

Hochschule für Angewandte Wissenschaften

Fakultät Life Sciences

**Prävention und Versorgung von nosokomialen
Infektionen in Krankenhäusern und die Rolle des
Qualitätsmanagements und der Krankenhaushygiene im
Gesundheitswesen**

*Eine Qualitative Bachelorarbeit zur Erlangung des akademischen Grades des Bachelor of
Science (B. Sc.)*

vorgelegt von: Funda Kilic

Erstprüfer: Prof. Dr. Dr. Walter Leal Filho

Zweitprüfer: Dipl. Gesundheitswirtin Nina Clarissa Hielscher

Abgabedatum: 28.08.2020

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	1
Tabellenverzeichnis	2
Abkürzungsverzeichnis.....	3
Abstract	5
1 Einleitung	6
1.1 Problembeschreibung	6
1.2 Aufbau und Ziel der Arbeit	8
1.3 Gesundheitspolitische Relevanz der Arbeit	8
2 Theoretischer Teil	9
2.1 Akteure im Gesundheitswesen.....	9
2.2 Krankenhausversorgung und Krankenhausfinanzierung in Deutschland	13
2.3 Infektionsschutzgesetz	17
2.4 Entstehung und Übertragung von nosokomialen Infektionen	20
2.5 Krankenhaushygiene und die Rolle in Krankenhäusern	22
2.6 Abgrenzung der Begriffsdefinition Qualität, Dimensionen der Qualität, Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung in Krankenhäusern	27
2.7 Zertifizierungen im Krankenhaus	36
2.7.1 KTQ-Verfahren	37
2.7.2 EFQM-Modell	39
2.8 Ziele und Nutzen des Qualitätsmanagements und der Krankenhaushygiene in Bezug auf die Prävention von nosokomialen Infektionen.....	41
3 Methodisches Vorgehen	45
3.1 Literaturrecherche	45
3.2 Erhebungsinstrument.....	46
3.3 Ablauf des Qualitativen Interviews	50
3.3.1 Aufbau des Leitfadeninterviews	54
3.3.2 Die Auswahl und Kontaktierung des Interviewpartners	57
3.3.3 Durchführung des Interviews	59
3.3.4 Datenerhebung und Aufbereitung	59
3.3.5 Datenauswertung und Analyse.....	61

3.3.6	Eigene Reflexion des Interviews	62
4	Ergebnisse.....	63
5	Diskussion.....	69
6	Fazit	72
	Literaturverzeichnis	74
	Quellenverzeichnis	77
	Anhang	81
	Eidesstattliche Erklärung.....	96

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Selbsterstellte Darstellung des Plan- Do- Check- Act- Zyklus.	30
Abbildung 2: Selbsterstellte Darstellung des EFQM- Modells	40
Abbildung 3: Selbsterstellte Darstellung des Zusammenhangs zwischen dem Qualitäts- management und der Krankenhaushygiene	44

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ursachen die zur Verbreitung von NI in Krankenhäusern führen	21
Tabelle 2: Selbsterstellte Tabelle aus dem Experteninterview, indem die Probleme und Lösungswege zur Prävention von NI dargestellt werden (Durchgeführtes Experteninterview, Anhang 3, Seite 83).	68
Tabelle 3: Informationen zum durchgeführten Interviews	83

Abkürzungsverzeichnis

ABS-	Antibiotic Stewardship
AQUA-	Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen
BioStoffV-	Biostoffverordnung
BMG-	Bundesministerium für Gesundheit
BVA-	Bundesversicherungsamt
BVAG-	Bundesversicherungsamtsgesetz
BZgA-	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
BfArM-	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BMBF-	Bundesministerium für Bildung und Forschung
DAMA-	Deutsche Arzneimittel- und Medizinprodukteagentur
DIMDI-	Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information
DIN EN ISO-	Institut für Normung, European Norm, International Organization of Standardization
DRG-	Diagnosis Related Groups
EFQM-	European Foundation For Quality Management
ESBL-	Extended Spectrum Betaaktamase
GA-	Gesundheitsamt
G- BA-	Gemeinsamer Bundesausschuss
GBE-	Gesundheitsberichterstattung
GMK-	Gesundheitsministerkonferenz
GSG-	Gesundheitsstrukturgesetz
IQWiG-	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
IfSG-	Infektionsschutzgesetz
KHEntgG-	Krankenhausentgeltgesetz
KHG-	Krankenhausfinanzierungsgesetz

KHSG-	Krankenhausstrukturgesetz
KRINKO-	Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention
KTQ-	Kooperation für Transparenz und Qualität
KV-	Kassenärztliche Vereinigung
LQS-	Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung
MPG-	Medizinproduktegesetz
MPBetreibV-	Medizinprodukte-Betreiberverordnung
MRE-	Multiresistente Erreger
MRGN-	Multiresistente gramnegative Erreger
MRSA-	Methicillin-resistente Staphylokokken aureus
NI-	Nosokomiale Infektionen
PEI-	Paul-Ehrlich-Institut
PKV-	Private Krankenversicherung
RKI-	Robert Koch- Institut
RSA-	Risikostrukturausgleich
SGB-	Sozialgesetzbuch
SGB V-	Fünftes Sozialgesetzbuch
SVR-	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
TQM-	Total Quality Management
VRE-	Vancomycin- resistente Enterokokken
u.a.-	unter anderem

Abstract

Hintergrund: Menschen kommen aus unterschiedlichen Gründen ins Krankenhaus und lassen sich entweder ambulant oder stationär behandeln. Ziel der Behandlung ist oftmals, den Gesundheitszustand der betroffenen Personen wiederherzustellen. Die Gesundheit ist das oberste Gut des Menschen, daher hoffen zahlreiche Patienten*Innen auf eine patientensichere Versorgung in der jeweiligen Einrichtung. Zunehmend kommt es allerdings zu Komplikationen in der Versorgung und der Behandlung, sodass es zu einer verlängerten Krankenhausverweildauer der Patienten*Innen kommt. Gründe hierfür sind die steigende Anzahl an nosokomialen Infektionen (NI) und multiresistenten Erregern (MRE) in Krankenhäusern. Die zunehmende Verbreitung von NI und multiresistenten Erregern führt zu einer Herausforderung im Gesundheitswesen, sodass präventive Maßnahmen zur Eindämmung immer mehr an Bedeutung gewinnen. Daher beschäftigt sich die vorliegende Bachelorarbeit mit der Prävention und Behandlung von NI und der Rolle des Qualitätsmanagements und der Krankenhaushygiene im Gesundheitswesen, die einen unmittelbaren Einfluss auf die Prävention von NI darstellen. So soll die enge Zusammenarbeit in Hinblick auf die Prävention von NI dargestellt werden.

Methode: In der nachfolgenden Arbeit wurde ein qualitatives Experteninterview mithilfe eines selbst erstellten Leitfadeninterviews von der Verfasserin durchgeführt. Das Leitfadeninterview beinhaltet zehn Fragen anhand derer die Aufgabengebiete, die Ursachen zur Verbreitung von NI und die enge Zusammenarbeit der Krankenhaushygiene und des Qualitätsmanagements dargestellt werden. Aufgrund der Tatsache, dass in der nachfolgenden Arbeit nur ein Experteninterview durchgeführt werden konnte, sind die Ergebnisse demnach nicht repräsentativ. Die dem Interview entnommenen Ergebnisse dienen somit als eine Zusatzinformation und als eine Ergänzung zum ausgearbeiteten theoretischen Teil der Bachelorarbeit.

Ergebnisse: Aus den Ergebnissen wurden zahlreiche Aussagen der Verfasserin, die bereits im theoretischen Teil ausgearbeitet wurden, bestätigt. Es ist zunehmend eine Verbreitung von VRE, ESBL, 3 und 4 MRGN zu sichten. Aus den Ergebnissen konnte auch geschlossen werden, dass die Krankenhaushygiene sowie das Qualitätsmanagement bei der Prävention von NI eng zusammenarbeiten. Dies geschieht, indem regelmäßig gemeinsam Hygieneaudits durchgeführt werden. Weitere Ergebnisse sind in der Bachelorarbeit enthalten.

1 Einleitung

1.1 Problembeschreibung

Nach einer Studie des Robert- Koch- Institutes (RKI), die im Jahre 2019 durchgeführt wurde, konnte festgestellt werden, dass jährlich deutschlandweit 400.000 bis 600.000 Menschen an einer NI erkranken. Somit liegt die jährliche Letalitätsrate, die auf NI zurückzuführen ist, bei rund 10.000 bis 20.000 Personen (Robert Koch-Institut, 2019).

Multiresistente Erreger (MRE) und nosokomiale Infektionen (NI) werden in den meisten Fällen in medizinischen Einrichtungen erworben. Dies bedeutet, dass sich die betroffenen Personen unmittelbar in einer Behandlung in einer medizinischen Einrichtung befinden und sich während der Behandlungsdauer oder eines Krankenhausaufenthalts mit diesen Erregern infizieren. Es konnte ermittelt werden, dass rund 50 Prozent der vorhandenen Komplikationen in Einrichtungen im Gesundheitswesen auf nosokomiale Infektionen zurückzuführen sind (Weiß, 2012, S. 3). Eine nosokomiale Infektion liegt erst dann vor, wenn die betroffene Person innerhalb von 72 Stunden nach einem Krankenhausaufenthalt erste Symptome aufzeigt. Werden allerdings Symptome vor der Aufnahme oder spätestens nach dem ersten Tag des Krankenhausaufenthalts bemerkt, spricht man von einer mitgebrachten Infektion, sodass diese nicht als nosokomiale Infektion betrachtet werden kann (Robert Koch- Institut, 2017, S. 5 f.).

Nosokomiale Infektionen stellen nicht nur für die Betroffenen ein besonders großes Gesundheitsproblem dar, sondern auch für das Gesundheitswesen. Durch nosokomiale Infektionen verlängert sich die Krankenhausverweildauer um durchschnittlich 5 Tage. Somit entstehen je nach Schwere und Art der ergriffenen Maßnahmen, die für die Infektion notwendig sind, zusätzliche Kosten für das Gesundheitssystem in Höhe von 5.000 bis 20.000 Euro (Robert-Koch-Institut, 2020, S. 3). Besonders multiresistente Erreger stellen eine große Herausforderung dar. Diese sind besonders ernstzunehmen, da es sich hierbei um Bakterien handelt, die größtenteils unempfindlich gegen Antibiotika sind, sodass spezielle Reserve-Antibiotika eingesetzt werden müssen, die wiederum größere Nebenwirkungen bei den Betroffenen verursachen (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2015). Besonders häufig auftretende nosokomiale Infektionen sind unter anderem Vancomycin-resistente Enterokokken (VRE), sowie Erreger, die erweiterte β - Laktamasen bilden (ESBL) und 3 und 4 MRGN (Weiß, 2012, S. 3 f.).

Deutschlandweit werden laut Angaben des Robert Koch-Instituts etwa jährlich 18 Millionen Menschen in Einrichtungen des Gesundheitswesens stationär behandelt. Hinzu kommen noch jene Patienten, die sich einer ambulanten Behandlung unterziehen müssen. Damit die Patientensicherheit in Gesundheitseinrichtungen gesteigert, das Letalitätsrisiko verringert und die Kosten im Gesundheitswesen gesenkt werden können, müssen bestimmte betriebsinterne Maßnahmen zur Hygiene beachtet und implementiert werden, sodass eine Verbreitung von NI reduziert werden kann (Robert Koch- Institut, 2019).

