

WISSEN

Tödliche Keime

Bis zu 40 000 Menschen sterben jedes Jahr durch gefährliche Erreger in deutschen Krankenhäusern. Etwa eine Million infizieren sich. Auch wegen dramatischer Mängel in der Hygiene. Deutschland zahlt pro Jahr fast 95 Milliarden Euro für seine Kliniken – und spart an der Sauberkeit.

Der stern testete verdeckt die Hygienequalität in 17 Krankenhäusern. Das Ergebnis ist erschreckend

Von Bernhard Albrecht

FOTOS: STEFAN VOLK



Das Prinzip des stern-Hygienechecks: Mit Spray und Stift werden unsichtbare Markierungen aufgebracht, die unter UV-Licht fluoreszieren. Lichtschalter und Seifenspender wurden 24 Stunden nicht geputzt – ein Paradies für Krankheitserreger



Das vom *stern* verwendete Testverfahren Glow-Check wird auch von Gesundheitsämtern genutzt, um Kliniken zu prüfen



In einer Endoskopie-Abteilung blieben Markierungen eine Woche lang stehen

Kerstin Wöllmanns Mutterglück währte nur kurz. Sie war in der 26. Schwangerschaftswoche, als sie wegen einer geplatzten Fruchtblase in ein großes städtisches Klinikum kam. Ihr Baby holten die Ärzte per Kaiserschnitt, es war ein Junge. Drei Tage nach der Geburt fanden sich multiresistente Bakterien in der OP-Wunde der jungen Frau – Keime, gegen die nur wenige Antibiotika wirken. Drei Wochen später hatten sie ihren geschwächten Körper überschwemmt. Kerstin Wöllmann starb an Multiorganversagen.

Wer war schuld? Wer trug die Verantwortung dafür, dass sie sich mit den lebensgefährlichen Keimen infizierte? Diese Frage treibt Ehemann Walter Kattner bis heute um. Er glaubt, dass in der Klinik bei der Hygiene geschlampt wurde. Von Anfang an hatte er das Reinigungspersonal im Visier. „Maximal drei Minuten waren die im Zimmer, haben nur den Boden gewischt und im Bad das Nötigste.“ Einer Putzfrau sei er zum nächsten Zimmer gefolgt und habe gesehen, dass sie dort denselben Mopp weiterverwendet habe. Eine gefährliche Nachlässigkeit. So werden Krank-

heitserreger auf Stationen verbreitet. Bald nach dem Tod von Kattners Frau infizierten sich viele Neugeborene an multiresistenten Keimen, fünf starben, die Station wurde geschlossen.

Bis zu 40 000 Menschen erliegen laut Schätzungen jedes Jahr Krankenhausinfektionen, bis zu eine Million erkranken. Im Jahr 2014 wurden dem Robert Koch-Institut 1197 Ausbrüche gemeldet. „Das ist nur die Spitze des Eisbergs“, sagt Walter Popp, Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene. „Man wartet bei den ersten Fällen ab, ob es noch weitere gibt. Erst dann wird gemeldet.“ Popp schätzt die realen Fallzahlen auf das Zehnfache – an jeder der rund 2000 deutschen Kliniken käme es demnach alljährlich zu mehr als fünf Ausbrüchen.

Bei der Suche nach den Ursachen gerät immer wieder die Krankenhausreinigung ins Visier, so wie im vergangenen Jahr an der Uniklinik Kiel. Ein Türkei-Urlauber hatte einen in Deutschland seltenen Keim, *Acinetobacter baumannii*, eingeschleppt, gegen den fast alle Antibiotika wirkungslos sind. Die Bakterien, die monatelang auf Oberflächen überleben können, verbreiteten sich auf mehreren Stationen. Der Keim fand sich bei 31 Patienten, 19 starben. In welchen Fällen die Infektion und nicht die

Grunderkrankung der Patienten zum Tod geführt hat, ermittelt die Staatsanwaltschaft, laut Klinikum seien es drei. Die Gewerkschaft Verdi prangerte katastrophale Arbeitsbedingungen und Unterbesetzung im Reinigungsbereich an. Mitarbeiter hätten zahlreiche Gefährdungsanzeigen vorgebracht, die Geschäftsführung streitet die Vorwürfe bis heute ab.

