



Ein wichtiger Grundsatz: Nur dort, wo das Desinfektionsmittel mit ausreichender Benetzung hinkommt, kann es auch wirken.

## REINIGUNG UND DESINFEKTION IM KRANKENHAUS

# WIE SICH DIE QUALITÄT SICHERN UND OPTIMIEREN LÄSST

Bei der Reinigung und Desinfektion im Krankenhaus ist vieles zu bedenken – von besonderen Hygieneanforderungen bis zur Wahl der geeigneten Produkte. Und auch das Zusammenspiel von Krankenhaushygiene und Gebäudedienstleister muss gut funktionieren, wenn ein optimales Ergebnis erzielt werden soll. Ein Überblick über die Herausforderungen und wie sie zu bewältigen sind – aus krankenhaushygienischer Sicht.

Reinigung und Desinfektion verfolgen im Krankenhaus unterschiedliche, aber eng miteinander verknüpfte Ziele. Die Reinigung dient nicht nur dem optischen Eindruck und damit dem Wohlbefinden von Patienten und Mitarbeitenden. Gerade im patientennahen Umfeld und im Sanitärbereich entfernt sie organisches Material und reduziert damit die mikrobielle Last, was die Voraussetzung für die Wirksam-

keit der gegebenenfalls erforderlichen Desinfektion ist, die dem Infektionsschutz für Patienten, Mitarbeitende und Dritte dient. Meist werden diese beiden Schritte gemeinsam als einstufige, desinfizierende Reinigung durchgeführt, was bei korrekter Technik durchaus wirksam sein kann. Neben der technischen Durchführung ist entscheidend, dass die Reinigungsmaßnahmen alle relevanten Erregerreservoir-

erreichen und keine keimbelasteten „schwarzen Löcher“ übrigbleiben.

### **DIE LÜCKE ZWISCHEN THEORIE UND PRAXIS**

Mit der KRINKO-Empfehlung von 2022 und der DIN 13063 („Krankenhausreinigung – Anforderungen an die Reinigung und desinfizierende Reinigung in Krankenhäusern und anderen medizinischen

Einrichtungen“) liegen konkrete Vorgaben vor, dennoch entsteht in vielen Krankenhäusern der Eindruck, dass die praktische Umsetzung hinter dem formulierten Anspruch zurückbleibt. Im Rahmen der Überwachungsaufgaben der Gesundheitsämter gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) werden regelmäßig personelle Ausstattung, fachliche Qualifikation des Reinigungspersonals, Reinigungs- und Desinfektionspläne oder Ergebnisqualität überprüft. Fast flächendeckend werden Mängel aufgezeigt. Besonders häufig betrifft dies die Schnittstellen zwischen Krankenhauspersonal und Reinigungsdienst und insbesondere die Frage, wer für patientennahe Flächen, Inventar und medizinische Geräte verantwortlich ist.

tungsgefühl für die Qualität der Flächenreinigung und -desinfektion vorhanden sein muss. Dies kann nur auf dem Boden konstruktiver Zusammenarbeit von Menschen auf der Basis gegenseitiger Wertschätzung gedeihen.

#### **WIE DIE VERANTWORTLICHKEITEN BEI DER HYGIENE VERTEILT SIND**

Die Gesamtverantwortung für die Sicherheit der Patienten und damit auch für die Einhaltung der Rahmenbedingungen der Hygiene liegt beim ärztlichen Direktor eines Krankenhauses. Die Überwachung von Reinigung und Desinfektion und somit die Einhaltung der vorgeschriebenen Qualitätsstandards durch den Gebäudedienstleister oder – seltener – durch



**Wenn es gelingt, Leistungsverzeichnisse präziser, Arbeitsanweisungen verständlicher, Sonderaufgaben verbindlicher und Qualitätskontrollen prozessnäher zu gestalten, lässt sich die Flächenhygiene spürbar verbessern.** Dr. med. Britt Hornei und Dr. med. Christian Brandt, VAH

