

Hintergrund

Sie hat es aufgegeben. Irgendwann hat sie weggeschaut, hat nichts mehr gesagt, wenn eine Kollegin von einem Krankenzimmer direkt ins nächste lief. Wenn keine 30 Sekunden verstrichen, nachdem sie den Spender an der Wand betätigte, sich Desinfektionsmittel auf die Hände sprühte, bis zu dem Moment, in dem sie die Klinke drückte. Wenn es mal wieder schnell gehen musste. Sie wusste ja selbst, dass das Arbeitspensum in ihrer Klinik anders kaum zu schaffen war: „Ich kann da keiner Kollegin auf der Station einen Vorwurf machen.“ Und weil sie niemandem zu nahtreten will, möchte sie auch anonym bleiben. „Schreiben Sie: Schwester Tanja. Mein richtiger Name tut nichts zur Sache.“ Sie sagt: „Wichtig ist, dass das Problem zur Sprache kommt.“

Das Problem ist die Hygiene in Krankenhäusern. Jahr für Jahr kommt es in Deutschland zu rund 600.000 nosokomialen Infektionen. So lautet der Fachbegriff dafür, wenn sich Menschen in einer Klinik eine Infektion zuziehen. Bei rund 20 Millionen stationär behandelten Patienten sind das etwa drei Prozent pro Jahr. Davon wiederum entfallen zehn Prozent auf multiresistente Keime, denen oft nur mit besonderen Mitteln, sogenannten Reserveantibiotika, beizukommen ist.

Zwischen 10.000 und 20.000 Todesfälle gehen auf das Konto solcher Keime. Das besagen Schätzungen aus dem Jahr 2019. Sie beruhen auf Berechnungen, an denen unter anderen das Robert-Koch-Institut beteiligt war. „Ich nehme an, dass die Zahlen heute sich nicht wesentlich unterscheiden, denn sie sind seit vielen Jahren relativ stabil mit einem leichten Trend abwärts“, sagt Petra Gastmeier, Direktorin des Instituts für Hygiene und Umweltmedizin der Charité und Leiterin des Nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen (NRZ).

Gefährliche Orte im Körper

Die Gründe für solche Infektionen sind vielfältig – und teils auch schicksalhaft, sagt Andreas Podbielski, Direktor des Instituts für Medizinische Mikrobiologie, Virologie und Hygiene an der Universitätsmedizin Rostock. „Jeder Mensch trägt seine eigenen Mikroorganismen zum Beispiel auf der Haut oder seinen Schleimhäuten. Manche Patienten benötigen im Laufe ihrer Stationierung invasive Untersuchungen oder Therapien, die Eintrittspforten für Keime in den Körper darstellen können.“

Über das Einschieben von Urinkathetern können körpereigene Keime von der Schleimhaut in die Blase gelangen und zu Harnwegsinfektionen führen. Oder bei künstlich beatmeten Patienten über die Schläuche vom Hals-Rachen-Raum in die unteren Atemwege wandern und eine Lungenentzündung verursachen. „Bakterien werden mit diesen medizinisch notwendigen Eingriffen zu gefährlichen Orten verschleppt. Diese endogenen Infektionen sind hygienisch schwer beherrschbar“, sagt Podbielski. Es gebe auch Situationen, in denen Erreger von außen auf die Patienten übertragen werden. Dies mache etwa ein Drittel der Krankenhausinfektionen aus. „Diese sogenannten exogenen Übertragungen sind hygienisch deutlich besser zu kontrollieren.“

Ein Grund für die hohe Zahl an Infektionen liegt im wirtschaftlichen Druck, dem die Kliniken hierzulande ausgesetzt sind. Ausgaben für Technik, Renovierung und Neubauten sollen die Bundesländer finanzieren, doch sie haben ihre Beiträge drastisch heruntergefahren. Der Investitionsstau öffentlicher und freigemeinnütziger Kliniken in Deutschland beläuft sich auf insgesamt 50 Milliarden Euro. Viele Häuser leiten daher jene Einnahmen um, die von den Krankenkassen für Behandlungen bezahlt werden. Am

Ende dieser finanziellen Abwärtsspirale stehen Schwester Tanja und all die anderen Pflegekräfte.

