UNIVERSITÄTSMEDIZIN GÖTTINGEN UMG

Meine 10 relevantesten Paper des letzten Jahres

Hannover Symposium für Hygiene und Infektionsprävention

Mittwoch 02.09.2026 | 11:00 Uhr

Simone Scheithauer - Institut für Hygiene und Infektiologie (IH&I)
Universitätsmedizin Göttingen

Potential Conflict of Interest

within last 5 y in bold type

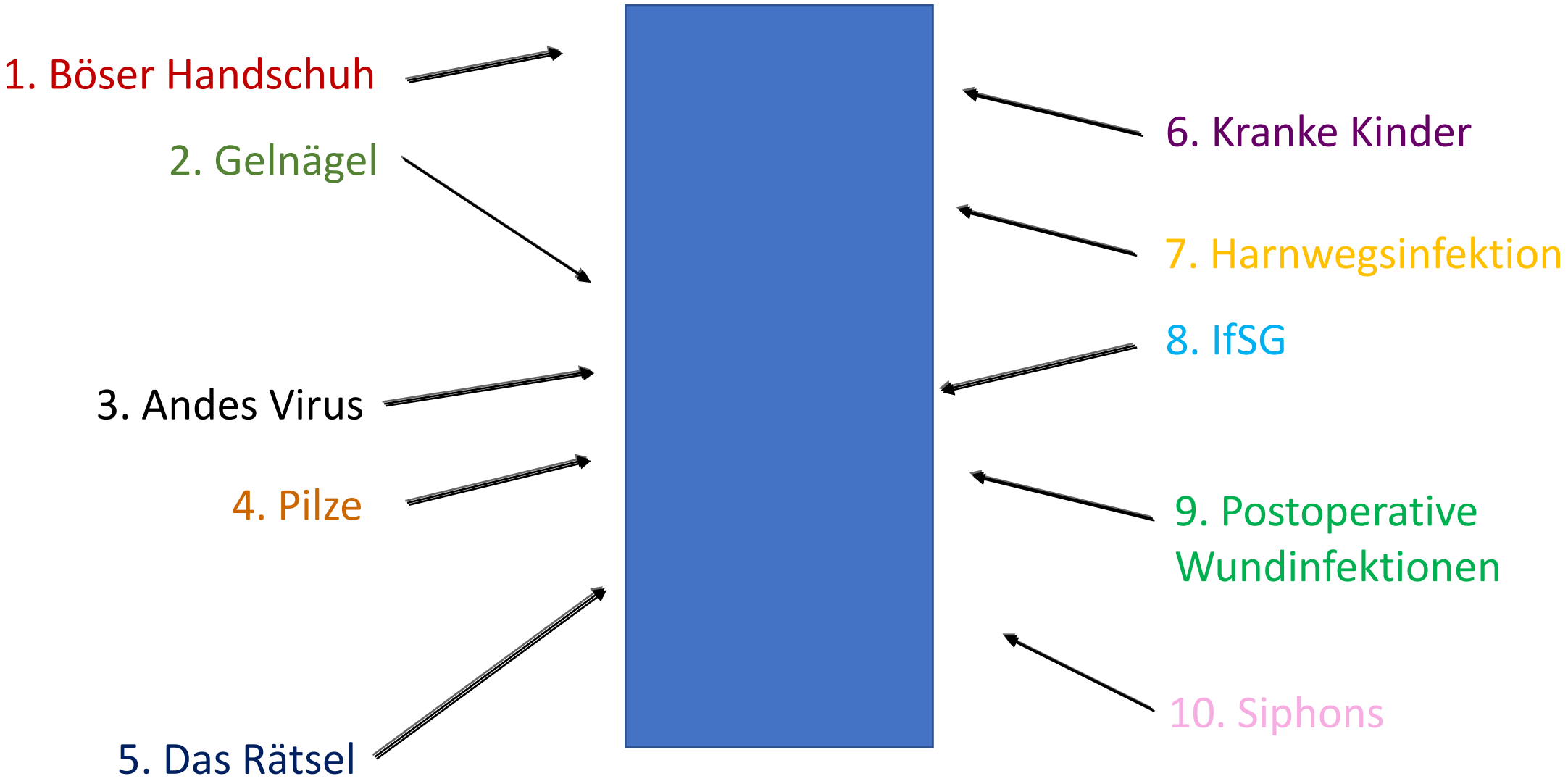
Research-grants:

BMFTR: COMPANION; NUM-SAR; B-FAST; PREPARED;
GenSurV; MolTraX; GenSurV+; CollPan; Codex+ ad hoc;
STRONG; NUM; HiGHmed, Use Case Infection Control; RISK
PRINCIPE; WISDOM; both medical informatics initiatives**;**
BMBF Professorship programme;
BMG G-BA/ Innovationsfond: HOPE; INSIST; RetoCdiff;
InnoBri; PAT-PI
VW Vorab/MWK Niedersachsen: MRE-TRAVIK;
VW Science room: GelP;
B. Braun: GAST;
EFRE: PraeInfekt;
MWK: EdUMG, Opti-ITS;
MWK/ECAS: Lower Saxony/
Scotland Joint Forum
Nachlass Grun: AntiRedMen

Lecture/advisory/review:

Appointed member of the KRINKO (RKI);
Appointed member of Expert Group
Resilience and Health (BKAmt) (resting);
Appointed member of the Scientific Advisory Board
Public Health Microbiology (RKI);
Supervisory Board HZI Braunschweig;
Supervisory Board Plasma for life (HAWK);
Scientific Advisory Board Faculty of Medicine Uni Bielefeld,
DFG Reviewer (different issues),
Expert Panel on Postoperative Wound Infections IQTIG,
BMFT/BMFTR Reviewer (different issues);
Reviewer MWK Bayern u. BW, VW Stiftung;
Astellas, **B. Braun, Bode/Hartmann,** Brill, **TORK/ Essity**
Herausgebergremium Krankenhaushygiene up2date, **Thieme Verlag**;
4. Auflage Krankenhaus- und Praxishygiene, Elsevier Verlag;
Herausgeber Krankenhaushygiene Kitteltaschenbuch, Elsevier

Meine 10 relevantesten Hygiene Paper des letzten Jahres



1

Inappropriate glove use as a marker of unreliable hand hygiene in intensive care units

Csörnyei-Kelemen A. et al. AJIC 2026; 54, 6: 716-718 doi.org/10.1016/j.ajic.2026.02.238

Unsachgemäßer Handschuhgebrauch als Indikator für mangelhafte Handhygiene auf Intensivstationen

1

Unsachgemäßer Handschuhgebrauch als Indikator für mangelhafte Handhygiene auf Intensivstationen

Csörnyei-Kelemen A. et al. AJIC 2026; 54, 6: 716-718 doi.org/10.1016/j.ajic.2026.02.238

- Handschuhe versus Händehygiene/desinfektion?
- Nicht indizierter Handschuheinsatz als Verhaltensindikator für nicht adäquate Händedesinfektion?

- Setting: monozentrisch, Intensivstationen
- Observation: Handschuheinsatz, Händehygiene Compliance, HAI (Healthcare-Associated Infection) Inzidenz

