



Deutsche Gesellschaft für
Krankenhaushygiene /
German Society of Hospital Hygiene

Joachimstaler Straße 10
10719 Berlin, Germany
Tel: +49 30 8855 1615
Fax: +49 30 8851 029
E-Mail: info@krankenhaushygiene.de
Internet:
www.krankenhaushygiene.de

Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene e. V.

Reinigung in Krankenhäusern – eine Umfrage der DGKH im Jahr 2013

Anlass

Die DGKH hat im Jahr 2013 eine Online-Befragung ihrer Mitglieder zur Situation der Reinigung in Deutschen Krankenhäusern durchgeführt. Anlass waren aktuelle epidemiologische und experimentelle Arbeiten zur Bedeutung einer sachgerechten Reinigung und Flächendesinfektion des patientennahen Umfeldes für die Verhütung nosokomialer Infektionen [1–11], die zunehmende Bedrohung durch Antibiotikaresistente Erreger [12] sowie zunehmende Klagen über die unzureichende Qualität der Reinigung in Krankenhäusern.

Methode

Es wurde ein Fragebogen entwickelt und vom Vorstand der DGKH verabschiedet. Die Mitglieder wurden angemahnt und ein Link wurde angegeben, über den sie Fragen im Internet beantworten konnten.

Ergebnisse

Es wurden 285 Antwortbögen generiert. 80 % der Antworten kamen aus einem Akutkrankenhaus, 2 % aus Rehakliniken, 3 % aus Psychiatrischen Kliniken und 14 % aus sonstigen Häusern. Geantwortet haben in 21 % der Krankenhaushygieniker, in 64 % die Hygienefachkraft, in 4 % Hygienebeauftragte Ärzte und Pflegekräfte sowie in 10 % Sonstige. 21 % der Einrichtungen verfügen über eine interne Reinigung durch hauseigenes Personal, in 50 % erfolgt die Reinigung durch eine Servicegesellschaft des Krankenhauses und in 29 % durch eine externe Firma.

Eine ungefähre Flächenleistung pro Stunde konnten 20 % der diese Frage Beantwortenden angeben, d. h. 34 Personen (Tabelle 1).

Keine Reinigung in Patientenzimmern erfolgt in über 50 % am Sonntag, so wie

gehäuft auch am Samstag und Mittwoch (Tabelle 2). Eine sogenannte Sichtreinigung erfolgt in 38 % außerdem am Sonntag, gehäuft ebenfalls am Samstag und Mittwoch. Sichtreinigung bedeutet die Beseitigung von Schmutz, der direkt sichtbar ist (z. B. Aufräumen, Leeren von Papierkörben, Lüften, Entfernen grober, sichtbarer Verschmutzungen). Erstaunlich ist, dass auch an den restlichen Werktagen in einigen Häusern offensichtlich nicht gereinigt wird bzw. nur eine Sichtreinigung durchgeführt wird. Es ist davon auszugehen, dass in vielen Häusern somit an mehreren Tagen der Woche keine Reinigung bzw. ausschließlich eine Sichtreinigung erfolgt.

Gefragt nach der Qualität der Reinigung und deren Entwicklung in den letzten Jahren gaben 17 % an, dass sie besser geworden sei, 59 % befanden sie als schlechter und 25 % antworteten, dass sie gleich geblieben sei.

Es wurde weiter gefragt, in welchen Bereichen festes Personal eingesetzt wird (Tabelle 3), also Personal, das einer Station fest zugeordnet ist. Dabei zeigte sich insbesondere bei den externen Dienstleistern, dass nur noch ungefähr 20 % des Reinigungspersonals einem Bereich fest zugeordnet sind. Allerdings lag der Anteil derjenigen, die in keinem Bereich festes Personal einsetzen, in allen drei Organisationsformen ungefähr gleich zwischen 30 und 38 % (Tabelle 3).

Es wurde weiterhin gefragt, ob und in welchem Umfang desinfizierend im Sinne der KRINKO-Empfehlung (2004) [13] gereinigt wird: 48 % gaben an, dass genau entsprechend KRINKO-Empfehlung desinfizierend gereinigt wird, 35 % reinigen grundsätzlich immer desinfizierend, bei 17 % wird weniger desinfizierend gereinigt als von der KRINKO vorgegeben. Ein Einmaltuchspendersystem setzen 65 % der Antwortenden ein. Die Dosierung des Desinfektionsmittels erfolgt per Hand in 9 %, per Dosierhilfe in 24 % und per Entnahme aus einem Desinfektionsmitteldosiergerät

in 67 %. Immerhin 10 % der Antwortenden gaben an, dass das Desinfektionsmittel in einer Konzentration entsprechend dem 4-Stundenwert nach VAH eingesetzt wird. Es wurde weiterhin gefragt, wie lange es dauert, bis eine Reinigungskraft nachts auf einer Station ist, wenn dort ein dringender Bedarf für eine Reinigung ist (Tabelle 4).