Wenn Keime im Krankenhaus wandern, ist die Ursachensuche oft schwierig: Mangelhafte Händedesinfektion spielt sicher eine Rolle. Die Keime können sich aber auch über verschmutzte medizinische Instrumente oder Belüftungsanlagen verbreiten. Ärzte und Pfleger übersehen Risikopatienten oder isolieren sie nicht ausreichend. Weitgehend unerforscht ist bislang jedoch die Frage, wie gut in Kliniken geputzt wird und welchen Einfluss eine mangelhafte Reinigung auf die Ausbreitung multiresistenter Keime haben könnte.

Anlass für den *stern*, selbst eine Untersuchung durchzuführen. Nach Beratung durch Hygiene-Experten kam für diesen Test ein Verfahren zum Einsatz, das auch Gesundheitsämter nutzen. Der „Glow-Check“ besteht aus einem Stift, einem Spray und einer UV-Licht-Taschenlampe. Mit Stift und Spray werden unsichtbare Markierungen an den sogenannten Griff-

kontaktflächen angebracht, die häufig von Personal und Patienten berührt werden. Nur unter UV-Licht sind sie sichtbar.

Zwei von drei Türklinken ungereinigt

In 17 Hamburger Krankenhäusern wurden durch *stern*-Tester unangekündigt Markierungen vorgenommen. Nach jeweils 24 Stunden wurde kontrolliert, ob sie noch da waren. Getestet wurde in Notaufnahmen, Röntgenabteilungen und vor Intensivstationen, in Fahrstühlen und Toiletten.

Eines der ersten markierten WCs befindet sich in einem Perinatalzentrum, wo Neugeborene mit unreifem Immunsystem liegen. An der Wand hängt ein Plakat: Man desinfiziere hier mehrmals täglich und Sorge so für ein Höchstmaß an Hygiene. Klingt vorbildlich. 24 Stunden später aber sind viele der Markierungen noch da, sie fluoreszieren unter dem Licht der Taschenlampe. Auch der Knopf des Fahrstuhls zur Kinder-Intensivstation wurde vergessen. Wenn jemand ihn drückt und danach ein Baby berührt, kann er es leicht mit gefährlichen Keimen infizieren.

Nach zwei Monaten haben die Tester des *stern* 783 Griffkontaktflächen kontrolliert, darunter 163 Türgriffe, 51 Spülknöpfe, 82 Fahrstuhlknöpfe. Das Ergebnis: Nur jede vierte wurde wenigstens einmal in 24 Stun-

den komplett gereinigt. Sogar Türgriffe, die Hygienikern als größte Gefahr gelten, waren in 69 Prozent der Fälle gar nicht oder nur teilweise gesäubert. Es gab keine rühmliche Ausnahme – egal, ob eine Klinik professionell, städtisch oder privat geführt wird. Das beste Haus lag bei einer Reinigungsquote von 39 Prozent, das schlechteste bei 8 Prozent. In einer Endoskopie-Abteilung blieben 12 von 17 Markierungen sogar eine ganze Woche lang stehen. Konfrontiert mit den Ergebnissen, antworteten viele Krankenhäuser gar nicht. Andere verwiesen darauf, „hohe Hygienestandards“ strikt einzuhalten, in Begehungen des TÜVSüd Food Safety Institutes und Patientenbefragungen regelmäßig gut abzuschneiden und demnächst innovative Hygienekonzepte an ihren Häusern einzuführen. Nur eine Klinik zog sofort Konsequenzen aus dem *stern*-Test: „Wir haben daher Ihre Untersuchung zum Anlass genommen und uns sowohl mit Ihrem Testverfahren als auch mit den von Ihnen genannten Ergebnissen beschäftigt.“ Man könne sich vorstellen, den Testkit künftig für eigene Stichproben zu verwenden.