Hierbei ist den Begriffen Qualitätsmanagement und Krankenhaushygiene einen besonders hohen Stellenwert zu geben, denn mithilfe des Qualitätsmanagements und der Krankenhaushygiene können Maßnahmen ausgearbeitet werden, die unmittelbar zu einer Sicherstellung der Qualität im Unternehmen beitragen (Hellmann, 2017, S. 30). Im fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) sind Grundanforderungen zur Qualitätssicherung im Gesundheitseinrichtungen geregelt. Somit sind Einrichtungen im Gesundheitswesen dazu verpflichtet, ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement d. h. Prozesse in Unternehmen einzuführen, die ein hohes Maß an Qualität sicherstellen und eine externe Qualitätssicherung d. h. Bedingungen und Verfahren in Unternehmen vergleichbar machen. So soll kontrolliert werden, ob bestimmte Richtlinien eingehalten werden (Bundesministerium für Gesundheit, 2019). Bei der Beachtung der vorgegebenen Richtlinien kann etwa ein Drittel der Fälle an NI vermieden werden (Weiß, 2012, S. 4). Somit können mithilfe einer externen Qualitätssicherung vorhandene Defizite frühzeitig erkannt und beseitigt werden (Schmola & Rapp, 2014, S. 155 ff.). Der Gemeinsame Bundesausschuss (G- BA) bestimmt gewisse Qualitätsanforderungen und enthält Maßnahmen, die zur Einhaltung der Richtlinien der externen Qualitätssicherung notwendig sind. Eine besonders wichtige Maßnahme im Zuge des Qualitätssicherungsverfahrens in Einrichtungen des Gesundheitswesens ist somit ebenfalls die Vermeidung von NI (Bundesministerium für Gesundheit, 2019). Aus diesem Grund beschäftigt sich die nachfolgende, qualitative Bachelorarbeit mit dem Thema „Prävention und Versorgung von nosokomialen Infektionen und die Rolle des Qualitätsmanagements und der Krankenhaushygiene im Gesundheitswesen“. Mithilfe der Arbeit soll veranschaulicht werden, inwiefern das Qualitätsmanagement und die Krankenhaushygiene zur Prävention von NI beitragen.

1.2 Aufbau und Ziel der Arbeit

Im ersten Abschnitt der Bachelorarbeit wird zunächst auf den theoretischen Teil eingegangen, indem auf die Akteure im Gesundheitswesen Bezug genommen wird, um den Leser*Innen einen Überblick zu verschaffen. Des Weiteren sollen die folgenden Themeninhalte einer näheren Betrachtung unterzogen werden. Es werden die Krankenhausversorgung und die Krankenhausfinanzierung, das Infektionsschutzgesetz sowie die Entstehung und Übertragung von NI ergründet. Anschließend erfolgt die Darstellung der Bedeutung der Krankenhaushygiene in Krankenhäusern. Daraufhin wird das Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen ausführlich untersucht. Hierbei werden den Leser*Innen die verschiedenen Dimensionen der Qualität sowie verschiedene Zertifizierungs- und Bewertungsverfahren von Krankenhäusern vorgestellt. Des Weiteren werden Ziele und Nutzen des Qualitätsmanagements näher beschrieben.

Anschließend wird die Methodik erklärt. Hierbei wurden ein qualitative Leitfadeninterview mit einem Krankenhaushygieniker durchgeführt, um die Rolle der Krankenhaushygiene im Gesundheitswesen bei der Prävention von NI zu verdeutlichen und Maßnahmen, die in der Praxis durchgeführt werden, zu veranschaulichen.

Die erarbeiteten Ergebnisse werden im Anschluss daran analysiert, in der darauffolgenden Diskussion wird die Rolle des Qualitätsmanagements und der Krankenhaushygiene zur Prävention von NI kritisch reflektiert. Abschließend folgt ein Fazit, indem die wichtigen Aspekte für Leser*Innen nochmals kurz zusammengefasst werden.

Ziel der Arbeit ist es, den Leser*Innen erste Einschätzungen darüber zu geben, welche Entwicklungen, Strategien und betriebsinterne- als auch externe Prozesse des Qualitätsmanagements und der Krankenhaushygiene dazu beitragen können, nosokomiale Infektionen in Krankenhäusern zu verringern und somit die Patientensicherheit zu gewährleisten. Hauptziel der Arbeit ist somit, die Relevanz des Qualitätsmanagements und der Krankenhaushygiene bei der Prävention von NI in Krankenhäusern darzustellen.

1.3 Gesundheitspolitische Relevanz der Arbeit

Wie bereits in der Problembeschreibung erwähnt, erkranken jährlich deutschlandweit 400.000 bis 600.000 Menschen an einer NI. Damit die Krankheitslast auf der Bevölkerungsebene europaweit vergleichbar gemacht werden kann, wurden die verlorenen Lebensjahre von Menschen, die auf Krankheiten und Tod zurückzuführen sind, berechnet.

Somit kann ein internationaler Vergleich aus Public Health Sicht auf die Krankheitslast der Bevölkerung geschaffen werden. In Deutschland erkranken jährlich 3,6 Prozent der Menschen an einer NI, während in Europa die Prozentzahl bei 5,5 Prozent liegt. Wird die Krankheitslast auf der Bevölkerungsebene betrachtet, wird deutlich, dass Deutschland bei der Anzahl der in Krankenhäusern erworbenen Infektionen und der damit einher gehenden Todesfälle über dem europäischen Durchschnitt liegt. Jährlich erkranken deutschlandweit 500 bis 650 Patienten*Innen pro 100.000 Einwohner an einer NI, während in europäischen Ländern diese Zahl bei 450 bis 500 pro 100.000 Einwohnern liegt (Robert- Koch- Institut, 2019).

Dies macht deutlich, dass aus Public Health Sicht ein zwingender Handlungsbedarf darin besteht, Einrichtungen im Gesundheitswesen zu verbessern, sodass die Krankheitslast auf der Bevölkerungsebene dem europäischen Durchschnitt angepasst werden kann.

2 Theoretischer Teil

2.1 Akteure im Gesundheitswesen

Das Gesundheitssystem in Deutschland kann man auf drei Ebenen unterscheiden. Die erste Ebene ist die sogenannte Makroebene. Auf dieser Ebene sind staatliche Akteure zu nennen, welche die Einhaltung der Gesetze und der Verordnungen kontrollieren. Auf der zweiten Ebene, der Mesoebene, sind Institute oder Organisationen der Selbstverwaltung vertreten. Die Mikroebene bildet die letzte Ebene ab. Hier wirken Akteure, die Gesundheitsgüter anbieten und bestimmte gesetzliche Rahmenbedingungen einhalten müssen (Bundeszentrale für politische Bildung, 2012). Im deutschen Gesundheitssystem ist die zweite Ebene d. h. die Mesoebene besonders stark ausgeprägt, da der Staat den Finanzierungsträgern, in dem Fall den Krankenkassen und den Leistungserbringern die Eigenständigkeit und somit auch die Selbstverwaltung zugesteht (Bundeszentrale für politische Bildung, 2012). Nachdem die drei Ebenen kurz beschrieben wurden, werden im weiteren Verlauf einige staatliche Akteure, die im Gesundheitssystem eine besonders wichtige Rolle haben, näher erläutert.

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) erarbeitet Gesetzesentwürfe und kümmert sich um Verwaltungsvorschriften zur sozialen Pflegeversicherung und zur gesetzlichen Krankenversicherung. Eine weitere Aufgabe des BMG ist die Stärkung der Patientenrechte im Gesundheitswesen sowie die Reduzierung von Drogenkonsum und Drogenproblemen in der Bevölkerung. Daher hat das BMG sowohl einen Patientenbeauftragten als auch einen

Drogenbeauftragten der Bundesregierung eingesetzt. Eine wichtige Aufgabe des BMG ist die Unterstützung und Förderung von Gesundheitsforschung. Das BMG unterstützt und fördert somit verschiedene Institutionen, die im deutschen Gesundheitswesen tätig sind. Hierbei sind einer der wichtigsten Institute die zu nennen sind das Paul- Ehrlich- Institut (PEI), das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), das Robert- Koch- Institut (RKI), die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, sowie das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (Bundeszentrale für politische Bildung, 2012, S.1).

Als zweiter Akteur ist das Landesministerium für Gesundheit zu nennen. In Deutschland nimmt das Thema „Gesundheit“ eine besonders wichtige Rolle ein. Landesministerien für Gesundheit beschäftigen sich mit der Gesetzgebung auf Landesebene. Eine weitere wichtige Aufgabe von Landesministerien ist die Überwachung und Aufsicht von Institutionen wie u. a. Gesundheitsämtern und Krankenhäusern und den verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen (Bundeszentrale für politische Bildung, 2012, S.1).

In der Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK), die einmal im Jahr stattfindet, treffen verschiedene Landesminister*Innen aufeinander und besprechen Themeninhalte wie u. a. Krankheitsprävention, Sucht- und Drogenprobleme in der Bevölkerung sowie bereits bestehende Probleme der GKV und vieles mehr. Ein weiterer Themenschwerpunkt der GMK ist die Forderung der Länder sowie die Erarbeitung von gesundheitspolitischen Problemen in der Bevölkerung (Bundeszentrale für politische Bildung, 2012, S.1).

Das Bundesversicherungsamt (BVA) gehört zum Bundesministerium für Arbeit und Soziales und ist laut Bundesversicherungsamtsgesetz (BVAG) eine Bundesoberbehörde, die sich um die Aufsicht der Einrichtungen und Träger im Gesundheitswesen wie u. a. den gesetzlichen Krankenkassen kümmert. Eine weitere zentrale Aufgabe des BVA ist die Abwicklung des Risikostrukturausgleichs (RSA) und bestimmter Verwaltungsaufgaben zur Betriebs-, Geschäfts- und Rechnungsführung (Bundeszentrale für politische Bildung, 2012, S. 2).

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) gehört zum Bereich des Bundesministeriums für Gesundheit und liefert der Bevölkerung verschiedene gesundheitsrelevante Informationen. Somit ist die Hauptaufgabe, die gesundheitliche Aufklärung und mögliche Präventionsmaßnahmen der Bevölkerung näher zu bringen. Die BZgA hat bereits eine Vielzahl von verschiedenen Aufklärungsmaßnahmen und Präventionskampagnen u. a. zu Themeninhalten wie Sucht, Aids und Sexualaufklärung.

Weitere wichtige Aufklärungskampagnen und Projekte sind u. a. Blut- und Organspende Kampagnen. Die BZgA arbeitet mit einer Vielzahl von Kooperationspartnern zusammen, sodass die Informationsvermittlung der verschiedenen Themeninhalte an die Bevölkerung möglichst breitgefächert sind (Bundeszentrale für politische Bildung, 2012, S. 2)

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) gilt ebenfalls als ein Teil des Bundesministeriums für Gesundheit. Das Aufgabengebiet des BfArM erstreckt sich von der Genehmigung, Bewertung, sowie der Zulassung von notwendigen Medizinprodukten und Arzneimitteln. Hierbei prüft das BfArM, ob die hergestellten Medizinprodukte sowie Arzneimitteln den Qualitätsstandards entsprechen und ob die Effizienz der Produkte sichergestellt werden können. Eine weitere wichtige Aufgabe des BfArM ist die Risiküberwachung von Medizinprodukten und Arzneimitteln. Zum BfArM gehört eine Bundesopiumstelle, die sich um die Überwachung des Betäubungsmittelverkehrs bei der Teilnahme am Straßenverkehr beschäftigt (Bundeszentrale für politische Bildung, 2012, S.2). Aufgrund der Tatsache, dass die Zulassungsvoraussetzungen von Medizinprodukten und Arzneimitteln durch das BfArM 26 Monate betragen und die vorgesehene Frist laut dem Arzneimittelgesetz nur sieben Monate ausmacht, sollte die Deutsche Arzneimittel- und Medizinprodukteagentur (DAMA) in der Bundesregierung den Platz für das BfArM übernehmen. Ziel war somit, das Zulassungsverfahren für Arzneimittel und Medizinprodukte zu beschleunigen, sodass die Bundesrepublik eine zentrale Rolle bei der Arzneimittelzulassung in Europa bekommt und somit der Arzneimittelmarkt in Deutschland vergrößert werden kann. Somit wurde ein Gesetzentwurf erstellt, der allerdings bei den Abgeordneten im Jahr 2007 scheiterte (Bundeszentrale für politische Bildung, 2012, S.2).

