

Schlüsselwörter

Krankenhaushygiene

Hygienepersonal

Hygienebeauftragte
in der Pflege

Keywords

Hospital hygiene

Hygiene management

Infection control link nurse

Ursel Heudorf^{1*}, Ingrid Mauritz², Markus Sold²

¹ Amt für Gesundheit, Frankfurt/Main, Deutschland

² Frankfurter Diakoniekliniken, Markus-Krankenhaus, Frankfurt/Main, Deutschland

Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen: Positive Erfahrungen mit dem Konzept Hygienebeauftragte in der Pflege

Staffing and organizational requirements for the prevention of nosocomial infections: positive results of the infection control link nurse concept

Zusammenfassung

Die neue Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“ aus dem Jahre 2009 gibt je nach Krankenhausstruktur Bedarfswerte für Hygieniker, Hygienebeauftragte, Ärzte und für Hygienefachkräfte in Kliniken an. Hygienebeauftragte in der Pflege werden erwähnt und ihr Aufgabenprofil dargestellt, jedoch wird betont, dass das Konzept der Hygienebeauftragten in der Pflege sich in Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern noch in der Entwicklung befindet. In Deutschland fehlt bislang ein standardisiertes Curriculum und publizierte Erfahrungsberichte sind rar. Vor diesem Hintergrund wird das in den Frankfurter Diakoniekliniken – Standort Markuskrankenhaus und Diakonissenkrankenhaus – seit 2006 etablierte Hygienekonzept mit Hygienebeauftragten in der Pflege und Hygieneassistenten vorgestellt. Die Erwartungen, die das Haus bei der Etablierung des Konzepts hatte, nämlich durch Einbindung speziell geschulter Pflegekräfte auf den Stationen die Kenntnisse und die Verantwortung für die Belange der Hygiene auf mehrere Schultern zu verteilen und damit die Durchdringung und Umsetzung zu verbessern, haben sich nicht nur aus Sicht des Hauses selbst voll erfüllt. Nach Einführung dieses Konzepts wurde auch bei

der Rezertifizierung nach KTQ eine deutliche Qualitätsverbesserung in der Hygiene dokumentiert und auch in der externen Bewertung im Rahmen der Routinebegehungen des Gesundheitsamtes wurde dem Haus ein überdurchschnittlich gutes Hygienemanagement zuerkannt. Die positiven Ergebnisse der Hygienebegehungen durch das Gesundheitsamt sowie die Verbesserungen in der KTQ-Bewertung bestätigen dieses Konzept als eine gute Möglichkeit für ein angemessenes Hygienemanagement im Krankenhaus. HygMed 2011; 36 [4]: 134–140

Summary

In 2009 the new recommendation of the German Commission for Hospital Hygiene and Infection Prevention (Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention KRINKO), entitled “Staffing and Organizational Requirements for Prevention of Nosocomial Infections”, was published. It included detailed information on the need of medical hygiene professionals in hospital settings. Infection control link nurses, successfully implemented in some other countries, are just briefly mentioned in this document, because standardised curricula and field reports are still lacking in Germany. In order to fill this gap, the present report gives an overview of a hygiene concept involving an infection control

*Korrespondierende Autorin

Priv.-Doz. Dr. Ursel Heudorf
Amt für Gesundheit
Abteilung Medizinische Dienste
und Hygiene
Breite Gasse 28
60313 Frankfurt/Main
Deutschland
E-Mail:
ursel.heudorf@stadt-frankfurt.de

link nurse, which has been established at two clinics of the hospital group “Diakoniekliniken” in Frankfurt. The expectations of an improved implementation of infection control measures by applying this concept were fully met. This was confirmed not only by the hospital itself but also by the positive results of the routine infection control audit performed by the local health authority and the evaluation according to the German quality assurance certification process (“KTQ certification”). Thus, the concept proves to be a suitable tool for an adequate hospital hygiene management.

Einleitung

Nach § 36 Infektionsschutzgesetz müssen Krankenhäuser ihre innerbetrieblichen Verfahrensweisen zur Infektionshygiene in Hygieneplänen festlegen. Dabei wird in § 1 des Infektionsschutzgesetzes auf die Eigenverantwortung der Träger und Leiter von Gemeinschaftseinrichtungen explizit hingewiesen [1].

Zur Umsetzung der erforderlichen Hygienemaßnahmen sind bestimmte organisatorische Strukturen und entsprechend ausgebildetes Fachpersonal erforderlich. Die Zahl des erforderlichen Hygienefachpersonals ist nicht nur von der Größe, sondern auch von der Struktur und dem Risikoprofil eines Krankenhauses abhängig. Hierzu hat die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) im Jahre 2009 die Empfehlung „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“ publiziert [2,3]. Sie fordert bei einer Richtgröße ab 400 Betten in Abhängigkeit von der Patientenstruktur eine/n hauptamtliche/n Krankenhaushygieniker/ in sowie 1 Hygienefachkraft (HFK) pro 100 Betten der Kategorie A (Intensiv- und Komplexbehandlung; isolierte Patienten), 1 HFK pro 200 Betten der Kategorie B (operative Eingriffe, invasive Diagnostik) und 1 HFK pro 500 Betten der Kategorie C; darüber hinaus wird 1 HFK pro 50.000 ambulante Fälle gefordert.