UNIVERSITÄTSMEDIZIN GÖTTINGEN UMG

1 Unsachgemäßer Handschuhgebrauch als Indikator für mangelhafte Handhygiene auf Intensivstationen

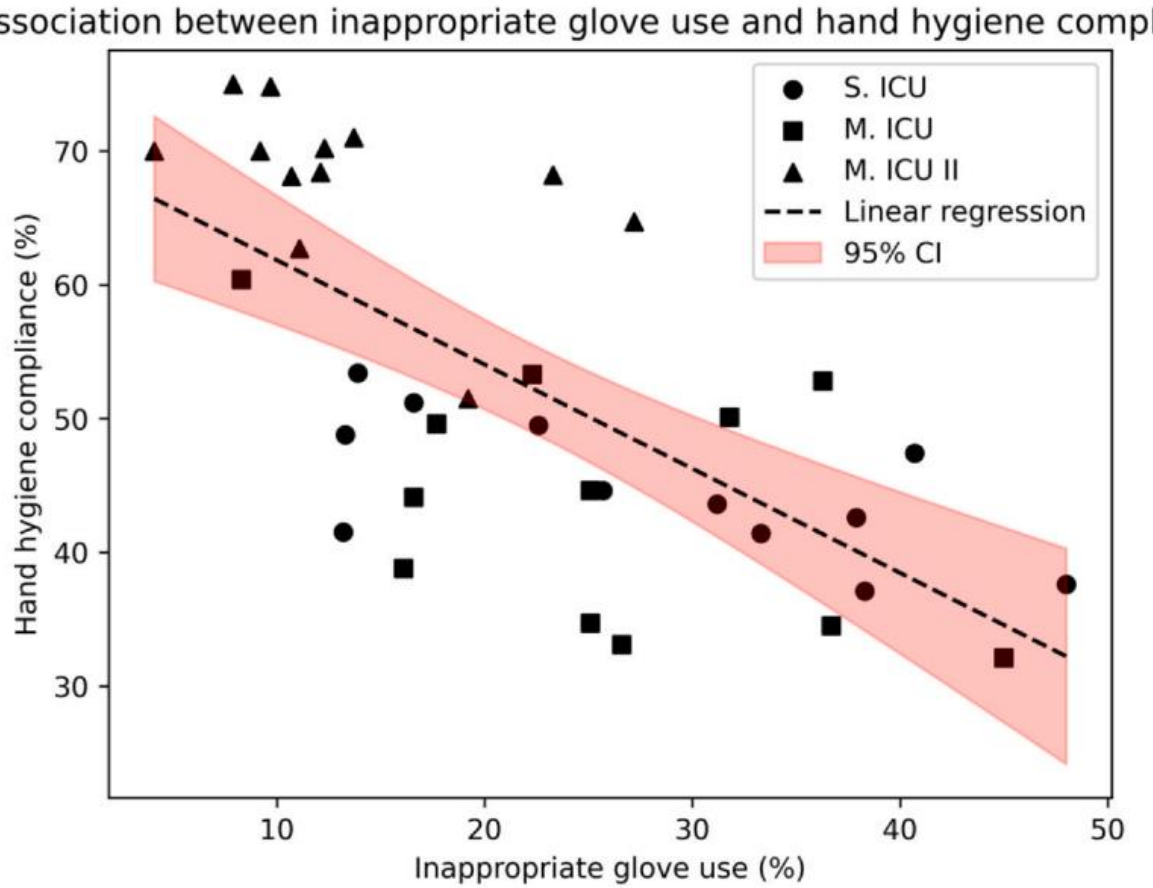
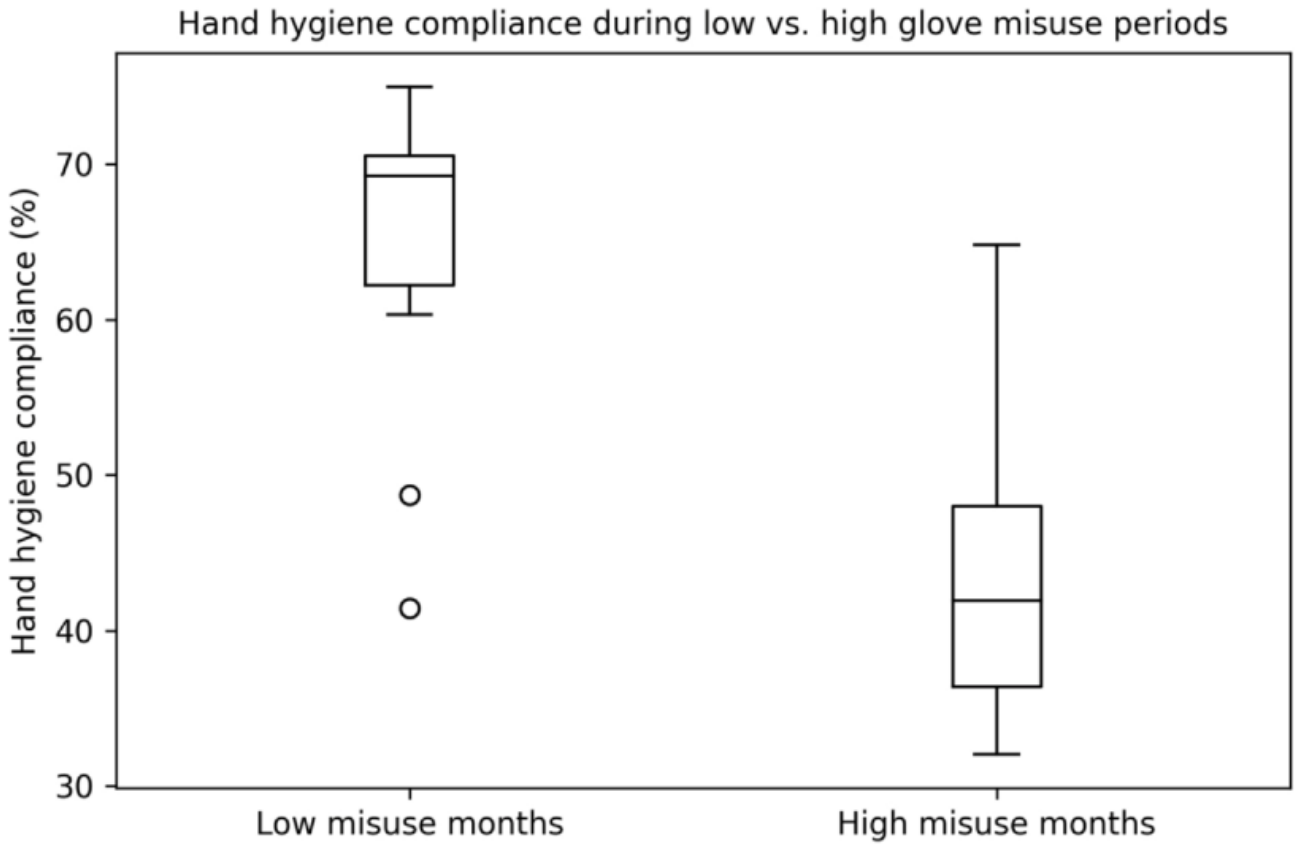


Fig. 1. Association between inappropriate glove use and mean monthly hand hygiene compliance. Each point represents a monthly observation period across 3 ICU subunits. Symbols indicate ICU subunits (S. ICU, M. ICU, M. ICU II). The dashed line shows the fitted linear regression, with the shaded area representing the 95% confidence interval. ICU, intensive care unit.

Csörnyei-Kelemen A. et al. AJIC 2026; 54, 6: 716-718 doi.org/10.1016/j.ajic.2026.02.238

UNIVERSITÄTSMEDIZIN GÖTTINGEN UMG

1 Unsachgemäßer Handschuhgebrauch als Indikator für mangelhafte Handhygiene auf Intensivstationen



Mein Fazit:

- **altbekannt**
- **weiter aktuell**
- **Verhaltens/Psychologie-getragene Interventionen erforderlich**

Fig. 2. Hand hygiene compliance during periods of low versus high inappropriate glove use. Monthly observation periods were dichotomized based on the median rate of inappropriate glove use. Boxplots display the distribution of hand hygiene compliance, showing the median, interquartile range, and outliers.

Csörnyei-Kelemen A. et al. AJIC 2026; 54, 6: 716-718 doi.org/10.1016/j.ajic.2026.02.238

1 Woher stammen die Autor*innen?

https://www.menti.com/alpnns1ywymg



Csörnyei-Kelemen A. et al. AJIC 2026; 54, 6: 716-718 doi.org/10.1016/j.ajic.2026.02.238

1 Woher stammen die Autor*innen?

UNIVERSITÄTSMEDIZIN GÖTTINGEN UMG

Auswertung



Csörnyei-Kelemen A. et al. AJIC 2026; 54, 6: 716-718 doi.org/10.1016/j.ajic.2026.02.238

1 Auflösung



Csörnyei-Kelemen A. et al. AJIC 2026; 54, 6: 716-718 doi.org/10.1016/j.ajic.2026.02.238

2

Gel nail polish does not have a negative impact on the nail bacterial burden nor on the quality of hand hygiene with an alcohol-based hand rub

Arreba P, et al. J Hosp Infect. 2025;157:40–44. doi:10.1016/j.jhin.2024.12.006.

Gelnagellack hat weder negative Auswirkungen

- auf die Keimbelastung der Nägel
- noch auf die Qualität der Handhygiene

bei der Verwendung eines alkoholhaltigen Handdesinfektionsmittels

2

Gelnagellack hat weder negative Auswirkungen auf die Keimbelastung der Nägel noch auf die Qualität der Handhygiene bei der Verwendung eines alkoholhaltigen Handdesinfektionsmittels

Die bakterielle Belastung von Nägeln mit

- Gellack (GP),
- herkömmlichem Nagellack (SP) und
- ohne Lack (UP)

wurde vor und nach der Händedesinfektion HD untersucht.

46 Mitarbeiter im Gesundheitswesen, beide Hände jeweils drei GP-Nägel, zwei SP-Nägel und fünf UP-Nägel; Nagellänge 2 mm

Tage 1, 4, 7, 14 und 21 nach dem Auftragen wurden vor und nach HH Kulturen der Nageloberfläche auf Blutagarplatten angelegt.

2

Gelnagellack hat weder negative Auswirkungen auf die Keimbelastung der Nägel noch auf die Qualität der Handhygiene bei der Verwendung eines alkoholhaltigen Handdesinfektionsmittels

Ergebnisse:

460 Nägel untersucht: 92 SP-Nägel (20 %), 138 GP-Nägel (30 %) und 230 UP-Nägel (50 %).

SP-Nägel wiesen VOR HD höhere bakterielle Belastung (Tag 4 vs. GP-Nägel; 21 vs. SP und UP) auf.