Das Paul-Ehrlich Institut (PEI) gehört zum Bereich des BMG und ist für die Zulassung von Arzneimitteln zuständig. Im Gegensatz zum BfArM, kümmert sich das PEI um die Zulassung von biomedizinischen Arzneimitteln wie u. a. Impfstoffen für die Bevölkerung. Des Weiteren veröffentlicht das PEI wissenschaftliche Beiträge, indem die Arbeiten des Instituts für alle Interessenten*Innen dargestellt werden (Bundeszentrale für politische Bildung, 2012, S. 3).

Das Robert-Koch-Institut (RKI) wurde 1891 gegründet und gehört ebenfalls zum Bereich des BMG. Hauptaufgabe des RKI ist die Prävention, Bekämpfung und frühzeitige Erkennung von Krankheiten. Im Mittelpunkt des Aufgabengebiets stehen die meldepflichtigen Infektionskrankheiten. Somit besteht eine weitere Aufgabe des RKI in der Erfassung von meldepflichtigen Infektionskrankheiten, worunter hierbei Hepatitis- B-, HIV-

, Syphilis- Infektionen und Hepatitis- C zu nennen sind. Zur Aufklärung und Informationsvermittlung an die Bevölkerung veröffentlicht das RKI verschiedene Themenhefte, etwa die Gesundheitsberichterstattung des Bundes, die die Verteilung von Krankheit und Gesundheit auf der Bevölkerungsebene darstellen. Des Weiteren erscheint wöchentlich ein epidemiologisches Bulletin des RKI, das wissenschaftliche Beiträge zu meldepflichtigen Infektionskrankheiten enthält, sodass die Aktualität über das Wissen von Infektionskrankheiten in der Bevölkerung vorhanden bleibt (Bundeszentrale für politische Bildung, 2012, S. 3).

Seit knapp 30 Jahren veröffentlicht der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen auch (SVR- Gesundheit) genannt, verschiedene Einschätzungen und Beurteilungen zu diversen Themeninhalten. Die aufgegriffenen Themeninhalte beschäftigen sich oftmals mit Themen wie die Versorgung, Entwicklung und möglich auftretende Problem die im Gesundheitswesen vermehrt auftauchen. Die veröffentlichten Gutachten beinhalten Handlungsmöglichkeiten, die zu einer Strukturverbesserung im Gesundheitssystem beitragen sollen (Bundesministerium für Gesundheit, 2014).

Ein weiterer besonders wichtiger Akteur im Gesundheitswesen sind die Gesundheitsämter (GA). Die zentrale Aufgabe von Gesundheitsämtern ist die Sicherstellung der Gesundheit in der Bevölkerung. Hierbei sind Gesundheitsämter durch bestimmte Ländergesetze in ihrem Handeln eingeschränkt, sodass eine allgemein gültige Rechtsgrundlage für Gesundheitsämter nicht vorhanden ist, da die Rechtsgrundlage je nach Bundesland variiert. Ein weiteres Handlungsspektrum der Gesundheitsämter betrifft Themeninhalte wie die Überwachung von Einrichtungen u. a. von Krankenhäusern, Kindergärten und Schulen sowie die Überwachung der Hygiene, Arzneimittel, Lebensmittel und Gifte. Eine weitere bedeutende Rolle von Gesundheitsämtern ist die Prävention von Infektionskrankheiten in der Bevölkerung einzudämmen, sodass die Gesundheit der Bevölkerung sichergestellt werden kann. Zum Aufgabengebiet gehört ebenfalls die Betreuung und Sicherstellung der Kinder- und Jugendgesundheit. Dies erfolgt in der Regel durch verschiedene Untersuchungen, die in den jeweiligen Settings der Kinder- und Jugendlichen durchgeführt werden. Eine weiterer besonders wichtiger Aufgabengebiet von Gesundheitsämtern ist die Bereitstellung, Erfassung und Veröffentlichung der gesundheitsbezogenen Daten der Bevölkerung in Form einer Gesundheitsberichterstattung (GBE). Die Gesundheitsberichterstattung ist für jeden Bürger*Innen zugänglich und dient zur

Informationsaufklärung der Bevölkerung (Bundeszentrale für politische Bildung, 2012, S. 3).

Das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) ist Teilgebiet des BMG. Eine Aufgabe des Institutes besteht darin, medizinische Informationen der Bevölkerung zur Verfügung zu stellen, u. a. datenbankgestützte Informationssysteme im Bereich von Medizinprodukten und Arzneimitteln. Zudem werden jährlich amtliche Klassifikationen und Jahresberichte bereitgestellt (Bundeszentrale für politische Bildung, 2012, S. 3).

Zuletzt ist das Statistische Bundesamt zu nennen. Zu dessen Aufgaben gehört u. a. die Erstellung von Informationen sowie die Auswertung und Veröffentlichung der Ergebnisse. Das Statistische Bundesamt ist in Zusammenarbeit mit dem RKI für die Gesundheitsberichterstattung zuständig. Hierbei ist zu erwähnen, dass das RKI das Berichtssystem aufeinander abstimmt und das Statistische Bundesamt Informationen zu Gesundheitsdaten bereitstellt, die anschließend dokumentiert werden (Bundeszentrale für politische Bildung, 2012, S. 3).

Nachdem die wichtigsten Akteure im Gesundheitswesen näher beschrieben wurden, damit die Leser*Innen einen Überblick über das deutsche Gesundheitssystem erhalten, wird im weiteren Verlauf auf die Krankenhausversorgung sowie auf die Krankenhausfinanzierung in Deutschland eingegangen.

2.2 Krankenhausversorgung und Krankenhausfinanzierung in Deutschland

Im folgenden Kapitel werden Begrifflichkeiten, die zum Verständnis der Krankenhausversorgung und Krankenhausfinanzierung notwendig sind, näher beschrieben. Fortlaufend werden die duale Krankenhausfinanzierung sowie das pauschalisierte Abrechnungsverfahren kurz vorgestellt. Abschließend werden die Auswirkungen des pauschalisierten Abrechnungsverfahrens kurz erläutert.

In Deutschland kann die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung in drei Bereiche unterteilt werden. Diese sind die ambulante-, stationäre sowie die nachstationäre Versorgung. Unter einer ambulanten Versorgung sind alle Behandlungsleistungen zu verstehen, die keinen Krankenhausaufenthalt erfordern und somit von niedergelassenen (Zahn) Ärzten

durchgeführt werden können, die Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) sind (Bundeszentrale für politische Bildung, 2014, S.1).

Bei einer stationären Versorgung wird zwischen einer Akutversorgung d. h. einer vollstationären Behandlung in einem Krankenhaus und einer nachstationären Versorgung in einer Rehabilitationsklinik unterschieden. Liegt bei den Betroffenen eine akute Erkrankung vor, die nicht von Fachärzten gelöst oder beseitigt werden kann, muss die vollstationäre Aufnahme in einem Krankenhaus erfolgen. Für die Einweisung ins Krankenhaus muss grundsätzlich eine Überweisung des Facharztes oder einer Fachärztin vorliegen, sonst ist nur Notfällen der Zugang gewährleistet. Unter einer nachstationären Versorgung sind medizinische Einrichtungen u. a. Rehabilitationskliniken zu verstehen. Hier wird mit verschiedenen Therapien versucht, den Gesundheitszustand vor Eintritt der Erkrankung des Betroffenen wiederherzustellen. (Bundeszentrale für politische Bildung, 2014, S. 1).

Nachdem die drei Versorgungsformen im Gesundheitswesen dargestellt wurden, werden im weiteren Verlauf die verschiedenen Krankenhausträger präsentiert, um anschließend auf die duale Krankenhausfinanzierung einzugehen.

Das Statistische Bundesamt hat im Erhebungszeitraum der Jahre 2000 bis 2018 die Anzahl der in Deutschland vorhandenen Krankenhäuser ermittelt. Es konnte festgestellt werden, dass es seit dem Jahr 2000 zu einer Abnahme der Krankenhausanzahl gekommen ist. Die aktuelle Anzahl der Krankenhäuser für das Jahr 2018 beträgt somit 1.925 mit jeweils 498.350 Betten (Statistische Bundesamt, 2020).

Zwei Arten von Krankenhäusern können in Deutschland unterschieden werden. Zunächst sind hierbei die Privatkrankenhäuser, die für Privatversicherte und somit für Selbstzahler*Innen zugänglich sind, zu nennen. Privatkrankenhäuser sind in der Preisgestaltung der von ihnen erbrachten medizinischen Leistungen unabhängig und können diese frei gestalten.

Unter der zweiten Variante werden die allgemein zugelassenen Krankenhäuser subsumiert, in denen sich alle GKV-Versicherten behandeln lassen können. Die Kosten bei allgemein zugelassenen Krankenhäusern werden von den Krankenkassen übernommen. Hierbei ist es einmal wichtig zu betonen, dass sich die allgemein zugelassenen Krankenhäuser im Gegensatz zu den Privatkrankenhäusern an der Preisbildung des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) orientieren müssen und somit in ihrer Preisgestaltung nicht frei sind (Bundesministerium für Gesundheit, 2019, S. 16).

Krankenhäuser lassen sich aber nicht nur in diese zwei Arten unterscheiden, sondern auch in Krankenhaustypen. Es gibt eine Vielzahl von Krankenhäusern, die sich mit ihrem Versorgungsumfang auf bestimmte Schwerpunkte spezialisiert haben. Unter anderem sind hierbei Fach-, Allgemein- Universitäts-, Beleg- und Tages- und Nachtkliniken zu nennen. Somit haben sich beispielsweise Fachkliniken oder auch Fachkrankenhäuser auf bestimmte Erkrankungen oder spezielle Erkrankungsbilder spezialisiert. Eine Allgemeinklinik bietet im Gegensatz zu Fachkliniken eine breiter gefächerte Versorgung an, sodass auf verschiedene Erkrankungsbilder eingegangen werden kann. In Universitätskliniken sind nahezu alle Fachrichtungen vorhanden. Eine weitere Besonderheit von Universitätskliniken ist, dass sich diese mit Forschung beschäftigen. In sogenannten Belegkliniken arbeiten niedergelassene Vertragsärzte, die zusätzlich zu ihrer Praxis noch in einer Belegklinik einen Ort zur Verfügung haben, in dem sie ebenfalls ihre Patienten*Innen betreuen und behandeln können. Schlussendlich sind Tages- und Nachtkliniken zu nennen. Tages- und Nachtkliniken sind Kliniken, in denen sich Patienten*Innen einer teilstationären Behandlung unterziehen, hierfür aber nicht vollstationär in einem Krankenhaus aufgenommen werden müssen (Bundesministerium für Gesundheit, 2019, S. 17).

Als Krankenhausträger sind juristische oder natürliche Personen zu bezeichnen, die ein Krankenhaus betreiben. Die Trägerschaft in Deutschland wird in drei Bereiche unterteilt: in die öffentlichen, die freigemeinnützigen sowie die privatwirtschaftlichen Träger. Öffentliche Träger sind Bund, Gemeindeverbände und Sozialversicherungsträger, freigemeinnützige Krankenhäuser werden von Wohlfahrtsverbänden, Vereinen oder Kirchen betrieben. Als letzte Träger sind die privatwirtschaftlichen Träger zu nennen. Diese sind u. a. Konzerne oder Einzelunternehmen, die jedoch eine Erlaubnis nach § 30 der Gewerbeordnung benötigen (Schlüchtermann, 2016, S. 31).

