

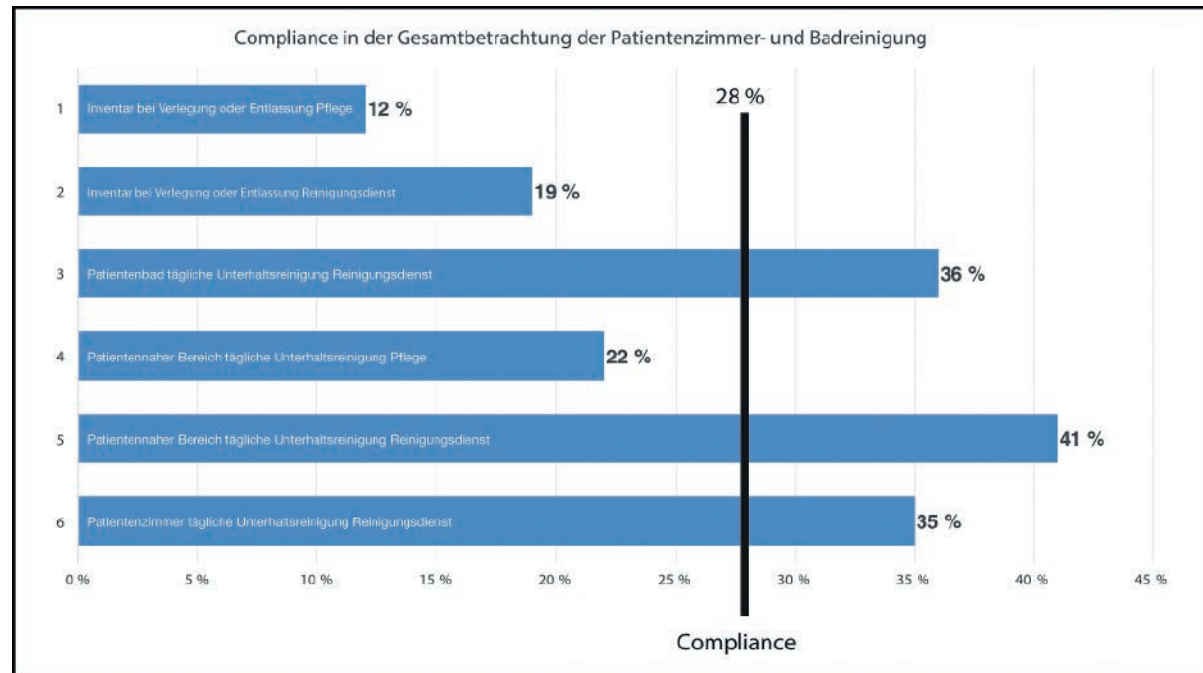
# Desinfiziert: mehr als sauber und rein

Laut Bundesgesundheitsministerium infizieren sich jährlich zwischen 400.000 bis 600.000 Patienten in Krankenhäusern. Wie keimfrei sind Patientenzimmer?

Thomas Meyer, Düsseldorf

Erklärtes Ziel von Oberflächendesinfektionen im Krankenhaus ist es, den nosokomialen Keimen den Nährboden zu entziehen. Die Anforderungen an die Hygiene bei der Reinigung und Desinfektion von Flächen sind in den Empfehlungen der KRINKO und den Hygienekriterien für den Reinigungsdienst der DGKH festgelegt. Die gesetzlichen Grundlagen wurden über das IFSG geschaffen, das im Juli 2011 durch zahlreiche Neuregelungen ergänzt wurde. Sowohl die Empfehlungen als auch die Gesetze wollen die Hygiene in Krankenhäusern verbessern und die Zahl von Infektionen mit Krankheitserregern, die gegen Antibiotika resistent sind, reduzieren.

So weit die Theorie. Aber wie sieht die Praxis aus? Wer trägt die Verantwortung für die Hygiene im Krankenhaus? Wer setzt den Hygieneplan um, wer führt die manuellen Hygieneleistungen aus und wer kontrolliert dies? Zur Sicherstellung der Hygiene in der Reinigung und Desinfektion von Flächen, insbesondere von Haut- und Händekontaktstellen, existiert derzeit kein allgemein angewandeter Leistungsstandard. Aktuell fehlen standardisierte Analysen, die Hygienelücken



und Fehlerquellen in der Oberflächendesinfektion identifizieren.

## Bundesweite Langzeitstudie zur Oberflächendesinfektion

Eine bundesweite Studie, die im Beobachtungszeitraum von Dezember 2012 bis Mai 2015 in 78 Krankenhäusern durchgeführt wurde, führte erstmals Messungen der Wege- und Leistungszeiten von 234 Reinigungsfachkräften durch. 3.600 Messungen von ATP-Rückständen mittels Biolumineszenzverfahren wurden umgehend im Anschluss an die erfolgte Flächendesinfektion und Flächenreinigung durchgeführt.