Gerade diese Punkte sind hygienisch relevant und in der Fachwelt bekannt: Die australische Cleen-Studie zeigte eine niedrigere Prävalenz nosokomialer Infektionen auf Stationen, wo statt alleiniger Zuständigkeit des Pflegedienstes durch geschultes Reinigungspersonal in zusätzlichen Arbeitsstunden die desinfizierende Reinigung von Inventar, Medizinprodukten und patientennahen Flächen erfolgte. Obwohl im Detail methodisch nicht unumstritten, liefert diese Studie wichtige Ergebnisse. Zentral ist, dass trotz der formalen Festlegung von Verantwortlichkeiten bei allen mit Reinigung und Desinfektion betrauten Mitarbeitenden ein Bewusstsein für die Relevanz der eigenen persönlichen Leistung und ein entsprechendes Verantwort-

klinkeigene Mitarbeitende obliegt meist der Klinikverwaltung oder gegebenenfalls der Pflegedienstleitung, denen die früher oft als Hauswirtschaftsleitung bezeichneten Personen unterstellt sind. Beraten werden diese Verantwortlichen vom Hygieneteam (Empfehlung der Kommission für Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen und in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe; KRINKO), wozu Fachkrankenpflegekräfte für Hygiene und ärztliche Krankenhaushygieniker gehören. Sie unterstützen die Krankenhausleitung und sind meist dem ärztlichen Direktor unterstellt, haben allerdings keine Weisungsbefugnis – weder gegenüber medizinischem Personal noch gegenüber Rei- ▶


WORKS FOR ME

## SEBO EVOLUTION




## SEBO AUTOMATIC XP



**Interclean** AMSTERDAM

Besuchen Sie uns

**14.-17. April, Stand 1.603**



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

## BEI DER DESINFEKTION: AUF DIE DETAILS KOMMT ES AN

Wirksamkeit bei der Desinfektion entsteht nicht allein durch ein wirksames Produkt. Eine hohe Ergebnisqualität wird nur erreicht, wenn zusätzlich die Schulung standardisierbarer Abläufe, Kenntnis der relevanten Qualitätsparameter sowie Entscheidungs- und Verantwortungsbewusstsein der ausführenden Personen ineinandergreifen. Die wichtigsten Punkte:

- **Entnahme und Verschluss:** Sind die hygienische Entnahme und der Verschluss von Flow-Packs sichergestellt?
- **Tuchtyp/Tuchmaterial:** Welche Tuchmaterialien werden eingesetzt und für welche Flächen sind sie geeignet (Reißfestigkeit, Saugfähigkeit, ausreichende Benetzung der Oberfläche, Haptik)?
- **Schutzhandschuhe:** Werden Schutzhandschuhe getragen? Bei Reinigungsarbeiten ist das Tragen der Schutzhandschuhe unabhängig vom eingesetzten Wirkstoff zum Personalschutz verpflichtend. Bei präventiver Desinfektion von Arbeitsflächen vor aseptischen Tätigkeiten (erfolgt meist durch Pflegepersonal) könnte auf Handschuhe verzichtet werden, wenn es sich um niedrig-alkoholisch vorgetränkte Desinfektionstücher handelt und der Arbeitsschutz zustimmt.
- **Flächenreihenfolge:** Welche Oberflächen werden in welcher Reihenfolge desinfiziert?
- **Tuchwechsel:** In welchen Situationen ist ein Wechsel innerhalb eines Raums zwingend erforderlich (zum Beispiel sichtbare Verschmutzung, Mobiliarwechsel, nächster Patientenplatz)?
- **Anwendungstechnik:** Ist Falten, Wenden oder eine doppellagige Nutzung des Tuchs vorgesehen – oder ausdrücklich nicht?
- **Ergonomie und Handhabung:** Wird durch die Handhabung die Benetzung sichergestellt und ergonomisch sinnvoll gearbeitet? Einsatz einer ermüdungsarmen Grifftechnik für eine möglichst gute Benetzung der Fläche, kein Arbeiten mit geknüllten Tüchern.
- **Entsorgung:** Ist der Entsorgungsweg für Einmaltücher bekannt? Grundsätzlich Entsorgung als Krankenhausabfall (LAGA 18 01 04), außer in wenigen Einzelfällen, wenn vom Hygieneplan ausdrücklich als speziell zu entsorgender Infektionsabfall (LAGA 18 01 03\*) vorgegeben.

nigungskräften. Hygieneteams erstellen die Hygiene- und Desinfektionspläne und lassen sie durch die Hygienekommissionen bestätigen.

Die Vertragsgestaltung mit Reinigungsdienstleistern – konkret das Aufstellen von Leistungsverzeichnissen, Raumbüchern und Pflichtenheften sowohl für die Unterhaltsreinigung als auch für Sondermaßnahmen wie Schlussdesinfektionen und Akutverschmutzungen – wird von der Kli-

nikleitung beziehungsweise Verwaltung verhandelt, oftmals ohne die Hygieneteams im Detail einzubeziehen.