Erfragt wurde ferner der Krankenstand im Reinigungsdienst (Tabelle 5), wobei diese Angaben mit großer Vorsicht zu betrachten sind, da sie auf relativ wenigen Antworten beruhen.

Es wurde schließlich gefragt, ob durch die Abteilung für Krankenhaushygiene regelmäßig die Qualität der Reinigung überprüft wird. Dies erfolgt visuell bei Begehungen in 51 %, durch Abklatsche in 35 % und durch fluoreszierende Markierungen in 12 %. Derartige Bewertungen erfolgen monatlich in 28 %, vierteljährlich in 24 %, halbjährlich in 28 % sowie in 20 % der Antworten aus besonderem Anlaß (z. B. Personalwechsel oder Wechsel des Reinigungssystems).

Diskussion

Antworten wurden erhalten von 10 % der bundesdeutschen Krankenhäuser. Damit sind die Ergebnisse nicht repräsentativ, geben aber Tendenzen wieder und kommen aus Sicht der DGKH der Realität sehr nahe.

Nur noch ein Fünftel der Krankenhäuser verfügt über von der jeweiligen Einrichtung fest angestellte Mitarbeiter für die Hausreinigung. Die Hälfte der Krankenhäuser reinigen über eine Servicegesellschaft, die im allgemeinen zu 51 % vom Krankenhaus selbst gehalten wird. Letztlich geht es dabei darum, Personalkosten durch niedrigere Löhne einzusparen und höhere Flächenleistungen zu fordern.

Die genannten Flächenleistungen beruhen auf relativ wenigen Antworten, da die Daten im allgemeinen schwer zu erhalten sein dürften. Die Ergebnisse sind daher nur mit Einschränkung zu bewerten: Sie zeigen auf jeden Fall eine deutliche Spannbreite. Die Mediane liegen weitgehend im Mittelfeld der von der RAL-Gütegemeinschaft [14] empfohlenen Richtwerte für Patientenzimmer, Flure, Toiletten und Intensivstationen, für den OP-Bereich liegt der Median der genannten Werte darüber.

Aus Sicht der DGKH nicht akzeptabel sind die Angaben, dass in der Hälfte der

Tabelle 1: Flächenleistung in der Reinigung (in m²/Stunde).

| Bereich | Antworten | Min. | Max. | Median | Mittelwert |
|-------------------------------|-----------|------|------|--------|------------|
| Patientenzimmer Normalstation | 20 | 105 | 400 | 175 | 189 |
| Sanitärräume | 16 | 60 | 240 | 87.5 | 95 |
| Intensivstationen | 17 | 60 | 400 | 150 | 156 |
| OP | 10 | 40 | 160 | 70 | 75 |
| Flur | 14 | 185 | 800 | 325 | 396 |

Tabelle 2: Keine Reinigung in Patientenzimmern bzw. nur sogenannte Sichtreinigung an Wochentagen.

| Art der Reinigung | Mo | Di | Mi | Do | Fr | Sa | So | Gesamt |
|-------------------|----------|----------|-----------|----------|----------|-----------|-----------|--------|
| Keine Reinigung | 5 % (7) | 5 % (6) | 13 % (16) | 5 % (6) | 5 % (7) | 16 % (20) | 52 % (66) | 128 |
| Sichtreinigung | 5 % (11) | 7 % (15) | 15 % (33) | 7 % (15) | 5 % (11) | 23 % (50) | 38 % (81) | 216 |
| Gesamt | 18 | 21 | 49 | 21 | 18 | 70 | 147 | |

Tabelle 3: Einsatz von dem Bereich fest zugewiesenem Personal.

