

Krankenhaushygiene – Schnittstelle von Beschäftigten- und Patientenschutz

H.-M. Just¹

Der Begriff „Krankenhaushygiene“ umfasst Maßnahmen zur Infektionsvermeidung und stammt aus einer Zeit, als ambulantes Operieren noch so gut wie unbekannt war. Deshalb wurden nach Operationen auftretende Infektionen auch krankenhauserworbene oder nosokomiale Infektionen genannt. Dies hat sich in den letzten 20 Jahren aber grundlegend geändert, so dass das Infektionsschutzgesetz (IfSG) nosokomial definiert als „im zeitlichen Zusammenhang mit einer stationären oder ambulanten Maßnahme.“ Dies verdeutlicht, dass eine nosokomiale Infektion auch außerhalb des Krankenhauses, auch bei eines Hausbesuches oder der häuslichen Pflege entstehen kann.

Die meisten Erreger nosokomialer Infektionen bei Patienten stammen aus der patienteneigenen Flora (endogene Infektion), es gibt aber auch Infektionen durch Übertragungen (exogene Infektionen), meistens über die Hände medizinischer Beschäftigter. Stammen diese Erreger nicht von Beschäftigten sondern von anderen Patienten, hat vorher eine, wenn auch nur passagere Besiedlung der Beschäftigten mit Keimen des Patienten stattgefunden. Ob diese Besiedlung auch eine Gefährdung bedeutet, hängt von vielen Faktoren ab, z. B. davon, ob es sich um ein humanpathogenes Bakterium bzw. Virus handelt, ob von einer Immunität ausgegangen werden kann, bzw. ob eine Gefährdung die Folge diagnostischer, therapeutischer oder pflegerischer Handlungen sein könnte. Deshalb dienen Maßnahmen der Krankenhaushygiene immer auch dem Eigenschutz von Beschäftigten, wobei das Gefährdungspotential für Beschäftigte nur bei obligat humanpathogenen Infektionserregern mit dem für Patienten vergleichbar ist, wobei je nach Grunderkrankung eines Patienten dessen Risiko trotzdem häufig höher sein kann.

Der Betreiber einer Medizinischen Einrichtung – von der Einzelarztpraxis über komplexere Einrichtungen wie Krankenhäuser oder Heime bis hin zu konzerngesteuerten Krankenhausketten – unterliegen damit nicht nur gegenüber ihren Beschäftigten (im Rahmen des Anstellungsvertrages) sondern auch gegenüber ihren Patienten (im Rahmen des Behandlungsvertrages) einer Fürsorgepflicht auch im Hinblick auf die Vermeidung von Infektionsgefährdungen. Die rechtlichen Grundlagen sind hierfür einerseits das Arbeitsschutzgesetz und

¹ Universitäts-Professor i.R. Dr. Dr. med. habil. Heinz-Michael Just, Nürnberg

die Biostoffverordnung, andererseits das Infektionsschutzgesetz und die Hygieneverordnungen der Länder. Hilfestellung zur Erfüllung dieser Fürsorgepflichten sollen die Technischen Regeln Biologischer Arbeitsstoffe (TRBA) und die Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) geben, die bei der organisatorischen und personellen Ausgestaltung zu beachten sind.

KRINKO-Empfehlungen wie auch TRBA versuchen zwar, bei ihren Empfehlungen den Kompetenzbereich der jeweils anderen Kommission zu wahren, oftmals lassen sich aber Hinweise den jeweils anderen Regelungsbereich betreffend, nicht vermeiden. Deshalb ist es zu begrüßen und dringend notwendig, dass jede Kommission mit einem Vertreter in der jeweils anderen vertreten ist und beide Kommissionen sich abstimmen. Wenn zukünftig auch noch sichergestellt ist, dass beide Kommissionen – wie von IfSG bzw. Arbeitsschutzgesetz (ASG) gefordert – Empfehlungen auf dem aktuellen Stand von Wissenschaft und Technik und damit evidenzbasiert veröffentlichen, resultiert daraus ein besserer Schutz für Patienten und Beschäftigte in Medizinischen Einrichtungen.

Stand: April 2018

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) | Friedrich-Henkel-Weg 1-25 | 44149 Dortmund |
Tel.: 0231 9071-2071 | info-zentrum@buaa.bund.de | www.buaa.de