Unmittelbar nach Veröffentlichung dieser Empfehlungen bat das Amt für Gesundheit der Stadt Frankfurt am Main alle Krankenhäuser in seinem Bereich, den Bedarf des eigenen Hauses an Hygienefachpersonal, insbesondere an Hygienefachkräften, anhand der dortigen Vorgaben zu ermitteln und dem Amt zur Verfügung zu stellen,

Kasten 1: Hygienekonzept.

Die Umsetzung der im Hygieneplan festgelegten Maßnahmen erfordert eine **AUFBAU- UND PROZESSSTRUKTUR**, die anhand von Kriterien evaluierbar ist.

Jeder Standort hat einen **HYGIENEVERANTWORTLICHEN ARZT**, der die Gesamtverantwortung für die Umsetzung der Hygienemaßnahmen trägt. Diese Aufgabe wird vom Ärztlichen Direktor/Vertreter des jeweiligen Standorts wahrgenommen. Als Berater stehen ihm die jeweilige Hygienefachkraft sowie der Krankenhaushygieniker zur Seite.

Darüber hinaus hat jeder Standort **HYGIENEBEAUFTRAGTE ÄRZTE UND PFLEGEKRÄFTE**. Im Krankenhaus A (ca. 500 Betten) wurden vier hygienebeauftragte Pflegekräfte bestellt, in den Krankenhäusern B (ca. 200 Betten) und C (ca. 100 Betten) jeweils eine.

Die hygienebeauftragten Ärzte und Pflegekräfte (1 Arzt und 1 Pflegekraft pro Fachabteilung) sowie die pflegerischen Hygieneassistenten setzen die **HYGIENEMASSNAHMEN** vor Ort um und überprüfen diese auf ihre Wirksamkeit.

Anhand einer **CHECKLISTE** (s. Anhang, Seite 140) werden alle Bereiche zweimal jährlich begangen. Zweck ist die Erfassung und Dokumentation der Umsetzung der Vorschriften des Hygieneplans bzw. Feststellung etwaiger Mängel. Hierbei erfolgt eine enge Kooperation der Hygieneassistenten vor Ort mit der zuständigen Hygienebeauftragten Pflegekraft bzw. dem Arzt und der Hygienefachkraft.

Die **SCHULUNG** der hygienebeauftragten Ärzte und Pflegekräfte erfolgt extern. Die Schulung der Hygieneassistenten wird im Rahmen interner Fortbildungen von den Hygienefachkräften durchgeführt.

Darüber hinaus wird jährlich von der Hygienefachkraft im Rahmen der **INTERNEN FORTBILDUNG** zu vier hygienerelevanten Themen referiert. Die Teilnahme ist für die hygienebeauftragten Pflegekräfte und Hygieneassistenten verpflichtend.

STELLEN-/AUFGABENBESCHREIBUNGEN für die pflegerischen Hygienebeauftragten sowie für die Hygieneassistenten wurden in Absprache mit den Hygienefachkräften erstellt.

Jeder Standort führt mindestens **2x JÄHRLICH EINE HYGIENETEAMSITZUNG** durch, eine Geschäftsordnung wurde erstellt. Standortübergreifend findet zudem mindestens **2x** jährlich eine Hygienekommissionssitzung statt, eine Geschäftsordnung liegt vor.

ebenso die tatsächliche derzeitige Organisationsstruktur und Ausstattung mit Hygienefachpersonal. Während von insgesamt 14 Frankfurter Krankenhäusern nur ein Haus über einen eigenen festgestellten Hygieniker verfügte, hatten die anderen Häuser externe beratende Hygieniker unter Vertrag. In drei der Häuser waren darüber hinaus Mikrobiologen in den klinischen Laboratorien tätig. Festangestellte Hygienefachkräfte (insgesamt 7) waren nur in vier Krankenhäusern vorhanden, die anderen Häuser beschäftigten externe Hygienefachkräfte für bestimmte Stundenkontingente. Der nach KRINKO-Empfehlung ermittelte Bedarf an Hygienefachkräften wurde in keiner Klinik erfüllt, der Anteil lag zwischen < 20 % bis 55 % des Bedarfs [4].

Parallel wurden seitens der Mitarbeiter des Amtes, die seit Jahren die Hygienebegehungen der Häuser nach § 36 IfSG vornehmen und so die Hygienemaßnahmen der Häuser beratend und kontrollierend begleiten, eine Bewertung des Hygienemanagements der Häuser vorgenommen.