| Reinigungsdienst | OP | Intensivstation | Normalstation | In keinem Bereich festes Personal | Gesamt |
|----------------------------|-----------|-----------------|---------------|-----------------------------------|--------|
| Intern | 38 % (63) | 36 % (56) | 29 % (33) | 38 % (15) | 167 |
| Externer Dienstleister | 17 % (29) | 14 % (21) | 25 % (28) | 33 % (13) | 91 |
| Eigene Servicegesellschaft | 45 % (76) | 50 % (78) | 46 % (53) | 30 % (12) | 219 |
| Gesamt | 168 | 155 | 114 | 40 | |

Tabelle 4: Dauer, bis nachts bei dringendem Bedarf eine Reinigungskraft auf einer Station verfügbar ist (n=131).

| Zeitspanne | % |
|-------------------------|----|
| Unter 30 Minuten | 3 |
| 30 Minuten bis 1 Stunde | 27 |
| 1 bis 3 Stunden | 17 |
| 3 bis 6 Stunden | 9 |
| Mehr als 6 Stunden | 44 |

Tabelle 5: Krankenstand im Reinigungsdienst (% bezogen auf 135 Antworten).

| Art des Reinigungsdienstes | Unter 10 % | 10–20 % | 20–30 % | 30–40 % | Über 40 % | Weiß nicht bzw. keine Angaben |
|----------------------------|------------|----------|-----------|---------|-----------|-------------------------------|
| intern | 9 % (12) | 7 % (10) | 11 % (15) | 1 % (2) | 0 % (0) | 60 % (81) |
| Externer Dienstleister | 1 % (1) | 3 % (4) | 4 % (5) | 0 % (0) | 1 % (2) | 44 % (59) |
| Eigene Servicegesellschaft | 7 % (10) | 8 % (11) | 8 % (11) | 1 % (1) | 1 % (1) | 41 % (56) |

Tabelle 6: Stundenlohn im Reinigungsdienst nach Auskunft von Hygienepersonal (% bezogen auf 79 Antworten).

| Art des Reinigungsdienstes | Unter 6 € | 6–8 € | 8–10 € | 10–12 € | Über 12 € | Weiß nicht bzw. keine Angaben |
|----------------------------|------------|--------------|--------------|------------|------------|-------------------------------|
| intern | 0 % (0) | 10 % (8) | 18 % (14) | 9 % (7) | 3 % (2) | 41 % (32) |
| Externer Dienstleister | 0 % (0) | 10 % (8) | 8 % (6) | 1 % (1) | 1 % (1) | 33 % (26) |
| Eigene Servicegesellschaft | 0 % (0) | 14 % (11) | 32 % (25) | 1 % (1) | 1 % (1) | 27 % (21) |

Krankenhäuser am Sonntag keine Reinigung der Patientenzimmer mehr erfolgt, häufig auch am Samstag und Mittwoch. Zieht man außerdem die Sichtreinigung hinzu, dann reinigen nur noch 10 % der Krankenhäuser am Sonntag regulär. Die Daten deuten darauf hin, dass es heute auch Krankenhäuser gibt, die bereits an zwei oder sogar mehr Tagen keine bzw. nur eine Sichtreinigung durchführen.

60 % der Antwortenden geben dementsprechend an, dass die Reinigung in den letzten Jahren schlechter geworden ist.

Diese Politik der Krankenhäuser ist insofern völlig unverständlich, als die Reinigung einer der ganz wenigen Bereiche ist, die der Patient beobachten und auch beurteilen kann, so dass ein Krankenhaus bei den Patienten gerade durch eine qualifizierte Reinigung gewinnen könnte. Unter den allgemeinen Serviceleistungen steht Sauberkeit bei den Patienten mit 97 % Nennungen an erster Stelle vor Ausstattung, Essensqualität, Erreichbarkeit und Verfügbarkeit von Informationsbroschüren [15]. Anstatt hierauf einzugehen, nehmen die Krankenhäuser lieber ständige Patientenbeschwerden in Kauf und erweitern personell die Beschwerdestellen.

In der Vergangenheit war Reinigungspersonal oft fest einer Station zugeteilt. Dies hatte den Vorteil, dass die Reinigungskraft sich auskannte, sozial integriert in das Team war, ihre Tätigkeiten und Aufgaben kannte. Derartige Kräfte findet man heute immer seltener. Über 30 % der Antwortenden gaben an, dass überhaupt kein festes Personal mehr eingesetzt wird, unabhängig von der Trägerschaft der Dienstleistung. Am wenigsten ist festes Personal bei externen Dienstleistern eingesetzt.