### WAS SCHRIFTLICH FESTZUHALTEN IST

Im Leistungsverzeichnis ist festzulegen, welche Flächen und Inventargegenstände wie häufig zu reinigen oder desinfizierend zu reinigen sind. Dabei sind aus krankenhaushygienischer Sicht insbeson-

dere patientennahe Handkontaktflächen, Sanitärobjekte sowie gemeinsam genutzte Gegenstände mit häufigem Personenkontakt prioritär. In der Praxis entstehen Defizite vor allem dort, wo Zuständigkeiten nicht ausdrücklich benannt sind: häufig bei harmlosen mobilen Geräten oder Inventar wie Infusionsständern, Toilettenstühlen, Rollstühlen oder Lagerungsmaterialien. KRINKO und DIN machen deutlich, dass gerade hier die Verantwortlichkeiten schriftlich festzulegen sind.

Üblicherweise nicht Aufgabe des Reinigungsdienstes sind belegte Betten/Nachttische/Schränke, eingeschaltete beziehungsweise mit Patienten verbundene Monitore/Infusionsgeräte et cetera. Die hier auftretenden Defizite sind somit durch die Hygieneteams klinikintern zu klären. Die Wischdesinfektion ist eine manuelle Tätigkeit, was bedeutet, dass jeder, der sie durchführt, sich zwar an Standardisierungen und Grundsätzen orientieren muss, aber letztlich doch jeder Wischvorgang selbst bei demselben Gegenstand und mit demselben Produkt anders ausgeführt wird. Der wichtigste Grundsatz ist: Nur dort, wo das Desinfektionsmittel mit ausreichender Benetzung hinkommt, kann es auch wirken.

### WAS BEI DER AUSWAHL DER PRODUKTE ZU BEACHTEN IST

Die Auswahl der Desinfektionsmittel erfolgt durch das Hygieneteam oder zumindest im Benehmen mit ihm und wird dann in den Hygiene- und Desinfektionsplänen festgeschrieben. Entscheidend für die Produktauswahl ist die nachgewiesene Wirksamkeit gegenüber den relevanten Erregern (Listung des Verbunds für Angewandte Hygiene, [www.vah-liste.de](http://www.vah-liste.de)). Sie dient dem Schutz von Patienten und Personal und hat Vorrang vor allen weiteren Kriterien. Bei gemäß Hygieneplan isolierten Patienten muss dem Reinigungspersonal konkret mitgeteilt werden, welche persönliche Schutzausrüstung (zum Beispiel FFP2-Masken/langärmeliger, patientenbezogener Überkittel) nötig ist und ob andere Desinfektionsmittel erforderlich sind.

### VOR UND NACH VERTRAGSSCHLUSS

Vor Vertragsabschluss hat der Reinigungsdienstleister zum Teil andere Ansprechpartner als später im Alltag: Mit der Klinikleitung (Pflegedienstleitung, Verwaltung

mit Finanzen/Einkauf/gegebenenfalls Hauswirtschaftsleitung), die vom Hygieneteam beraten wird, sind die Eckpunkte zu konsentieren. Außerdem abzustimmen sind die Modalitäten der Beauftragung von Sonderleistungen (Schlussdesinfektionen, Akutverschmutzungen, Grundreinigungen), die Grundzüge von Qualitätssicherung und Reklamationsmanagement sowie die Verantwortlichkeit für die Schulungen des Reinigungspersonals – auf Basis von durch das Hygieneteam geprüften Schulungsunterlagen durch die Vorgesetzten des Reinigungsdienstleisters oder auch durch das Hygieneteam.

Nach Vertragsabschluss sind im Alltag erfahrungsgemäß folgende Punkte besonders wichtig:

- Spätestens jetzt müssen auf Seiten des Reinigungsdienstleisters die vor Ort im operativen Geschäft eingesetzten Personen aus den Berufsgruppen Objektleitung, Vorarbeiter und Reinigungskräfte einbezogen werden – in Absprache und mit Rückendeckung durch die Geschäftsführung des Dienstleisters.
- Auch auf Seiten des Krankenhauses müssen für konkrete Absprachen die operativ zuständigen Personen, meist die leitenden Pflegekräfte vor Ort (zum Beispiel Stationsleitung), einbezogen werden, etwa im Rahmen regelmäßiger Jour-Fixe-Termine mit der Objektleitung beziehungsweise dem jeweiligen Vor-