„Die Sache mit den Keimen“, sagt Schwester Tanja, „hat nichts mit Schlampigkeit zu tun, sondern mit einem Mangel an Personal und deshalb an Zeit.“ Die Pandemie hat das Problem verschärft, erklärt die Mittvierzigerin. Die Berliner Krankenhausgesellschaft bestätigt: „Der Personalaufwand ist durch Hygieneschulungen, Zeitaufwand für Hygienemaßnahmen, Schulung für den Einsatz in intensivmedizinischen Bereichen und durch Krankheit und Ausfallzeiten hoch.“

Peter Walger ist Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Krankenhausthygiene (DGKH) und war lange Zeit leitender Oberarzt auf der internistischen Intensivstation einer Universitätsklinik. Er kennt das Problem, das Pflegepersonal wie Schwester Tanja an den Rand der Resignation treibt. „Wir hatten immer wieder die Situation, dass eine Pflegekraft drei beatmete Patienten versorgen musste“, sagt der Mediziner. „Sie wechselte zwischen diesen drei Betten mit intensivmedizinisch zu versorgenden Schwerkranken und komplexem Equipment ständig hin und her.“ Walger und Kollegen haben damals überschlagen, wie oft diese Pflegekraft während einer achtstündigen Schicht ihre Hände hätte desinfizieren müssen. „150-mal!“ Er stellt fest: „Das funktioniert nicht.“

Jede deutsche medizinische Einrichtung, das gelte auch für Arztpräsenz, müsse eine Hygieneordnung schriftlich ausformulieren und damit festlegen, wie sie hygienische Probleme vermeidet, erklärt der Krankenhausthygieniker Andreas Podbielski. „An dieser selbst gegebenen Norm kann geprüft werden, ob die Einrichtung die richtigen Handlungen zum richtigen Zeitpunkt ausführt.“

Die Bundesländer haben eigene Hygieneverordnungen, die sich in den Grundzügen gleichen. Für Krankenhäuser und Rehakliniken ist zudem vom RKI vorgegeben, wie viele hygienische Spezialisten die Einrichtungen vorhalten müssen – dies betrifft sowohl Ärzte als auch Pflegende. Dieser Stellenumfang ist von der Anzahl der Betten und vom Risikoprofil der Klinik abhängig. „Eine psychosomatische Klinik muss also nicht so viele Hygiene-spezialisten haben wie eine chirurgische“, erklärt Podbielski. Durch die Landesverordnungen sei auch geregelt, welche Aufgaben die geschulten und examinierten Mitarbeiter des Hygieneteams haben. Unter anderem sind sie dafür verantwortlich, dass die Gesetze und die hauseigene Ordnung umgesetzt werden.

Gesetzlich ist jede medizinische Einrichtung dazu verpflichtet, sich einer sogenannten Surveillance zu unterwerfen. Über das sogenannte Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) übermitteln die deutschen Kliniken dem NRZ regelmäßig ihre Daten zu den erfassten Krankenhausinfektionen und je nach Infektion auch zu den Keimen. „Und daraus werden Lehren gezogen und alle Mitarbeiter, die mit Patienten in Kontakt stehen, mindestens einmal im Jahr zu den Erkenntnissen geschult“, sagt Podbielski.

Um an KISS teilzunehmen, müssen die Hygienespezialisten selbst an Schulungsprogrammen teilnehmen, um die Vergleichbarkeit der Daten zwischen den teilnehmenden Einrichtungen zu ermöglichen. Was man laut Podbielski bei jeglichen Infektionen jedoch immer vor Augen haben muss: Nicht nur der Patient-Mitarbeiter-Kontakt spielt eine Rolle, sondern auch die Mobilität der Patienten. Sie gehen in der Kantine essen, fahren mit dem Aufzug herunter, um im Hof zu rauschen – sie zu disziplinieren sei schwierig, sagt er. „Und sie werden ja auch von Angehörigen besucht.“

Und es gebe noch andere dritte Personen, die sich in den mehr oder

Ende dieser finanziellen Abwärtsspirale stehen Schwester Tanja und all die anderen Pflegekräfte.