Gut die Hälfte der Krankenhäuser reinigen entsprechend KRINKO-Vorgaben. Kritisch ist, dass fast ein Fünftel weniger desinfizierend reinigt als von der KRINKO

vorgegeben. Ein Zehntel gab an, dass bei ihnen nur mit einer niedrigen Konzentration entsprechend dem 4-Stunden-Wert nach VAH desinfizierend gereinigt wird.

Die Ausdünnung des Personals zeigt sich auch nachts: In fast der Hälfte der Krankenhäuser dauert es mehr als sechs Stunden, bis eine Reinigungskraft, die akut angefordert wird, auf Station erscheint.

Vor rund 15 Jahren begann man, eine konsequente desinfizierende Reinigung in weiten Bereichen des Krankenhauses als überflüssig zu propagieren. Als Gründe wurden Umweltschutz und Kostenreduktion angeführt. So wurde erklärt, dass eine regelmäßige Desinfektion nicht notwendig sei für patientennahe Flächen auf Normalstationen und auch nicht für Sanitäreinrichtungen auf Normalstationen [16, 17]. In einer gemeinsamen Stellungnahme der hygienisch-medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften zur Flächendesinfektion wurde damals darauf hingewiesen, dass es zu einer Zunahme antibiotikaresistenter Mikroorganismen kommen könne und der erreichte hohe Standard der Krankenhaushygiene gefährdet werde [18]. Die Auseinandersetzung wurde 2001 im Deutschen Ärzteblatt dargestellt [19].

Inzwischen wird die Reinigung wieder als wesentlicher Teil der Hygiene im Krankenhaus angesehen [11, 20, 21]. Studien konnten zeigen, dass die Reinigung in Krankenhäusern gründlicher ist, wenn mehr für das Personal ausgegeben wird [22], und dass durch eine verbesserte Reinigung Infektionen und Ausbrüche verhindert werden [23–26].

Die Ergebnisse der Umfrage bestätigen die Erfahrungen der DGKH, dass in den letzten Jahren massiv bei Reinigung und Desinfektion in den Krankenhäusern eingespart wurde mit der Konsequenz, dass das Risiko, über Flächen eine Infek-

tion zu erwerben, zugenommen hat. Von Seiten der DGKH wurden jüngst „Hygienekriterien für den Reinigungsdienst“ veröffentlicht [27], die als erster Ansatz dienen können, um von Seiten der Hygiene Aussagen zur Reinigung zu machen. Erforderlich ist aber mehr Forschung in diesem Bereich [28], auch mit dem Ziel, moderne Flächenleistungen von Seiten der Krankenhaushygiene zu definieren, die eine sichere Patientenbehandlung gewährleisten.

Die DGKH stellt klar, dass im Sinne der Bündelstrategie Hausreinigung und Flächendesinfektion – neben der Händehygiene, Instrumentenaufbereitung und persönlichen Schutzmaßnahmen – Grundpfeiler der Basishygiene sind, ohne die die Patientensicherheit nicht zu gewährleisten ist. Es ist daher zu fordern, dass in Risikobereichen – wie Intensivstationen und OP-Abteilungen – grundsätzlich nur festes Personal zur Reinigung und Flächendesinfektion eingesetzt wird.

Die DGKH fordert vor dem Hintergrund der Umfragergebnisse nachdrücklich eine Änderung der Risikoeinschätzung zur Hausreinigung und Flächendesinfektion. Ohne eine Verbesserung in der desinfizierenden Reinigung wird es nicht gelingen, die Bedrohung durch antibiotikaresistente Erregern unter Kontrolle zu bringen [12].

Literatur

- Gebel J, Exner M, French G, Chartier Y, Christiansen B, Gemein S, et al. The role of surface disinfection in infection prevention. *GMS Hyg Infect Control* 2013;8(1):Doc10.
- Kampf G, Degenhardt S, Lackner S, Jesse K, von Baum H, Ostermeyer C. Poorly processed reusable surface disinfection tissue dispensers may be a source of infection. *BMC Infect Dis* 2014;14:37.
- Meyer B, Exner M, Gebel J. Re: Spread and persistence of *Clostridium difficile* spores during and after cleaning with sporicidal disinfectants. *J Hosp Infect* 2011;80(2):185; author reply 186.
- Otter JA, Yezli S, Perl TM, Barbut F, French GL. A request for an alliance in the battle for clean and safe hospital surfaces. *J Hosp Infect* 2013;84(4):341–2.
- Otter JA, Yezli S, Salkeld JA, French GL. Evidence that contaminated surfaces contribute to the transmission of hospital pathogens and an overview of strategies to address contaminated surfaces in hospital settings. *Am J Infect Control* 2013;41(5 Suppl):S6–11.
- Oxford J, Berezin EN, Courvalin P, Dwyer DE, Exner M, Jana LA, et al. The survival of influenza A(H1N1)pdm09 virus on 4 household surfaces. *Am J Infect Control* 2014;42(4):423–5.