Die Zahlen des *stern*-Tests zeichnen ein erheblich dramatischeres Bild als die Ergebnisse einer Studie des Gesundheitsamtes Frankfurt aus dem Jahr 2015. Die Putzkräf-

te dort hatten immerhin 63 Prozent der Griffkontaktflächen gereinigt. Der wesentliche Unterschied: Das Amt hatte sich vorher angemeldet, der *stern* nicht. Ein Facility-Manager, der seit Jahrzehnten in der Branche tätig ist und anonym bleiben möchte, verrät: „In der Regel weiß man, wo die hingucken. Dann schickt man die besten Mitarbeiter dorthin. Plötzlich sind genügend Mopps und Reinigungstücher vorhanden, alles klappt wie am Schnürchen.“

Würde man das Ergebnis des *stern*-Tests mit acht internationalen Studien vergleichen, stünden die 17 Hamburger Krankenhäuser auf dem vorletzten Platz, nur kanadische Hygieniker fanden vergleichbar schlechte Zahlen. Niemand kann sich darauf berufen, das seien Einzelfälle, das sei ja nur Hamburg. Warum sollte es irgendwo in Deutschland besser sein? Betrachtet man die Reinigungsqualität als Gradmesser, wie wichtig Krankenhäuser das Thema Hygiene nehmen, ist das ein katastrophales Zeugnis für das Land mit einem der angeblich besten Gesundheitssysteme der Welt.

Aber wie kann das sein? Warum versagen die deutschen Krankenhäuser so fatal beim Putzen?

Seit Jahrzehnten geht Peter Hennig als Reinigungsberater in Kliniken ein und aus. Dabei hört er immer mehr Klagen über ►



Walter Kattner zieht seinen Sohn allein auf. Ehefrau Kerstin starb nach der Niederkunft an einer Infektion mit multiresistenten Keimen. Laut Gutachten mitverantwortlich: Fehler in der Krankenhausreinigung

Die zehn schmutzigsten Oberflächen im Krankenhaus

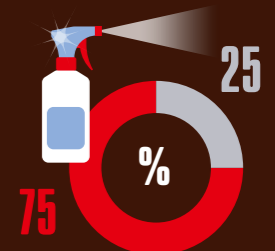
	Ganz gereinigt	Nur teilweise oder nicht gereinigt
Papierhandtuchspender	0	100
Lichtschalter (nur regelmäßig betätigte)	6	94
Haltegriffe Behindertentoiletten	6	94
Klobürstengriffe	6	94
Fahrstuhlknöpfe (nur Patientenbereich)	11	89
Schalter für Türöffner	15	85
Spülknöpfe Toilette	18	82
Seifen-/Desinfektionsmittelspender (Griffe)	19	81
Türgriffe (nur viel frequentierte Bereiche)	31	69
Waschbeckenrand (Toiletten und Bäder)	46	54

Gesamtauswertung

Von 783 markierten Flächen wurden:

198	Ganz gereinigt
585	Nur teilweise oder nicht gereinigt

Das entspricht:



Die Türklinke eines Isolierzimmers: ungereinigt

immer größere Missstände. Er sieht die Branche in einer Abwärtsspirale. „In vielen Häusern fehlt Stammpersonal. Ersatzkräfte kommen vom Arbeitsamt oder von Personaldienstleistern und haben keine Erfahrung im Reinigen. Viele sprechen kaum Deutsch.“ Wenn er Putzkräfte frage: „Wer hat Sie eingewiesen?“, höre er oft Sätze wie diesen: „Ich bin zwei Stunden mit einem Kollegen mitgegangen.“

Hennig hat in Zusammenarbeit mit Hygienikern Schautafeln entwickelt, die zeigen, wie ein Bad, OP-Saal oder eine Intensivstation zu reinigen sind. Das System „Visionclean“ erklärt, in welcher Reihenfolge man vorgeht, wann Lappen und Mopps zu wechseln sind, wann die Handschuhe (siehe Grafik Seite 51). Es zeigt, welches Arbeitsmaterial man mitnehmen muss, bevor man ein Isolierzimmer in Schutzkleidung und Mundschutz betritt und es nicht mehr verlassen darf, bis alles gereinigt ist. Saubermachen ist angewandte Wissenschaft. Noch ist das System wenig verbreitet. Dabei ist Wissensvermittlung ohne Worte heute wichtiger denn je.