SP-Nägel wiesen NACH HD höhere bakterielle Belastung (Tag 4 und 21 vs. UP und GP, Tag 14 vs. UP) auf.

Mein Fazit:
Kurze ! Gelnägel scheinen in Ordnung
Warten wir auf die TRBA 250?!

Arreba P, et al. J Hosp Infect. 2025;157:40–44. doi:10.1016/j.jhin.2024.12.006.

3

Andes Virus — A Clinical Review

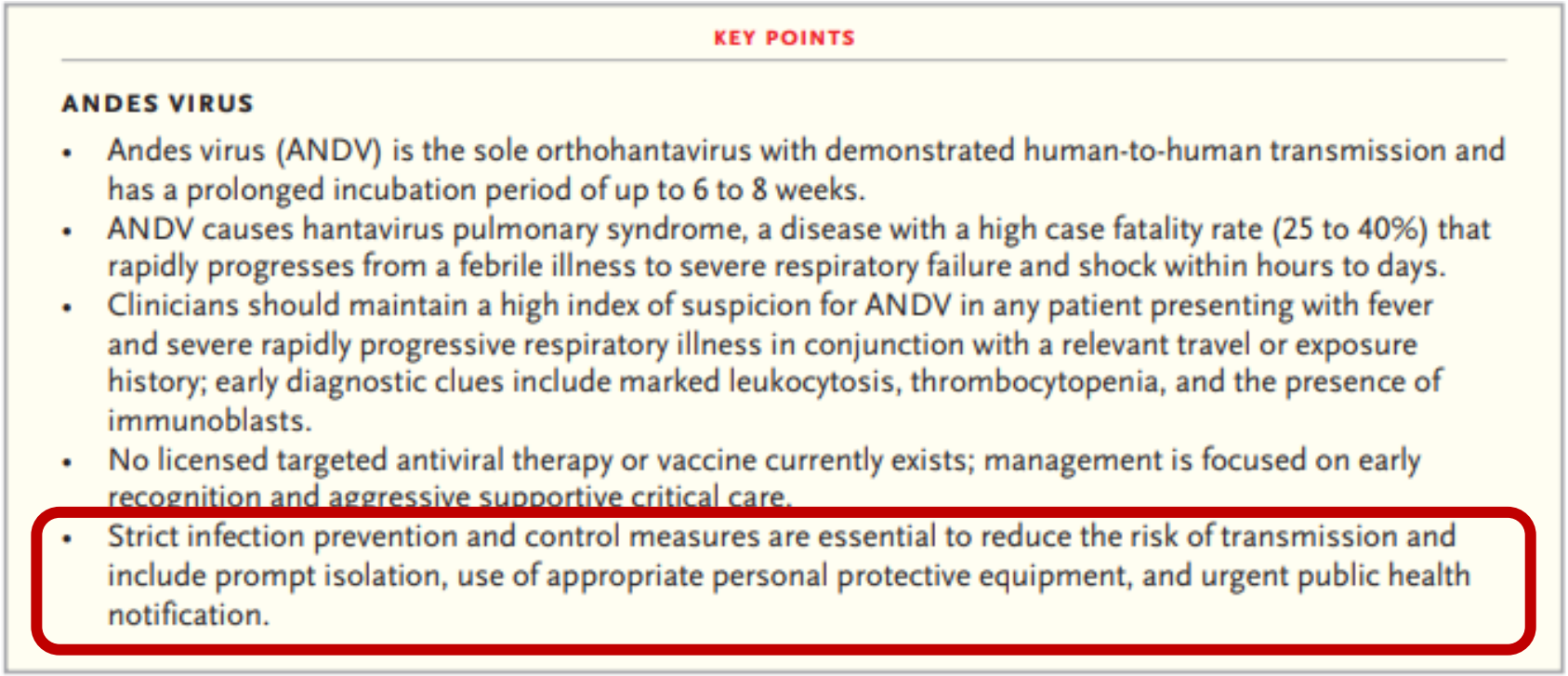
Harris G H, et al. N Engl J Med 2026. DOI: 10.1056/NEJMra2606651

Andes-Virus – Ein klinischer Überblick

3 Andes-Virus – Ein klinischer Überblick

Das Andes-Virus (ANDV) ist das einzige Orthohantavirus mit nachgewiesener Übertragung von Mensch zu Mensch.

- Zusammenfassung von Epidemiologie und klinischen Merkmale einer ANDV-Infektion
- Beste Vorgehensweisen im klinischen Management
- Bewertung der verfügbaren und experimentellen Therapien
- Skizzierung der Perspektiven für die Impfstoffentwicklung
- Darstellung wichtiger Maßnahmen zur Infektions-prävention und -kontrolle



KEY POINTS

ANDES VIRUS

- Andes virus (ANDV) is the sole orthohantavirus with demonstrated human-to-human transmission and has a prolonged incubation period of up to 6 to 8 weeks.
- ANDV causes hantavirus pulmonary syndrome, a disease with a high case fatality rate (25 to 40%) that rapidly progresses from a febrile illness to severe respiratory failure and shock within hours to days.
- Clinicians should maintain a high index of suspicion for ANDV in any patient presenting with fever and severe rapidly progressive respiratory illness in conjunction with a relevant travel or exposure history; early diagnostic clues include marked leukocytosis, thrombocytopenia, and the presence of immunoblasts.
- No licensed targeted antiviral therapy or vaccine currently exists; management is focused on early recognition and aggressive supportive critical care.
- Strict infection prevention and control measures are essential to reduce the risk of transmission and include prompt isolation, use of appropriate personal protective equipment, and urgent public health notification.

Harris G H, et al. N Engl J Med 2026. DOI: 10.1056/NEJMra2606651

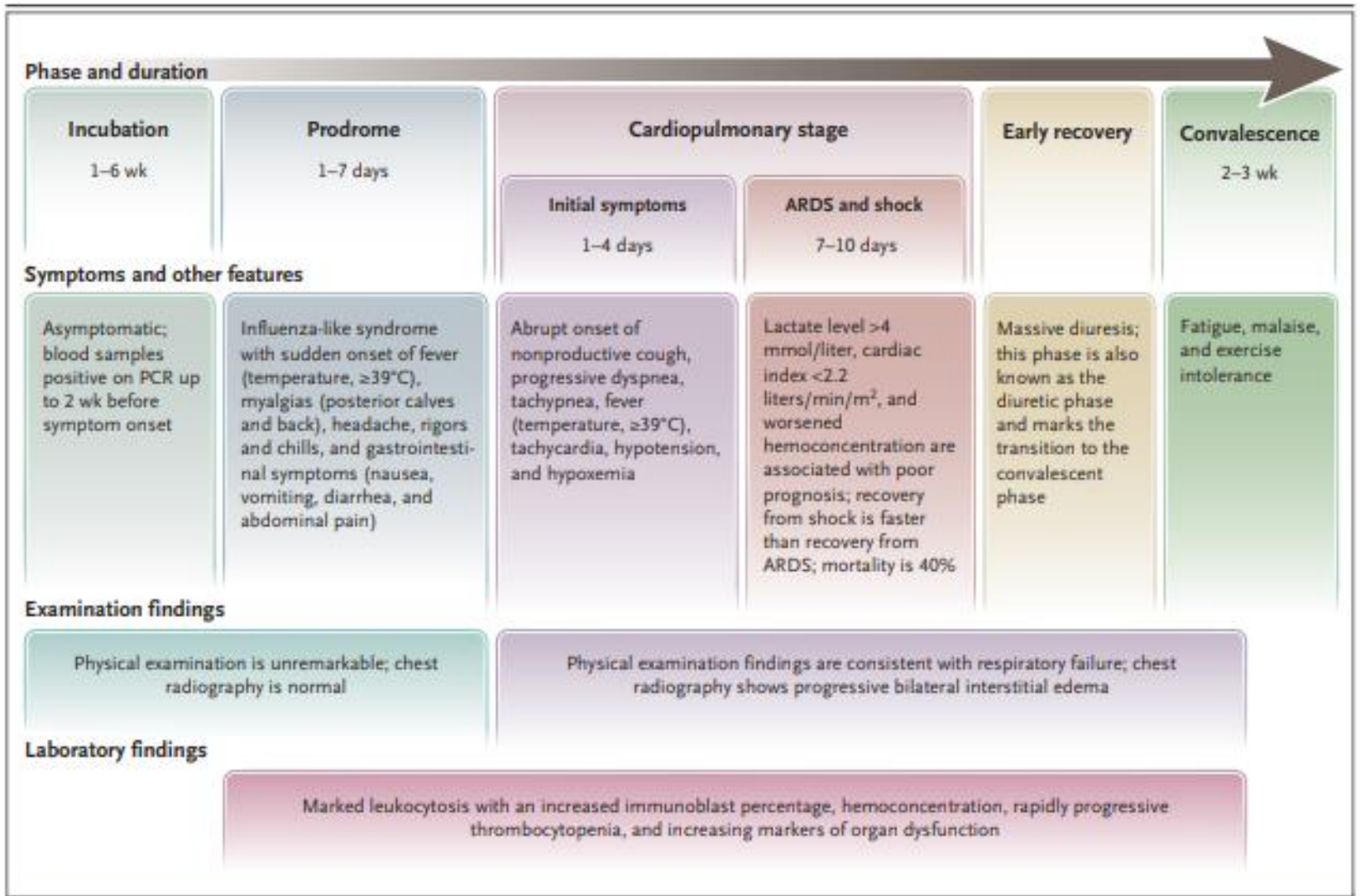


Figure 2. Clinical Course of Hantavirus Pulmonary Syndrome.

