zürich)
 U. Junghannß (Stuttgart)
 Prof. Dr. Axel Kramer (Greifswald)
 Dr. Rolf Machmerth (Erfurt)
 Dr. Friedrich von Rheinbaben (Düsseldorf)
 Dr. Alfred Schneider (Pforzheim)
 PD Dr. Georg Schrader (Erfurt)
 Prof. Dr. Walter Steuer (Stuttgart)
 Prof. Dr. Heinz-Peter Werner (Mainz)

1998–2002

Prof. Dr. U. Junghannß (Stuttgart)
 Prof. Dr. Axel Kramer (Greifswald), Präsident
 Prof. Dr. Heike Martiny (Berlin), Schatzmeisterin
 Dr. Friedrich von Rheinbaben (Düsseldorf)
 Dr. Alfred Schneider (Pforzheim), 2. Vorsitzender
 Prof. Dr. Walter Steuer (Stuttgart)
 Prof. Dr. Heinz-Peter Werner (Mainz)
 Prof. Dr. Klaus-Dieter Zastrow (Berlin)

2002–2006

Dr. Bärbel Christiansen (Kiel)
 Enriqueta Fobbe (Warstein)
 Dr. Hans-Jürgen Knopf (Höxter)
 Prof. Dr. Axel Kramer (Greifswald), Präsident
 Prof. Dr. Heike Martiny (Berlin), Schatzmeisterin
 Dr. Alfred Schneider (Pforzheim), 1. Vizepräsident
 Prof. Dr. Walter Steuer (Stuttgart)
 Prof. Dr. Heinz-Peter Werner (Schwerin)
 Prof. Dr. Manfred H. Wolff (Witten), 2. Vizepräsident
 Prof. Dr. Klaus-Dieter Zastrow (Berlin),
 Koordinator Öffentlichkeitsarbeit

2006-2010

Dr. Bärbel Christiansen (Kiel)
 Prof. Dr. Martin Exner (Bonn), 1. Vizepräsident
 Prof. Dr. Axel Kramer (Greifswald), Präsident
 Barbara Loczenski (Berlin)
 Prof. Dr. Heike Martiny (Berlin), Schatzmeisterin
 Prof. Dr. Walter Popp (Essen)
 Dr. Alfred Schneider (Pforzheim), 2. Vizepräsident
 Prof. Dr. Arne Simon (Homburg/Saar)
 Prof. Dr. Manfred H. Wolff (Witten)
 Prof. Dr. Klaus-Dieter Zastrow (Berlin),
 Koordinator Öffentlichkeitsarbeit

2010-2014

Dr. Bärbel Christiansen (Kiel)
 Prof. Dr. Martin Exner (Bonn), Präsident
 Priv.-Doz. Dr. Ursel Heudorf (Frankfurt am Main)
 Prof. Dr. Axel Kramer (Greifswald), Altpräsident
 Barbara Loczenski (Berlin)
 Prof. Dr. Heike Martiny (Berlin), Schatzmeisterin
 Prof. Dr. Walter Popp (Essen), 1. Vizepräsident
 Dr. Alfred Schneider (Pforzheim), 2. Vizepräsident
 Dr. Peter Walger (Bonn)
 Prof. Dr. Klaus-Dieter Zastrow (Berlin),
 Koordinator Öffentlichkeitsarbeit

2014–2018

Prof. Dr. Martin Exner (Bonn), Präsident
Prof. Dr. Sabine Gleich (München)
Prof. Dr. Caroline Herr (Oberschleißheim)
Barbara Loczenski (Berlin)
Prof. Dr. Heike Martiny (Berlin), Schatzmeisterin
Prof. Dr. Walter Popp (Essen), 1. Vizepräsident
Dr. Alfred Schneider (Pforzheim), 2. Vizepräsident
Dr. Peter Walger (Bonn), Koordinator Öffentlichkeitsarbeit

