

Im Griff der Prionen oder Prionen im Griff?

Wie können die französischen Empfehlungen in der Spitalpraxis Anwendung finden?

von Dr. Bénédicte Gourieux, Verantwortlicher Spitalapotheke, Universitätsspitaler Strassburg

Die Risikoprävention bei der Übertragung von NCTA (unkonventionelle übertragbare Krankheitserreger), auch Prionen genannt, begann in Frankreich ab 1994 mit den ersten Fällen von mit der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit kontaminierten Patienten. Im Spitalbereich wurde diese Prävention durch das Auftreten der neuen Variante der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit und die Hypothese einer artübergreifenden Übertragung und Kontamination (vom Rind auf den Menschen) über die Nahrungsaufnahme 1991 durch rechtliche Bestimmungen verstärkt.

Für ein Universitätsspital sind die Auswirkungen eines solchen Reglements von grosser Bedeutung, da ein Grossteil des medizinischen Personals direkt von der Prävention eines Übertragungsrisikos betroffen ist. Zahlreiche Spezialbereiche (Ophthalmologie, Neurochirurgie, Viszeralchirurgie etc) sowie medizinische Eingriffe und die dafür verwendeten Medizinprodukte sind mit dem so genannten Prionen-Übertragungsrisiko behaftet. Im täglichen Spitalleben stellt der Umgang mit dieser komplexen Problematik deshalb besondere Ansprüche.

Unser Spital stellte in diesem Zusammenhang für die Ausarbeitung einer internen Risikoverwaltungspolitik eine fächerübergreifende Arbeitsgruppe zusammen.

Die Risikoprävention umfasst verschiedene Phasen:

- *Kenntnis des Risikos*: Das Risiko muss gemäss des vorzunehmenden medizinischen oder chirurgischen Eingriffs sowie gemäss des zu behandelnden Patienten ermittelt werden.
- *Risikobestimmung- und -erkennung*: Im Rahmen eines individuellen Gesprächs mit jedem Patienten muss analysiert werden, ob ein ernsthaftes Creutzfeldt-Jakob-Risiko besteht oder nicht. Der für jeden Patienten geplante medizinische oder chirurgische Eingriff spielt bei der Bestimmung des Übertragungsrisikos ebenfalls eine bedeutende Rolle.
- *Signalisierung des identifizierten Risikos*: Dank der Signalisierung des zuvor identifizierten Risikos kann das medizinische und Pflegepersonal die angemessenen Schutzvorkehrungen treffen, beispielsweise bei der Aufbereitung wieder verwendbarer Medizinprodukte.

Die fächerübergreifende Arbeitsgruppe hat ihre Arbeiten auf diese Phasen ausgerichtet.

Zusammenstellung und Aufgaben der Arbeitsgruppe

Die vom Generaldirektor der Universitätsspitaler Strassburg beauftragte Arbeitsgruppe besteht aus:

- Ärzten und Chirurgen risikobehafteter Spezialgebiete (Neurochirurgie, Ophthalmologie, Anatomopathologie, HNO, Gastroenterologie etc.);
- für die Sterilisation von wieder verwendbaren Medizinprodukten sowie den Einkauf von Einwegprodukten verantwortlichen Spitalapothekern;
- Spitalhygienikern;
- an risikobehafteten Eingriffen beteiligtem Pflegepersonal mit und ohne Kontakt mit risikobehafteten Patienten;
- dem Finanzdirektor, der für die wirtschaftlichen Aspekte und das in diesem Zusammenhang notwendige Budget verantwortlich zeichnet.

Diese Arbeitsgruppe hat verschiedene Massnahmen erarbeitet, um auf die Bedürfnisse des Gesundheitspersonals zu antworten:

- Aus- und Weiterbildung des Gesundheitspersonals;
- Identifizierung der risikobehafteten Patienten dank einer Aktualisierung des bestehenden Screening-Fragebogens;
- Definition risikobehafteter medizinischer und chirurgischer Eingriffe sowie der bei diesen Eingriffen verwendeten MP;
- Erarbeitung angemessener Präventionsstrategien für die Bekämpfung des Übertragungsrisikos.

Wichtigste Massnahmen und Ergebnisse

1. Aus- und Weiterbildung

Entwicklung eines Weiterbildungsprogramms für das gesamte medizinische und nicht-medizinische Personal mit folgendem Inhalt: epidemiologische und wissenschaftliche Daten über die Creutzfeldt-Jakob-Krankheit sowie NCTA; praktische Umsetzung des Reglements (Rundschreiben Nr. 138 vom 14. März 2001 über die Vorsichtsmassnahmen zur Eindämmung des Übertragungsrisikos der CJK).

Teilnehmer: Anatomopathologen und Neurologen, Spitalhygieniker, Sterilisationsverantwortliche.

Zwischen 2001 und 2002 wurden 6 Weiterbildungskurse für das nicht-medizinische Personal für insgesamt rund 120 Mitarbeiter organisiert. Für das medizinische Personal wurde ein Informationsabend zu diesem Thema veranstaltet. Leider war die Anzahl der teilnehmenden Ärzte im Vergleich zur Belegschaft des Spitals nur sehr gering.

2. Identifizierung der risikobehafteten Patienten

Die Arbeitsgruppe hat einen Screening-Fragebogen über das Risiko in Bezug auf den Patienten und den bei diesem Patienten geplanten Eingriff erarbeitet. In diesen Fragebogen wurden die Elemente des Rundschreibens Nr. 138 vom 14. März 2001 integriert. Der den risikobehafteten Eingriff vornehmende Arzt zeichnet für das umfassende Ausfüllen dieses Fragebogens verantwortlich.