„Die Sache mit den Keimen“, sagt Schwester Tanja, „hat nichts mit Schlampigkeit zu tun, sondern mit einem Mangel an Personal und deshalb an Zeit.“ Die Pandemie hat das Problem verschärft, erklärt die Mittvierzigerin. Die Berliner Krankenhausgesellschaft bestätigt: „Der Personalaufwand ist durch Hygieneschulungen, Zeitaufwand für Hygienemaßnahmen, Schulung für den Einsatz in intensivmedizinischen Bereichen und durch Krankheit und Ausfallzeiten hoch.“

Peter Walger ist Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Krankenhausthygiene (DGKH) und war lange Zeit leitender Oberarzt auf der internistischen Intensivstation einer Universitätsklinik. Er kennt das Problem, das Pflegepersonal wie Schwester Tanja an den Rand der Resignation treibt. „Wir hatten immer wieder die Situation, dass eine Pflegekraft drei beatmete Patienten versorgen musste“, sagt der Mediziner. „Sie wechselte zwischen diesen drei Betten mit intensivmedizinisch zu versorgenden Schwerkranken und komplexem Equipment ständig hin und her.“ Walger und Kollegen haben damals überschlagen, wie oft diese Pflegekraft während einer achtstündigen Schicht ihre Hände hätte desinfizieren müssen. „150-mal!“ Er stellt fest: „Das funktioniert nicht.“

Jede deutsche medizinische Einrichtung, das gelte auch für Arztpräsenz, müsse eine Hygieneordnung schriftlich ausformulieren und damit festlegen, wie sie hygienische Probleme vermeidet, erklärt der Krankenhausthygieniker Andreas Podbielski. „An dieser selbst gegebenen Norm kann geprüft werden, ob die Einrichtung die richtigen Handlungen zum richtigen Zeitpunkt ausführt.“

Die Bundesländer haben eigene Hygieneverordnungen, die sich in den Grundzügen gleichen. Für Krankenhäuser und Rehakliniken ist zudem vom RKI vorgegeben, wie viele hygienische Spezialisten die Einrichtungen vorhalten müssen – dies betrifft sowohl Ärzte als auch Pflegende. Dieser Stellenumfang ist von der Anzahl der Betten und vom Risikoprofil der Klinik abhängig. „Eine psychosomatische Klinik muss also nicht so viele Hygiene-spezialisten haben wie eine chirurgische“, erklärt Podbielski. Durch die Landesverordnungen sei auch geregelt, welche Aufgaben die geschulten und examinierten Mitarbeiter des Hygieneteams haben. Unter anderem sind sie dafür verantwortlich, dass die Gesetze und die hauseigene Ordnung umgesetzt werden.

Gesetzlich ist jede medizinische Einrichtung dazu verpflichtet, sich einer sogenannten Surveillance zu unterwerfen. Über das sogenannte Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) übermitteln die deutschen Kliniken dem NRZ regelmäßig ihre Daten zu den erfassten Krankenhausinfektionen und je nach Infektion auch zu den Keimen. „Und daraus werden Lehren gezogen und alle Mitarbeiter, die mit Patienten in Kontakt stehen, mindestens einmal im Jahr zu den Erkenntnissen geschult“, sagt Podbielski.

Um an KISS teilzunehmen, müssen die Hygienespezialisten selbst an Schulungsprogrammen teilnehmen, um die Vergleichbarkeit der Daten zwischen den teilnehmenden Einrichtungen zu ermöglichen. Was man laut Podbielski bei jeglichen Infektionen jedoch immer vor Augen haben muss: Nicht nur der Patient-Mitarbeiter-Kontakt spielt eine Rolle, sondern auch die Mobilität der Patienten. Sie gehen in der Kantine essen, fahren mit dem Aufzug herunter, um im Hof zu rauschen – sie zu disziplinieren sei schwierig, sagt er. „Und sie werden ja auch von Angehörigen besucht.“

Und es gebe noch andere dritte Personen, die sich in den mehr oder

Fehlende Hygiene: Tödliche Gefahr durch Klinik-Keime

Eine Pflegekraft müsste sich 150-mal während einer Schicht die Hände desinfizieren – weil sie zu viele Patienten betreut. Zeit dafür bleibt am Ende nicht