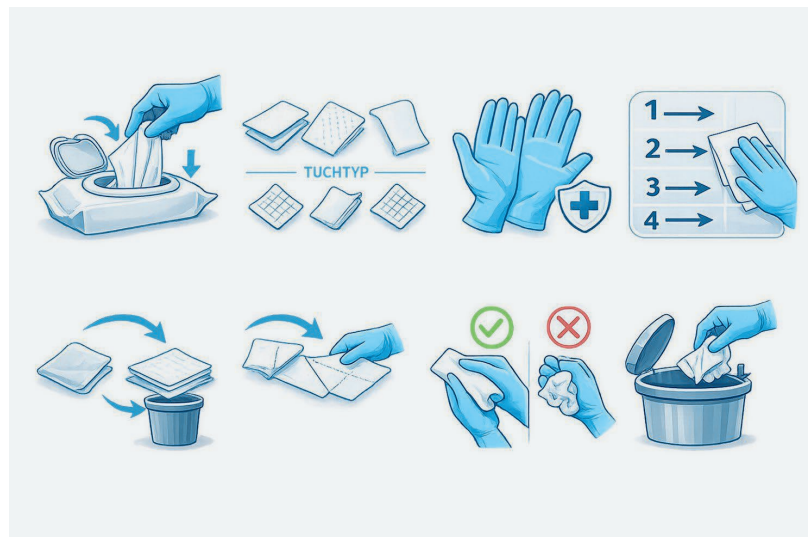
arbeiter. Zu besprechen sind beispielsweise die Ergebnisse der Überwachung (Sichtkontrollen durch die Pflegekräfte, Ergebnisse von Audits, gegebenenfalls Ergebnisse von hygienisch-mikrobiologischen Umgebungsuntersuchungen, Auswertung von Beschwerden und Patientenbefragungen) oder die Anforderung von zusätzlichen Leistungen wie Schlussdesinfektion, Grundreinigungen und Oberflächenpflege.

- Die Stationspflegeteams sollen Hinweise des Reinigungsdienstes auf Defekte an Oberflächen ernst nehmen und deren Reparatur oder Austausch veranlassen.

#### WO POTENZIAL FÜR OPTIMIERUNG BESTEHT

Hygieneteams sehen häufig Verbesserungspotenzial bei folgenden Punkten:

- Die Leistungswerte sind unrealistisch und müssen angepasst werden. ▶



Eine hohe Ergebnisqualität wird nicht nur durch ein wirksames Produkt erreicht. Wichtig sind auch die Schulung standardisierbarer Abläufe, Kenntnis der relevanten Qualitätsparameter sowie Entscheidungs- und Verantwortungsbewusstsein der ausführenden Personen.



**MopScoop<sup>2</sup>**  
Normgerecht reinigen.  
Ellbogenleicht.

# ELLBOGEN- MENTALITÄT?

**Unbedingt – für mehr Hygiene!**

MopScoop<sup>2</sup> dosiert sicher,  
präzise und berührungsfrei.



**PFENNIG**  
REINIGUNGSTECHNIK

## IM PROFIL

### Verbund für Angewandte Hygiene (VAH)

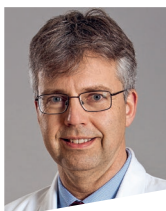
Im Verband für Angewandte Hygiene (VAH) sind Fachgesellschaften und Berufsverbände mit Expertise in angewandter Hygiene und Desinfektion zusammengeschlossen. Er wurde 2003 gegründet, „um die koordinierte Bearbeitung von Problemstellungen der medizinischen Hygiene in allen Bereichen des Gesundheitswesens zu fördern“. Der VAH ist ausschließlich dem öffentlichen Gesundheitsschutz verpflichtet und hat zwei Kommissionen: die Desinfektionsmittel-Kommission und die Kommission für Praktische Hygiene.

Unter anderem entwickelt der Verband für Angewandte Hygiene Methoden und Anforderungen für die Wirksamkeitsprüfung von chemischen Desinfektionsverfahren und vergibt Zertifikate für geprüfte Produkte, die in der VAH-Liste ([www.vah-liste.de](http://www.vah-liste.de)) veröffentlicht sind. Zudem bietet er Unterstützung in praktischen Fragen zur Anwendung von Reinigungs- und Desinfektionsmitteln. Weitere Informationen zum VAH und seiner Arbeit sind auf [www.vah-online.de](http://www.vah-online.de) erhältlich.



