

## ➔ Schlüsselwörter

Richtlinie für  
Krankenhaushygiene und  
Infektionsprävention

RKI-Kommission

DGKH

**Dr. K. Alfred Nassauer**  
(Direktor und Professor)

Robert Koch-Institut  
Fachgebiet 14  
Nordufer 20, 13353 Berlin  
E-Mail: NassauerA@rki.de

Modifiziert nach dem Festvortrag auf dem 7. Internationalen Kongress der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene, 4.–7. April 2004, Berlin

A. Nassauer\*

# Die neue Richtlinie für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention – Tradition und Fortschritt

Die Entwicklung einer neuen Richtlinie für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention hat von den ersten Anfängen der Beratungen im Jahr 1997 bis zur Fertigstellung 2003 sechs Jahre Entwicklungszeit hinter sich.

Wer Kommissionsarbeiten kennt, wird nachvollziehen können, dass sich die scheinbar lange Bearbeitungszeit dann als relativ erweist, wenn man die wichtigen Einzelempfehlungen, die in diese Zeit fallen, Revue passieren lässt; beispielsweise die zur Prävention

- von Harnwegsinfektionen,
- Pneumonien,
- Septikämien,
- der Weiterverbreitung von MRSA
- zur Surveillance nosokomialer Infektionen oder zuletzt
- zur Hausreinigung und Flächendesinfektion.

Bei aller Überzeugung, dass die Empfehlungen, die 1976 als „Richtlinie des Bundesgesundheitsamtes zur Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankenhausinfektionen“ aus der Taufe gehoben wurden, einer neuen Struktur, Gliederung und inhaltlichen Durchsicht bedurften, war natürlich gleichermaßen zu bedenken und von Bedeutung, dass sich die Richtlinie für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention – so die Umbenennung 1989 – als nationaler Standard bis dato bewährt hatte und eine Reform deshalb nicht alles über den Haufen werfen durfte.

Alle an der Neubearbeitung Beteiligten wollten eine Aktualisierung, aber keinen radikalen Schnitt, wollten Empfehlungen, die den Anforderungen an moderne wissenschaftlich begründete Empfehlungen standhalten, ohne älteren Aussagen grundsätzlich den Stempel „überholt“ aufzudrücken und damit in den Reißwolf zu geben. Noch einmal, wer

Kommissionsarbeit auf Bundesebene kennt weiß, wie schwierig es war, diesen Weg zunächst zu finden und dann noch richtig auszuleuchten.

Die Richtlinie für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention wird vom Robert Koch-Institut (RKI) herausgegeben. Dass das RKI in der Tat lediglich eine Moderatoren- und noch nicht einmal eine Verlegerrolle hat, zeigt die Tatsache, dass es zur Veröffentlichung von Kommissionsempfehlungen verpflichtet ist, selbst wenn es inhaltlich eine andere Auffassung vertritt und das Recht hat, Kommissionsempfehlungen kritisch zu kommentieren.

Die Richtlinie trägt in manchen Zitate also zu Unrecht das „RKI“ davor, denn es handelt sich bei den Empfehlungen um Aussagen einer Kommission am Robert Koch-Institut, die frei von jeglicher politischen Einflussnahme seitens der Bundesregierung oder ihrer nachgeordneten Behörden ist. Die Kommission hat zu keiner Zeit ihre Souveränität abgeben müssen, und ein weiteres Mal gilt der Dank Herrn *Dr. Unger* für seine präzisen Protokolle, in denen man das nachlesen kann.

Es war *Prof. Martin Exner*, der nach Übernahme des Vorsitzes in der Kommission 1997 die ersten Entwürfe für eine neue Struktur vorgelegt hat; und unter dem aktuellen Vorsitzenden *Prof. Jürgen Peters* ging zuletzt alles sehr zügig voran. Dazwischen lagen Arbeitsschritte, die bemerkenswerte Fakten geschaffen haben:

Die KRINKO (Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention) war die erste Kommission am RKI, die Evidenzkategorien eingeführt und jede relevante Aussage – sofern möglich – mit Literatur belegt hat. Außerdem werden seit 1997 Länder, andere öffentliche Körperschaften, Fachgesellschaften und Verbände vor der Veröffentlichung einer Empfehlung förmlich angehört.