„Vor 30 Jahren“, erzählt Hennig, „waren Reinigungskräfte bei den Krankenhäusern fest angestellt und Stationen zugeteilt. Sie hatten den Ehrgeiz, diese möglichst sauber zu halten. Sie saßen morgens mit den

Schwestern beim Kaffee und erfuhren aus erster Hand, wo ansteckende Patienten lagen.“ Dann aber begannen die Kliniken, die Reinigung ausgliedern. Wenige große Gebäudereinigungsfirmen beherrschen inzwischen den Markt. Im Fünf-Jahres-Turnus schreiben die Krankenhäuser Aufträge aus, und meist gewinnt derjenige, der die meisten Quadratmeter für die geringste Bezahlung schrubbt. „Ich kenne Dienstleister, die aus Bietergesprächen gehen und sagen: Wenn ich diese Bedingungen akzeptiere, stehe ich mit einem Bein im Gefängnis.“ Die feste Zuordnung zu Stationen fiel vielerorts weg. Reinigungskräfte werden als „Springer“ eingesetzt, das Pflegepersonal nimmt kaum Notiz. Wenn irgendwo ein Isolierzimmer zu desinfizieren ist, fehlt oft die Kommunikation: Um welchen Keim handelt es sich? Für Noroviren sind andere Maßnahmen vonnöten als für MRSA-Keime.

Der Sparwahn gefährdet Leben

Die Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH) führte im Jahr 2013 eine Umfrage an Kliniken durch: Demnach müssen Putzkräfte bis zu 400 Quadratmeter pro Stunde bewältigen. „Das ist mehr als das Dreifache früherer Richtwerte, die jahrzehntelang überall Standard

waren“, kommentiert der Vizepräsident der Gesellschaft Walter Popp. Die Hälfte der Befragten gab an, dass nicht nach den Empfehlungen des Robert Koch-Instituts gesäubert werde. 60 Prozent fanden, dass die Reinigung an ihren Häusern in den vergangenen Jahren schlechter geworden war. An bis zu drei Tagen pro Woche putzen Reinigungskräfte nur dort, wo der Schmutz sofort ins Auge fällt – „Sichtreinigungstage“ nennt man das in der Branche.

Offenbar sind sie mitunter sogar dort üblich, wo täglich schwerkranke und infektiöse Patienten behandelt werden. Das zumindest legt der *stern*-Test nahe. In der Notaufnahme eines großen Hamburger Krankenhauses fand sich nach 24 Stunden die Türklinke eines Isolierzimmers für mit gefährlichen Keimen infizierte Patienten ungereinigt. Direkt nebenan eine Behindertentoilette: ungereinigt. Die Türöffner der zwei Schockräume: ungereinigt. Andere Türklinken und ein Fahrstuhlknopf: ungereinigt. Zwar stehen überall in der Notaufnahme Desinfektionsmittelspender. Doch wer nutzt diese schon vorschriftsmäßig, wenn im Schockraum ein Patient mit Herzstillstand liegt?

Wie radikal inzwischen an der Reinigung gespart wird, zeigt das Beispiel der großen

städtischen Kliniken in Hamburg, früher zusammengefasst im Landesbetrieb Krankenhäuser LBK. Dort arbeiteten einst mehr als 1000 Reinigungskräfte als Angestellte im öffentlichen Dienst. 1999 wurde die Reinigung in eine Tochtergesellschaft CleaniG GmbH ausgegliedert, 2005 übernahm der Asklepios-Konzern die Häuser. Bei vergleichbarer Bettenzahl sind laut einem internen Dokument, Stand 2015, noch etwa 700 Putzkräfte übrig, fast jeder dritte Arbeitsplatz fiel weg. Bei den Gehältern herrscht eine Zweiklassengesellschaft – die wenigen Verbliebenen mit alten LBK-Verträgen verdienen 12 bis 14 Euro pro Stunde, die Neuestellten arbeiteten sich über Jahre von 7,75 auf mittlerweile 9,80 Euro hoch, den gesetzlichen Mindesttarif für Gebäudereiniger.