In Deutschland werden die Krankenhäuser nach der dualen Finanzierung gefördert. Dies bedeutet, dass die Betriebskosten und die anfallenden Investitionskosten durch das Inkrafttreten des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) von den gesetzlichen Krankenkassen und den zuständigen Bundesländern gemeinsam finanziert werden (Spitzenverband Bund der Krankenkassen, 2019). Unter dem Begriff Investitionskosten sind alle Neubauten oder notwendigen Erstattungs-ausrüstungen in Form von medizinischem Gerät zu verstehen, die von den Bundesländern als Einzel- oder Pauschalförderung finanziert werden. Eine Einzelförderung in diesem Sinne ist somit eine Ausgabe, die sehr viel Geld erfordert und als langfristige Investition gilt, etwa für den Neubau eines Krankenhauses oder

als Investitionen in Anlagegüter. Eine Einzelförderung kann nur stattfinden, wenn der Träger des Krankenhauses beim entsprechenden Bundesland einen Antrag zur Förderung stellt. Bei einer Pauschalförderung wird dem Krankenhaus ein jährlicher Festbetrag zugeteilt, je nachdem welche Größe und Versorgungsstufe das Krankenhaus hat. Das Geld wird u. a. für kleine Baumaßnahmen oder kurzfristige Anlagegüter verwendet (Bundeszentrale für politische Bildung, 2012, S.2). Zu den Betriebskosten eines Krankenhauses gehören u. a. die Gehälter, Miete sowie die Behandlungskosten der Patienten*Innen. Die Betriebskosten werden von den Krankenkassen finanziert, sofern die Krankenhäuser im Rahmen der Krankenhausplanung des zuständigen Bundeslandes aufgenommen wurden (AOK-Bundesverband GbR, o.J.).

Durch das Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) im Jahr 1993 wurde ein pauschalisiertes und leistungsorientiertes Vergütungssystem in Krankenhäusern eingeführt (AOK- Bundesverband GbR, o. J.). Durch das veränderte Vergütungssystem wurde somit nicht nur der Krankenhausaufenthalt, sondern auch der medizinisch notwendige Aufwand, der für die Behandlung und somit auch für den Genesungsprozess der Patienten*Innen erforderlich ist, vergütet. Damit das Vergütungssystem in den Krankenhäusern erfolgreich implementiert werden kann, wurden sogenannte Fallpauschalen gebildet. Fallpauschalen zeichnet sich dadurch aus, dass diese zu einer Vereinheitlichung in den Krankenhäusern führen, da sich ähnelnde Fälle einander zugeordnet werden. Dies führt bei der Abrechnung unmittelbar dazu, dass einheitliche Pauschalbeträge für die erbrachte medizinische Leistung abgerechnet werden können (Schmola & Rapp, 2014, S. 31). Krankenhäuser haben somit neben dem pauschalisierten Vergütungssystem zusätzliche Sonderentgelte für durchgeführte Laboruntersuchungen-, Operationen- und Arzneimittelkosten erhalten. Durch das Inkrafttreten des Fallpauschalengesetz im Jahr 2002 wurde somit ein diagnoseorientiertes Fallpauschalensystem eingeführt, welches seit 2004 verbindlich für Krankenhäuser ist. Durch das neue Vergütungssystem wurden somit die Pflegesätze und Sonderentgelte der Krankenhäuser durch Diagnosis Related Groups (DRG), also durch ein pauschalisiertes Abrechnungsverfahren verändert (AOK- Bundesverband GbR, o. J.). Durch das Einführen des pauschalisierten Klassifikationssystems kann ein einheitliches Abrechnungsverfahren in Krankenhäusern stattfinden, da die Krankenhausfälle mithilfe von vorgegebenen Merkmalen und Besonderheiten der Patienten*Innen zu sogenannten Fallgruppen zugeordnet werden. Die erstellten Fallgruppen führen somit zu einer einheitlichen Vergütung in jenen

Bundesländern, in denen die Krankenhäuser zu finden sind. Daher ist es besonders wichtig, einen Fall der richtigen Fallgruppe zuzuordnen (Schmola & Rapp, 2014, S. 31 f.).

Die Höhe der Vergütung, die von den Krankenkassen für die Patienten*Innen im behandelten Krankenhaus gezahlt wird, hängt von der Schwere, Art, dem Behandlungsaufwand, dem Alter und noch zahlreichen anderen individuellen Faktoren ab. Die Auswirkung durch die Einführung des DRG-Systems ist, dass Krankenhäuser zunehmend wirtschaftlich und gewinnorientiert handeln, da sie für einfache Krankheitsbilder, die leicht zu behandeln sind, deutlich weniger Vergütung bekommen als für schwere Krankheitsbilder. Des Weiteren kommt es durch die Einführung des DRG- Systems in Krankenhäusern zu sogenannten Zu- und Abschlägen in der Pauschale, wenn die Patienten*Innen frühzeitig entlassen werden oder ein längerer Krankenhausaufenthalt notwendig ist (Bundesministerium für Gesundheit, 2019, S. 27).

Nachdem die Krankenhausversorgung und die Krankenhausfinanzierung in deutschen Krankenhäusern ausführlich beschrieben wurden, wird im weiteren Verlauf kurz das Infektionsschutzgesetz besprochen und zwei Paragraphen (§ 23 und § 26), die für das Thema der Bachelorarbeit relevant sind, beschrieben. Anschließend folgt die Überleitung Entstehung und Übertragung von Nosokomialen Infektionen.

2.3 Infektionsschutzgesetz

Das Infektionsschutzgesetz (IfSG) ist seit dem 1. Januar 2001 rechtsverbindlich. Das übergeordnete Ziel des Infektionsschutzgesetzes ist die Bekämpfung und Verhütung von übertragbaren Infektionskrankheiten beim Menschen sowie die Weiterverbreitung in der Bevölkerung. Ein weiteres Ziel des Infektionsschutzgesetzes besteht darin, die Zusammenarbeit von Institutionen im Gesundheitswesen zu stärken und zu fördern (Bergen, 2014, S. 99). Hauptgrund für das Inkrafttreten des Infektionsschutzgesetzes war die Zunahme an multiresistenten Erregern in Einrichtungen des Gesundheitswesens (Just, 2013, S. 2). Das Infektionsschutzgesetz gliedert sich in 15 Abschnitte die ebenfalls Unterkapitel besitzen (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, o. J.). Das Robert-Koch-Institut erfasst, sammelt und wertet die gemeldeten meldepflichtigen Infektionskrankheiten aus und stellt die Ergebnisse der Auswertung als jährliches Infektionsepidemiologisches Jahrbuch der Bevölkerung zur Verfügung (Robert-Koch-Institut, 2018, S. 9).

In Abschnitt 3 § 6 des IfSG sind meldepflichtige Erkrankungen aufgelistet, die bei der Feststellung der Erkrankung oder bei einem Todesfall namentlich oder nicht namentlich an

die Gesundheitsbehörden zu melden sind (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, o.J. § 6 Abs. 1 IfSG). In Abschnitt 3 §7 sind meldepflichtige Krankheitserreger aufgelistet u. a. Methicillin Staphylococcus aureus. Sofern der Krankheitserreger im Blut oder in der Körperflüssigkeit der betroffenen Person nachweisbar ist muss dies umgehend gemeldet werden (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, o.J. § 7). Abschnitt 4 des IfSG behandelt die Prävention von übertragbaren Krankheiten. In den § 23 des IfSG wird auf die Rechtsverordnung der verschiedenen Länder und auf die Resistenzen die auf NI zurückzuführen sind eingegangen (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, o.J. §23). Im weiteren Verlauf der Bachelorarbeit wird der § 23 des IfSG näher beschrieben.

Wie bereits erwähnt, beschäftigt sich der Abschnitt 4 § 23 des IfSG mit NI, der Rechtsverordnung der Länder sowie der Resistenzen. Das Robert Koch-Institut hat bei der Bekämpfung von NI in Einrichtungen des Gesundheitswesens eine bedeutende Rolle. Somit erstellt das Robert Koch-Institut einen Ausschuss, der sich mit sämtlichen Themeninhalten der Infektionsprävention sowie der Krankenhaushygiene beschäftigt. Die Hauptaufgabe des Ausschusses besteht darin, Empfehlungen zu baulicher Funktion und betrieblicher Organisation abzugeben, sowie präventive Maßnahmen für nosokomiale Infektionen aufzustellen. Die Empfehlungen werden von RKI veröffentlicht und verbessert (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, o. J., § 23 Abs. 1 IfSG). Der Ausschuss für Antiinfektiva, Resistenzen und Therapie des Robert-Koch-Institutes erstellt Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von resistenten Erregern. Die erstellten Leitlinien werden dem Stand der Forschung angepasst und weiterentwickelt und anschließend vom RKI ebenfalls veröffentlicht (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, o.J., § 23 Abs. 2 IfSG). Somit müssen zahlreiche Einrichtungen im Gesundheitswesen Maßnahmen die zur Prävention von NI in der Bevölkerung führen sicherstellen, sodass die Weiterverbreitung von NI in der Bevölkerung verhindert werden kann (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, o.J., § 23 Abs. 3 IfSG). Laut dem § 23 des IfSG sind Leiter*Innen von Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie Einrichtungen, in denen ambulante Operationen durchgeführt werden, dazu verpflichtet, die Anzahl der auftretenden NI sowie von multiresistenten Erregern zu dokumentieren, zu evaluieren und notwendige Präventionsmaßnahmen, die in der jeweiligen Einrichtung durchgeführt werden, darzustellen. Des Weiteren sind Leiter*Innen der genannten Einrichtungen ebenfalls dazu verpflichtet, das Personal in Bezug auf die vorgenommenen

Präventionsmaßnahmen aufzuklären und die Umsetzung in der Praxis zu kontrollieren. Institute im Gesundheitswesen müssen ebenfalls Daten zusammenstellen, indem der Antibiotika- Verbrauch dargestellt wird. Dies dient hauptsächlich der Aufzeichnung des Antibiotika- Verbrauchs von Einrichtungen, da ein hoher Antibiotikaverbrauch oftmals mit einer Resistenzbildung verbunden ist (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, o.J., §23 Abs. 4).

Das RKI ist zuständig für die Erfassung der NI, der multiresistenten Erreger sowie dem Antibiotikaverbrauch in Einrichtungen des Gesundheitswesens und veröffentlicht die gesammelten Daten im sogenannten Bundesgesundheitsblatt (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, o. J., § 23 Abs. 4a).

Laut §23 Abs. 5 des IfSG sind Leiter*Innen von Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Einrichtungen, in denen ambulante Operationen stattfinden, Tageskliniken, Dialyse- und Entbindungseinrichtungen, Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, Rettungsdienste sowie ambulante Pflegedienste dazu verpflichtet, Infektionshygiene in den Hygieneplänen der Einrichtungen zu integrieren (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, o. J., § 23 Abs. 5).

Laut § 23 Abs. 8 des IfSG sind Einrichtungen, in denen eine medizinische Leistung erbracht wird, laut Landesregierung dazu verpflichtet, Maßnahmen zu treffen, die zur frühzeitigen Erkennung, Bekämpfung und Erfassung von multiresistenten Erregern und NI führen. Einrichtungen können sich an Leitlinien orientieren, diese sind u. a die Gründung einer Hygienekommission, die zu erfüllenden Mindestanforderungen der Hygiene an Bau und Ausstattung in der Einrichtung, die Bereitstellung von qualifizierten gut ausgestatteten Hygienefachkräften, hygienebeauftragten Ärzten und Krankenhaushygienikern, Fort- und Weiterbildung für die genannten Berufsgruppen, Personalschulungen sowie die Erfassung von NI in der Dokumentationspflicht und noch viele weitere Richtlinien (Bundesministerium der Justiz und für den Verbraucherschutz, o.J., § 23 Abs. 8). Das Infektionsschutzgesetz ist somit eine wichtige Grundlage, die für die Krankenhaushygiene eine bedeutende Rolle hat, da Maßnahmen zur Verbesserung und Bekämpfung von NI in Einrichtungen des Gesundheitswesens dargestellt werden (Bundesministerium für Gesundheit, 2020). Nachdem das Infektionsschutzgesetz näher beschrieben wurde, wird im weiteren Verlauf auf die Entstehung und Übertragung von NI näher eingegangen.