Rückblickend lassen sich diese Entscheidungen nicht hoch genug einschätzen. Sie waren seinerzeit zukunftsweisend, im Verständnis dessen, was die Ärztliche Zentralstelle für Qualitätssicherung als „konsensiertes Verfahren“ beschreibt.

Die Bedeutung der Evidenz-Kategorien wird auch dadurch unterstrichen, dass sie in der Einleitung der neuen Richtlinie noch einmal vollständig wiedergegeben sind.

Ansonsten ist die Textpassage, die aus Vorwort und Einleitung besteht und vielleicht als „Grundsatzpapier und Interpretationshilfe zu den einzelnen Empfehlungen“ bezeichnet werden kann, bewusst knapp gehalten worden: Das Vorwort skizziert Historie und Entstehungsgeschichte der neuen Richtlinie, in der Einleitung wird der Auftrag an die Kommission aus § 23 Abs. 2 IfSG zur Erstellung dieser Empfehlungen nachvollzogen.

Fakt ist, dass das Inkrafttreten des Infektionsschutzgesetzes die Erstellung der neuen Richtlinie noch einmal befördert hat, und die Hoffnung besteht, dass die Symbiose aus alt und neu, Tradition und Fortschritt doch gelungen ist.

Die Kommission hat den gesetzlichen Auftrag, dass die Prävention das wichtigste Instrument der Infektionshygiene sein soll, wörtlich genommen und so ist der durchaus umfangreichste Teil das Kapitel C „Prävention nosokomialer Infektionen“ in der neuen Gliederung, die – ganz in der Tradition der alten Richtlinie – mit ihren Hauptüberschriften vollständig in der Einleitung der Richtlinie wiedergegeben ist.

Kapitel D beschäftigt sich mit dem „Hygienemanagement“; E ist die „Surveillance“, Kapitel F ist mit „Verhinderung der Verbreitung übertragbarer Krankheiten“ und G mit „Verhütung der Übertragung durch medizinisches Personal“ überschrieben. Bei H „Sonstige Empfehlungen“ sind Dokumente abgedruckt, die einen wichtigen Bezug zur Krankenhaushygiene haben, aber nicht unbedingt zum Kernauftrag der Kommission gehören, z. B. die Aussagen zu vCJK oder die zur HIV-Postexpositionsprophylaxe.

Aber auch in der Richtlinie selbst finden sich hinter einigen Gliederungspunkten die Kürzel K und H = Kommentar und Hinweis. Die Kommission war und ist der Auffassung, dass Empfehlungen einzelner Autoren oder aus anderen Gremien eine spezielle Fragestellung so

## Kategorien zur Evidenz von Aussagen in der Richtlinie für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention

### Kategorie I: Nachdrückliche Empfehlung

**IA:** Die Empfehlungen basieren auf gut konzipierten experimentellen oder epidemiologischen Studien.

**IB:** Die Empfehlungen werden von Experten und aufgrund eines Konsensus-Beschlusses der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert Koch-Institut als effektiv angesehen und basieren auf gut begründeten Hinweisen für deren Wirksamkeit. Eine Einteilung der entsprechenden Empfehlung in die Kategorie I B kann auch dann erfolgen, wenn wissenschaftliche Studien möglicherweise hierzu noch nicht durchgeführt wurden.

### Kategorie II: Eingeschränkte Empfehlung

Die Empfehlungen basieren teils auf hinweisenden klinischen oder epidemiologischen Studien, teils auf nachvollziehbaren theoretischen Begründungen oder Studien, die in einigen, aber nicht allen Krankenhäusern/Situationen umgesetzt werden sollten.