Dabei fielen die Frankfurter Diakoniekliniken (Standorte Markus- und Diakonissenkrankenhaus) in allen Bereichen als

überdurchschnittlich gut auf, obwohl der nach KRINKO-Empfehlung errechnete Bedarf an Hygienefachkräften nur zu 23 % durch zwei externe Hygienefachkräfte erfüllt war (Markuskrankenhaus 16 %; Diakonissenkrankenhaus ca. 50 % – jeweils externe Hygienefachkräfte). Diese Häuser, die zusammen über mehr als 600 Krankenhausbetten verfügen, hatten im Jahr 2006 das Konzept der Hygienebeauftragten in der Pflege eingeführt und seither konsequent weiterbetrieben. Ausgangspunkt war die Überlegung, dass – auch unter psychologischem Aspekt – eine examinierte Pflegekraft auf Station, die in hygienerelevanten Themen geschult und firm ist, eine höhere Wirkung erreicht als eine nur zeitweise auf der Station anwesende externe Hygienefachkraft. Vor diesem Hintergrund soll das in diesen Häusern seit Jahren etablierte und gelebte Konzept vorgestellt werden.

Folgende Überlegungen hatten zur Etablierung des Konzepts der Hygienebeauftragten in der Pflege geführt. Bis zum Jahr 1996 zeichnete lediglich ein kleiner Kreis von Mitarbeitern (Ärztlicher Direktor, ein Vertreter der Verwaltung und der Haustechnik, eine Hygienefachkraft und

Kasten 2: Hygienebeauftragte im Pflegedienst – Aufgabenbeschreibung.

GRUNDSÄTZLICHES: Die Hygienebeauftragten im Pflegedienst sind dreijährig examinierte Pflegepersonen mit langjähriger Berufserfahrung, die eine Zusatzqualifikation erwerben und innerhalb des Krankenhauses in enger Kooperation mit der am Haus tätigen Hygienefachkraft die Umsetzung der implementierten Hygienemaßnahmen und neuer Maßnahmen kontrollieren und überwachen.

ZIELSETZUNG: Die Zielsetzung ist eine konsequente Umsetzung und Weiterentwicklung des Hygienemanagements und der Qualitätssicherung der Krankenhaushygiene.

AUFGABEN: Die Hygienebeauftragten haben neben ihren grundsätzlichen Aufgaben, die in der Stellenbeschreibung für Krankenschwester/Krankenpfleger festgelegt sind, folgende Aufgaben:

- Teilnahme an den Hygienekommissionssitzungen
- Teilnahme an den Hygieneteamsitzungen
- Teilnahme an den Begehungen mit der Hygienefachkraft und den Hygieneassistenten
- Teilnahme an den Begehungen des Gesundheitsamtes
- Mitwirkung bei der Festlegung des Fortbildungsbedarfs
- Mitwirkung bei der Erstellung von Handlungsanweisungen für den Pflegedienst und deren Überprüfung
- Mitwirkung bei der Aktualisierung des Hygieneplans
- Überwachung der Einhaltung der Hygieneregeln/Pflegetechniken
- Weitere Tätigkeiten innerhalb des Zuständigkeitsbereiches können in Absprache mit der Hygienefachkraft und der Pflegedirektorin festgelegt werden.
- Dokumentation der Leistungen und des Zeitaufwandes.

Kasten 3: Hygieneassistenten im Pflegedienst – Aufgabenbeschreibung.

GRUNDSÄTZLICHES: Die Hygieneassistenten im Pflegedienst sind dreijährig examinierte Pflegepersonen mit mehrjähriger Berufserfahrung, die die am Haus tätige Hygienefachkraft sowie die Hygienebeauftragten in der Pflege bei der Umsetzung der festgelegten Hygienemaßnahmen unterstützen. In diesem Kontext erhält der/die HygieneassistentIn fachliche Anweisungen von der Hygienefachkraft. Diese trägt die Verantwortung für ihre Einarbeitung und Schulung.

ZIELSETZUNG: Die Zielsetzung ist eine konsequente Umsetzung der festgelegten Hygienemaßnahmen im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften, des Qualitätsmanagements und des Risikomanagements.

AUFGABEN: Die Hygieneassistenten übernehmen neben ihren grundsätzlichen Aufgaben, die in der Stellenbeschreibung für Krankenschwester/Krankenpfleger festgelegt sind, folgende Aufgaben:

- Teilnahme an den Hygieneteamsitzungen
- Überwachung der Einhaltung des Hygieneplans im eigenen Arbeitsbereich, Mitwirkung beim Ausbruchmanagement
- Weitergabe von neuen Informationen an die Mitarbeiter
- Teilnahme an den Begehungen des eigenen Arbeitsbereiches mit der Hygienefachkraft 2x jährlich
- Teilnahme an den Begehungen des eigenen Arbeitsbereiches mit den/der Hygienebeauftragten anhand einer Checkliste
- Teilnahme an Fortbildungen, die von der Hygienefachkraft durchgeführt werden (Pflichtfortbildung für Hygieneassistenten)
- Weiterleitung von Verbesserungspotentialen oder aufgetretenen Hygieneproblemen an die Hygienefachkraft und/oder Hygienebeauftragten in der Pflege.
- Dokumentation der Leistungen und des Zeitaufwandes.