2018–2022

Dr. Christof Alefelder (Düsseldorf)
Prof. Dr. Martin Exner (Bonn), Präsident
Petra Geistberger (München/Frankfurt am Main)
Dr. Sabine Gleich (München)
Prof. Dr. Caroline Herr (Oberschleißheim)
Prof. Dr. Lutz Jatzwauk (Dresden), 2. Vizepräsident
Dr. Friederike Lemm (Bochum), Schatzmeisterin
Barbara Loczenski (Berlin)
Prof. Dr. Walter Popp (Essen), 1. Vizepräsident
Dr. Peter Walger (Bonn), Koordinator Öffentlichkeitsarbeit

Seit 2022

Dr. Christof Alefelder (Düsseldorf)
Dr. Sabine Edlinger (Herne)
Prof. Dr. Martin Exner (Bonn), Präsident
Dr. Sabine Gleich (München), 2. Vizepräsidentin
Dipl.-Wirt.Ing. Martin Groth (Mönchengladbach)
Prof. Dr. Caroline Herr (Oberschleißheim)
Dr. Friederike Lemm (Bochum), Schatzmeisterin
Prof. Dr. Walter Popp (Essen), 1. Vizepräsident
Dr. Peter Walger (Bonn), Koordinator Öffentlichkeitsarbeit

Die Leiter der Sektionen der DGKH sowie der Vorsitzende der Fachkommission sind ebenfalls Mitglieder des Vorstandes.

Ehrenmitglieder

Dr. Li Han, Beijing, China
Dr. Wolfgang Kaufhold, Berlin †
Prof. Dr. Axel Kramer, Greifswald
Sigrid Krüger, Grünendeich
Prof. Dr. Heike Martiny, Berlin
Wolfgang Müller M.A., AWMF Geschäftsstelle
Barbara Nußbaum, Zuzenhausen
Prof. Dr. Manfred Rotter, Wien, Österreich
Prof. Dr. Bill Rutala, Chapel Hill, USA
Dr. Alfred Schneider, Pforzheim
Prof. Dr. Walter Steuer, Stuttgart †

Kongresse der DGKH

17. Kongress für Krankenhaushygiene 2024

Bonn, 12.05.-15.05.2024

Fachtagung für Krankenhaushygiene

Essen und online, 12.-13.05.2023

Hygiene in Zeiten von Klimawandel, Pandemien, Naturkatastrophen und Kriegen

Berlin, 02.-03.02.2023

16. Kongress für Krankenhaushygiene 2022

Berlin, 30.04.-04.05.2022

15. Kongress für Krankenhaushygiene online 2021

Livestream, 12.-14.04.2021

Krankenhaushygiene online 2020

Livestream, 02.-04.11.2020

14. Kongress für Krankenhaushygiene 2018

Berlin, 18.-21.03.2018

13. Kongress 2016

Berlin, 13.-16.04.2016

Internationales Symposium Differences and Similarities in Infection Prevention in European Countries

Berlin, 26. Juni 2015

Symposium Krankenhaushygiene für Patientenfürsprecher

Essen, 7. Mai 2015

12. Kongress 2014

Berlin, 30.03.-02.04.2014

Patientenschutz und Hygiene

Berlin, 07.06.2013

11. Kongress 2012

Berlin, 25.-28.03.2012

The Infected Wound 2011

Berlin, 03.-04.06.2011

10. Internationaler Kongress

Berlin, 18.-21.04.2010

Die infizierte Problemwunde

Berlin, 26.-27.06.2009

9. Internationaler Kongress

Berlin, 20.-23.04.2008

8. Internationaler Kongress

Berlin, 02.-05.04.2006

7. Internationaler Kongress

Berlin, 04.-07.04.2004

6. Internationaler Kongress

Berlin, 07.-10.04.2002

5. Internationaler Kongress

Dresden, 27.02.-01.03.2000

4. Internationaler Kongress

Stuttgart, 04.-06.03.1998

3. Internationaler Kongress

Stuttgart 28.02.-01.03.1996

2. Internationaler Kongress

Erfurt, 18.-20.11.1993

1. Internationaler Kongress

Marburg, 26.-28.03.1992

Deutsche Gesellschaft für Allgemeine und Krankenhaus-Hygiene e.V. (DGKH)

Joachimsthaler Straße 31-32

10719 Berlin

Telefon: +49 30 887273730

Fax: +49 30 887273737

E-Mail: info@krankenhaushygiene.de

www.krankenhaushygiene.de