

## Position des DBfK zur

### Sicherung der Hygienestandards in Krankenhäusern

Seit langem stellen die nosokomialen Infektionen in Krankenhäusern mit derzeit jährlich ca. 400.000 bis 600.000 Fällen ein großes Problem und eine ernsthafte Gefährdung für Patientinnen und Patienten dar. Laut Expertinnen und Experten (Gastmeier 2008, BMG 2015) versterben ca. 10 000 bis 15 000 Erkrankte jährlich an Infektionen. 20% bis 30% der Infektionen wären vermeidbar. Eine besondere Herausforderung ist die Behandlung der Infektionen, die durch multi-resistente Erreger (MRE) hervorgerufen werden.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) bewertet die abnehmende Wirksamkeit von Arzneimitteln gegen Infektionskrankheiten als eine „ernste weltweite Bedrohung der öffentlichen Gesundheit“ (Global Report on Antibiotic Resistance, 2014). Die Mortalität durch **Methicillin-Resistente Staphylococcus Aureus-Erreger (MRSA)** ist um 64 Prozent erhöht. Daher mahnt die WHO dringend u.a. zu besserer Hygiene und Infektionskontrolle in Gesundheitseinrichtungen. Dies ist aber nur durch einen in Quantität und Qualität angemessenen Personaleinsatz möglich.

In dem vorliegenden Positionspapier wird aus Sicht der Pflege und zu deren Verantwortungsbereich Stellung genommen. Gleichwohl gilt, dass alle am Leistungsprozess Beteiligten für die Einhaltung und Sicherung der Hygienestandards in Krankenhäusern verantwortlich sind. Das kann nur gelingen, wenn interdisziplinär alle Berufsgruppen ihren Beitrag leisten.

Studien belegen die Zusammenhänge zwischen zu wenig Pflegepersonal und zu niedriger Fachkompetenz in Pflgeteams mit u.a. einem höheren Vorkommen von Komplikationen, Zwischenfällen und Todesfällen bei Patientinnen und Patienten (Aiken in RICH-Studie 2002, IHOS-Studie 2008, Aiken et al. 2012, 2014, Schwab et al. 2012, Meyer 2015).

Seit dem Jahr 1996 wurde im Pflegedienst deutscher Krankenhäuser fortschreitend Personal abgebaut. Bis 2006 wurde der Personalbestand um etwa 50.000 Vollzeitäquivalente reduziert, das entspricht 15 % des Bestandes. Zugleich nahm die Anzahl der Patientinnen und Patienten zu (BARMER GEK Report Krankenhaus 2014). Der Anteil älterer und pflegeaufwendiger Patientinnen und Patienten sowie die Zahl der vor- und nachstationär behandelten und ambulant operierten Personen stieg an (Simon 2014). Das höhere Lebensalter der Kranken zusammen mit Mehrfach- und chronischen Krankheiten und einer eingeschränkten Immunlage sowie die hohe Zahl invasiver Eingriffe erhöhen das Risiko, eine Infektion zu erleiden, weiter. Von 1991 bis 2010 halbierte sich die Verweildauer der Patientinnen und Patienten (Bölt 2012) bei kontinuierlich steigenden Fallzahlen und deutlich schwerer oder mehrfach erkrankten Personen. In der Folge ergaben sich eine steigende Arbeitsbelastung und Arbeitsverdichtung, eine Überlastung des Personals, die zu Mängeln in der Qualität der Patientenversorgung führt (DBfK 22.07.2014).

Die Wahrscheinlichkeit, eine nosokomiale Infektion zu erleiden, wird durch folgende Risikofaktoren erhöht:

- Mangelnde Personalausstattung sowie nicht ausreichend qualifiziertes Personal führen dazu, dass Hygienestandards (z.B. Häufigkeit und korrekte Durchführung der Händedesinfektion) nicht immer eingehalten werden können.

- Verlängerte Reinigungsintervalle: aus ökonomischen Gründen werden z.B. am Wochenende die Zimmer der Patientinnen und Patienten nicht oder nur nach Sichtkontrolle gereinigt (DGKH, 2013).
- Das Outsourcen von Bereichen wie z.B. der Gebäudereinigung kann zu einem häufigen Wechsel der Mitarbeitenden führen, die eine geringe Identifikation mit dem Arbeitsort haben. Häufig wird eine höhere Flächenleistung gefordert und es fehlt an Einarbeitung bzw. Kenntnissen über die Bedeutung von korrekter Reinigung.
- Bauliche Mängel oder veraltete Krankenhäuser erschweren oder verhindern die Isolierung von Patientinnen und Patienten.
- Hierarchische Organisationsformen und/oder normierte/standardisierte Abläufe etc. können dazu führen, dass die Ausbreitung von Infektionen begünstigt wird.