MIRAY CALISKAN, CHRISTIAN SCHWAGER

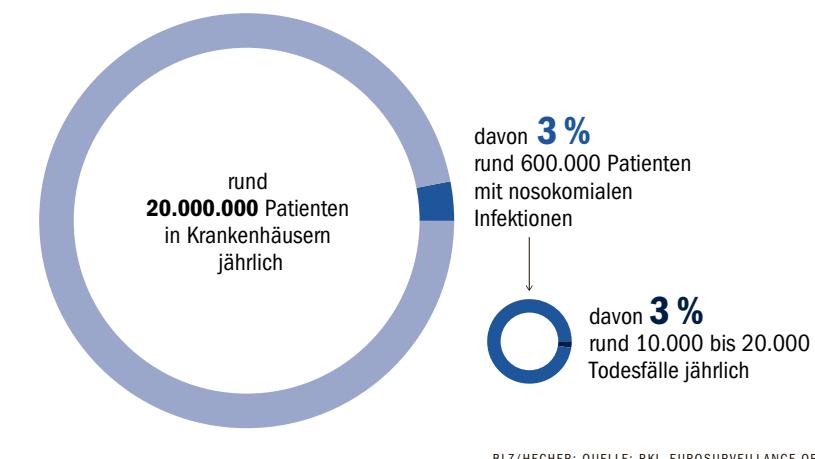
Pflegepersonal

in 12 EU-Staaten und USA, Anzahl der Patienten pro Pfleger

Deutschland	13,0
Spanien	12,6
Belgien	10,7
Polen	10,5
Griechenland	10,2
England	8,6
Finnland	8,3
Schweiz	7,9
Schweden	7,7
Niederlande	7,0
Irland	6,9
Norwegen	5,4
USA	5,3

Nosokomiale Infektionen* in Krankenhäusern in Deutschland

*Infektionen, die sich Patienten während ihres Aufenthalts in einem Krankenhaus oder bei einer ambulant durchgeführten medizinischen Behandlung zuziehen.



minder großen Betrieben bewegen und mit anderen Menschen interagieren. „Es werden dauernd Waren hereintransportiert, Abfälle kommen wieder raus. Das sind alles Einfallstore, über die unerwünschte Keime ins Krankenhaus und damit auch in die Patientenzimmer hineingelangen können.“

Als Notfall eingewiesen

Peter Walger und seine DGKH sehen einen grundlegenden Systemfehler. Sie haben schon 2014 einen Forderungskatalog aufgestellt, im Kern ist er immer noch aktuell, Walger sagt: „Beim Personalschlüssel ist Deutschland in Europa nach wie vor Schlusslicht.“ 13 Patienten einer Normalstation kommen im Durchschnitt auf eine ausgebildete Pflegekraft. Spitzenreiter ist Norwegen mit einem Verhältnis von 5,4:1. Mit Hilfspersonal beträgt es sogar 5,0:1, hierzulande lediglich 10,5:1. „Auf Intensivstationen sollte eine Pflegekraft maximal ein bis zwei Patienten versorgen müssen“, sagt Walger.

Das ist die Theorie. Schwester Tanja hat die tägliche Praxis vor Augen. Jene 82-Jährige zum Beispiel, die sich auf ihrer Station einen Darmvirus einfing und bei der Entlassung schwor, nie wieder ein Krankenhaus zu betreten. Die Frau konnte nicht Wort halten, irgendwann wurde sie als Notfall eingewiesen. Diagnose: Dickdarmkrebs. Mit der Infektion von damals hatte das nichts zu tun. Die Frau hatte so

lange die Beschwerden ertragen, bis es zu spät war. Sie starb wenige Tage nach ihrer Einlieferung. „Man fühlt sich ohnmächtig“, sagt Schwester Tanja.

Dabei lässt sich die Hygiene deutlich verbessern. NRZ-Leiterin Petra Gastmeier schätzt, dass 30 Prozent der Krankenhausinfektionen vermeidbar wären, wenn sich zum Beispiel das Personal disziplinierter an Hygienevorschriften hielte. Peter Walger betrachtet die Sache differenzierter. „Einige Infektionen kann man zu fast hundert Prozent verhindern, andere vielleicht zu 50 Prozent.“ Infektionen durch Gefäßkatheter zählten in die erste Kategorie, Wundinfektionen nach Operationen in die letztere, „weil man in Milieus arbeitet, in denen Bakterien nicht vollständig beseitigen sind“.

Deutlich komplizierter sieht es bei Sars-CoV-2 aus. Das Virus wird vor allem über die Luft weitergegeben. Andreas Podbielski sagt, es könne sich durch jedes „Knopfloch der Unachtsamkeit“ in jede Institution hineindrücken. Eine Kontaktübertragung zum Beispiel über die Hände spielt für das Virus, wenn überhaupt, eine untergeordnete Rolle.

Mangel an Fachpersonal

„Was die Gesamtsterblichkeit in Deutschland anbelangt, hat uns Covid zu einem gewissen Grad genutzt“, so Podbielski. Die Präven-

Hintergrund



Rund 800.000 Menschen fangen sich in Deutschland jährlich einen Krankenhauskeim ein. Die Gründe für solche Infektionen sind vielfältig – und teils auch schicksalhaft, erklären Experten.