During the cardiopulmonary phase, acute respiratory distress syndrome (ARDS) and shock occur in patients with the most severe progressive form of hantavirus pulmonary syndrome, potentially resulting in the use of venoarterial extracorporeal membrane oxygenation in selected patients. PCR denotes polymerase chain reaction.

Harris G H, et al. N Engl J Med 2026. DOI: 10.1056/NEJMra2606651

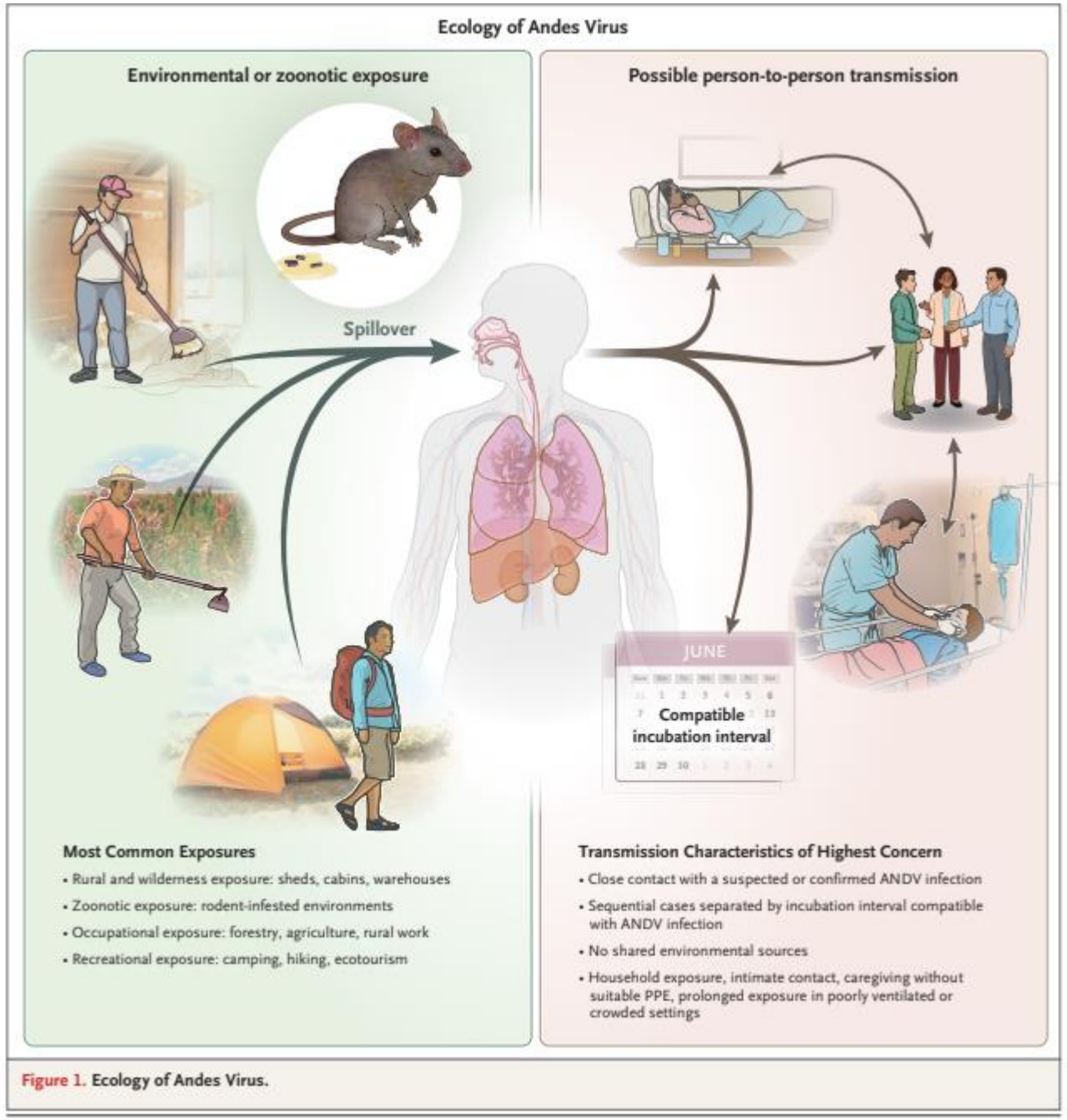


Figure 1. Ecology of Andes Virus.

Mein Fazit:

- **Andes Virus nicht neu**
- **Mensch zu Mensch Übertragung auch außerhalb von cruises**
- **Eigene SOP angelegt? überprüft ?**

Harris G H, et al. N Engl J Med 2026. DOI: 10.1056/NEJMra2606651

4 Dealing with mold infestation in hospitals and medical practices

Hurraß J. et al. GMS Hyg Infect Control 2025 Nov 21:20:Doc65. doi: 10.3205/dgkh000594

Umgang mit Schimmelbefall in Krankenhäusern und Arztpraxen

4 Umgang mit Schimmelbefall in Krankenhäusern und Arztpraxen

AWMF S2k Leitlinie "Medical clinical diagnostics for indoor mold exposure" Update 2023

Fokus: Rationale und effektive (Effiziente) Diagnostik im medizinischen Kontext

Ergebnisse:
Risikopersonen: Immunsuppression, schwere Influenza,…..

Konsequenz:
Ausschluss einer Belastung durch Schimmelpilze (egal wo)

Schlussfolgerung:
Wenn Feuchtigkeits- oder Schimmelschäden im Umfeld dieser besonders gefährdeten Patienten festgestellt werden, müssen diese unverzüglich beseitigt werden.
Innenraummessungen zur Ermittlung der Schimmelpilzbelastung sind aus medizinischen Gründen **nicht** angezeigt. Vielmehr sind alle Maßnahmen, die dazu beitragen, Feuchtigkeitsschäden zu vermeiden, für die **Prävention** entscheidend.

4 AWMF S2k-Leitlinie „Medizinische klinische Diagnostik bei Schimmelpilzbelastung in Innenräumen“ – Aktualisierung 2023

Table 3: Risk matrix 1 – risk of infection from mold (the darker the box, the greater the potential health risk)

Molds \ Predisposition	None Immuno-suppression	Moderate Immuno-suppression	Severe Immuno-suppression	Very severe Immuno-suppression
Usually non-infectious molds, e.g., *Cladosporium (C.) herbarum, C. cladosporioides*				
Rare opportunistic infectious molds (risk group 1 according to BioStoffV [53], e.g., *A. niger*, *A. clavatus*, *Alternaria alternata*				
Opportunistic infectious molds (risk group 2 according to BioStoffV [53]), e.g., *A. fumigatus*, *A. flavus*				

Mein Fazit:

- Prävention ist der Schlüssel
- Nur anlaßbezogen Diagnostik

Hurraß J. et al. GMS Hyg Infect Control 2025 Nov 21:20:Doc65. doi: 10.3205/dgkh000594

5 Ihre Assoziationen?

https://www.menti.com/alz57nurybt6



5

USA , Philadelphia

Pennsylvania Veterans

50 Jahre

Hotel, Duschen

5 Auswertung

Ihre Assoziationen?



whyy.org/episodes/how-scientists-discovered-legionnaires-disease/

HEALTH | MEDICINE | PUBLIC HEALTH

thepulse

Listen on Apple Podcasts | Listen on Spotify | Listen on amazon music

How Scientists Discovered Legionnaires' Disease

Air Date: August 18, 2025

Listen 26:32



LIVE RADIO

BBC World Service

Mein Fazit:

- Wenn man mal nicht lesen möchte/kann….
- Leicht verständlich, informativ und unterhaltsam
- Ca 30 Min
- Legionellenbasiswissen ist must have

Henkelmann R. et al. Antimicrob Resist Infect Control 2026 Feb 6;15(1):29.

Mein Fazit:
50 Jahre Legionellenprävention - Zeit für eine Bilanz und neue Wege

Wichtige Information: Verschiebung des Symposiums „50 Jahre Legionellenprävention“ auf den 18.–19. März 2027 – neues Online-Format

Sehr geehrte Frau Prof. Scheithauer,

leider müssen wir Ihnen mitteilen, dass das für den 10.–11. September 2026 geplante Symposium

„50 Jahre Legionellenprävention – Zeit für eine Bilanz und die Suche nach neuen Wegen“

aufgrund der bislang nicht erreichten Mindestteilnehmerzahl verschoben werden muss. Wir bedauern diese Entscheidung sehr.