Das Risiko, eine nosokomiale Infektion zu erleiden, steigt mit jedem Tag im Krankenhaus. Die RN4 Cast Studie (Registered Nurse Forecast-Studie, 2011) zeigte, dass der Personalschlüssel in Norwegen, Schweden und den Niederlanden pro Schicht zwischen 1: 4,5 – 5 Patientinnen bzw. Patienten liegt, aber in deutschen Krankenhäusern durchschnittlich 1:10 beträgt. Damit schneidet Deutschland in Europa zusammen mit Spanien (ebenfalls 1:10) am schlechtesten ab, noch hinter Griechenland. Seit Durchführung der Studie hat sich die Personalsituation in deutschen Kliniken weiter verschlechtert.

Der DBfK weist auf folgende Aspekte hin:

- Obwohl Hygiene einen hohen Stellenwert in der Pflege hat, fehlt den Pflegenden angesichts der hohen Arbeitsbelastung die Zeit, Standardhygienemaßnahmen wie z.B. die Händedesinfektion korrekt und häufig genug durchzuführen. Einzelne Studien belegen erhöhte Risiken: z.B. wiesen Patientinnen und Patienten, die mit einem Venenkatheter versorgt waren, eine höhere Komplikations- und Infektionsrate auf, wenn das Pflegepersonal knapp war (Needleman 2002).
- Die „implizite Rationierung“ erhöht das Risiko für Infektionen (Busse et al. 2012). Das Vorenthalten oder Nicht-Ausführen der pflegerischen Prophylaxen als Kernelement professioneller Pflege-Fachkenntnis erhöht das Risiko für die Entstehung nosokomialer Infektionen. Aufgrund von Zeitmangel, Personalmangel und/oder fehlender Kenntnisse werden Prophylaxen nicht oder verspätet oder nicht sachgerecht (durch Assistenzpersonal) durchgeführt. Durch mangelnde Mundpflege kann z.B. die Entstehung von Soor und Parotitis, Pneumonie, Aspiration und Infektionen begünstigt werden. Laut Isfort (2009) gibt jede vierte Pflegefachperson an, dass sie in den letzten sieben Tagen „manchmal“ oder „oft“ eine notwendige Mundpflege oder eine Ganzkörperpflege nicht durchführen konnte.
- Eine Pflegefachperson versorgt in Deutschland in der Nacht durchschnittlich 28 PatientInnen (Bienstein 2014) mit einem überdurchschnittlichen Pflegebedarf (Menschen mit Demenz, Sterbende, Menschen mit umfänglich auch nachts laufenden Therapien).
- Nach wie vor sind Pflegefachpersonen mit pflegefernen Aufgaben beschäftigt. Laut „Arbeitsreport Krankenhaus“ (Bräutigam 2014) hat die Arbeitsteilung zwischen den Gesundheitsberufen – insbesondere zwischen Pflege, Medizin und Assistenzdiensten – kaum positive Effekte für Beschäftigte und Patientinnen bzw. Patienten. Es wird experimentiert mit der Verschiebung einzelner Tätigkeiten zwischen Medizin und Pflege sowie

dem Einsatz von Assistenz- und Servicediensten. Eine echte Reorganisation der Aufgabenkomplexe ist jedoch selten. Ein großer Teil der Pflegefachpersonen übernimmt Tätigkeiten, die nicht in den Kernbereich pflegerischer Arbeit gehören, wie z.B. Serviceleistungen für Patientinnen und Patienten, Telefonanmeldung etc. (Isfort, 2009). Das reduziert die Personalausstattung weiter.

- Der zusätzliche Personalaufwand für die Pflege der isolierten Personen wird durch die reguläre Personalbesetzung nicht abgedeckt. Fehlende Lagerkapazitäten für Isoliermaterial auf der Station, insbesondere am Wochenende, erschweren die Durchführung weiter.
- In vielen Krankenhäusern sind durch den Investitionsstau die Bestandsbauten, aber auch z.B. die Zentrale Sterilgutversorgungsabteilung und deren Geräte veraltet. Das erschwert die Einhaltung der Hygienestandards (König, 2012).