Immer mehr Fläche müsse in immer weniger Zeit bewältigt werden, sagt ein Mitarbeiter eines großen Hauses, der anonym bleiben möchte. „Viele haben nur befristete Verträge und tun aus Angst alles, um den Job zu behalten. Manche kommen jeden Tag eine Stunde früher, um ihr Revier zu schaffen – obwohl sie dann weder bezahlt noch versichert sind.“ So steige der Druck auf alle, denn niemand wolle Sätze hören wie diesen: Wie, du schaffst das nicht? Schau doch mal, wie deine Kollegin

das macht! Weiß der Arbeitgeber offiziell nichts von der Mehrarbeit, kann er nicht belangt werden.

Im Jahr 2013 wurde gegen die Krankenhauskette Rhön-Kliniken, heute Teil des Helios-Konzerns, der Vorwurf des Sozialversicherungs Betrugs erhoben. Laut Anklageschrift ging es um 22 Millionen Euro. Mitarbeiter berichteten von angeblich täglichen, unbezahlten Überstunden und einem Klima der Angst. Zwei Jahre ermittelte der Zoll, ein Ex-Rhön-Vorstand ging in Untersuchungshaft. Das Landgericht Würzburg stellte kürzlich das Strafverfahren ein, nachdem eine Geldbuße von 25 000 Euro akzeptiert worden war. Zudem wurden Sozialversicherungsbeiträge in unbekannter Höhe nachgezahlt.

Wie lange es wirklich braucht, ein Patientenbad nach Hygienevorschriften zu reinigen, ermittelte die Organisationsberaterin Elisabeth Baumholzer, die sich mit der Stoppuhr neben die Putzkräfte stellte. Sie achtete darauf, dass das Desinfektionsmittel lange genug auf die Oberflächen einwirkte. In ihre Berechnung flossen auch unfreiwillige Pausen ein, die entstehen, weil der Arzt im Zimmer oder ein Patient auf dem Klo ist. Ihr Fazit: „Unter sechs Minuten ist ein Bad nicht zu schaffen.“ Auf die Stunde hochgerech-

net sind das 45 Quadratmeter. „Nirgendwo in Deutschland ist das Realität“, sagt Baumholzer. Wenn sie mit Krankenhausgeschäftsführern über ihre Messungen spricht, „dann schlagen die die Hände über dem Kopf zusammen“.

Dass Alltagsgegenstände, Bäder und das Mobiliar eine wesentliche Rolle bei der Verbreitung von Keimen spielen könnten, war lange umstritten. Im Hygienikerstreit vor 15 Jahren plädierten manche Wissenschaftler aus Gründen des Umweltschutzes dafür, den Desinfektionsmittelverbrauch zu senken und große Teile der Krankenhäuser nur mit herkömmlichen Reinigungsmitteln zu putzen. Sie relativierten die Gefahren durch Keime auf Oberflächen, obwohl es damals kaum wissenschaftliche Studien dazu gab – und lieferten so unfreiwillig findigen Krankenhausgeschäftsführern Argumente dafür, die Reinigung im großen Stil wegzusparen. Mittlerweile aber häufen sich Hinweise, mit welcher dramatischen Folgen die Bedeutung des regelmäßigen Putzens unterschätzt wurde.

Sydney, Australien, im Jahr 2014: Nach einem Ausbruch wurde die Intensivstation eines Krankenhauses zweimal „terminal“ desinfiziert – und damit jede Mikrobe getötet. Wirklich jede? Die ►



Das nötige Arsenal eines Reinigungswagens: blauer Eimer für Patientenzimmer, gelber fürs Bad und roter fürs Klo. Dazu Mikrofasertücher in ausreichender Menge. Oft wird an der Anzahl gespart, dann werden die Tücher schmutzig weiterbenutzt