Als wissenschaftliche hygienisch-medizinische Fachgesellschaft sind wir jedoch überzeugt, dass die Relevanz und Aktualität des Themas – 50 Jahre nach der Entdeckung des ursächlichen Erregers – eine Durchführung des Symposiums unbedingt rechtfertigen. **Daher haben wir uns gemeinsam mit unseren Kooperationspartnern entschieden, die Veranstaltung nicht abzusagen, sondern auf einen neuen Termin zu verschieben und in einem Online-Format durchzuführen.**

Der neue Termin ist aktuell für den **18. und 19. März 2027** vorgesehen. Das wissenschaftliche Programm soll dabei inhaltlich unverändert übernommen werden.

UNIVERSITÄTSMEDIZIN GÖTTINGEN UMG

Evidenzbasierte Empfehlungen zur Anwendung dauerhaft implantierter, zentralvenöser Zugänge in der pädiatrischen Onkologie

6. überarbeitete Auflage, 2026

Autoren:

Arne Simon, Eva Katharina Brack, Nikola Hagedorn, Susanne Holzhauer, Alessandra Bosch, Daniel Ebrahimi-Fakhari, Thomas Lehrnbecher und Clemens Magnus Meier für das Expertengremium Infektionen der GPOH

Zielsetzung der Neuauflage 2026

Mein Fazit: lesenswert

Diese Empfehlung des Expertengremiums „Infektionen“ der Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH)

- wurde von einer neu konstituierten Arbeitsgruppe aus pädiatrischen Hämato-Onkologen[1], Hämostaseologen, pädiatrischen Infektiologen und einem Kinderchirurgen in der nunmehr 6. Auflage aktualisiert.
- ist keine AWMF-Leitlinie, sondern die intensiv diskutierte und abgestimmte Handreichung einer Expert*innengruppe.
- soll den Anwendern neue Erkenntnisse aus der wissenschaftlichen Fachliteratur, aus Surveys zur klinischen Praxis und aus der klinischen Erfahrung zur Verfügung stellen.
- ist in ihrer jeweils aktuellen Fassung die **zitierbare Referenz für kinderonkologische Behandlungszentren, die unter dem Dach der GPOH zusammenarbeiten.** Allerdings wird deren Expertise und deren Entscheidungsspielraum selbstverständlich respektiert.
- steht nicht in Konkurrenz zu den jeweils aktuellen Empfehlungen der Kommission für Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen und in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe (ehemals Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention) (KRINKO) beim Robert Koch-Institut [204–207].

Die hier vorgelegten Empfehlungen respektieren die Eigenverantwortlichkeit und die kumulative Erfahrung des (pädiatrisch-)onkologischen Behandlungsteams vor Ort. **Diese Empfehlungen sollen das Behandlungsteam vor Ort bei der Erstellung oder Überarbeitung von internen Standardarbeitsanweisungen und von „Präventionsbündeln“ unterstützen.**

7

Prevention Strategies for All Hospital-Onset Urinary Tract Infections: Best Practice Consensus Recommendations

Septimus E J . et al. Open Forum Infectious Diseases 2026; 13. doi.10.1093/ofid/ofag060

Präventionsstrategien für alle im Krankenhaus erworbenen Harnwegsinfektionen: Konsensempfehlungen zu bewährten Verfahren

7 Präventionsstrategien für alle im Krankenhaus erworbenen Harnwegsinfektionen: Konsensempfehlungen zu bewährten Verfahren

Septimus E J . et al. Open Forum Infectious Diseases 2026; 13. doi.10.1093/ofid/ofag060

Während Strategien zur Prävention von CAUTIs gut etabliert sind, fehlen für non-CAUTIs standardisierte Definitionen, Überwachungsprotokolle und gezielte Interventionsmaßnahmen.

Konsensempfehlungen zu Präventionsstrategien für HOUTIs (hospital onset---UTI) bei erwachsenen Patienten

Methoden:
Ein Gremium aus 17 Experten – unter anderem aus den Bereichen Infektiologie, Infektionsprävention und -kontrolle, Krankenhaushygiene und Qualitätsverbesserung, klinische Mikrobiologie, Urologie, Urogynäkologie und Pflege – nahm an einem modifizierten Delphi-Verfahren teil. Zunächst wurde eine anonyme Online-Umfrage auf der Grundlage einer systematischen Literaturrecherche durchgeführt; anschließend erfolgte ein Treffen zur Konsensfindung bezüglich der HOUTI-Präventionsstrategien. Für alle Aussagen wurden vorab Schwellenwerte festgelegt.

Ergebnisse:
Starker Konsens zu 37 Aussagen; Fahrplan für verbesserte Präventionsstrategien für alle HOUTIs.

Number	Statement	Level Of Consensus
	Surveillance	
1[a]	It is important to define, monitor and track infection rates using a surveillance definition in units caring for patients with, or at risk of hospital-onset UTIs	100%
2	Non-CAUTI hospital-onset UTI rates should be defined and reported at least monthly	100%
3[a]	Consistent diagnostic criteria and definitions (e.g., positive culture with clinical signs and symptoms) should be used to identify hospital-onset UTIs (both CAUTI and non-CAUTI)	94%
4[a]	The use of electronic systems such as electronic health records (EHRs) is recommended over manual methods for infection surveillance and monitoring	94%
5[a]	EHRs should include documentation of bladder management systems and decision support tools to prompt transitions to less invasive options	94%
6[a]	Identifying the modifiable contributing factors and pathogen responsible for the infection is important to implementing appropriate prevention strategies for all hospital-onset UTIs	94%
	Intervention selection	
7[a]	Bladder output measurement should utilize the least invasive devices possible and should become less invasive over time for patients that initially had clinical indications for indwelling catheters	100%
8[a]	Bladder scanners should be routinely used to evaluate urinary retention before considering catheterization for suspected urinary retention	100%
9[b]	Bladder management device selection should be tailored to patient-specific factors (e.g., clinical characteristics, urine output needs, incontinence)	100%
10[a]	Understanding different device types and characteristics and limitations is important in addressing and meeting patient needs	100%
11[a]	To reduce insertion trauma during catheterization attempts, the use of Coudé-tip catheters should be considered in male patients aged over 55 with an enlarged prostate, history of benign prostatic hyperplasia, and/or history of difficult catheterization	94%
12[b]	Bladder scanners, clinical decision support tools, and nurse-driven protocols should be prioritized as strategies to avoid unnecessary catheterization and minimize infection risk	
	• Bladder scanners	100%
	• Clinical decision support tools	100%
	• Nurse-driven protocols per hospital policy	88%
	Intervention strategies	
13[b]	Best practices for hand hygiene should be followed by both patients and healthcare workers in order to limit and manage the risk of all hospital-acquired infections	100%
14[a]	Healthcare professional (HCP) adherence to aseptic technique during the insertion of any urinary devices is critical to reduce all hospital-onset UTIs	94%
15[b]	A 2-person/"four-eyes" approach during insertion of a urinary catheter should be considered to reduce infection risk (e.g., in cases of difficult visualization) if possible	94%
16[b]	Sealed, pre-connected closed systems are recommended for appropriate infection control	100%
17	A closed urinary system with a urometer (urimeter, urine meter) should be considered if hourly urine output is anticipated	100%
18[b]	Catheter securement to prevent catheter movement should be employed in all patients with indwelling urinary catheters	100%
19[a]	Insertion location (i.e., ED/OR/ICU/ward) for all patients with an indwelling catheter should be documented to identify areas of opportunity for improvement	100%

