



17.10.2007

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“

Ausgangslage

Es ist zur Tatsache geworden, dass sich das Gesundheitswesen in einem tief greifenden Strukturwandel befindet. Begrenzte finanzielle Ressourcen stehen einer verstärkten Inanspruchnahme medizinischer Leistungen gegenüber, was besonders durch die Entwicklung der Altersstrukturen und der medizinischen Innovation bedingt ist. In Zukunft wird die Verteuerung der Gesundheitskosten zwangsläufig zu ökonomischer Rationierung führen.

Zitat: (1) „Internationale Forschungsergebnisse zeigen einen signifikanten Zusammenhang zwischen einer knappen Stellenbesetzung und mangelnder Fachkompetenz in Pflgeteams, einer schlechteren Arbeitsumgebungsqualität und höheren Komplikations-, Fehler- und Mortalitätsrate bei Patienten, sowie einer geringeren Arbeitszufriedenheit, höheren Fluktuations-, Burnout- und arbeitsbedingten Verletzungsraten beim Personal.“

So wurden durch den zunehmende Abbau von Pflegekräften, innerhalb der letzten

10 Jahre 40.000 Vollzeitstellen in den deutschen Krankenhäusern gestrichen, dadurch wurden Hygienestrukturen und – Maßnahmen reduziert bzw. nicht mehr sicher eingehalten. Im gleichen Zeitraum stieg die Versorgung von immer mehr Menschen in immer kürzerer Zeit mit den entsprechenden Risiken für die Patienten (2,3).

Durch eben solche ökonomischen Zwänge, Umstrukturierungen und mangelnde Priorität der Krankenhaushygiene in der deutschen Krankenhauslandschaft findet unter anderem zunehmend ein schleichender Stellenabbau von Hygienefachkräften (HFK) statt bzw. wird diese Leistung als Teilzeit-Fremdleistung vergeben, womit dann nur eine Alibifunktion erfüllt wird. Dadurch werden langfristig nicht Kosten eingespart, sondern dies wird zunehmend krankenhaushygienische Probleme und steigende nosokomiale Infektionen verursachen, also zu menschlichem Leid, Imageprobleme für die betreffenden Krankenhäuser, höheren Behandlungskosten und letztendlich wiederum zu höhere Ausgaben im Gesundheitswesen führen (4,5).

In den letzten Jahren ist immer mehr zu beobachten, dass viele Krankenhäuser ihre HFK reduzieren oder nicht in der vorgegeben Qualifikation einsetzen. Dieser Umstand ist besonders in Bundesländern, in denen kein Krankenhaushygiene-gesetz/- Verordnung besteht, zu beobachten. Hygiene hat sehr stark mit Qualitätsmanagement zu tun und die HFK leistet hierzu eine grundlegende Basisarbeit, die sich schnell in Erfolgen oder Misserfolgen zeigt, wenn entsprechende Infektions- oder Komplikationsraten erhoben werden.

Geschäftsstelle

Bleibtreustraße 12 A
10623 Berlin
Telefon +49 30 8855 1615
Telefax +49 30 8851 029
E-Mail info@dgkh.de

Vorstand

Präsident

Prof. Dr. med. Axel Kramer
Greifswald

1. Vizepräsident

Prof. Dr. med. Martin Exner
Bonn

2. Vizepräsident und Beauftragter für Rechtsfragen

Dr. jur. Alfred Schneider
Pforzheim

Schatzmeisterin

Prof. Dr. rer. nat. Heike Martiny
Berlin

Koordinator für Leitlinien, Öffentlichkeitsarbeit und Schriftführung

Dr. med. Klaus-Dieter Zastrow
Berlin

Amtsgericht Greifswald
Registernummer VR 293

Str.-Nr. 084/141/01667

Bankverbindung

Weberbank Berlin
Konto 6 106 852 008
BLZ 101 201 00
IBAN DE54101201006106852008
BIC WEBE3333

Internet

www.dgkh.de



Wie sieht diese schleichende Reduzierung aus?

HFK werden für zu große Aufgabenbereiche eingesetzt und können letztlich ihre Kern-Aufgaben (u.a. Erkennen von Hygieneproblemen, Beratung und Schulung vor Ort) nicht mehr adäquat erledigen.