der Leiter des Labors, ein Mikrobiologe) für das Thema Hygiene verantwortlich. Dabei war festzustellen, dass mit dieser Besetzung zwar die grundsätzliche Beachtung der jeweils aktuellen Hygienerichtlinien sichergestellt werden konnte, der

Durchdringungsgrad jedoch – je nach Priorisierung des Themas Hygiene in den einzelnen Kliniken und Funktionsbereichen – zu wünschen übrig ließ. Zunächst wurde die Hygienekommission um je einen ärztlichen Vertreter pro Klinik erweitert und

die Teilnahme an den viermal im Jahr stattfindenden Sitzungen der Hygienekommission für verpflichtend erklärt, verbunden mit der Auflage, im Verhinderungsfall einen Vertreter zu entsenden. Damit wurde eine wesentliche Verbesserung erzielt: Auf den Krankenstationen auftretende Fragestellungen etc. wurden ggf. in der Hygienekommission erörtert und nach Klärung der Vorgehensweise an den hygienebeauftragten Abteilungsarzt zurückdelegiert, der mit Unterstützung durch die Hygienefachkraft die Problemlösung vor Ort betrieb. Obwohl die Vertretung dieser Fachkraft im Urlaubs- und Krankheitsfalle exzellent geregelt war und hervorragend funktionierte, zeigte sich sehr bald, dass auf Dauer eine einzige Hygienefachkraft zur Bewältigung der damit verbundenen Aufgaben nicht ausreichte. Statt die Zahl der Hygienefachkräfte zu erhöhen – die in entsprechender Qualifikation auch nicht ohne weiteres zu finden sind – wurde es 2006 vorgezogen, durch Einbindung speziell geschulter Pflegekräfte („Hygienebeauftragte in der Pflege“) auf den Stationen die Kenntnisse und die Verantwortung für die Belange der Hygiene auf mehrere Schultern zu verteilen und damit die Durchdringung und Umsetzung zu verbessern.

Das Konzept

Gemäß Hygienekonzept der Klinik (Kasten 1) – in Übereinstimmung mit dem Infektionsschutzgesetz und der Empfehlung der KRINKO – trägt der Ärztliche Direktor/Vertreter die Gesamtverantwortung für die Hygiene. Ihm stehen als Berater die Hygienefachkraft sowie der Krankenhaushygieniker zur Seite. Darüber hinaus gibt es hygienebeauftragte Ärzte und Pflegekräfte sowie pflegerische Hygieneassistenten, die die Hygienemaßnahmen vor Ort umsetzen und auf ihre Wirksamkeit überprüfen. Sowohl für hygienebeauftragte Pflegekräfte und pflegerische Hygieneassistenten wurden verbindliche Stellen- und Aufgabenbeschreibungen erstellt (Kasten 2 und 3). Die Aufgabenbeschreibung der Hygienebeauftragten in der Pflege entspricht dabei weitgehend dem Vorschlag der KRINKO [2,3], Aufgaben im Zusammenhang mit dem Ausbruchmanagement kommen ihnen und insbesondere den Hygieneassistenten vor Ort zu, die ein gehäuftes Auftreten von Infektionen am frühesten detektieren. Die Schulung der hygienebeauftragten Ärzte

und Pflegekräfte erfolgt extern, an einer der in der Anlage aufgeführten Einrichtungen (s. Anlage, Seite 139). Die Schulung der Hygieneassistenten wird viermal pro Jahr im Rahmen einer internen Fortbildung von den Hygienefachkräften durchgeführt. Die Teilnahme ist Pflicht und wird in einer „Fortbildungskarte“ dokumentiert. Anders als bei den Hygieneassistenten erstreckt sich das Tätigkeitsfeld der Hygienebeauftragten in der Pflege über die einzelne Station hinaus auf den gesamten verantworteten Fachbereich (s. Anlage).

Anhand einer Checkliste werden sämtliche Bereiche zweimal jährlich standardisiert begangen, die Ergebnisse und evtl. Verbesserungsbedarf protokolliert und in der Folge bearbeitet.

Mindestens zweimal jährlich wird eine Hygieneteamsitzung durchgeführt, für die eine Geschäftsordnung erstellt wurde (Kasten 4). Dort werden standardisiert bestimmte Themen abgearbeitet. Die Hygienekommission tagt ebenfalls mindestens zweimal im Jahr.

Diskussion

Bereits in den Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene 1977 wurde nicht nur das Konzept des beratenden Krankenhaushygienikers, sondern auch der hygienebeauftragten Ärzte und der Hygienefachkraft inklusive deren Aufgabenbeschreibung publiziert. Inzwischen sind diese Konzepte fortgeschrieben worden, und es gibt etablierte Kurse und Curricula für die Ausbildung dieser Berufsgruppen. Neun Bundesländer erließen inzwischen Weiterbildungs- und Prüfungsordnungen für Hygienefachkräfte, meist mit staatlicher Anerkennung [5].