Gute Reinigung ist möglich – aber teurer

Hygienikerin Karen Vickery von der Macquarie University wollte es genau wissen und untersuchte mit Spezialverfahren Abstriche von Einrichtungsgegenständen wie Eingangstür, Handschuhbox oder Kopfkissen. Das Ergebnis: In 41 von 44 Proben fand sie „Biofilme“ – Schleimschichten, produziert von Bakterien. Darin können Mikroben Desinfektionsmittelwirkungen widerstehen, die bis zum Fünffachen über der normal tödlichen Dosis liegen. Und tatsächlich: In den Biofilmen fand Vickery lebende Keime. Die Erkenntnis rüttelt an einem Dogma. Denn um Biofilme zu bilden, brauchen Bakterien normalerweise Feuchtigkeit – Wasserhähne, Wasserleitungen und Abgüsse sind deshalb öfter verseucht. Die untersuchten Oberflächen jedoch waren trocken. Wie konnten die Mikroben überleben? Möglicherweise reichten winzigste Tröpfchen eines Niesens und Eiweißreste aus einem unsauberen Reinigungstuch, um sie für Monate und Jahre zu ernähren, spekuliert Vickery. Sie sagt: „Diese Biofilme stellen die Krankenhausreinigung vor neue Herausforderungen.“

Über verseuchte Oberflächen gelangen die Keime besonders oft zu Pflegekräften und Ärzten, belegten Forscher aus Dublin im Jahr 2010 eindrücklich: Wenn Kran-

kenhausmitarbeiter Gegenstände berühren, die mit multiresistenten Staphylokokken (MRSA) verseucht sind, tragen sie diese demnach doppelt so häufig an ihren Händen, als wenn sie zuvor mit infizierten Menschen zu tun hatten. Beunruhigend sind auch die Ergebnisse einer US-Studie aus Boston 2010: Wer in einem (gereinigten) Zimmer liegt, in dem zuvor ein mit multiresistenten Keimen infizierter Patient behandelt wurde, hat ein um 73 Prozent erhöhtes Risiko, sich mit dem gleichen Erreger anzustecken. Ist der Bakterien Schleim die Quelle? Gut möglich.

Bei Ausbrüchen fahnden Hygieniker heute gezielter in der Umgebung der Patienten nach Quellen – und finden sie. Auf einer Krebsstation infizierten sich vor einigen Jahren abwehrgeschwächte Patienten mit „vierfach-resistenten Keimen“ aus den Spülrändern der Toiletten. Vermutlich hatte eine Putzkraft denselben Lappen für mehrere Klos benutzt. Auf der Neugeborenenstation der Horst Schmidt-Kliniken in Wiesbaden verbreiteten sich im Januar 2016 MRSA-Keime. Wahrscheinlich hatte eine infizierte Putzkraft zuerst ihr Gesicht, dann eine Liege berührt, auf der Mütter ihre Babys stillten. Das Universitätsklinikum Leipzig wurde in den Jahren 2010 bis 2013 von Klebsiella-Bakterien heimge-

sucht, 103 Patienten infizierten sich, 42 starben. Eine der Quellen des Keims war das Innenfutter eines Lagerungskissens, das nicht in der zentralen Bettensterilisation gereinigt worden war. An einem Klinikum in Südhessen häuften sich 2013 über ein Jahr hinweg Darminfektionen mit multiresistenten Keimen. Ein „Ausbruchteam“ durchforstete mehrere Wochen das Haus und fand schließlich eine verkeimte Rohrreinigungsspirale, die Putzkräfte in Patientenzimmern und in der Küche verwendet hatten. Vom verseuchten Abfluss einer Spüle waren die Bakterien vermutlich durch Spritzwasser auf Mokkauddings und Nudelsalate gelangt. Niemand erkrankte akut, doch die Infizierten müssen Jahre, vielleicht ihr Leben mit dem Keim im Körper verbringen – und hoffen, dass sie nie eine Immunschwäche erleiden, die ihm die Chance bieten würde, anzugreifen.

Seit drei Jahren führt Walter Kattner, dessen Frau an einer Krankenhausinfektion starb, einen Prozess gegen die Klinik. Seinem Anwalt Burkhard Kirchhoff, der sich auf Krankenhausinfektionen spezialisiert hat, liegt ein Gutachten des Hygienikers Walter Popp vor. Der urteilte: Eindeutig treffe die „ungenügend organisierte Reinigung“ ein Mitverschulden. Es

„lagen genügend Hinweise an die Geschäftsführung vor, die zu Veränderungen zwingend hätten führen müssen“.