Der Fragebogen wurde an alle Chefärzte der einzelnen Abteilungen unseres Spitalzentrums verteilt. Gleichzeitig wurde vorgeschlagen, für die Diagnose eines Patienten, der die für CJK typischen neurologischen Symptome aufweist, einen Neurologen zu Rate zu ziehen.

Leider wurde dieser Fragebogen im täglichen Spitalleben nicht sehr gewissenhaft ausgefüllt, da sich nur bestimmte, besonders sensibilisierte Fachbereiche direkt betroffen fühlen (Neurochirurgie und Ophthalmologie).

3. Definition risikobehafteter Eingriffe

Für die «individuelle» Zusammenarbeit mit den einzelnen medizinischen und chirurgischen Fachbereichen wurden spezielle Untergruppen geschaffen.

Ein Dreigespann aus Spitalhygieniker, Ana-

tomopathologe und Sterilisationsverantwortlichem diskutierte ein- oder mehrmals mit Vertretern der risikobehafteten Spezialbereiche: pathologische Anatomie, Ophthalmologie, Neurochirurgie, Rückenmarkschirurgie, Anästhesie-Reanimation, Kiefer- und Gesichtschirurgie, HNO, Viszeral- und Pulmo-Endoskopie, Viszeralchirurgie.

Ziel dieser Begegnungen war die Definition von risikobehafteten Eingriffen sowie der dabei verwendeten MP, die Probleme bei der Reinigung und/oder Sterilisierung aufweisen.

Während dieser Sitzungen wurde pro Fachgebiet ein Standarddokument erarbeitet, das die speziellen Probleme sowie die gemeinsam getroffenen Entscheidungen beinhaltet.

Im Anhang finden Sie einige Beispiele.

4. Erarbeitung von Strategien

Während dieser Sitzungen wurden folgende Punkte angesprochen:

- Risiko-Nutzen-Analyse von risikobehafteten Eingriffen bei einem Patienten mit typischen Symptomen der CJK oder individuellen Risikofaktoren;
- Bestimmung der empfohlenen Inaktivierungsmassnahmen bei der Wiederaufbereitung von MP: Natronlauge, Wasserdampfsterilisation während 18 Minuten bei 134°C, Perazinsäure für thermolabile MP etc.
- Bestimmung kritischer Einweg-Medizinprodukte;
- praktische Organisationsmodalitäten im OP-Saal.

Diese Diskussionen ermöglichten auch die Hervorhebung bestimmter Problemstellungen:

- Widerstandskraft der für die Herstellung von MP verwendeten Materialien gegenüber in den Rechtstexten empfohlenen Verfahren und vorzeitige Alterung verschiedener MP (starre Optikgeräte);
- Probleme mit der umfassenden Rückverfolgbarkeit von bei medizinischen oder chirurgischen Eingriffen verwendeten MP ohne Informatiksystem;
- Auswahl chemischer Produkte.

Umgesetzte Lösungen

Seit 1996 (Veröffentlichung des ersten Reglements in Frankreich) verwenden die Sterilisationsabteilungen für alle MP routi-

nemässig die Wasserdampfsterilisation während 18 Minuten bei 134°C. Falls notwendig, insbesondere in der Neurochirurgie und Ophthalmologie, wurde für die chemische Inaktivierung NaOH-Lauge 1M verwendet.

Gleichzeitig wurden «Produkt-Karten» zur Identifizierung der nicht bei 134°C wieder-aufbereitbaren MP eingeführt und mit dem Übertragungsrisiko vereinbare Alternativen ausgearbeitet.

Bezüglich der Einkaufsstrategie von Einweg- oder Mehrweg-MP wurde bei schwer zu reinigenden MP und/oder jenen, die mit den in den Reglementen empfohlenen NCTA-Inaktivierungsverfahren nicht kompatibel sind auf die Nutzung von Einwegprodukten umgestellt. Diese Umstellung auf Einweg-MP wurde von einem finanziellen Standpunkt aus beleuchtet und war Gegenstand eines Gesuchs für eine Budgeterweiterung bei den zuständigen Instanzen.

Im Zusammenhang mit der Rückverfolgbarkeit der MP wurde bei der Direktion unseres Spitalzentrums um eine Informatisierung angesucht.

Schlussfolgerung

Das dank der fächerübergreifenden Arbeitsgruppe innerhalb unseres Spitalzentrums entwickelte Risikomanagement bezüglich der Übertragung von NCTA oder Prionen hat aufgezeigt, welche Schwierigkeiten die Umsetzung der Empfehlungen eines ministeriellen Rundschreibens mit sich bringt. Die Bilanz dieser Übung ist dennoch positiv, da sie zu einer Diskussion zwischen Spezialisten aus dem Gesundheitswesen über ein sehr spezielles Risiko führte und den Aufbau einer gemeinsamen Kultur ermöglichte. Ausserdem kann ein solcher Ansatz das allgemeine Niveau der Spitalhygiene und der Sicherheit in den Spitälern nur steigern. Dies gilt gleichermassen für das Übertragungsrisiko von Prionen wie auch für die häufiger auftretenden konventionellen Krankheitserreger wie beispielsweise Hepatitisviren.