MAGO

tionsmaßnahmen, zu denen die Menschen durch die Pandemie gezwungen wurden, haben zwar bisher gegen Covid-19 noch nicht den Erfolg gebracht, den man sich gewünscht hätte, aber dafür gegen fast alle anderen Infektionserkrankungen. „Wir finden bei unseren Patienten kaum noch andere Erreger. Entsprechend weniger Kranke und in letzter Konsequenz weniger Tote gibt es. Das gilt auch für die Heime“, so Podbielski.

DGKH-Vorstand Walger verweist darauf, dass noch keine abschließenden Untersuchungen vorliegen würden, „aber wir sehen bereits eine deutliche Tendenz. Die häufigsten Ausbruchsinfectionen in Kliniken während der Wintertime, durch Influenza und Norovirus, treten derzeit kaum auf.“ Das Robert-Koch-Institut verzeichnet in der siebten Auflage seines Epidemiologischen Bulletins bei den meisten meldepflichtigen Infektionskrankheiten in Deutschland einen Rückgang von 35 Prozent. So gar rund 43 Prozent weniger wurden bei Infektionen mit Bakterien registriert, die zu Atemwegsinfektionen führen können. Das RKI erklärte dies auch damit, dass Eingriffe und Behandlungen in der Pandemie verschoben wurden.

Corona wird bleiben und damit die verschärften Auflagen zur Hygiene, da ist sich Krankenhaushygieniker Andreas Podbielski ganz sicher. „In Asien ist im Winter das

Tragen von Masken seit langem üblich. Wieso sollte das bei uns nicht auch so sein? Dann gehört es eben zum guten Ton in Bussen oder Bahnen eine Maske zu tragen, auch ohne dass ein gesetzlicher Zwang herrscht.“

DGKH-Vorstand Walger sieht ebenfalls die Chancen, die in der Pandemie stecken. Er geht davon aus, dass die verstärkten Hygiemaßnahmen „uns die Augen öffnen werden, wie groß das Potenzial ist,

dass auch andere Krankenhausinfektionen verhindert werden können“. Allerdings: „Ohne eine massive Aufstockung des Personals mit wertschätzender Besserbezahlung wird das nachhaltig nicht gelingen.“

Besonders gefährdet sind Hochbetagte, die aufgrund ihres Alters ohnehin in ihrer Immunabwehr geschwächt sind, sowie Menschen nach schweren Operationen oder mit großen Wundflächen. Auch können Medikamentencocktails oder ein großer Blutverlust anfälliger für Erreger machen.

„Beim Personalschlüssel ist Deutschland in Europa nach wie vor Schlusslicht.“

Petra Walger,
Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene

macht. Für Schlagzeilen sorgten zuletzt Dutzende Bewohner in Altenheimen und Pflegeeinrichtungen, die sich trotz Impfung mit Sars-CoV-2 ansteckten. Experten sehen einen Grund darin, dass die Corona-Verhaltensregeln nicht mehr strikt eingehalten und Hochbetagte nicht genug geschützt worden seien.

Krankenhausgebern geben es einen Krankenhausträger, einen Vorstand oder Direktor, die klar für die Einrichtung verantwortlich sind. „Wenn im Zweifel etwas schief läuft, können diese Menschen zur Rechenschaft gezogen und gegebenenfalls auch vor Gericht verklagt werden.“

Bewohner von Senioreno- oder Pflegeheimen können ihre Ärzte frei wählen. Meist sind das jene Mediziner, die sie schon vorher konsultieren. „In einem größeren Heim mit 200 und mehr Bewohnern kann es schon vorkommen, dass 40 und mehr niedergelassene Ärzte – neben den Hausärzten auch Gynäkologen, Urologen, Zahnärzte, HNO-Arzte – nach ihren Patienten sehen.“ Jeder behandelt seine Patienten, wie er sie auch in seiner Praxis behandeln würde.

Für niedergelassene Ärzte gilt das Infektionsschutzgesetz, doch sind sie nicht verpflichtet, sich der Überwachung des Surveillance-Systems zu unterwerfen. In Praxen werden seltener mikrobiologische Untersuchungen durchgeführt. „Die Gründe dafür sind vielschichtig, und neben der Praktikabilität gibt es sicherlich auch finanzielle Gründe dafür“, erklärt Podbielski.