7. Rutala WA, Weber DJ. Disinfectants used for environmental disinfection and new room decontamination technology. *Am J Infect Control* 2013;41(5 Suppl):S36–41.
8. Weber DJ, Anderson D, Rutala WA. The role of the surface environment in healthcare-associated infections. *Curr Opin Infect Dis* 2013;26(4):338–44.
9. Weber DJ, Anderson DJ, Sexton DJ, Rutala WA. Role of the environment in the transmission of *Clostridium difficile* in health care facilities. *Am J Infect Control* 2013;41(5 Suppl):S105–10.
10. Weber DJ, Rutala WA. Assessing the risk of disease transmission to patients when there is a failure to follow recommended disinfection and sterilization guidelines. *Am J Infect Control* 2013;41(5 Suppl):S67–71.
11. Weber DJ, Rutala WA. Understanding and preventing transmission of healthcare-associated pathogens due to the contaminated hospital environment. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2013;34(5):449–52.
12. WHO. Antimicrobial resistance – Global report on surveillance <http://www.who.int/drugresistance/documents/surveillance/en/> 2014.
13. Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut. Anforderungen an die Hygiene bei der Reinigung und Desinfektion von Flächen. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 2004;61:47–61.
14. RAL: Empfehlung zur Ermittlung von Leistungszahlen in der Gebäudereinigung. GGGR-Merkblatt LZ.01, 2011.
15. Böcken J, Braun B, Amhof R, Schnee M (Hrsg.): *Gesundheitsmonitor 2006*. Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh 2006.
16. Ebner W, Laszig R, Hauer TH, Rüden H, Daschner F. Sinnvolle und nicht sinnvolle Hygienemaßnahmen. *HNO* 2000a;48:693–699.
17. Ebner W, Brandis M, Hauer TH, Rüden H, Daschner F. Sinnvolle und nicht sinnvolle Hygienemaßnahmen in der Pädiatrie. *Monatsschr Kinderheilk* 2000b;148:1017–1023.
18. N.N. Gemeinsame Stellungnahme der hygienisch-medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften zur Flächendesinfektion *Hyg. Med* 2000;25:469–475.
19. Koch K. Der Hygienikerstreit: Auseinandersetzung mit harten Bandagen. *Dtsch Arztebl* 2001, 98, A-1869.
20. Exner M. Divergent opinions on surface disinfection: myths or prevention? A review of the literature. *GMS Krankenhhyg Interdiszip* 2007;2(1):Doc19.
21. Weber LC. *Reinigungsdienste und Hygiene*. Springer, Berlin 2013.
22. Carling PC, Parry MM, Rupp ME, Po JL, Dick B, von Beheren S. Improving cleaning of the environment surrounding patients in 36 acute care hospitals. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2008;29:1035–1041.
23. Goodman ER, Platt R, Bass R, Onderdonk AB, Yokoe DS, Huang SS. Impact of an environmental cleaning intervention on the presence of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* and Vancomycin-resistant enterococci on surfaces in intensive care unit rooms. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2008;29:593–599.
24. Rosa R, Arheart KL, Depascale D, Cleary T, Kett DH, Namias N, Pizano L, Fajardo-Aquino Y, Munoz-Price LS. Environmental exposure to carbapenem-resistant *Acinetobacter baumannii* as a risk factor for patient acquisition of *A. baumannii*. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2014, 35, 430-433
25. Ross B, Hansen D, Popp W. Cleaning and disinfection in outbreak control – experiences with different pathogens. *Healthcare Infection* 2013, 18, 37-41
26. Dancer SJ, L.F. White, J. Lamb, E.K. Girvan, C. Robertson: Measuring the effect of enhanced cleaning in a UK hospital: a prospective cross-over study. *BMC Medicine* 2009, 7, 28
27. DGKH: Hygienekriterien für den Reinigungsdienst. *Hyg Med* 2013, 38, 152-157
28. Popp, W.: Cleaning – on the way to evidence-based knowledge. *Healthcare Infection* 2013, 18, 1-2