Table 2. Expanded Expert Panel Recommendations With Strong Consensus

Surveillance	
1[a]	The panel recommended defining, monitoring and tracking infection rates, noting the risk of over-diagnosing UTIs and excessive antibiotic use which may occur if rates are anchored against inconsistent definitions. The panel recommended setting clinical definitions for CAUTIs and non-CAUTIs, and also surveillance definitions for the purpose of monitoring rates of all HOUTIs. Importantly, and as highlighted by existing evidence [12], the panel emphasized the general lack of evidence focusing on prevention of non-catheter-related infections. In the current absence of evidence-based interventions for these infections, measurement and tracking of infection rates could help to improve clinical understanding of the extent to which these infections are in fact preventable, and which strategies may have greatest impact.
2	Focusing on non-CAUTIs, discussions centered on the importance of defining and internally reporting infection rates, and the frequency of reporting. Forming one of the panel's unique recommendations, monthly reporting of non-CAUTI rates was agreed upon. Granular reporting can be time- and resource-intensive, but this important step aligns with the National Healthcare Safety Network (NHSN) HAI reporting requirements for other infection types [13]. Where resources allow, non-CAUTI surveillance should be integrated into existing HAI prevention programs and conducted at the same frequency as CAUTI reporting.
3[a]	In the absence of effective, evidence-based preventive strategies for non-CAUTIs, the panel stressed the need for consistent diagnostic criteria and definitions. Importantly, such reporting should remain for internal quality improvement purposes only, and not be communicated externally (e.g., with NHSN), as current definitions and diagnostic criteria for non-CAUTIs still require rigorous validation, risk adjustment, and standardization to ensure fair and meaningful comparisons across institutions.
4[a]	The panel focused on the future use of electronic systems such as EHRs versus manual methods for surveillance and monitoring, highlighting the added consistency, reliability, and the reduced burden on clinical resources with the use of electronic methods. Acknowledging the need to match surveillance definitions as closely as possible to clinical definitions, the panel widely agreed that electronic systems were preferred over manual methods, providing the data can be captured and documented in the EHR, and following validation of the EHR measure. The use of electronic systems for documenting cases and identifying populations at risk of UTIs can allow the surveillance and assessment of a greater number of patients, and thus allow researchers to evaluate the impact of UTI prevention interventions, mitigating the need for manual review [14]. The single disagreement reflected concerns about data quality rather than the concept itself. While supportive of EHRs, wholehearted agreement was dependent on the accurate and consistent documentation of all key elements required to inform prevention strategies. Inconsistent or incomplete documentation of key data elements may limit their usefulness for prevention efforts.
5[a]	The panel agreed that having an EHR that allows for the documentation of placement and rationale for a given bladder management system is important, as it facilitates the consideration of, and transition to, less invasive options. Documentation of qualifying UTI symptoms, device placement and removal dates, as well as prompts for timely removal, is also key to effective UTI prevention [15]. Panelists were careful to caveat that prevention efforts are more effective with consistent and reliable documentation of these elements within the EHR.
6[a]	The panel agreed that improving clinical understanding of the modifiable contributing factors and pathogens responsible for infection is key to implementing appropriate prevention strategies for all HOUTIs. Understanding these elements enables targeted antibiotic therapy in appropriate cases, thereby reducing the use of broad-spectrum antibiotics and attendant antimicrobial resistance risk and risk of *Clostridioides difficile* infection. Additionally, recognizing clinical, behavioral and socioecological risk factors can aid the implementation of preventive strategies to reduce recurrence [16].

Table 3. Areas Identified for Future Research

Number	Topic	Level Of Consensus
	Intervention selection	
1	The initiation of additional preventive interventions such as bladder care protocols and hydration support should be considered at admission in at-risk patients	No consensus
2	Antimicrobial catheters should be used in all patients	Topic discussed, not voted upon
	Intervention strategies	
3	Prior to the insertion of all intraurethral bladder management interventions e.g., indwelling urinary catheters and intermittent catheters, antiseptic solutions should be used for cleaning the urethral meatus	Topic discussed, not voted upon
	Intervention maintenance	
4	Non-suction-assisted urine collection systems should be placed below the level of the bladder	Topic discussed, not voted upon
5	A sealed, preconnected closed drainage system should be maintained for patients with indwelling urinary catheters, excluding suprapubic catheters, to reduce infection risk	No consensus
6	Female external suction catheters should be replaced: • Every 8 h • Every 12 h • Every HCP shift • Every 24 h • When soiled or otherwise indicated • Other	Topic discussed, not voted upon
7	Male external suction cath • Every 8 h • Every 12 h • Every HCP shift • Every 24 h • When soiled or other • Other	Topic discussed, not voted upon

Mein Fazit:

- Stationäre UTI ohne C negleted
- Erst einmal besser verstehen lernen

Septimus E J . et al. Open Forum Infectious Diseases 2026; 13. doi.10.1093/ofid/ofag060.

8 Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Zuletzt geändert am 26.6.2026
Inkraft getreten am 02.07.2026

https://www.buzer.de/gesetz/2148/l.htm

§ 6 Meldepflichtige Krankheiten

← frühere Fassung von § 7	(heute geltende Fassung)
q) Tyhpus abdominalis oder Paratyphus, r) Windpocken, s) zoonotische Influenza,	
t) ~~Coronavirus Krankheit 2019 (COVID-19),~~	t) (aufgehoben)
aa) der Erkrankte zur Behandlung einer ambulant erworbenen Clostridioides-difficile-Infektion in eine medizinische Einrichtung aufgenommen wird, bb) der Erkrankte zur Behandlung der Clostridioides-difficile-Infektion oder ihrer Komplikationen auf eine Intensivstation verlegt wird, cc) ein chirurgischer Eingriff, zum Beispiel Kolektomie, auf Grund eines Megakolons, einer Perforation oder einer	
(3) 1 ~~Nichtnamentlich~~ ist das Auftreten von zwei oder mehr nosokomialen Infektionen zu melden, bei denen ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet wird. 2 Die Meldung nach Satz 1 hat gemäß § 8 Absatz 1 Nummer 1, 3 oder ~~5,~~ § ~~10~~ Absatz 1 zu erfolgen.	(3) 1 Namentlich ist das Auftreten von zwei oder mehr nosokomialen Infektionen zu melden, bei denen ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet wird. 2 Die Meldung nach Satz 1 hat gemäß § 8 Absatz 1 Nummer 1, 3 oder 5 und gemäß § 9 Absatz 1, 2, 3 Satz 1 oder 3 zu erfolgen.

https://www.buzer.de/gesetz/2148/l.htm

§ 7 Meldepflichtige Nachweise von Krankheitserregern

3. Bordetella pertussis, Bordetella parapertussis 3a. humanpathogene Bornaviren; Meldepflicht nur für den direkten Nachweis 4. Borrelia recurrentis 5. Brucella sp.	
6a. ~~Candida~~ auris; Meldepflicht nur für den direkten Nachweis ~~aus Blut~~ oder ~~anderen normalerweise sterilen Substraten~~	6a. Candidozyma auris; Meldepflicht nur für den direkten Nachweis bei Infektion oder Kolonisation
6b. Chikungunya-Virus 7. Chlamydia psittaci 8. Clostridium botulinum oder Toxinnachweis 9. Corynebacterium spp., Toxin bildend	
b) Enterobacterales bei Nachweis einer Carbapenemase-Determinante oder mit ~~verminderter Empfindlichkeit~~ gegenüber ~~Carbapenemen außer bei natürlicher Resistenz;~~ Meldepflicht nur bei Infektion oder Kolonisation c) Acinetobacter spp. bei Nachweis einer Carbapenemase-Determinante oder mit ~~verminderter Empfindlichkeit~~ gegenüber ~~Carbapenemen außer bei natürlicher Resistenz;~~ Meldepflicht nur bei Infektion oder Kolonisation.	b) Enterobacterales bei Nachweis einer Carbapenemase-Determinante oder mit Resistenz gegenüber Meropenem; Meldepflicht nur bei Infektion oder Kolonisation c) Acinetobacter spp. bei Nachweis einer Carbapenemase-Determinante oder mit Resistenz gegenüber Meropenem; Meldepflicht nur bei Infektion oder Kolonisation.

https://www.buzer.de/gesetz/2148/l.htm

UNIVERSITÄTSMEDIZIN GÖTTINGEN UMG

§ 9 Namentliche Meldung

(1) Die namentliche Meldung durch eine der in § 8 Absatz 1 Nummer 1 und 4 bis 8 genannten Personen muss, soweit vorliegend, folgende Angaben enthalten:

1. zur betroffenen ~~Person:~~	1. zur betroffenen Person und im Fall des § 6 Absatz 3 auch zu Personen, die von einer Kolonisation betroffen sind, die mit den nosokomialen Infektionen wahrscheinlich oder vermutlich in einem epidemischen Zusammenhang steht:

a) Name und Vorname,

b) Geschlecht,

c) Geburtsdatum,

d) Anschrift der Hauptwohnung … end: Anschrift des derzeitigen Aufenthaltsortes

← frühere Fas … tende Fassung)

Mein Fazit:

- **IfSG kennen**
- **Aktualisierung kennen**
- **Kommunizieren und umsetzen**

https://www.buzer.de/gesetz/2148/l.htm

UNIVERSITÄTSMEDIZIN GÖTTINGEN UMG

Prevention of surgical site infections in lower limb fracture fixation and elective arthroplasty: a systematic review and meta-analysis of decolonization and skin antisepsis strategies

Henkelmann R. et al. Antimicrob Resist Infect Control 2026 Feb 6;15(1):29.