Deshalb wird häufiger eine sogenannte kalkulierte Antibiotikatherapie durchgeführt, sprich: ohne Kenntnis der konkreten Situation vor Ort nach allgemeinen Leitlinien gehandelt. Und es fallen auch keine Daten an, die man für eine zukünftige

besser auf die lokale Situation geeignete Therapie nutzen könnte. Die mikrobiologischen Untersuchungen aus diesem Bereich würden dabei in niedergelassenen Laboren durchgeführt, deren Daten nicht zentral ausgewertet werden. „Damit ist die Sicht auf das Infektionsgeschehen in deutschen Heimen deutlich weniger klar als in deutschen Krankenhäusern. Und es existieren weniger Referenzwerte, an denen man sein hygienisches Handeln ausrichten könnte“, erklärt der Krankenhaushygieniker.

Doch Heimbewohner bewegen sich frei, nehmen am sozialen Leben teil, sehen oft nicht ein, warum sie sich einschränken sollten. „Das erschwert die Übertragungskontrolle in Heimen im besonderen Maße“, sagt er. Die inzwischen von den Kassen finanzierten Screening-Untersuchungen auf Methicillin-resistente Staphylococcus aureus (MRSA) bei Heimbewohnern nach einem Krankenhausaufenthalt, die zu eitrigen Entzündungen führen können, würden nur begrenzt zu einer Besserung der Situation beitragen.

Und ein weiteres Problem kommt hinzu, eines, auf das man bei der Ursachenforschung in Klinik und Heimen immer wieder stößt: der Mangel an Fachpersonal. In Heimen ist die Situation noch viel schlechter als in Krankenhäusern.

Das Personal ist die Sparschraube, die immer fester angezogen wird. Das trifft genauso auf das Reinigungspersonal zu. Uwe Ostendorff ist bei der Gewerkschaft Verdi für den Bereich der Krankenhäuser zuständig und beschreibt zwei Modelle, wie durch Auslagerung der Reinigung Kosten gesenkt werden. „Modell eins: Der Klinikbetreiber bleibt Gesellschafter der ausgegliederten Firma, um keine Umsatzsteuer zahlen zu müssen. Formal hält er eine Mehrheitsbeteiligung, tatsächlich hat aber der Minderheitseigner das Sagen.“ Modell zwei: „Der Klinikkonzern bleibt hundertprozentiger Eigentümer. Die Reinigungssparte ist jedoch eine eigenständige Tochter.“ Beide Male wird der Lohn kräftig gedrückt.

Schwester Tanja hat erlebt, was das bedeuten kann: „Sichtreinigung nennt sich das, sieht man oft am Wochenende.“ Wenn nur das Nötigste weggekehrt, aufgewischt, entsorgt wird. Ein klassischer Fall: Ein Patient gelangt an einem Sonnabend über als Notfall auf ein Zimmer und stößt dort auf die Hinterlassenschaft seines Vorgängers – eine blutige Tamponade, einen Fetzen benutztes Klopapier. „Es gibt zwar auch für die Reinigungskräfte einen Katalog mit Vorschriften“, sagt Schwester Tanja. „Den versteht aber teilweise nicht mal ihr Chef. Die Sprachbarriere ist beim Reinigungspersonal oft ein Problem.“

Gewerkschafter Ostendorff will die Putzteams in die Klinikbelegschaft zurückholen. Und wie beim Pflegepersonal sieht er den Schlüssel für bessere Qualität in besserer Entlohnung. „Eine Reinigungskraft im Büro erhält denselben Tarif wie die Kollegin im Krankenhaus“, sagt er. „Im Büro kann Nachlässigkeit zu einem Kaffeeleck am Ärmel führen, im Krankenhaus zum Tod.“

Neujustierung nötig

Kliniken sind Teil der Daseinsfürsorge, kein Geschäftsmodell. Das ist die Botschaft. Ostendorff und Verdi wollen das zum Thema im Bundestagswahlkampf machen. Auf der Agenda der DGKH steht das ebenfalls, so ähnlich jedenfalls. „Gesicherte Finanzierung des Krankenhauswesens“, so formuliert es Walger. Er spricht von einer nötigen Neujustierung.

Die hat Schwester Tanja für sich gefunden. Sie hat ihren Klinikjob aufgegeben und arbeitet mittlerweile in der ambulanten Pflege. „Auch eine harte Arbeit, aber ich kann meine Zeit etwas freier einteilen.“ Die halbe Minute für Handhygiene ist jetzt jedenfalls das geringste Problem.