Demgegenüber ist das Konzept der Hygienebeauftragten in der Pflege neuer. So gibt es in England eine sog. link nurse, die neben ihren normalen Pflichten die Aufgabe hat, ihre Kolleginnen und Kollegen in Hygienefachfragen zu beraten und fortzubilden [6–8]. Teare und Peacock beschreiben anschaulich die notwendigen Voraussetzungen für link nurses und den positiven Effekt nach einigen Jahren Erfahrung mit diesem Konzept [7]. In Frankreich ist eine „link nurse“ für Hygienebelange auf jeder Station festgeschrieben. In der Schweiz gibt es Hygienebeauftragte in der Pflege in verschiedenen Kliniken auf Intensivstationen. Sie erhalten eine spezielle Weiterbildung in

Kasten 4: Geschäftsordnung für die Hygieneteamsitzung.

§ 1 BEGRÜNDUNG

Der Bedarf zur Bildung einer Hygieneteamsitzung ergibt sich aus der Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim RKI.

§ 2 VERANTWORTLICHKEITEN

Der Ärztliche Direktor bzw. dessen Stellvertreter ist verantwortlich für die Krankenhaushygiene. Er ist Vorsitzender der Hygieneteamsitzung und kann einen Vertreter benennen. Er ist verpflichtet, die krankenhaushygienischen Maßnahmen entsprechend den Vorschriften in ihrer jeweils gültigen Fassung zu organisieren und sich in regelmäßigen Abständen über Durchführung, Probleme und Ergebnisse zu informieren bzw. Informieren zu lassen und bei Bedarf an die Hygienekommissionssitzung weiterzugeben.

Zur Umsetzung der hygienischen Maßnahmen sind Hygienebeauftragte des ärztlichen und pflegerischen Dienstes sowie Hygieneassistenten in der Pflege benannt. Der Aufgabenbereich ist in den jeweiligen Stellenbeschreibungen festgelegt.

Die enge Kooperation mit dem/der beratenden KrankenhaushygienikerIn und der zuständigen Hygienefachkraft ist Voraussetzung für die Etablierung eines funktionierenden Hygienekonzepts.

§ 3 ZUSAMMENSETZUNG

Die Hygieneteamsitzung setzt sich wie folgt zusammen:

- Ärztlicher Direktor bzw. dessen Stellvertreter
- Hygienefachkraft
- Hygienebeauftragte Ärzte und Pflegekräfte
- Hygieneassistenten des Pflegedienstes
- PflegedirektorIn bzw. deren/dessen VertreterIn
- Technischer Leiter
- Hauswirtschaftsleitung

Im Bedarfsfall können weitere Personen zur Anhörung bzw. Klärung von Sachfragen geladen werden.

§ 4 SITZUNGEN

Die Hygieneteamsitzung wird in regelmäßigen Abständen, mindestens 2x im Jahr mit einer Ladungsfrist von 10 Tagen bzw. bei akuten Anlässen unverzüglich und mit verkürzter Ladungsfrist von einem Tag einberufen. Die Einladung erfolgt mit Tagesordnungspunkten durch den Ärztlichen Direktor oder einen benannten Vertreter.

Festgelegte Tagesordnungspunkte

- vorausgegangene Protokolle
- Ergebnisse von Arbeitsaufträgen
- Nosokomiale Infektionen und Erreger mit besonderen Resistenzen nach § 23 IfSG
- Bericht der Begehungen
- Ergebnisse hygienischer Untersuchungen
- Bericht von Hygienekommissionssitzungen
- Definition von Quartalszielen der Basishygiene (z.B. Händedesinfektion).

Von jeder Sitzung wird Protokoll gefertigt.

§ 5 ANTRÄGE

Jedes Mitglied hat das Recht, Anträge zur Beratung vorzuschlagen.

§ 6 BESCHLÜSSE

Die Hygieneteamsitzung ist beschlussfähig, wenn mindestens 2/3 ihrer Mitglieder anwesend sind. Hausinterne Beschlüsse werden mit einfacher Mehrheit gefasst. Übergreifende Themen werden in der Hygienekommissionssitzung bearbeitet und beschlossen. Die Beschlüsse sind dem Krankenhausdirektorium mit Begründung zur Entscheidung vorzulegen.

Hygiene, arbeiten selbständig vor Ort, stehen aber immer auch in engem Kontakt zum Hygienefachpersonal der Klinik [9].