2.4 Entstehung und Übertragung von nosokomialen Infektionen

Nosokomiale Infektionen werden im Volksmund auch als Krankenhausinfektion bezeichnet, da sich die Patienten*Innen unmittelbar während eines Krankenhausaufenthaltes oder der Behandlungsdauer mit den Erregern infizieren. Somit kann eine nosokomiale Infektion als eine Komplikation dargestellt werden, die sich Patienten*Innen bei der Behandlung oder der Therapie in Krankenhäusern erwerben (Weiß, 2012, S. 3). Die Inkubationszeit von NI beträgt 72 Stunden, sodass sich die ersten Symptome der Infektion erst dann bemerkbar machen (Robert-Koch-Institut, 2017, S.5 f.). Wie bereits in Kapitel 1 Abschnitt 1.1 Problembeschreibung erläutert, erkranken 400.000 bis 600.000 Menschen jährlich an einer Krankenhausinfektion, wobei Schätzungen zufolge die Sterberate bei knapp 10.000 bis 20.000 Personen liegt (Robert-Koch-Institut, 2019).

Die Auswirkung von NI ist sowohl für den allgemeinen Gesundheitszustand der Betroffenen als auch für die Wirtschaft von erheblicher Bedeutung. Betrachtet man den allgemeinen Gesundheitszustand der Betroffenen, ist ein verlängerter Krankenhausaufenthalt notwendig, was zu einer Erwerbsminderung führt. Durch den verlängerten Krankenhausaufenthalt müssen die Betroffenen evtl., um ihren alten Gesundheitszustand vor dem Eintritt der Infektion wiederzugewinnen, in einer Rehabilitationsklinik therapiert werden. Im schlimmsten Fall kann eine nosokomiale Infektion für die Betroffenen tödlich enden. Nosokomiale Infektionen müssen auch aus wirtschaftlicher Sicht des Krankenhauses betrachtet werden: eine verlängerte Krankenhausverweildauer der Patienten ist seit dem Einführen des pauschalisierten Abrechnungsverfahrens eher kontraproduktiv für das Krankenhaus. Aufgrund der Tatsache, dass die Behandlung von NI sehr komplex, individuell und aufwändig ist, spiegelt sich dies auch bei den erbrachten medizinischen wie auch pflegerischen Leistungen sowie dem erbrachten Therapieaufwand wider (Unverricht, 2017, S. 183).

Verschiedene Ursachen können zur Entstehung und Verbreitung von NI in Krankenhäusern führen. Hierfür wurde die nachfolgende Tabelle erstellt.

Tabelle 1: Ursachen die zur Verbreitung von NI in Krankenhäusern führen

Patient*Innen	<ul style="list-style-type: none"> • Zunehmende Lebenserwartung • Erhöhtes Durchschnittsalter • Schwaches Immunsystem
Mitarbeiter*Innen	<ul style="list-style-type: none"> • Missachtung der Hygienerichtlinien u. a. der Händedesinfektion • Fehlendes Fachwissen zur Infektiologie sowie deren Übertragungswege
Verwendung von Medizinprodukten/Geräten	<ul style="list-style-type: none"> • Keine ordnungsgeäße Desinfektion der Geräte
Erreger	<ul style="list-style-type: none"> • Resistenzentwicklung der Erreger durch zunehmenden Antibiotikaverbrauch von Menschen
Umweltfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Missachtung der Isolierungsmaßnahmen für Infizierte • Kontaminierte Oberflächen • Fehlende Händehygiene bei Ärzten und Pflegenden

(Quelle: Unverricht, 2017, S. 184)

Der Tabelle kann entnommen werden, dass eine erfolgreiche Prävention von NI in Krankenhäusern nur erfolgen kann, wenn die Mitarbeiter*Innen in Bezug auf eine Hygiene sowie Infektiologie ausreichend aufgeklärt werden und außerdem Fort- und Weiterbildungen in den jeweiligen Krankenhäusern stattfinden. Hierzu zählt auch eine ordnungsgemäße Desinfektion der verwendeten Medizinprodukte/Geräte. Hierzu ist einmal das Medizinproduktgesetz zu nennen, auf das im nächsten Kapitel kurz eingegangen wird. Ein weiterer Faktor, der die Verbreitung von NI eindämmen kann, ist, dass Isolationsräume erweitert und Isolierungsmaßnahmen durchgeführt werden. Somit können infizierte Personen von nicht-infizierten getrennt werden (Unverricht, 2017, S. 183 f.).

Der Übertragungsweg von NI erfolgt entweder über endogene oder exogene Infektionen. Unter einer endogenen Infektion sind Erreger zu verstehen, die z. B. aus körpereigenen Mikroorganismen, wie etwa der Flora stammen. Die körpereigene Flora schadet somit dem Menschen in erster Linie nicht, es sei denn, es kommt zu einem Vorfall, bei dem es zu einer Schädigung der körpereigenen Flora kommt, sodass sich die im Körper vorhandenen Erreger zu Krankheitserregern entwickeln. Ein Beispiel hierfür wären u. a. immungeschwächte Patienten*Innen, vorhandene Stoffwechselerkrankungen oder eine fehlerhafte und einseitige Ernährung (Unverricht, 2017, S. 186). Eine exogene Infektion ist eine Infektion, die durch einen Erreger außerhalb der körpereigenen Flora verursacht wird. Somit erfolgt die Infektion durch Erreger, die aus der Umgebung stammen. Die Übertragungswege sind

dementsprechend vielseitig. Eine exogene Infektion kann oral, d. h. über die Lebensmittelaufnahme, über Tröpfcheninfektionen, sexuell, vektoriell, durch einen Biss oder Stich von Tieren oder bei der Behandlung von Wunden durch die Verwendung von verunreinigten Gegenständen verursacht werden (Unverricht, 2017, S. 186 f.).

Damit es zu einer Prävention von NI in Krankenhäusern kommen kann, müssen Krankenhäuser gewisse Hygienemaßnahmen beachten und implementieren. Daher wird im weiteren Verlauf der Bachelorarbeit ausführlich auf die Begriffsdefinition der Krankenhaushygiene eingegangen, sodass die Bedeutung und Relevanz der Krankenhaushygiene bei der Bekämpfung von NI dargestellt werden kann.

2.5 Krankenhaushygiene und die Rolle in Krankenhäusern

Damit in Krankenhäusern medizinische wie auch pflegerische Qualitätsstandards erreicht werden können, ist die erfolgreiche Einhaltung der betriebsinternen Strukturen, Richtlinien als auch die Arbeitsabläufe als besonders wichtig einzuordnen (Schmola & Rapp, 2014, S. 155 f.). Die Gewährleistung der Qualität in Krankenhäusern hat somit das übergeordnete Ziel, die Genesung des Patienten*Innen wiederherzustellen und den Erfolg für die Behandlung sicherzustellen (Sänger, 2010, S. 51 ff.). Hierbei ist dem Begriff Krankenhaushygiene ein besonders hoher Stellenwert beizumessen, denn die Krankenhaushygiene beinhaltet zahlreiche bauliche, organisatorische wie auch personelle Maßnahmen, die zur Prävention von NI sowie der Verbreitung von multiresistenten Erregern dienen und somit den Genesungsprozess der Patienten*Innen so schnell wie möglich wiederherstellen kann (Just, 2013, S. 21). Rund 400.000 bis 600.000 Menschen erkranken jährlich in Deutschland an einer NI. Es konnte eine jährliche Letalitätsrate von rund 10.000 bis 20.000 ermittelt werden (Robert-Koch-Institut, 2019). Krankenhausinfektionen stellen seit jeher eine große Problematik dar. Im Laufe der Zeit haben sich die Infektionsarten in Krankenhäusern allerdings verändert. Somit waren vor knapp 100 Jahren Streptokokken, in den 1950er-Jahren Staphylokokken stark verbreitet. Durch den zunehmenden Antibiotikaverbrauch in der Gesellschaft verbreiten sich die Bakterien und Pilze sowie MRSA und multiresistente gramnegative Erreger (MRGN) in den Krankenhäusern immer weiter. Die Problematik hierbei ist, dass die genannten Krankenhausinfektionen gegen fast alle Antibiotika resistent sind, was letztendlich den Behandlungserfolg stark beeinträchtigt (Unverricht, 2017, S. 181).

Durch den genannten Hintergrund wird deutlich, dass die Krankenhaushygiene einen besonders wichtigen Faktor bei der Prävention von NI in Krankenhäusern darstellt. Hierfür wird im weiteren Verlauf auf die Begriffsdefinition der Krankenhaushygiene, den Gesetzen und Richtlinien, der Organisation des Hygienemanagements sowie auf die Qualitätssicherung eingegangen.

Unter dem Begriff Krankenhaushygiene sind alle ergriffenen baulichen, organisatorischen wie auch personellen Maßnahmen eines Krankenhauses zu verstehen, die dazu dienen sollen, die im Krankenhaus erworbene Infektion zu bekämpfen (Just, 2013, S. 21). Die gesetzten Maßnahmen dienen in erster Linie somit zur Prävention und Vorbeugung von NI sowie multiresistenten Erregern, sodass die Gesundheitserhaltung der Patienten und Mitarbeiter*Innen in Krankenhäusern gewährleistet werden kann (Unverricht, 2017, S.182).

Damit eine ordnungsgemäße Umsetzung der getätigten Hygienemaßnahmen erfolgen kann, gibt es eine Vielzahl von Gesetzen, Regelungen und Verordnungen, die von Krankenhäusern eingehalten und umgesetzt werden müssen (Bundesministerium für Gesundheit, 2020). Zum einen ist das IfSG zu nennen, auf welches ausführlich im Kapitel 2 Abschnitt 2.3 eingegangen wurde und welches 2001 in Kraft getreten ist. Das übergeordnete Ziel des IfSG ist, Infektionskrankheiten frühzeitig zu erkennen, zu bekämpfen und die Verbreitung zu stoppen, sodass der Gesundheitszustand der Patienten*Innen sichergestellt werden kann (Unverricht, 2017, S. 190).

Eine weitere gesetzliche Regelung ist im Sozialgesetzbuch (SGB) wiederzufinden. Zahlreiche Einrichtungen, die im Gesundheitswesen tätig sind, orientieren sich am fünften Sozialgesetzbuch. Im SGB V § 70 Abschnitt 2 wird deutlich beschrieben, dass Krankenhäuser als auch Krankenkassen dazu verpflichtet sind die Patientensicherheit als auch den Patientenschutz durch die erfolgreiche Einführung und Implementierung von gesundheitsförderlichen Schutzmaßnahmen sicherzustellen haben (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, o. J). Gesundheitsförderliche Schutzmaßnahmen sind in diesem Fall u.a. die Prävention von NI sowie die Verhinderung der Übertragung von NI (Unverricht, 2017, S. 190).

Ein weiteres Gesetz ist das Krankenhausgesetz der Länder, welches Vorschriften zur Prävention und Vorbeugung von NI enthält. Somit können Bundesländer auf eine Krankenhaushygieneverordnung zurückgreifen, in der Vorschriften zur Krankenhaushygiene beachtet sowie bestimmte Voraussetzungen u. a. die Zusammenstellung einer

Hygienekommission und die Beschäftigung eines Hygienebeauftragten in Krankenhäusern implementiert werden müssen (Unverricht, 2017, S. 190 f.).