HFK werden mit Aufgaben, die nicht (ihrem Kerngeschäft, siehe RKI-Richtlinien) den eigentlichen Tätigkeiten entsprechen, eingesetzt, z.B. für hygienetechnische Untersuchungen für andere Einrichtungen, Probenahmen für Studien und sonstige z.B. wissenschaftliche Zuarbeiten.

HFK werden ohne Unterstützung und Kompetenz als Alibifunktion eingesetzt.

HFK werden mit anderen Aufgaben/Funktionen betraut und Hygiene ist nur noch eine kleine formale Tätigkeit.

HFK werden nur noch über externe Firmen/Institute punktuell (nach Gutdünken) eingesetzt, d.h. es findet nur noch eine zeitlich begrenzte Betreuung im Krankenhaus statt, anstehende Hygieneprobleme werden dadurch nicht oder zu spät erkannt.

Warum halten wir dies für ein Problem?

Die kompetente Umsetzung von Krankenhaushygiene vor Ort kann nur durch gut ausgebildete und mit Kompetenzen ausgestatteten HFK erfolgen. Neben dem Vorhandensein von Hygiene- und Desinfektionsplänen, Standardarbeitsanweisungen, der formalen jährlichen Hygieneschulung, Infektionserfassung und Überwachung von multiresistenten Keimen, ist auch der interne Einblick in die baulichen, personellen und organisatorischen Strukturen und Probleme notwendig und dies ist meist nur Insidern bekannt, also der HFK vor Ort und die HFK muss auch den Mitarbeitern des Krankenhauses bekannt und erreichbar sein.

Nur so kann unmittelbar reagiert werden und können praxisrelevante Lösungsansätze und effektive Umsetzung der Maßnahmen erfolgen und bei akuten krankenhaushygienischen Problemfällen eine zeitnahe Bearbeitung. Dies belegt auch die zwar schon ältere, aber nicht weniger aktuelle Senic-Studie (6).

Die Bettenzahl kann für die Berechnungsgrundlage einer HFK nicht das alleinige Kriterium sein. Zusätzlich sind auch die Anzahl der Patientenaufnahmen pro Jahr und die Zahl ambulant betreuter Patienten wichtige Kriterien, wie in Holland Van den Broek et. al. (7) nachgewiesen haben.

Was ist aus unserer Sicht notwendig?

- HFK vor Ort einsetzen (in diesem Fall ist es egal, ob eine externe Firma oder das Krankenhaus der Arbeitgeber ist), um die frühzeitige Erkennung von epidemiologischen und infektiologischen sowie Hygieneprobleme unmittelbar angehen zu können.
- Überarbeitung der RKI- Empfehlung, z.B. sind die Bettenanzahlzahlen von 1976 längst nicht mehr das Kriterium für den Hygienebedarf eines Krankenhauses, da die Krankenhäuser vermehrt ambulante Einrichtungen betreiben bzw. Dienstleistungen anbieten, multiresistente Erreger (MRE) 1976 noch nicht in diesem Ausmaß ein Thema waren, die gestiegenen QM Anforderungen und das gesamte Aufgabengebiet der HFK sehr komplex geworden ist.

**Deutsche Gesellschaft
für Krankenhaushygiene e.V.**

Geschäftsstelle

Bleibtreustraße 12 A
10623 Berlin
Telefon +49 30 8855 1615
Telefax +49 30 8851 029
E-Mail info@dgkh.de

Vorstand

Präsident

Prof. Dr. med. Axel Kramer
Greifswald

1. Vizepräsident

Prof. Dr. med. Martin Exner
Bonn

2. Vizepräsident und

Beauftragter für Rechtsfragen
Dr. jur. Alfred Schneider
Pforzheim

Schatzmeisterin

Prof. Dr. rer. nat. Heike Martiny
Berlin

Koordinator für Leitlinien, Öffentlichkeitsarbeit und Schriftführung

Dr. med. Klaus-Dieter Zastrow
Berlin

Amtsgericht Greifswald
Registernummer VR 293

Str.-Nr. 084/141/01667

Bankverbindung

Weberbank Berlin
Konto 6 106 852 008
BLZ 101 201 00
IBAN DE54101201006106852008
BIC WEBEDE33

Internet

www.dgkh.de

Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene e.V.