Prävention Postoperativer Wundinfektionen bei

- der Fixierung von Frakturen der unteren Extremitäten und
- bei elektiven Endoprothesenoperationen:

eine systematische Übersichtsarbeit und Metaanalyse
zu Strategien zur Dekolonisierung und Hautantiseptik

9 Prävention Postoperativer Wundinfektionen bei der Fixierung von Frakturen der unteren Extremitäten und bei elektiven Endoprothesenoperationen: eine systematische Übersichtsarbeit und Metaanalyse zu Strategien zur Dekolonisierung und Hautantiseptik

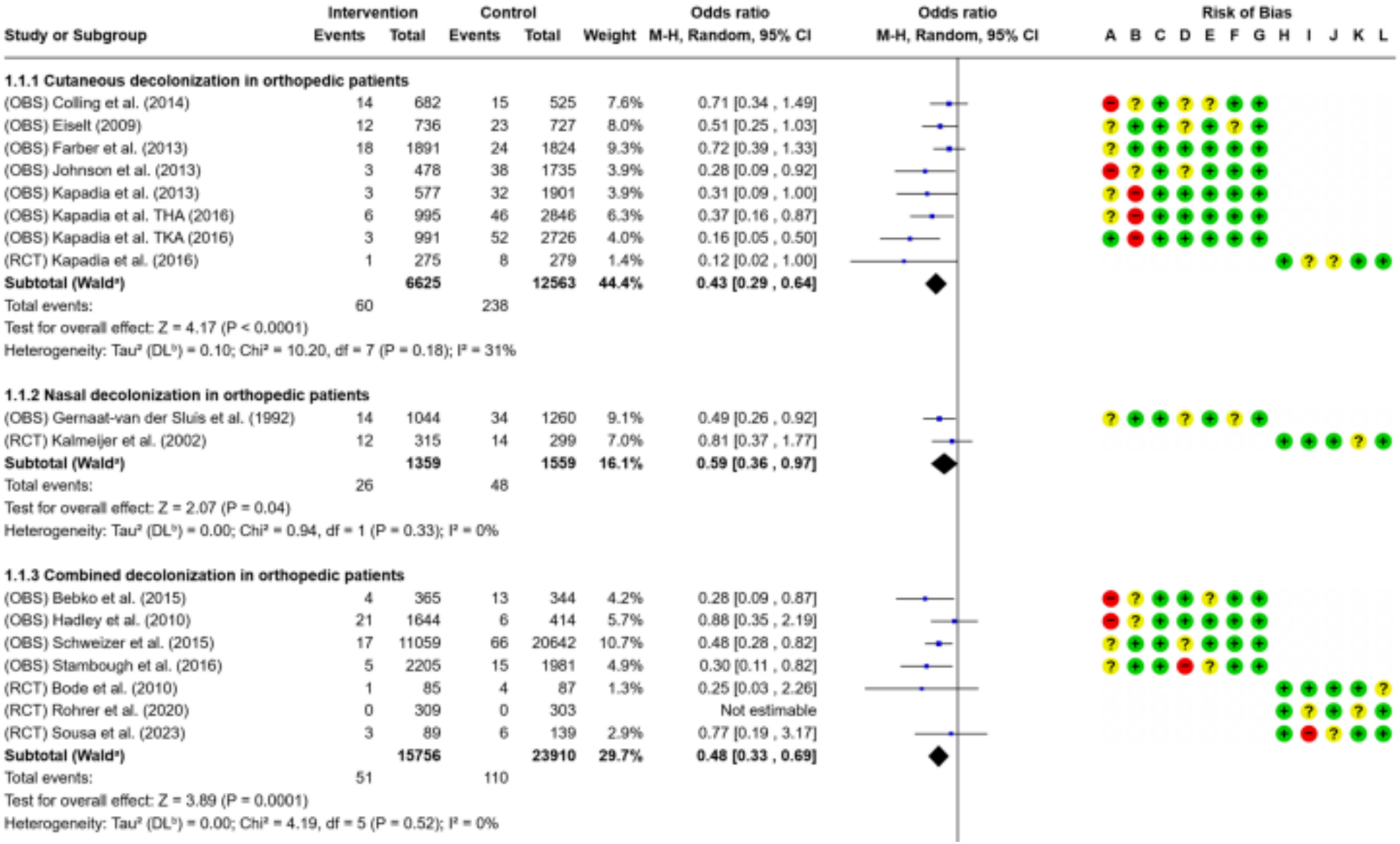
Fragestellung:
Senkt die Applikation von Antispetika VOR der Operation die Infektionsrate bei
a. Arthroplastik (elektiv) und
b. Fixation von Frakturen der unteren Extremität?

Methode: Syst. Review (PRISMA)
Intervention: Nasale Dekolonisation, Hautdekolonisation und kombinierte Dekolonisation

Primärer Endpunkt: Inzidenz postoperativer Wundinfektion

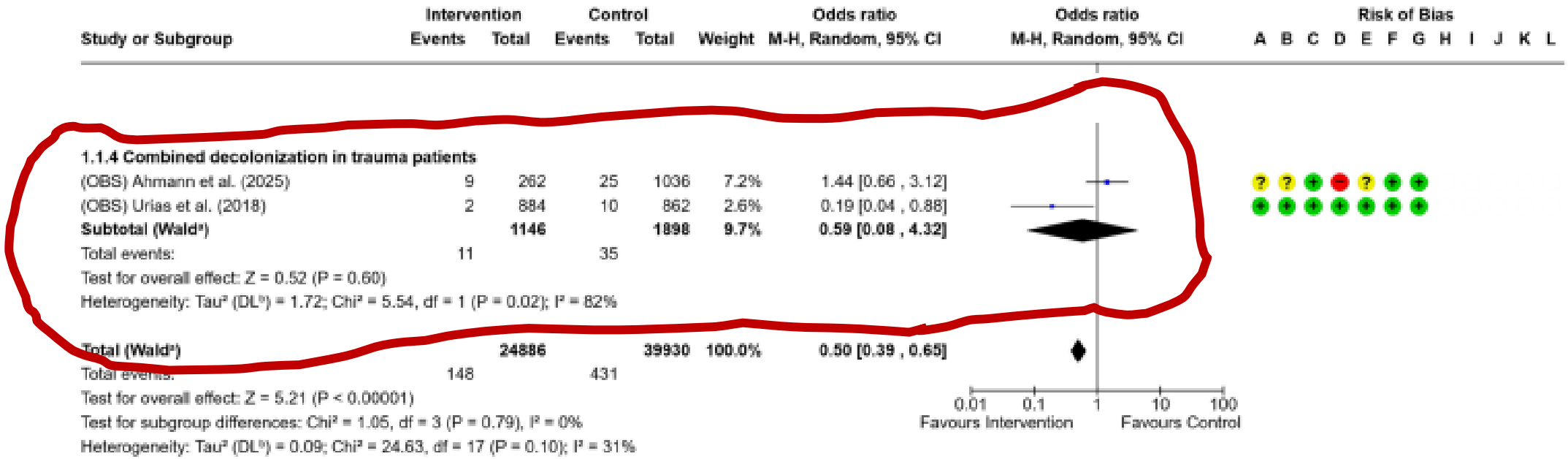
Ergebnisse:
Basieren auf 19 eingeschlossenen Studien mit ca 65.000 Patientenfällen
- davon fünf RCT
- davon 17 elektive Arthroplastie

ORTHOPÄDIE



Henkelmann R. et al. Antimicrob Resist Infect Control 2026 Feb 6;15(1):29.

UNFALLCHIRURGIE



Study or Subgroup	Intervention Events	Intervention Total	Control Events	Control Total	Weight	Odds ratio M-H, Random, 95% CI
1.1.4 Combined decolonization in trauma patients						
(OBS) Ahmann et al. (2025)	9	262	25	1036	7.2%	1.44 [0.66 , 3.12]
(OBS) Urias et al. (2018)	2	884	10	862	2.6%	0.19 [0.04 , 0.88]
Subtotal (Wald²)		**1146**		**1898**	**9.7%**	**0.59 [0.08 , 4.32]**
Total events:	11		35			
Test for overall effect: Z = 0.52 (P = 0.60)						
Heterogeneity: Tau² (DL⁵) = 1.72; Chi² = 5.54, df = 1 (P = 0.02); I² = 82%						
Total (Wald²)		**24886**		**39930**	**100.0%**	**0.50 [0.39 , 0.65]**
Total events:	148		431			
Test for overall effect: Z = 5.21 (P < 0.00001)						
Test for subgroup differences: Chi² = 1.05, df = 3 (P = 0.79), I² = 0%						
Heterogeneity: Tau² (DL⁵) = 0.09; Chi² = 24.63, df = 17 (P = 0.10); I² = 31%						

Mein Fazit:
Kein to do bei Unfallchirurgie (auch schwierig elektiv…)
Elektive Prothesenimplantationen: kein Erkenntnis - ein Implementierungsproblem!

10 Biofilm removal in hospital sink drains drives unintended surges in antibiotic resistance

Kotay SM, et al. npj Antimicrob Resist. 2026;4(1):5. doi:10.1038/s44259-025-00176-2.