### Kategorie III: Keine Empfehlung/ ungelöste Frage

Maßnahmen, über deren Wirksamkeit nur unzureichende Hinweise vorliegen oder bislang kein Konsens besteht.

### Kategorie IV: Rechtliche Vorgaben

Anforderungen, Maßnahmen und Verfahrensweisen in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen, die auf Grund gesetzlicher Bestimmungen, durch autonomes Recht oder Verwaltungsvorschriften zu beachten sind.

fundiert beantworten und vor allen Dingen in Fachkreisen schon bekannt und als Standard akzeptiert sind, dass eine eigene Kommissionsempfehlung eher nicht mehr angebracht ist.

Es wird damit der Erkenntnis gefolgt, dass zu viele oder sich widersprechende Empfehlungen der Hauptgrund für die mangelnde Akzeptanz von Leitlinien sind. Die Kommission wird die externen Texte im Einzelfall bewerten und nach entsprechendem Beschluss in die Sammlung aufnehmen. Sie wären mit Einverständnis der Erstautoren dann Teil der Richtlinie. Damit wird auch deutlich, dass die Wiedergabe „des Standes von Wissenschaft und Technik“ nicht das Privileg der Kommission allein ist. Ziel aller Überlegungen und Verfahrensschritte war und ist natürlich, die Voraussetzungen für die bestmögliche Akzeptanz und damit eine gute Umsetzung zu erreichen.

Das Aprilheft des Bundesgesundheitsblattes (1) behandelt als Schwerpunkt Beiträge zu „Nosokomialen Infektionen“. Aus dem breiten Spektrum der Themen seien drei besonders erwähnt: *Exner et al.* gehen in der Publikation noch einmal auf die Entstehungsgeschichte der

hier vorgestellten, neuen Richtlinie ein. *Rüden und Gastmeier* beschreiben Rollen und Aufgaben der Hygienefachkräfte und der Krankenhaushygieniker unter besonderer Berücksichtigung von Kosten-Nutzen-Aspekten. *C. Wendt* macht sich Gedanken zur Compliance in der Umsetzung von Hygienerichtlinien.

Bei Bedarf kann der Beitrag von *Martin Exner* als weitere Quelle zum Thema herangezogen werden. Die endlose Geschichte der Pflegesatzrelevanz von Kosten für Hygienefachpersonal ist stringent und gleichsam souverän im Aufsatz von *Petra Gastmeier und Hennig Rüden* aufgearbeitet und dargestellt. Pflichtlektüre für Haushaltsbeauftragte.

Der Artikel von *Constanze Wendt* beschäftigt sich mit der Compliance in der Umsetzung von Hygienerichtlinien. Sie schreibt in der Zusammenfassung: „Solange keine bahnbrechenden Innovationen zum Schutz der Patienten vor nosokomialen Infektionen führen, hängt ihre Reduktion am meisten von der Compliance in der Umsetzung bestehender Richtlinien ab.“

Die Autorin fährt an anderer Stelle fort: „Gerade im Bereich der Hygiene werden immer wieder verbindliche Richtlinien gefor-

dert. Nirgendwo sonst scheint es ähnlich schwierig zu sein zu akzeptieren, dass es verschiedene, wissenschaftlich mehr oder weniger begründete Antworten gibt.“

Was dann folgt ist bedenkenswert: „Eine mögliche Ursache hierfür ist der präventive, populationsbezogene Ansatz der Hygiene, der nicht nur die Akzeptanz des Einzelnen erfordert, sondern auch die Akzeptanz der Institution und gegebenenfalls der Gesellschaft, um erfolgreich zu sein. So müssen beispielsweise therapeutische Richtlinien zunächst nur vom behandelnden Arzt und auch vom Patienten akzeptiert und befolgt werden. Eine Abweichung bleibt die Angelegenheit zwischen zwei Individuen. Die Umsetzung von Richtlinien zur Hygiene erfordert aber in der Regel die Compliance aller Mitarbeiter des Gesundheitswesens, denn eine einzelne pflegende Person, die nicht compliant ist, sich z. B. die Hände nicht desinfiziert, kann die Bemühungen der anderen zunichte machen. Zudem fordern Hygienerichtlinien häufig in nicht unerheblichem Maße finanzielle Zuwendungen und strukturelle Veränderungen durch die Institution.“