#### Dr. med. Britt Hornei

ist Krankenhaushygienikerin und Chefärztin (Institut für Laboratoriumsmedizin und Klinische Mikrobiologie) am Evangelischen Krankenhaus Oberhausen sowie Vorsitzende der Kommission für Praktische Hygiene im Verband für Angewandte Hygiene e.V. (VAH).



#### Dr. med. Christian Brandt

ist Privatdozent und Leiter der Sektion Krankenhaus- und Umwelthygiene (Zentrum für Infektiologie/Medizinische Mikrobiologie und Hygiene) am Universitätsklinikum Heidelberg sowie stellvertretender Vorsitzender der Kommission für Praktische Hygiene im VAH und dessen zweiter Vorsitzender.

- Anweisungen sind nicht eindeutig: Die Vorgabe „nutzungstägliche Reinigung“ wird nicht selten als Sichtreinigung missverstanden und somit die notwendige Frequenz der Desinfektion (Keimreduktion auf sauber aussehenden Flächen) nicht eingehalten.
- Die feste Zuordnung eines Kernteams zu einer Station mit mehr Möglichkeit auch zu informellen Gesprächen, beispielsweise während der gemeinsamen Pausenzeiten, erleichtert die effektive Zusammenarbeit. Auf Grund der häufig hohen Personalfluktuation werden oft unerfahrene Mitarbeitende mit komplexen Situationen betraut, was regelhaft

zu Fehlern führt. Daher sollte, zumindest in Risikobereichen mit erhöhter Patientengefährdung und komplexer Ausstattung wie Intensivstationen und OP-Bereich, eine stabile Zuordnung der Mitarbeitenden mit Vertretungsplan gewährleistet sein.

- Die Fort- und Weiterbildung der Beschäftigten wird in der Praxis häufig durch Sprachbarrieren verkompliziert, die auch für grafisch gestaltete Checklisten und Objektpläne gelten. Ein Ausweg können praktische Übungen in Kleingruppen sein. Effizienter sind wiederholte kürzere Refresher statt langer Schulungen.

- Gemeinsames lösungsorientiertes Mängel- und Beschwerdemanagement fehlt in vielen Fällen und muss an alle Betroffenen kommuniziert werden.
- Häufige fachliche Defizite sind die fehlerhafte Durchführung der Schlussdesinfektion, falsche Lagerung von Desinfektions- und Reinigungsmitteln oder die Weiterverwendung gebrauchter Tücher und Wischbezüge über den Zeitpunkt des nötigen Wechsels (nach Bettplatz beziehungsweise Zimmer) hinaus. Zudem fehlen immer wieder Kompatibilitätsnachweise von Tüchern mit den verwendeten Desinfektionsmitteln und interne Audits beinhalten nur die Sichtkontrolle und keine Prozessbeobachtung.

### VERANTWORTUNG GEMEINSAM ÜBERNEHMEN

Bei heute gut definierten Anforderungen an Reinigung und Desinfektion im Krankenhaus sind die Defizite begründet durch unklare Zuständigkeiten, unzureichende Kommunikation und inkonsequent überwachte Umsetzung. Ähnlich wie beim Zustand der Sanitäreinrichtungen an Schulen wird oft viel Zeit und Mühe darauf verwendet, Schuldige zu finden, bevorzugt außerhalb des eigenen Systems, ohne die Gesamtsituation zu betrachten. Konflikte werden emotional ausgetragen. Lippenbekenntnisse zur Wertschätzung der Reinigungskräfte spiegeln sich dann, wenn es darauf ankommt, nicht immer im Umgang mit den Menschen wider. Auf der anderen Seite sind auch das Hygieneteam und das klinische Fachpersonal einem hohen Druck ausgesetzt, wofür wiederum die Reinigungskräfte Verständnis haben müssen.

Es kommt darauf an, die Verantwortung nicht abzuschieben, sondern gemeinsam wahrzunehmen. Dafür bedarf es klarer Strukturen für Absprachen. Wenn es gelingt, Leistungsverzeichnisse präziser und realistischer, Arbeitsanweisungen verständlicher, Sonderaufgaben verbindlicher und Qualitätskontrollen prozessnäher zu gestalten, lässt sich die Flächenhygiene spürbar verbessern – nicht nur im Erscheinungsbild der Klinik, sondern auch im Sinne der Patientensicherheit. ■

**Britt Hornei und Christian Brandt**  
[heike.holland@holzmann-medien.de](mailto:heike.holland@holzmann-medien.de)