Folgende Fragestellungen lagen der Analyse zugrunde:

- Wie sah die Prozesslandschaft im Gesamtbereich Hygiene bezüglich der Richtlinien- und der Empfehlungskonformität (DGKH, KRINKO) in den jeweiligen Krankenhäusern aus?
- In welchen Zuständigkeitsbereich fiel die Oberflächendesinfektion im patientennahen Umfeld, wurde dies durch den Hygieneplan festgelegt und kommuniziert?
- Wie wurden die Grundlagen guter Anwendungstechnik von der Gebäudereinigung umgesetzt?

In 74% der Krankenhäuser war die Abteilung Reinigungsdienstleistung als ausführendes Organ des Hygieneplans nicht in der Hygienekommission vertreten. Die

Verantwortung für die tägliche Reinigung von Türklinken, Lichtschaltern, Rufanlage, Griffbereich Patientenschrank und Fenstergriff lag jedoch zu 100% beim Reinigungsdienst, aber nur in 60% der Fälle wurde dies im Leistungsverzeichnis auch festgeschrieben.

Das Ergebnis der ATP-Rückstandsmessungen: Der Mittelwert der 3.600 ATP-Rückstandsmessungen von allen Oberflächen sowie Haut- und Kontaktstellen im Patientenzimmer und im Badbereich lag bei 28. Eine regelkonforme Umsetzung bei der Desinfektion von Oberflächen im patientennahen Umfeld wurde also nur zu 28% erreicht.

In einem zweiten Schritt wurden in 60 der 78 Krankenhäuser standardisierte Prozesse eingeführt und alle

Reinigungsfachkräfte in Theorie und Praxis geschult. Die Schulungen erfolgten individuell pro Reinigungskraft und dauerten je nach Fachwissen der Reinigungskraft zwischen 45 Minuten und 2,5 Stunden. Mit visualisierten und sprachbarrierefreien Standardarbeitsanweisungen verdeutlichten die Schulungsleiter die Abläufe der Reinigung und Desinfektion. Außerdem sorgten die Schulungsleiter dafür, dass die Aufgabenverteilung zwischen der Abteilung Pflege und dem Reinigungsdienstleister kommuniziert wurde.

Zum sichtbaren Nachweis der erbrachten Leistungen wurden Hygienemarkierungen und Hygienesiegel eingeführt und Informationsflyer zum Reinigungssystem in den Patientenzimmern ausgelegt. Abschließend wurden alle implementierten Prozesse in der desinfizierenden Oberflächenreinigung unter Validierungsbedingungen erneut im Biolumineszenzverfahren gemessen.

Das Ergebnis: Eine regelkonforme Umsetzung bei der Desinfektion von Oberflächen im patientennahen Umfeld fand nun zu 92% statt. Die Einführung standardisierter Prozesse und geeigneter Systeme zur Prozessüberwachung und Prozessverbesserung führte innerhalb von vier Wochen zu einer deutlichen Steigerung der Compliance in der wirksamen Keimbekämpfung im gesamten Patientenumfeld.

## Die Compliance steigern

Prozess-Standardisierung, abteilungsübergreifende Koordination und Kommunikation sowie die Qualifikation der ausführenden Reinigungsfachkräfte führen laut Studie nachweislich zu einer deutlichen Verringerung der Gefahr der Transmission von Bakterien, Sporen, Viren und Keimen im gesamten Krankenhaus. So wurde ein

sicheres Fundament in der Basishygiene geschaffen, auf dem alle Hygieneprozesse im Krankenhaus weiter aufbauen können.

Eine weitere Schlussfolgerung der Studie: Hygiene muss als interdisziplinäre Aufgabe verstanden werden, damit der Hygieneplan auch im patientennahen Bereich eingehalten werden kann. Die Verantwortung für die Wirksamkeit des Qualitätsmanagements liegt jedoch bei der Führungsebene. Das ist durch die neue DIN EN ISO 9001:2015 noch einmal betont worden. Die oberste Leitung ist also verpflichtet, in Bezug auf das Qualitätsmanagementsystem die Führungsverantwortung zu übernehmen.

## Abteilungsumfassendes Konzept

Wirksame Oberflächendesinfektion kann nur dann erzielt werden, wenn eine gemeinsame, abteilungsübergreifende Strategie entwickelt und wirksame Verfahren implementiert werden, die die Zunahme multiresistenter Erreger (MRE) einschränken.

Die Durchführung der Reinigung und die Desinfektion von Oberflächen, insbesondere von Haut- und Händekontaktstellen, zählt zu mehr als 95% zum Aufgabenbereich des Reinigungsdienstes eines Krankenhauses. Nur qualifizierte Schulung der Reinigungsfachkräfte und regelmäßiges Controlling garantieren eine regelkonforme und wirksame Oberflächendesinfektion. Auch die Einführung eines unabhängigen Hygienesiegels wäre zum Wohle der Patienten wünschenswert und gesundheitspolitisch geboten.

|www.hysyst.com|