Die Uniklinik Münster macht sauber

Dennoch – wie so oft waren nachlässige Putzkräfte nur ein Glied in einer langen Kette von Versäumnissen. „Niemand kann im Nachhinein sagen, wie genau der Keim in den Körper von Frau Wöllmann gelangt ist“, sagt Kirchhoff. Obwohl ein Strafverfahren eingestellt wurde, hofft er, den Zivilprozess für Kattner zu gewinnen – auch dank des neuen Infektionsschutzgesetzes, das 2011 in Kraft trat. Jetzt gelte die Beweisumkehr: „Ein Krankenhaus muss belegen, dass die Hygienemaßregeln entsprechend den Empfehlungen des Robert Koch-Instituts befolgt wurden. Früher wurde von den Kliniken oft darauf verwiesen, dass das eben nur Empfehlungen sind.“

Auch Popp plädiert für klare Schuldzuweisungen. „Es ist doch absurd: Wenn auf dem Bau ein Gerüst zusammenbricht, ermittelt Polizei und Staatsanwalt. Bei Krankenhausinfektionen wird von ‚schicksalhaft‘ gesprochen.“ Zu den Ergebnissen des *stern*-Tests in Hamburger Krankenhäusern sagt er: „Das ist schon repräsentativ. Die Zahlen überraschen mich nicht, ich sehe es ja täglich.“ Und wer kann etwas ändern

Mit der richtigen Technik und Reihenfolge können Reinigungskräfte bis zu 99 Prozent der Keime vernichten. Im Bad werden mit dem gelben Tuch zuerst die Oberflächen gereinigt, die Patienten häufig berühren – Türklinken und Lichtschalter. Genauso bei der Toilette mit dem roten Tuch: zuerst Spülknopf, erst später Brille

und Schüssel, die am schmutzigsten sind. Reinigungstücher werden nicht geknüllt, sondern gefaltet, dann bieten sie acht saubere Flächen. Wichtig: mehrfach drüberwischen und Druck ausüben, sonst bleiben Bakterien zurück. Nach Zeitmessungen braucht man mindestens sechs Minuten für Bad und Toilette.

an der Misere? Hygieniker und Chefärzte seien machtlos, sagt Popp. „Wir brauchten einen neuen Hebel. Vielleicht eine Haftpflichtversicherung gegen Krankenhausinfektionen, deren Prämien hochschnellen, wenn sich die Fälle häufen.“

Dass gute Reinigung auch in Deutschland möglich ist, zeigt das Beispiel der Uniklinik Münster. Aus Deutschland und den Niederlanden kommen Hygiene- und Reinigungsexperten hierher, um sich anzusehen, wie Betriebsleiter Andreas Rütz Schulung, Einarbeitung und Qualitätskontrollen organisiert hat – unter Zuhilfenahme des Schautafel-Tutorials „Visionclean“ von Peter Hennig, das es mittlerweile auch

als App gibt und das den „Reviermappen“ beiliegt. So können Putzkräfte, die wenig Deutsch sprechen, stets nachschauen. Alle Mitarbeiter seien fest angestellt, hätten eigene Reviere, würden regelmäßig geschult, und wenn sie gute Arbeit leisteten, ehre er sie mit Urkunden. „Reinigungskräfte brauchen Anerkennung. Nur so entwickeln sie ein Bewusstsein dafür, wie wichtig ihre Arbeit ist.“ Rütz sagt, dass aufgrund der Erfahrungen mit externen Dienstleistern immer mehr Krankenhäuser die Reinigung zurück ins Haus holten.

Natürlich kostet das Münsteraner Modell Geld. Doch was kostet ein Ausbruch der Dimension an der Uniklinik Kiel im vergangenen Jahr? Zwar ist noch nicht gerichtlich geklärt, welche Rolle die Reinigung dort spielte, aber das Krankenhaus zahlte allein für die akute Krisenbewältigung sechs Millionen Euro, weitere indirekte Folgekosten in Millionenhöhe wie beispielsweise der Neubau einer Intensivstation nicht inbegriffen. ✘



Bernhard Albrecht, ausgebildeter Arzt, vermeidet seit dem *stern*-Test tunlichst, Türklinken und Lichtschalter anzufassen – vor allem in Krankenhäusern. Bei der Recherche halfen Martin Scheufens und Steven Montero

FOTO: SHERIF HAZALLA

INFOGRAPHIK: QUELLE: PETER HENNIG, VISIONCLEAN