Die Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene, Sektion Hygiene in der ambulanten und stationären Kranken- und Al-

tenpflege/Rehabilitation, hat bereits 2007 Hygienebeauftragte in der Pflege als Ergänzung des Hygieneteams und Schnittstelle zwischen Hygienefachkräften und den Mitarbeitern auf Station gefordert, „die aber nicht die HFK ersetzen, sondern die

Zusammenarbeit ermöglichen, dass die HFK ihre originären Kernaufgaben erfüllen kann“ [10]. In der neuen KRINKO-Empfehlung zu personellen und organisatorischen Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen [2,3] werden Hygienebeauftragte in der Pflege angesprochen, wobei darauf verwiesen wird, dass sich das Konzept in Deutschland im Vergleich zu den angelsächsischen Ländern noch in der Entwicklung befindet. Die KRINKO sieht für Hygienebeauftragte in der Pflege u.a. folgende Aufgaben: Kommunikationspartner an der Schnittstelle zu Mitarbeiter/innen des Hygieneteams, „Multiplikator/in“ hygienerelevanter Themen auf der Station, Durchführung stations-/bereichsbezogener Kleingruppenunterrichts über konkrete Hygienepraktiken und frühzeitige Wahrnehmung von Clustern/Ausbrüchen. Derzeit werden von einigen Institutionen in Deutschland bereits Kurse und Fortbildungen angeboten, die sich in Inhalt und Umfang der Weiterbildung teilweise deutlich unterscheiden (s. Anlage, Seite 139). Im Gegensatz bspw. zur Hygienefachkraft gibt es für die Hygienebeauftragten in der Pflege bislang jedoch kein allgemein anerkanntes Curriculum.

Kürzlich wurde über die Etablierung des Konzepts der Hygienebeauftragten in der Pflege in einigen Abteilungen des Universitätsklinikums Heidelberg berichtet [9]. Dort wurde über einen mehrjährigen Prozess von unten das Konzept der Hygienebeauftragten in der Pflege innerhalb bestimmter interessierter Abteilungen entwickelt und implementiert. Es erwies sich als unbedingt vorteilhaft, dass die Hygienebeauftragten in der Pflege ganztags arbeiten und so trotz ihrer Aufgaben als Hygienebeauftragte in der Pflege weiterhin in der Alltagsroutine der Station arbeiten. Ganztagskräfte hatten auch eher die Möglichkeit, an den Fortbildungen zur Hygiene teilzunehmen. Probleme zeigten sich, wenn die Abteilung(sleitung) nicht hinter dem Konzept stand, bei häufigem Personalwechsel, bei fehlender Festlegung zur Freistellung für Teambesprechungen bzw. Fortbildungen. Als ebenso wichtig erwies sich auch die Bereitschaft der Hygienefachkraft, sich auf dieses Konzept einzulassen, insbesondere wenn die Gefahr gesehen wird, dass durch dieses Konzept HFK-Stellen reduziert werden könnten [9].

Der Bericht aus Heidelberg wird hiermit durch einen weiteren Bericht über das Konzept der Hygienebeauftragten in der

Pflege in einem weiteren Krankenhaus in Deutschland ergänzt. In den Frankfurter Diakoniekliniken werden Hygienebeauftragte in der Pflege eingesetzt, die extern weitergebildet wurden. Angesichts der guten Erfahrungen wurde das Konzept inzwischen auch auf den dritten Standort der Klinik in Frankfurt ausgeweitet (Bethanien-Krankenhaus). Seit 2008 sind nunmehr in den drei Standorten der Klinik 6 Hygienebeauftragte in der Pflege und 57 Hygieneassistenten tätig.

Die mit Einführung des Konzepts verbundenen Erwartungen haben sich aus Sicht des Hauses in jeder Hinsicht erfüllt. Es wurde die Sensibilität bzgl. des Themas Hygiene erhöht und eine kontinuierliche Weiterentwicklung und Verbesserung in der Hygiene erzielt. Monatliche Treffen der hygienebeauftragten Pflegekräfte mit der Hygienefachkraft dienen der Informationsweitergabe und dem Austausch aktueller Themen, die zeitnah in allen Fachbereichen kommuniziert werden. Dabei sind die Hygienebeauftragten und Hygieneassistenten in der Pflege durch die externen und internen Weiterqualifikationen sehr gut befähigt, hochmotiviert und auch selbstbewusst genug, um dieses Thema innerhalb der Einrichtung auch gegenüber Vertretern anderer Berufsgruppen kompetent zu vertreten, Verbesserungspotenziale zu identifizieren und kontinuierlich zu begleiten.