Der DBfK fordert:

- Qualitativ angemessene Pflege kann nur durch qualifiziertes Pflegepersonal gewährleistet werden. Die Bemessung des einzusetzenden Pflegepersonals und dessen Qualifikation müssen sich am tatsächlichen Versorgungs- und Pflegebedarf der Betroffenen orientieren, nicht an ökonomischen Interessen (DBfK 2014). Daher setzt sich der DBfK für die Einführung von analytischen Personalbemessungsinstrumenten ein.
- Pflegepersonal darf nicht für pflegefremde Tätigkeiten eingesetzt werden. Das reduziert die vorhandenen personellen Ressourcen weiter und wirkt sich negativ auf die Qualität der pflegerischen Versorgung aus.
- Der erhöhte Versorgungsaufwand bei Patientinnen und Patienten mit kognitiven Einschränkungen, Multimorbidität oder bei Vorliegen von MRE muss gesondert berücksichtigt werden. Die Situation auf Intensivstationen, bei Schwerbrandverletzten, bei ECMO-Therapie, hohem Anteil von beatmungs- und dialysepflichtigen Kranken ist zu berücksichtigen.
- Den Tendenzen, gering oder anders qualifiziertes Personal für pflegerische Aufgaben einzusetzen, muss energisch gegengesteuert werden. Dieses gilt für den Funktionsdienst genauso wie für bettenführende Stationen. Aber auch der unregelmäßige Einsatz von Angehörigen der Assistenzberufe (Stationssekretärinnen und -sekretäre, Pflegeassistentinnen und -assistenten, „BuFDies<sup>1</sup>“, Servicekräfte, FSJler<sup>2</sup>, Stationshilfen) erschwert die Einhaltung von Hygienestandards.
- Die Weiterbildungen zur Hygienefachperson müssen bundesweit vereinheitlicht und mittelfristig an den Lehrstühlen für Hygiene und Umweltmedizin angedockt werden. Perspektivisch setzt sich der DBfK dafür ein, die Spezialisierung zur Hygienefachperson zu akademisieren. Allerdings wird durch mehr Hygienefachpersonal und mehr Kontrollen nicht mehr Hygiene in die Krankenhäuser „hineinreguliert“ werden können, solange die anderen Ursachen, wie z.B. die ungenügende Pflegepersonalbemessung, nicht behoben werden (DBfK, 29.03.2014).

---

<sup>1</sup> Einsatz im Rahmen des Bundesfreiwilligendienstes

<sup>2</sup> Einsatz im Rahmen des Freiwilligen Sozialen Jahres

- Die Rolle der Pflegenden in der Infektionsprävention muss gestärkt werden. Pflegefachpersonen nehmen weltweit eine wichtige Rolle ein, wenn es darum geht, Infektionskrankheiten zu verhindern und zu bekämpfen – auch die Gefahr von Antibiotika-Resistenzen zu verringern. Sie sind beteiligt an der Versorgungsplanung sowie an der Leistungserbringung. Pflegefachpersonen führen z.B. gezielte Infektionsprävention und -kontrollen durch, koordinieren die Arbeit von Hygiene-Teams, beraten und klären Patientinnen und Patienten über wirksame Hygiene und Gesundheitsverhalten auf. Durch eigenes vorbildhaftes hygienisches Verhalten prägen sie das Gesundheitsbewusstsein der Mitbürgerinnen und -bürger. Der DBfK verweist auf das Positionspapier der European Federation of Nurses Associations (EFN 2014/2015) und die darin beschriebenen Potenziale der Pflegenden in der Infektionsprävention.

Der DBfK-Bundesvorstand, Berlin, September 2015

Alt-Moabit 91

10559 Berlin

[www.dbfk.de](http://www.dbfk.de)