Mitglied in der Arbeitsgemeinschaft der
Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
AWMF



**Deutsche Gesellschaft
für Krankenhaushygiene e.V.**

Geschäftsstelle

Bleibtreustraße 12 A
10623 Berlin
Telefon +49 30 8855 1615
Telefax +49 30 8851 029
E-Mail info@dgkh.de

Vorstand

Präsident

Prof. Dr. med. Axel Kramer
Greifswald

1. Vizepräsident

Prof. Dr. med. Martin Exner
Bonn

2. Vizepräsident und Beauftragter für Rechtsfragen

Dr. jur. Alfred Schneider
Pforzheim

Schatzmeisterin

Prof. Dr. rer. nat. Heike Martiny
Berlin

Koordinator für Leitlinien, Öffentlichkeitsarbeit und Schriftführung

Dr. med. Klaus-Dieter Zastrow
Berlin

Amtsgericht Greifswald
Registernummer VR 293

Str.-Nr. 084/141/01667

Bankverbindung

Weberbank Berlin
Konto 6 106 852 008
BLZ 101 201 00
IBAN DE54101201006106852008
BIC WEBE3333

Internet

www.dgkh.de

- Bei 300 Betten ist mindestens eine Vollzeit-HFK erforderlich. In Abhängigkeit von sonstigen hygienisch relevanten Leistungen eines Hauses (z.B. ambulant, teilstationär, operativ) ist die Einsetzung auch bei weniger als 300 Betten notwendig.
- Die Ergänzung des Hygieneteams durch Hygienebeauftragte in der Pflege, ggf. zusätzlich auch durch Hygienetechniker, die aber nicht die HFK ersetzen, sondern in Zusammenarbeit ermöglichen, dass die HFK ihre originären Kern-Aufgaben erfüllen kann.
- Vorhandensein eines Krankenhaushygieniker/-in (Arzt/Ärztin für Hygiene und Umweltmedizin), damit auch hier eine fachlich fundierte und sachgerechte Beratung, Betreuung und Zusammenarbeit erfolgen kann.
- Kein weiterer Abbau von Personalressourcen und Qualifikationen im Pflegebereich, nur Einsatz von HFK mit Qualifikation nach der RKI-Richtlinie (8).

Barbara Nußbaum

Sektionsvorsitzende „Hygiene in der Ambulanten und stationären Kranken- und Altenpflege/Rehabilitation“

Literatur

- 1) Schubert M. Schaffert-Witvliet B. De Geest S. Auswirkungen von Kosteneinsparungsstrategien und Stellenbesetzung auf die Ereignisse von Patienten und Pflegefachpersonal. Eine Literaturübersicht. *Pflege* 2005;18:320-328
- 2) DPR 1/2007, Newsletter, Interview Prof.Dr. Frank Weidner " Wer beim Pflegepersonal kürzt, nimmt Risiken in Kauf"
- 3) Die Schwester/der Pfleger, 44.Jahrgang 8/05, S. 628-631, Hardy-Thorsten Pankin „ Aus Mangel an Belegschaft, hängen Personalschlüssel und Komplikationsrate zusammen?"
- 4) Rüden H. Gastmeier P. Rollen und Aufgaben der Hygienefachkräfte und des Krankenhauspersonals unter besonderer Berücksichtigung von Kosten-Nutzen-Aspekten. *Bundesgesundheitsblatt* 2004; Vol 47 Nr. 4: 323-328
- 5) Krankenhaushygiene up2date , 1.Jahrgang, Dez.2006, Verlag Thieme
- 6) Senic-Project, CDC, Atlanta USA, Haley et al. 1985
- 7) Van den Broek PJ, Kluytmana JA, Ummels LC,Voss., Vandenbroucke-Grauls CM. How many infections control staff do we need in hospitals? *J Hosp Infect*; 65,2007:108-11
- 8) RKI- Richtlinie für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention in der jeweils gültigen Fassung