Mit der Gliederung, der Kategorisierung und auch durch den Umfang der Aussagen hat die Kommission versucht, die Compliance für die Anwender der Richtlinie für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention zu optimieren. Da die unmittelbare Tätigkeit am Patienten das direkteste Risiko einer nosokomialen Infektion beherbergt, enthalten die meisten Empfehlungen der Richtlinie Aussagen, die sich auf das Verhalten am Patienten beziehen. Gerade das eigene Verhalten langfristig zu ändern, ist jedoch eine schwierige Aufgabe, die in der Regel einen kombinierten Einsatz verschiedener Strategien erfordert.

Noch einmal ein Zitat von Constanze Wendt: „Im Bereich der Compliance mit Hygienerichtlinien liegen die größten Erfahrungen mit der Händehygiene vor. Gerade in diesem Bereich wurde eine Reihe von möglichen Interventionen auf ihren Einfluss auf Verhaltensänderungen untersucht. Die wichtigsten Elemente waren kontinuierliche Schulung des Personals, Feedback von Beobachtungen zur Compliance, Erinnerungsschriften (Plakate) Verbesserung der Erreichbarkeit von Waschbecken...“

Hand aufs Herz: Was erfordert die meiste Kreativität, Zeit und Kraft? Verleitet also dazu, die Bedeutung zu relativieren? Die Schulung!

Das Infektionsschutzgesetz (IfSG) wurde Mitte 2000 im Bundesgesetzblatt

verkündet und zu seiner Erläuterung in der Folge viel Papier bedruckt. Als jemand der diese spannende Zeit im RKI hautnah miterlebt hat, ist sicher, dass die ungezählten Fortbildungsveranstaltungen am besten dazu beigetragen haben, dass das Gesetz auch in den Köpfen der Handelnden angekommen ist.

Deshalb bitte ich Sie, mit der Kommission und dem Robert Koch-Institut zusammen, die Botschaft der „neuen Richtlinie“ in die Fortbildungsnachmittage zu tragen.

Die schwierigste Symbiose von Tradition und Fortschritt manifestiert sich in einem modernen Datenträger: Der Loseblattsammlung sind auf einer CD diejenigen Anlagen beigefügt, die von der Kommission noch nicht auf der Grundlage der heutigen wissenschaftlichen Anforderungen neu bearbeitet wurden, aber nach der aktuellen Gliederung auch künftig Teil der Richtlinie sein sollen.

Kommission und RKI wollten allen Beziehern der Loseblattsammlung eine möglichst umfassende Information zur Verfügung stellen. Forderung an die Leser und Anwender ist allerdings, dass der Abgleich mit dem aktuellen Wissensstand durch sie selbst vorzunehmen ist. Dies alles ist keine Folge der Neubearbeitung der Richtlinie, sondern eine fachliche Selbstverständlichkeit, die auch in der Vergangenheit schon gegolten hat.

Das RKI ist für fachliche Unterstützung und Ergänzung durch Dokumente der DGKH und natürlich in der Aktualisierung neu zu bearbeitender Anlagen in der Richtlinie immer dankbar und offen für Anregungen und Kritik.

Vielleicht sind DGKH, Kommission und RKI keine Verwandten, aber gute Freundschaft ist ja auch was wert. In diesem Sinne wünsche ich der Richtlinie eine weite Verbreitung und uns allen Erfolg beim gemeinsamen Anliegen um Qualität in der Krankenhaushygiene.

## Literatur

1. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 4-2004.