Neben den genannten Gesetzen gibt es noch das Medizinproduktgesetz (MPG) und die Medizinprodukte- Betreiberverordnung (MPBetreibV). Die genannten Gesetze beschäftigen sich mit den Anforderungen sowie Voraussetzungen, die für Nutzung und Bereitstellung der Medizinprodukte notwendig sind. Hierzu zählen neben einer angemessenen Reinigung auch die korrekte Nutzung und Bedienung der Medizinprodukte. Somit dürfen Medizinprodukte nur von Personen benutzt werden, die eine ausführliche Einweisung in die Verwendung der Geräte erhalten haben (Unverricht, 2017, S. 191).

Zuletzt ist die Biostoffverordnung (BioStoffV) zu nennen, die in Einrichtungen des Gesundheitswesens eine bedeutende Rolle innehat. Das übergeordnete Ziel dieser Verordnung besteht somit darin, dem Krankenhauspersonal Sicherheit beim Umgang mit biologischen Arbeitsstoffen zu gewährleisten und somit den Arbeitsschutz zu erhöhen. Unter biologischen Arbeitsstoffen sind Krankheitserreger sowie Mikroorganismen zu verstehen, die Infektionskrankheiten hervorrufen können (Unverricht, 2017, S. 192).

Neben den genannten Gesetzen gibt es auch Richtlinien für die Krankenhaushygiene, an der sich die Träger orientieren und welche diese einhalten müssen. Unter anderem ist hierbei das RKI zu nennen. Die Hauptaufgabe der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) ist u.a. die Erstellung von Leitlinien, die zur Prävention von NI beitragen sollen. Hierbei sind verschiedene Maßnahmen aufgeführt, die sich u.a. auf die baulichen-, organisatorischen-, als auch betrieblichen Funktionen der Krankenhaushygiene beziehen. Die veröffentlichten Leitlinien sind für alle Bürger*Innen zugänglich und dienen primär zur Informationsgewinnung und zur Informationsaufklärung (Bundesministerium für Gesundheit, 2020).

Damit eine erfolgreiche Implementierung der Gesetze, Richtlinien und Verordnungen der Krankenhaushygiene erfolgen kann, müssen betriebsinterne Abläufe und Strukturen des Hygienemanagements geregelt sein. Somit müssen für eine strukturierte Organisation in der Hygiene eine Hygienekommission und Hygienepersonal zur Verfügung stehen, sowie die Betreuung der durchgeführten Hygiene in Krankenhäusern stattfinden (Bergen, 2014, S. 108).

Die Hygienekommission in Krankenhäusern hat eine besonders wichtige Rolle inne. Die Kommission analysiert den Hygienestand in den Krankenhäusern, erfasst und wertet die

auftretenden Krankenhausinfektionen aus und erstellt daraufhin Hygienepläne, die zur Bekämpfung von NI dienen. Zudem überwacht sie, ob die in den Hygieneplänen festgelegten Maßnahmen ordnungsgemäß durchgeführt werden. Des Weiteren kümmert sich die Kommission um Baufragen sowie um Fort- und Weiterbildung des Krankenhauspersonals. Teil der Hygienekommission sind u. a. der ärztliche Direktor, Krankenhaushygieniker, Pflegedienstleitung, Verwaltungsleitung, Hygienefachpersonal, technische Leitung, hygienebeauftragte Ärzte in der Pflege, Apotheker sowie weitere Personen (Unverricht, 2017, S. 194).

Das Hygienefachpersonal nimmt eine wichtige Rolle bei der Struktur und Organisation der Krankenhaushygiene ein. Somit gehören zu den Aufgabenbereichen des Hygienefachpersonals u. a. das Erstellen von Hygieneplänen, die Beaufsichtigung der Einhaltung der Hygienemaßnahmen, die Durchführung von Schulungen für Mitarbeiter*Innen, das Erfassen von im Krankenhaus erworbenen Infektionen und vieles mehr. (Unverricht, 2017, S. 194 f.).

Als Krankenhaushygieniker werden Ärzte*Innen bezeichnet, die Fachärzte für medizinische Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie oder für Hygiene und Umweltmedizin sind. Somit liegt die Besonderheit der Ärzte darin, dass diese als hauptberufliche Expert*Innen im Bereich der Infektion und Hygiene tätig sind. Daher haben Krankenhaushygieniker auch in Krankenhäusern eine zentrale Aufgabe. Zu ihren Aufgabengebieten gehören u. a. die Erfassung und Bewertung von Krankenhausinfektionen, Erstellung und Kontrolle für die Hygienepläne, Durchführung von Schulungen zur Aufklärung des Personals im Bereich der Infektionslehre, Erstellung von Infektionsstatistiken und weiteres (Bergen, 2014, S. 109 f.).

Hygienebeauftragte Ärzte haben an einer zusätzliche Hygienefortbildung teilgenommen, sodass sie über eine weitere Berufsbezeichnung verfügen. Sie kümmern sich um krankenhauserinterne, auftretende Fragen die Hygiene betreffend und haben eine wichtige Funktion bei der Informationsvermittlung unter den Ärzten. Weitere Aufgabenbereiche von hygienebeauftragten Ärzten sind u. a. die Reduzierung der Nutzung von Antibiotika in Krankenhäusern und die Erstellung von medizinischen wie auch hygienischen Standards in Krankenhäusern (Bergen, 2014, S. 110).

Hygienebeauftragte Pflegekräfte sind staatlich anerkannte Pflegekräfte, mit mehrjähriger Berufserfahrung, die sich durch Fort- und Weiterbildung eine Zusatzqualifikation erworben haben. Ihre Funktion ist es, einrichtungsinterne Hygienemaßnahmen in die Praxis umzusetzen und für Akzeptanz unter den Kollegen zu sorgen (Unverricht, 2017, S. 195).

Letztendlich soll der Fokus auf die Hygienefachkraft in Krankenhäusern gelegt werden. Genauso wie hygienebeauftragte Pflegekräfte müssen auch Hygienefachkräfte als Pflegekraft staatlich anerkannt sein, allerdings im Gegensatz zu hygienebeauftragten Pflegekräften eine mindestens dreijährige Berufserfahrung absolviert haben. Des Weiteren muss die Hygienefachkraft eine zusätzliche und sehr ausführliche Zusatzausbildung durchlaufen, um als Hygienefachkraft arbeiten zu können. Hygienefachkräfte haben ein sehr großes Aufgabengebiet, u. a. kümmern sie sich um die Durchführung von Audits, um die Beratung des Pflegepersonals in Bezug auf einen ordnungsgemäßen und hygienischen Arbeitsablauf und vieles mehr (Bergen, 2014, S. 110 f.).

Neben den genannten Gesetzen, Richtlinien und Verordnungen zur Krankenhaushygiene seien noch die sogenannten betriebsinternen Regelungen von Krankenhäusern erwähnt (Bergen, 2014, S. 112). Dazu zählen u. a. Reinigungs- und Desinfektionspläne der Krankenhäuser. Darunter sind Maßnahmen zu verstehen, die dazu beitragen sollen, dass mithilfe von festgelegten Desinfektionsplänen Kontaminierungsgefahren beseitigt werden (Bergen, 2014, S. 113). Eine weitere betriebsinterne Regelung von Krankenhäusern sind Hygienepläne. In diesen sind u. a. Arbeitsanweisungen sowie Hygienemaßnahmen bei möglichen Infektionskrankheiten enthalten und noch viele weitere Regelungen, die zu einer hohen Hygienequalität der Krankenhäuser führen sollen (Bergen, 2014, S. 112).

Einen wichtigen Bestandteil der Krankenhaushygiene stellt das Qualitätsmanagement dar. Krankenhäuser sind somit nach dem fünften Sozialgesetzbuch dazu verpflichtet, Grundanforderungen zur Qualitätssicherung in Krankenhäusern einzuführen u. a. ein internes Qualitätsmanagement wie auch eine externe Qualitätssicherung (Schmola & Rapp, 2014, S. 155). In Krankenhäusern kann die Qualität als eine erbrachte medizinische Leistung dargestellt werden, die darauf abzielt, nosokomiale Infektionen durch die Einhaltung der Gesetze und Regelungen im Krankenhaus zu beseitigen und somit die Krankenhaushygiene sicherzustellen. Die Einhaltung der Hygienerichtlinien in Krankenhäusern wird mit Hilfe des Qualitätsmanagements überprüft. Somit führt das Qualitätsmanagement regelmäßig Hygieneaudits, sowie mikrobiologische Untersuchungen durch, dokumentiert die vorkommenden Infektionskrankheiten in Krankenhäusern, und erfasst die Infektionsfälle (Bergen, 2014, S. 29).

Nachdem die Bedeutung der Krankenhaushygiene ausführlich beschrieben, die Gesetze und Richtlinien sowie die Organisation des Hygienemanagements als auch die

Qualitätssicherung erläutert wurden, wird im weiteren Verlauf der Bachelorarbeit auf die Berücksichtigung der NI im Gesundheitswesen näher eingegangen.

2.6 Abgrenzung der Begriffsdefinition Qualität, Dimensionen der Qualität, Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung in Krankenhäusern

In Einrichtungen des Gesundheitswesens wird darauf geachtet, den Patienten*Innen eine möglichst hohe Qualität in der medizinischen, therapeutischen und der pflegerischen Versorgung anzubieten, (Sänger, 2010, S. 51 ff.). Daher achten Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen oder Rehabilitationskliniken besonders darauf, ihre betriebsinternen Arbeitsabläufe und Strukturen neu zu gestalten, sodass die Gewährleistung der Qualität in der jeweiligen Einrichtung sichergestellt werden kann (Schmola & Rapp, 2014, S. 155 f.). Hierbei gewinnt vor allem der Qualitätsbegriff in Einrichtungen des Gesundheitswesens eine zentrale Bedeutung. Eine pauschalisierte Definition der Bezeichnung Qualität ist besonders schwierig, da Menschen je nach ihren individuellen Bedürfnissen und Wünschen Qualität anders definieren und somit die Begriffsdefinition subjektiv ist (Benes & Grohn, 2014, S. 12). Daher wird im weiteren Verlauf die Begriffsdefinition Qualität im medizinischen Kontext erläutert. In der Medizin kann der Begriff Qualität als ein Ergebnis beschrieben werden, wobei darauf abgezielt wird, durch verschiedene medizinische, therapeutische oder pflegerische Ansätze die Erfolgsaussichten für die Behandlung der Patienten*Innen zu steigern, sodass der gesundheitliche Zustand vor Eintritt der Erkrankung wiederhergestellt werden kann (Assadian & Kramer & Assadian, 2016, S. 749). Somit kann in Gesundheitseinrichtungen der Qualitätsbegriff in zwei grobe Kategorien unterschieden werden. Hierbei sind zum einen die immateriellen Leistungen einer Einrichtung zu nennen, die sich u. a. auf die pflegerische und therapeutische Versorgung der Patienten*Innen beziehen, bei materiellen Produkten handelt es sich u. a. um die benötigten und verwendeten technischen Geräte und Arzneimittel (Hensen, 2016, S.4). Damit die Patienten*Innen Zufriedenheit, Bedürfnisse als auch die Erwartungen erfüllt werden können, müssen bestimmte medizinische Leistungen als auch die pflegerische Versorgung gewisse Qualitätsstandards erfüllen (Rudolf & Claussen & Doelfs & Härter, 2007, S. 165 ff.). Somit müssen Einrichtungen im Gesundheitswesen verschiedene Erwartungen und Anforderungen erfüllen, sei es in Hinblick auf die Mitarbeiter*Innenanforderungen, die Patienten*Innenanforderungen, auf die Öffentlichkeit oder die Kostenträger. Dies erfordert eine gute

Organisation, was letztlich mithilfe des Qualitätsmanagements möglich ist (Assadian & Kramer & Assadian, 2016, S. 749).