Dieser Eindruck der qualitativen Verbesserung kann auch durch nachweisbare quantitative Verbesserung bestätigt werden, da das Haus seit 2004 an dem krankenhausspezifischen Zertifizierungsverfahren KTQ einschließlich Rezertifizierung teilnimmt. Dieses u.a. von der Bundesärztekammer (BÄK), der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenversicherungen getragene Verfahren beruht auf einer Kombination einer Selbst-, vor allem jedoch Fremdbewertung nach spezifischen, von Krankenhauspraktikern entwickelten Kriterien. Dabei wird die zunächst vorgenommene Selbstbewertung eines Krankenhauses um die Fremdbewertung durch ein externes Visitorteam ergänzt und ggf. korrigiert. Bewertet werden die sechs Kategorien (1) Patientenorientierung im Krankenhaus, (2) Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung, (3) Sicherheit im Krankenhaus, (4) Informationswesen, (5) Krankenhausführung und (6) Qualitätsmanagement (<http://www.ktq.de>). Die Hygiene stellt ein Kernkriterium der Kategorie „Sicherheit“

dar, wird dementsprechend mit dem Faktor 1,5 gewichtet und unter 4 Gesichtspunkten beurteilt, wobei organisatorische, strukturelle, prozedurale und Ergebnis-Aspekte bewertet werden. Zwecks Etablierung eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses ist bei allen vier Kriterien ein sogenannter Deming-Zyklus, d.h. ein Plan-Do-Check-Act-Modell, vorgegeben.

Hier zeigte das Ergebnis der nach Einführung des Konzepts erfolgten Rezertifizierung nach KTQ eine deutliche Verbesserung an: Bezüglich des Kriteriums „3.2.1. Organisation der Hygiene“ wurden 85 % der möglichen Punkte statt zuvor 63 % erreicht, bei dem Kriterium „3.2.3. Planung und Durchführung hygienesichernder Maßnahmen“ konnte eine Steigerung von 59 % auf 78 % nachgewiesen werden und beim Kriterium „3.2.4. Einhaltung von Hygienerichtlinien“ kam es zu einer Verbesserung von 48 % auf 78 % der möglichen Punktzahl. Lediglich beim Kriterium 3.2.2. „Erfassung und Nutzung hygienerelevanter Daten“ war mit jeweils 60 % der möglichen Punkte noch ein nennenswertes Verbesserungspotenzial festzustellen.

Auch in der externen Bewertung des Gesundheitsamtes [4], wurde dem Haus ein überdurchschnittlich gutes Hygienemanagement zuerkannt. Anhand der dem Amt vorliegenden Erkenntnisse aus den standardisierten Begehungen der Frankfurter Kliniken der vorangegangenen Jahre, den Befundmitteilungen zu Hygieneuntersuchungen und den Erfassungsdaten nach § 23 Infektionsschutzgesetz waren einzelne Themenbereiche, wie z.B. Erfassung von nosokomialen Infektionen, Erfassung von Keimen mit Multiresistenzen, Ausbruchmanagement, Routineuntersuchungen, Hygiene in einzelnen Bereichen wie OP, Endoskopie, Medizinprodukteaufbereitung, allgemeine Reinigungs- und Desinfektionsmaßnahmen etc. mit einem Schulnotensystem (1 sehr gut – 6 ungenügend) semiquantitativ bewertet worden [4]. In allen Themenbereichen erreichte dieses Krankenhaus überdurchschnittlich gute Noten.

Mit diesem Konzept wird Hygiene nicht von oben (Klinikleitung oder Hygienefachkraft in Stabsstelle) oder außen (externe Hygienefachkraft) vorgegeben, sondern von „unten“ (Pflegepersonal) und innen (aus den Stationen selbst) gelebt. Durch gute Motivation und Schulung, regelmäßige Aus- und Fortbildungen sowie Hygienebegehungen in den Funktionsbereichen und auf den Stationen wurde die Hy-

gienekompetenz der Mitarbeiter vor Ort gesteigert, sodass viele konkrete Hygieneprobleme direkt vor Ort erkannt und selbstständig gelöst werden können. Dies wiederum förderte die Motivation der Mitarbeiter, die Hygiene als ihre Aufgabe erleben und diese nicht innerlich an die (externe) Hygienefachkraft delegieren. Ganz zentral für diese Ergebnisse erscheint aber, dass das Haus und alle Akteure – insbesondere auch die Klinikleitung – Qualitätssicherung durch Hygiene ernst nehmen und alle Aspekte des Konzepts einschließlich der Freistellung zu externer Weiterbildung und regelmäßiger interner Fortbildung umsetzen.

Die positiven Ergebnisse der Hygienebegehungen durch das Gesundheitsamt sowie die Verbesserungen in der KTQ-Bewertung bestätigen dieses Konzept als eine gute Möglichkeit für ein angemessenes Hygienemanagement im Krankenhaus.

Interessenkonflikt

Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt im Sinne der Richtlinien des International Committee of Medical Journal Editors besteht.