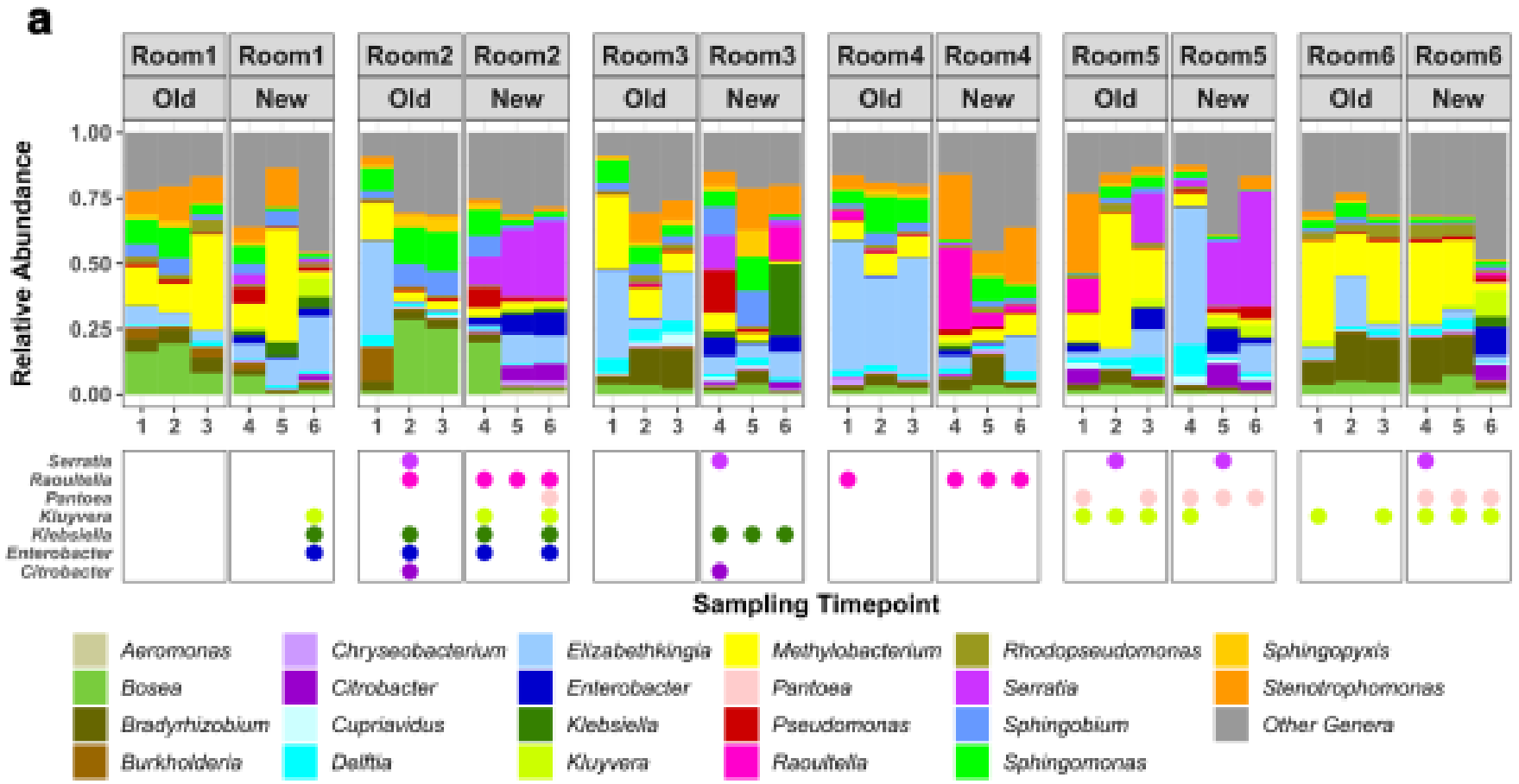
Die Entfernung von Biofilmen
aus den Abflüssen von Waschbecken in Krankenhäusern
führt zu unbeabsichtigten Anstiegen der Antibiotikaresistenz

10 Die Entfernung von Biofilmen aus den Abflüssen von Waschbecken in Krankenhäusern führt zu unbeabsichtigten Anstiegen der Antibiotikaresistenz

UNIVERSITÄTSMEDIZIN GÖTTINGEN : UMG

- Krankenhausabwasserleitungen bieten ideale Bedingungen für den Austausch von Antibiotikaresistenzgenen zwischen Umweltbakterien und Krankheitserregern.
- Der Austausch kontaminierter Leitungen ist möglicherweise die naheliegendste und am weitesten verbreitete Maßnahme.
- Analyse von Biofilmen in Abflüssen von sechs Intensivpatientenzimmern mittels Kultur und Shotgun-Metagenomsequenzierung.
- Verschiebung der Biofilm Gemeinschaft hin zu einer erhöhten Häufigkeit von Enterobacterales nach dem Austausch der Leitungen
- Höhere Resistomlast und eine größere Häufigkeit klinisch relevanter Resistenzgene sowie typischerweise vorkommender mobiler Gene in den neu ausgetauschten Leitungen

Kotay SM, et al. npj Antimicrob Resist. 2026;4(1):5. doi:10.1038/s44259-025-00176-2.



Mein Fazit:

- **Gut gemeint ist nicht gut gemacht**
- **Bestehende (aquatische) mikrobielle Gemeinschaften scheinen von Vorteil**

Kotay SM, et al. npj Antimicrob Resist. 2026;4(1):5. doi:10.1038/s44259-025-00176-2.

Best Paper: please vote

1 Csörnyei-Kelemen A et al. AJIC 2026; 6:716-718

2 Arreba P et al. J Hosp Infect 2025; 157:40–44

3 Harris G H et al. N Engl J Med 2026; DOI: 10.1056/ NEJMra2606651

4 Hurraß J et al. GMS Hyg Infect Control 2025; 21:20

5 WHYY. The Pulse; 2025

6 Simon A et al. mhp 2026; 6. Auflage

7 Septimus E J et al. OFID 2026; 13

8 IfSG Bundesgesetzblatt 2026

9 Henkelmann R et al. Antimicrob Resist Infect Control 2026; 15:29

10 Kotay SM et al. npj Antimicrob Resist; 2026; 4:5

Best Paper: YOUR vote?

https://www.menti.com/al8bz6s5bn6e



1 Csörnyei-Kelemen A et al. AJIC 2026; 6:716-718

2 Arreba P et al. J Hosp Infect 2025; 157:40–44

3 Harris G H et al. N Engl J Med 2026; DOI: 10.1056/ NEJMra2606651

4 Hurraß J et al. GMS Hyg Infect Control 2025; 21:20

5 WHYY. The Pulse; 2025

6 Simon A et al. mhp 2026; 6. Auflage

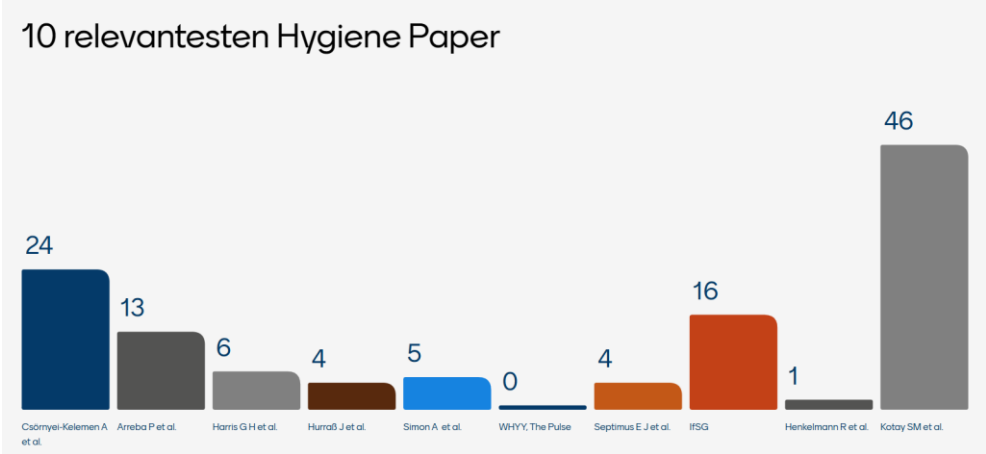
7 Septimus E J et al. OFID 2026; 13

8 IfSG Bundesgesetzblatt 2026

9 Henkelmann R et al. Antimicrob Resist Infect Control 2026; 15:29

10 Kotay SM et al. npj Antimicrob Resist; 2026; 4:5

Best Paper: Auswertung



1 Csörnyei-Kelemen A et al. AJIC 2026; 6:716-718

2 Arreba P et al. J Hosp Infect 2025; 157:40–44

3 Harris G H et al. N Engl J Med 2026; DOI: 10.1056/ NEJMra2606651

4 Hurraß J et al. GMS Hyg Infect Control 2025; 21:20

5 WHYY. The Pulse; 2025

6 Simon A et al. mhp 2026; 6. Auflage

7 Septimus E J et al. OFID 2026; 13

8 IfSG Bundesgesetzblatt 2026

9 Henkelmann R et al. Antimicrob Resist Infect Control 2026; 15:29

10 Kotay SM et al. npj Antimicrob Resist; 2026; 4:5

DANKE!