Aufgrund der Tatsache, dass der Qualitätsbegriff sehr komplex und subjektiv ist, wurde dieser im Gesundheitswesen in sogenannte Teilbereiche, die auch als Dimensionen der Qualität bezeichnet werden, untergliedert. Das bekannteste Qualitätsmodell basiert auf den Erkenntnissen des Wissenschafters Avedis Donabedian aus dem Jahr 1966. Im genannten Modell wird der Qualitätsbegriff in drei Dimensionen unterteilt: in die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (Schmidt, 2016, S. 15). Im weiteren Verlauf werden die genannten drei Dimensionen näher beschrieben.

Die Strukturqualität setzt sich aus verschiedenen Bereichen zusammen u. a. sind hierbei materielle, organisatorische, persönliche Ressourcen und die gesetzlichen Regelungen, die verbindlich für Einrichtungen im Gesundheitswesen sind, zu nennen. Unter materiellen Ressourcen ist das Ausmaß und das vorhandene Equipment einer Einrichtung zu verstehen, welches zur Verfügung steht. Organisatorische Ressourcen beinhalten alle betriebsinternen Abläufe, die sich auf die Aufbauorganisation der Einrichtung beziehen. Persönliche Ressourcen sind u. a. die Qualifikation der Mitarbeiter*Innen, die in der Einrichtung tätig sind, die Mitarbeiter*Innenanzahl sowie die Auszubildendenanzahl, (Troschke & Stöbel, 2012, S. 103). Somit kann zusammengefasst gesagt werden, dass sich die Strukturqualität aus den Richtlinien sowie den gesetzlichen Regelungen zur gesundheitlichen Versorgung, den Kompetenzen und den Eigenschaften der Leistungserbringung zusammensetzt (Kuntsche & Börchers, 2017, S. 2 f.).

Als Prozessqualität werden alle Abläufe in einer Einrichtung bezeichnet, die sich mit der Leistungserbringung d. h. den durchgeführten pflegerischen, ärztlichen sowie den therapeutischen Maßnahmen beschäftigen. Hierbei wird ein besonderer Fokus auf die verwendeten Methoden, Techniken und Verfahren der Einrichtung gelegt (Troschke & Stöbel, 2012, S. 103).

Als letzter Teilbereich ist die Ergebnisqualität zu nennen. Diese umfasst verschiedene Indikatoren. Mithilfe der Ergebnisqualität können die medizinische oder therapeutische Behandlung und die damit einhergehenden Behandlungsergebnisse der Patient*Innen beurteilt und beschrieben werden. Somit spiegelt sich die Ergebnisqualität in der Patienten*Innen-Zufriedenheit, dem Verlauf des Genesungsprozesses der Patienten*Innen und den Verwaltungsaufgaben der Einrichtung wider (Troschke & Stöbel, 2012, S. 103).

Damit ein strukturierter und organisierter Ablauf in der Praxis erfolgen kann, sodass Herausforderungen so schnell wie möglich gemeistert werden, ist ein Qualitätsmanagement daher zwingend notwendig. Hierfür wird daher im weiteren Verlauf ein verstärkter Fokus auf die Begriffsdefinition des Qualitätsmanagements gelegt.

Das übergeordnete Ziel von Einrichtungen im Gesundheitswesen ist, den Patienten*Innen eine möglichst hohe Qualität in der medizinischen, therapeutischen wie auch in der pflegerischen Versorgung anzubieten, sodass zum einen die Patienten*Innen Zufriedenheit sichergestellt und zum anderen der damit einhergehende Genesungsprozess der Patienten*Innen schnell wiederhergestellt werden kann. Damit dies erfolgen kann, müssen Einrichtungen ein gut organisiertes und strukturiertes Qualitätsmanagement besitzen (Rudolf & Claussen & Doelfs & Härtner, 2007, S. 165 ff.). Beim Qualitätsmanagement wirken viele verschiedene Akteure mit, die dazu beitragen, die betriebsinternen Tätigkeiten aufeinander abzustimmen, sodass ein reibungsloser Ablauf in der Lenkung, Leitung, und Führung der Institution stattfinden kann (Troschke & Stößel, 2012, S. 106). Somit kann Qualitätsmanagement als eine Unternehmensstrategie bezeichnet werden, die es ermöglicht, eine dauerhafte Verbesserung der Qualität in der jeweiligen Einrichtung sicherzustellen. (Hellmann, 2017, S. 30).

Damit ein gut strukturiertes Qualitätsmanagement vorhanden ist, müssen die betriebsinternen Prozesse so präzise wie möglich aufeinander abgestimmt werden. Der Begriff des Qualitätsmanagements umfasst u. a. auch die Qualitätsplanung, Qualitätssicherung, Qualitätslenkung, Qualitätsverbesserung, Qualitätsziele und die Qualitätspolitik, die von der Einrichtung verfolgt wird (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaft, 2007, S. 106 f.).

Zahlreiche Einrichtungen im Gesundheitswesen nutzen zur Verbesserung der Prozesse im Unternehmen den PDCA- Zyklus. Der PDCA- Zyklus ist ein Regelkreis, der in vier Phasen unterteilt ist, in Plan, Do, Check und Act. Die genannten vier Phasen führen zu einem Verbesserungsprozess, indem die im Betrieb vorhandenen oder auftretenden Probleme gelöst werden. Somit kommt es gleichzeitig zu einer Verbesserung und Steigerung der Qualität im Unternehmen (Assadian & Kramer & Assadian, 2016, S. 750). In der Abb. 1 wurden die einzelnen Phasen des PDCA- Zyklus erläutert und visualisiert.

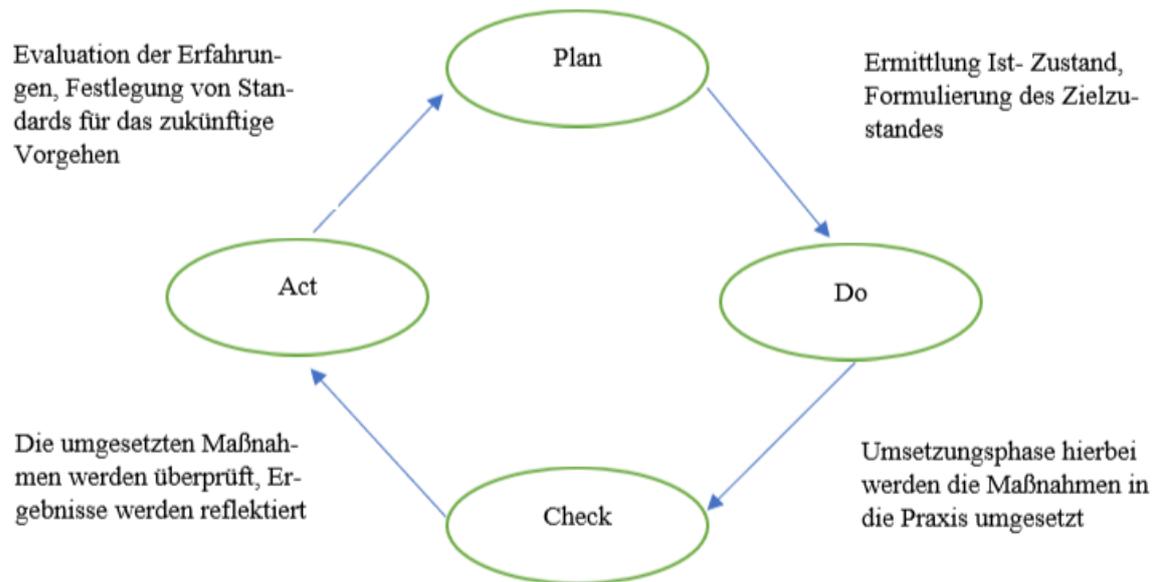


Abbildung 1: Selbsterstellte Darstellung des Plan- Do- Check- Act- Zyklus.

(Quelle: Assadian & Kramer & Assadian, 2016, S. 750)

Das Qualitätsmanagement hat bestimmte Standards und Grundsätze, damit Anforderungen an das Qualitätsmanagementsystems im internationalen Vergleich sichergestellt sind und vergleichbar gemacht werden können. Hierbei sind das Deutsche Institut für Normung (DIN), die Europanorm (EN), und die International Organization of Standardization (ISO) kurz DIN EN ISO zu nennen (Industrie- und Handelskammer Wiesbaden, o. J.). Einer dieser Qualitätsgrundsätze ist die DIN EN 15224:2012, die für die Dienstleistungen im Gesundheitswesen zuständig ist. Die DIN EN 15224:2012 baut auf die bekannte Norm DIN EN ISO 9001:2008 auf, die im Gesundheitswesen weit verbreitet ist (Kraus & Krell, 2013, S. 9).

Die DIN EN ISO 9001:2008 beinhaltet acht Qualitätsgrundsätze, die zu einer Verbesserung der Unternehmensprozesse dienen sollen. Im weiteren Verlauf dieser Arbeit sollen diese kurz betrachtet werden, um anschließend die erweiterte Norm der Qualitätsmerkmale der DIN EN ISO 15224:2012 besser nachvollziehen zu können.

1. Patientenorientierung: Steigerung der Patientenzufriedenheit, indem Anforderungen und Erwartungen erfüllt werden, sodass eine langfristige Gewährleistung der Qualität sichergestellt wird, die unmittelbar zum Unternehmenserfolg führt.

2. Einbindung des Personals: Mitarbeiter*Innen werden bei Leistungserbringung der Patienten*Innen miteinbezogen, sodass die Teamarbeit gestärkt und das vorhandene Wissen weiterübertragen werden kann.
3. Leitung: Personen, die eine Leitungsfunktion haben, übernehmen die Koordination der betriebsinternen Ziele, Strategien und Abläufe, sodass ein hohes Maß an Qualität sichergestellt werden kann, indem das vorhandene Umfeld ständig den Umständen angepasst wird.
4. Prozessorientierter Ansatz: Optimierung der betriebsinternen Prozesse, sodass festgelegte Ziele in der Einrichtung leichter erreicht werden.
5. Weiterentwicklung und Verbesserung: Eine dauerhafte Verbesserung der erbrachten Prozesse, Strukturen und Leistungen soll zum Anstieg der Gesamtleistung führen.
6. Steigerung der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit: Führung, Lenkung, Leitung der betriebsinternen Prozesse, sodass es zu einer Steigerung der Effizienz in der Einrichtung kommt und vorab festgelegte Ziele leichter und schneller erreicht werden können.
7. Verbesserung der Beziehungen: Verbesserung der Beziehungen zu allen Parteien in der Einrichtung u. a. zu den Lieferanten und den Mitarbeiter*Innen
8. Informationsgestützte Vorgehensweise: Betriebsinterne Entscheidungen werden durch vorhandene Informationen beurteilt und bewertet, sodass eine rationale Entscheidung getroffen werden kann (Kraus & Krell, 2013, S. 12 f.).

Die DIN EN 15224:2012 wurde eingeführt, da es zu einer Erweiterung der Norm im Bereich des Risikomanagements und der Patientensicherheit gekommen ist (Kraus & Krell, 2013, S. 9). Des Weiteren wurde der Qualitätsbegriff spezifiziert, sodass dieser in den nachfolgenden elf Qualitätsmerkmalen dargestellt wird (Kraus & Krell, 2013, S. 13 f.).

1. Eine geeignete und exakte Versorgung: Eine ausführliche Untersuchung der Patienten*Innen, sodass mögliche auftauchende Beeinträchtigungen durch eine fehlerhafte Untersuchung ausgeschlossen werden können und mögliche Nebenwirkungen bereits vor Eintritt eliminiert werden
2. Sicherstellung der erbrachten Leistung: Die erbrachten medizinischen, pflegerischen oder therapeutischen Leistungen einer Gesundheitseinrichtung müssen für alle Patienten*Innen jederzeit erreichbar sein und zur Verfügung stehen.