Literatur

1. Infektionsschutzgesetz 2000. Gesetz zur Neuordnung seuchenrechtlicher Vorschriften (Seuchenrechtsneuordnungsgesetz, Art. 1 IfSG Infektionsschutzgesetz). Bundesgesetzblatt Teil I 33, vom 25. Juli 2000.
2. KRINKO. Präambel zum Kapitel D, Hygienemanagement, der Richtlinie für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention. Mitteilung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2009; 52: 949–950.
3. KRINKO. Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen. Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2009; 52: 951–962.
4. Heudorf U, Exner M. Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen: Richtlinie und Realität 2009. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2011; 54: 372–377.
5. Ring A, Ring C, Lutz D. Einsatz der Zeitschrift Hygiene & Medizin in der Weiterbildung zur Hygienefachkraft. Hyg Med 2010; 35: 412–420.
6. Dawson SJ. The role of infection control link nurse. J Hosp Infect 2003; 54: 251–257 (quiz 320)
7. Teare EL, Peacock A. The development of an infection control link-nurse programme in a district general hospital. J Hosp Infect 1996; 34: 267–278.
8. Teare EL, Peacock A J, Dakin H, Bates L, Grant-Casey J. Build your own infection control link nurse: an innovative study day. J Hosp Infect 2001; 48: 312–9.
9. Württemberger M, Wendt C. Hygienebeauftragte in der Pflege – ein Konzept für die Praxis. Hyg Med 2009; 34: 381–385.
10. Nußbaum B. Stellungnahme der DGKH-Sektion „Hygiene in der ambulanten und stationären Kranken- und Altenpflege / Rehabilitation und Bestätigung durch den DGKH-Vorstand „Situation der Hygienefachkräfte in Krankenhäusern“. Hyg Med 2007; 23: 446–447.

Anlage

Den Autoren bekannte Anbieter von Kursen für Hygienebeauftragte in der Pflege (sehr unterschiedliche Inhalte und Umfang)

Caritas-Akademie Köln-Hohenlind

www.caritas-akademie-koeln.de

Hygieneakademie Bad Kissingen

www.hygieneakademie.de

IBMG Institut für Bildung und Management im Gesundheitswesen, Darmstadt

www.ibmg-darmstadt.de

Institut für Ökonomie und Management, Duisburg, Essen

www.fom-iom.de

Johanniter Münster

www.johanniter.de

MAPS-Marburger Akademie für Pflege- und Sozialberufe e.V, Marburg

www.maps-marburg.de

Anhang

Checkliste Hygienebegehung/Audit

Station/Abteilung:

Datum:

Lfd. Nr.		100%	75%	50%	25%	0%	Bemerkungen/ Handlungsbedarf	Zuständig	Erledigt in < 4 Wo
1	Die Hände werden gemäß Hygieneplan desinfiziert Abklatsch: Arzt/ Pflege / Vorgeführt: Arzt/ Pflege								
2	Lange Haare werden zusammengebunden getragen								
3	Personal trägt während der Arbeitszeit keinen Schmuck an Händen und Unterarmen und keine langen, lackierten, künstlichen oder geölgelten Fingernägel								
4	Bei sichtbarer Kontamination erfolgt eine korrekte Händehygiene								
5	Mitarbeiter haben Kenntnis über Zugriff zum Hygieneplan								
6	Der Inhalt des Hygienekonzeptes ist bekannt: Hygienebeauftragter Arzt und -Pflegerkraft Hygieneassistenten								
7	Die Fortbildungsveranstaltungen der IbF (4x jährlich) werden durch die Hygieneassistenten auf den Stationen weitergegeben und per Unterschrift dokumentiert								
8	Protokolle der Hygieneteamsitzung und Hygiene-Begehungprotokolle liegen vor und werden von den Mitarbeitern gelesen, bearbeitet und abgezeichnet								
9	Nasszelle im Patientenzimmer: – Abluft wird regelmäßig gereinigt (Technik) – Abluft sind staubfrei – Es sind keine Stockflecken an den Wänden und Duschvorhängen sichtbar								
10	Es sind keine Topfpflanzen mit Blumenerde in Behandlungs- und Patientenzimmern								
11	Papierkörbe im Pat- Zimmer werden zur Entsorgung von Pflegeutensilien genutzt- anschließend geleert.								
12	Reinigungspläne für Verbandwagen und Pflegewagen sind vorhanden und werden geführt								
13	Aktuelle Desinfektionspläne sind vorhanden								
14	Behälter mit Desinfektionslösung sind gekennzeichnet und werden entsprechend den Vorgaben (Desinfektionsplan) erneuert								
15	Schutzbrille und Handschuhe an dezentralen Dosiergeräten sind vorhanden. Aktuelle Prüfplakette am Gerät vorhanden								
16	Isolationen werden nach Hygieneplan durchgeführt: – z. B. Händedesinfektion, Mund- Nasenschutz, – Schutzkittel, separater Wäsche-/ Abfallabwurf								
17	Hygienerelevante Meldewege nach Hygieneplan sind bekannt und werden korrekt durchgeführt (z.B. nosokomiale Infektionen)								
18	Sterilgut wird korrekt gelagert								
19	Temperaturen von Medikamentenkühlschränken werden erfasst und dokumentiert								
20	Medikamentendispenser werden nach Gebrauch durch den Patienten desinfizierend aufbereitet								
21	Aktuelle Hautschutzpläne vorhanden								
Zusätzliche Bemerkungen:									

Gez.
Hygienefachkraft