#### Literatur und weiterführende Links:

- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J. & Silber, J. H.** (2002): Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction. *JAMA: the Journal of the American Medical Association*, 288 (16), 1987-1993.
- Aiken, L. H., W. Sermeus et al.** (2012). "Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States." *BMJ* 344: e1717.
- Aiken, L. et al.** (2014) Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet*, May 24, 2014, Volume 383, Number 9931, p1781-1860
- Bienstein, C., Mayer, H.** (2014): Die Nacht in deutschen Krankenhäusern. In *Die Schwester/Der Pfleger* 09/2014
- BMG** (2015) DART-Deutsche Antibiotika-Resistenzstrategie  
[www.bmg.bund.de/themen/praevention/krankenhausinfektionen/antibiotika-resistenzstrategie.html](http://www.bmg.bund.de/themen/praevention/krankenhausinfektionen/antibiotika-resistenzstrategie.html) (28.07.2015)
- Bräutigam, C, Evans, M., Hilbert, J., Öz, F.** (2014) Arbeitsreport Krankenhaus, Arbeitspapier 306,  
[www.boeckler.de/pdf/p\\_arbp\\_306.pdf](http://www.boeckler.de/pdf/p_arbp_306.pdf), (20.07.2015)
- Busse, R., Zander, M., Dobler, L., Bäuml, M.**, Vortrag 2012: Gibt es implizite Rationierung in deutschen Krankenhäusern? Download 25.03.2015 [www.mig.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/2012.lectures/Konstanz\\_2012\\_03\\_27.pdf](http://www.mig.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/2012.lectures/Konstanz_2012_03_27.pdf)
- Bölt, U.; Graf, T. et al.**, 20 Jahre Krankenhausstatistik, Statistisches Bundesamt, Wirtschaft und Statistik, Februar 2012, [www.destatis.de/DE/Publikationen/WirtschaftStatistik/Gesundheitswesen/20JahreKrankenhausstatistik.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.destatis.de/DE/Publikationen/WirtschaftStatistik/Gesundheitswesen/20JahreKrankenhausstatistik.pdf?__blob=publicationFile) Download 18.02.2015
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V.** DBfK Pressemitteilung 21.01.2014 „Personalbemessung relevant für Patientensicherheit“ [www.dbfk.de/de/presse/meldungen/2014/Personalbemessung-relevant-fuer-Patientensicherheit.php](http://www.dbfk.de/de/presse/meldungen/2014/Personalbemessung-relevant-fuer-Patientensicherheit.php) (08.07.2015).
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V.** DBfK Pressemitteilung 22.07.2014 „Schluss mit der Arbeitsverdichtung im Krankenhaus“, [www.dbfk.de/de/presse/meldungen/2014/DBfK-fordert-Schluss-mit-der-Arbeitsverdichtung-im-Krankenhaus.php](http://www.dbfk.de/de/presse/meldungen/2014/DBfK-fordert-Schluss-mit-der-Arbeitsverdichtung-im-Krankenhaus.php) (08.07.2015).
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V.** DBfK Pressemitteilung 29.03.2014 „Hygiene hat mit Personalbemessung zu tun“ [www.dbfk.de/de/presse/meldungen/2014/Hygiene-hat-mit-Personalbemessung-zu-tun.php](http://www.dbfk.de/de/presse/meldungen/2014/Hygiene-hat-mit-Personalbemessung-zu-tun.php) (08.07.2015).
- Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene** (2013), Reinigung in Krankenhäusern – eine Umfrage der DGKH im Jahr 2013, in *Hyg Med* 2014; 39 – 6
- European Federation of Nurses Associations** (2014) Antibiotika-Resistenz und die Rolle der Pflegefachpersonen, [www.dbfk.de/media/docs/download/Internationales/EFN\\_Antibiotika-Resistenz\\_deutsch\\_2015.pdf](http://www.dbfk.de/media/docs/download/Internationales/EFN_Antibiotika-Resistenz_deutsch_2015.pdf) (08.07.2015)
- Gastmeier P.; Geffers C.** Nosokomiale Infektionen in Deutschland. *Dtsch. Med. Wschr.* 2008; 133:1111-15.
- Isfort, M.; Weidner, F. et al.** (2010): Pflege-Thermometer 2009. Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus. Herausgegeben von: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip), Köln. Online verfügbar unter [www.dip.de](http://www.dip.de), [www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/dip\\_Pflege-Thermometer\\_2009.pdf](http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/dip_Pflege-Thermometer_2009.pdf) Download 25.03.2015
- König, Romy**, (2012) „Alles für die Mitarbeiter“ in *kma* 01/2012, S. 58.
- Needleman, J. et al.** (2008) Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *N Engl J Med* 2002;346:1715-1722.
- Meyer, E.** (2015), Antibiotikaeinsatz und Resistenzenentwicklung in Deutschland, Studie im Auftrag der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen, [www.gruene-bundestag.de/fileadmin/media/gruenebundestag\\_de/themen\\_az/agrar/Studie-Antibiotika-und-Resistenzen.pdf](http://www.gruene-bundestag.de/fileadmin/media/gruenebundestag_de/themen_az/agrar/Studie-Antibiotika-und-Resistenzen.pdf) (21.07.2015)
- Schwab, F., Meyer, E., Geffers, C. & Gastmeier, P.** (2012) Understaffing, overcrowding, inappropriate nurse:ventilated patient ratio and nosocomial infections: which parameter is the best reflection of deficits? *J Hosp Infect*, 80, 133-9.
- Simon, M.:** (2014) Personalbesetzungsstandards für den Pflegedienst der Krankenhäuser- Zum Stand der Diskussion und möglichen Ansätzen für eine staatliche Regulierung Ein Diskussionsbeitrag September 2014, [http://f5.hs-hannover.de/fileadmin/media/doc/f5/personen/simon\\_michael/Simon\\_-\\_Paper\\_Personalbesetzungsstandards.pdf](http://f5.hs-hannover.de/fileadmin/media/doc/f5/personen/simon_michael/Simon_-_Paper_Personalbesetzungsstandards.pdf)