3. Aufrechterhaltung der Versorgung: Hierbei sind alle Prozesse gemeint, die zu einem reibungslosen Ablauf der Gesundheitsversorgung dienen, sodass die erbrachten Dienstleistungen sichergestellt werden können.
4. Auswirkung: Die Dienstleistungen, die in der Gesundheitsversorgung durchgeführt werden, sollen zu einem positiven Gesungsprozess der Patienten*Innen beitragen, sodass die Wirksamkeit der erbrachten medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Leistungen so schnell wie möglich gesehen werden können.
5. Leistungsfähigkeit: Hierbei sind zum einen die investierte Zeit in Form von Arbeitseinsatz an Patienten*Innen (eingesetzten Ressourcen) und die von den Patienten*Innen erwarteten Anforderungen und Ergebnisse zu verstehen. Ziel ist somit, mit möglichst geringen eingesetzten Ressourcen die Anforderungen der Patienten*Innen und die erwünschten Ergebnisse zu erzielen.
6. Gleichstellung der Patienten*Innen: Patienten*Innen mit ähnlichen Anforderungen und Anliegen bekommen dieselbe notwendige medizinische, pflegerische oder therapeutische Versorgung, sodass allen Patienten*Innen die gleiche Versorgung zuteil wird.
7. Offensichtigkeit der Versorgung: Die durchgeführten Untersuchungen und die damit einhergehenden Behandlungsmethoden passen zur Aktualität des wissenschaftlichen Forschungsstandes.
8. Sicherstellung der physischen und psychischen Unversehrtheit der Patienten*Innen bei der Durchführung der Versorgung: Die durchgeführten und erbrachten Leistungen, die zur Versorgung und Behandlung der Patienten*Innen notwendig sind, dürfen nur mit der Einwilligung der Patienten*Innen durchgeführt werden. Des Weiteren muss der Fokus der Behandlung und der Versorgung darauf gelegt werden, dass den Patienten*Innen kein Schaden in Hinblick auf das physische oder psychische Wohlergehen zukommt.
9. Patienten*Innen Einbindung: Die Patienten*Innen sollen in die Behandlungsmethoden und die Therapie miteinbezogen werden, sodass ein ständiger Informationsfluss sichergestellt werden kann und somit die Patienten*Innensicherheit- und Zufriedenheit gesteigert wird.

10. Steigerung der Patientensicherheit: Durch das Miteinbeziehen der Patienten*Innen in die Behandlungsmethoden sollen mögliche auftretende Risiken der Behandlung bereits im Vorfeld den Patienten*Innen geschildert und etwaige präventive Maßnahmen, die zur Reduktion von Schäden führen können, ausgearbeitet werden.
11. Vermeidung von Wartezeiten: Sicherstellung und Gewährleistung der notwendigen Versorgung durch Vermeidung von Wartezeiten (Kraus & Krell, 2013, S. 13 ff.).

Nachdem der Qualitätsbegriff, die verschiedenen Dimensionen der Qualität, sowie das Qualitätsmanagement in seinen Grundansätzen und die verschiedenen DIN EN ISO 9001:2008 und DIN EN 15224: 2012 Standards und Anforderungen erläutert wurden, soll im weiteren Verlauf dieser Arbeit auf die Begriffsdefinition der Qualitätssicherung eingegangen werden. Hierfür wird zunächst die Begriffsdefinition erläutert, um anschließend auf die gesetzlichen Grundlagen einzugehen und abschließend den wesentlichen Unterschied zwischen einer internen und externen Qualitätssicherung aufzuzeigen.

Mithilfe von Qualitätssicherung kann die Leistungsfähigkeit der Versorgungsqualität in Einrichtungen des Gesundheitswesens gesteigert und sichergestellt werden. Somit kommt es zu einer ständigen Weiterentwicklung und Verbesserung der erbrachten Leistungsqualität in Hinblick auf die ärztliche Leistung und die pflegerische oder therapeutische Versorgung (Bundesministerium für Gesundheit, 2020). In Einrichtungen des Gesundheitswesens sind die Anforderungen an die Qualitätssicherung durch verschiedene gesetzliche Regelungen sichergestellt. In den § 135 und 137 im SGB V sind gesetzliche Regelungen verankert, die besagen, dass Einrichtungen dazu verpflichtet sind, Qualitätsmanagementsysteme in ihre Betriebsprozesse zu integrieren (Wagner & Steinbrucker & Wagner, 2013, S. 16).

Wie bereits in Kapitel 2 *Das Gesundheitssystem in Deutschland und das Qualitätsmanagement in Krankenhäusern*, Abschnitt 2.1 *Grundstrukturen des deutschen Gesundheitssystem* erläutert wurde, bilden verschiedene Organisationen der Selbstverwaltung den G-BA. Der G-BA entscheidet über die zukünftig erbrachten medizinischen Leistungen der Leistungserbringer und stellt Richtlinien auf, die verbindlich für alle Beteiligten sind (Bundesministerium für Gesundheit, 2018). Eine dieser Regelungen ist u. a. das Einführen der Qualitätssicherung und die Erfüllung der Qualitätsanforderungen in Krankenhäusern (Bundesministerium für Gesundheit, 2020). Die verankerten gesetzlichen Regelungen im SGB V besagen, dass Einrichtungen dazu verpflichtet sind, eine

einrichtungübergreifende Qualitätssicherung und ein internes Qualitätsmanagement zu etablieren.

In den § 135a und 137 a im SGB V werden die einrichtungübergreifenden oder auch externe Qualitätssicherung genannten Richtlinien beschrieben. Laut den genannten Paragraphen sind Einrichtungen im Gesundheitswesen durch die einrichtungübergreifende Qualitätssicherung dazu verpflichtet, Maßnahmen, die unmittelbar einer Qualitätssicherung dienen, sicherzustellen (Schmola & Rapp, 2014, S. 156). Der Fokus der einrichtungübergreifenden Qualitätssicherung liegt darin, die erbrachten Leistungen in einer Einrichtung vergleichbar zu machen. Der Vergleich soll zur Überprüfung der vorher festgelegten Qualitätsziele in der Einrichtung dienen, sodass mögliche Qualitätsdefizite frühzeitig erkannt, erfasst und beseitigt werden können. Die Einführung von Qualitätsverbesserungsmaßnahmen kann zur Erreichung der Qualitätsziele beitragen, sodass eine dauerhafte Verbesserung der Qualitätssicherung im Unternehmen sichtbar ist (Schmola & Rapp, 2014, S. 157). Damit ein bundesweiter Vergleich in der einrichtungübergreifenden Qualitätssicherung erfolgen kann, gibt es insgesamt 221 Indikatoren und 23 Qualitätsmanagementsysteme-Verfahren, die festgelegt wurden. Hierbei werden folgende Fachbereiche abgedeckt:

- Infektions- und Hygienemanagement
- Herzchirurgie und Kardiologie
- Gefäßchirurgie
- Unfallchirurgie
- Orthopädie
- Transplantationsmedizin
- Perinatalmedizin
- Gynäkologie
- Die erbrachte pflegerische Versorgung bei Patienten*Innen (Bundesministerium für Gesundheit, 2020).

Die Qualitätssicherungsdaten der einrichtungübergreifenden Qualitätssicherung können in direkte und indirekte Verfahren unterschieden werden. Die Unterscheidung zwischen einem indirekten und direkten Verfahren, liegt in der Zusendung der ermittelten und erfassten Daten. Somit werden beim direkten Verfahren die Daten an das Institut für angewandte

Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH auch kurz (AQUA) genannt zugesendet.

Beim indirekten Verfahren hingegen werden die ermittelten und zusammengefassten Daten der Krankenhäuser an die Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung (LQS) in dem zuständigen Bundesland zugeschickt. Somit kann ein Vergleich der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung auf Bundeslandebene stattfinden (Schmola & Rapp, 2014, S. 157).

Das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) hat ebenfalls für alle Beteiligten verbindliche Richtlinien erlassen, die zur Einhaltung und Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen im Krankenhaus dienen. Bei einer nicht ordnungsgemäßen oder ausreichenden Dokumentation der Daten drohen hohe Sanktionen für die jeweiligen Krankenhäuser (Bundesministerium für Gesundheit, 2020). Somit kann schlussfolgernd zusammengefasst werden, dass die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung hauptsächlich zur Verbesserung der Behandlungsqualität durch die Vergleichbarkeit der erbrachten Leistungen an den Patienten*Innen dient.

Das Ziel des internen Qualitätsmanagements, das im § 137 im SGB V verankert ist, ist, eine ständige und dauerhafte Verbesserung der Qualität in der jeweiligen Einrichtung sicherzustellen. Internes Qualitätsmanagement kann nur wunschgemäß verlaufen, wenn die betriebsinternen Prozesse aufeinander abgestimmt sind (Schmola & Rapp, 2014, S. 155). Dies bedeutet, dass Mitarbeiter*Innen die in der Einrichtung tätig sind, über die Methoden, Vorgehensweisen und Strukturen des Qualitätsmanagements aufgeklärt sein müssen. Es gibt eine Vielzahl von Qualitätsverbesserungsprojekten, die intern durchgeführt werden können. Hierzu zählen u. a.:

1. Ermittlung, Zusammenstellung und Auswertung der Qualitätsindikatoren: Die Qualitätsindikatoren geben Rückschlüsse auf die verbesserungsbedürftigen Prozesse oder Aspekte der Qualität in der Einrichtung.
2. Durchführung der Befragungen von Mitarbeiter*Innen, Ärzte und Patienten*Innen: Mithilfe von Befragungen kann die Zufriedenheit der Personen ermittelt werden. Somit können Schwachstellen frühzeitig entdeckt und beseitigt werden. Hierbei spielt das Lob- und Beschwerdemanagement einer Einrichtung eine wichtige Rolle. Im Lob- und Beschwerdemanagement wird durch Rückmeldungen der Betroffenen festgestellt, bei welchen Bereichen ein Handlungsbedarf besteht.

3. Das Einführen von Fehler- und Risikomanagement: Das Fehler- und Risikomanagement einer Einrichtung dient primär dazu, sich mit der Vorbeugung von Fehlern und möglichen Risiken zu beschäftigen. Ziel ist somit, Personen vor möglichen Gefährdungen zu schützen, aber auch offen mit bereits auftretenden Fehlern umzugehen. Denn nur mit Offenheit können Fehler in der Zukunft vermieden werden.
4. Sicherstellung der Behandlungsabläufe: Die Sicherstellung der Behandlungsabläufe kann nur mit der Einhaltung gewisser Richtlinien und Standards erfolgen. Hierzu zählen u. a. die medizinischen Leistungen der Ärzte, die pflegerische Versorgung des Pflegepersonals sowie die therapeutischen Maßnahmen, die ergriffen werden, um das körperliche Wohlergehen des Patienten*Innen zu verbessern. Hierbei müssen bestimmte Richtlinien und Standards eingehalten, beachtet und durchgeführt werden.
5. Austausch unter den Berufsgruppen: Regelmäßig durchgeführte betriebsinterne Besprechungen oder Konferenzen zu bestimmten oder neuen Themeninhalten können zu einer besseren Verständigung und somit zu einem besseren Informationsfluss zwischen den Mitarbeiter*Innen führen
6. Systematischer Ansatz: Damit die Patientensicherheit und Zufriedenheit gesteigert werden können, müssen Einrichtungen darauf achten, die Patienten*Innen in Hinblick auf die Behandlung oder die Therapie ordnungsgemäß aufzuklären. Dies kann unmittelbar zur Steigerung der betriebsinternen Qualität in der Einrichtung beitragen (Schmola & Rapp, 2014, S. 156).

Das interne Qualitätsmanagement ist gesetzlich nicht dazu verpflichtet, sich in Form einer Zertifizierung in einer externen Stelle bewerten zu lassen. Allerdings ist es für Einrichtungen verbindlich, einen jährlichen Qualitätsbericht zu erstellen, indem eine Selbstbewertung der erbrachten Leistungen, der Prozesse sowie der Qualitätsaktivitäten dargestellt wird. Somit ist das Ziel der Qualitätsberichte die Bereitstellung von Informationen über die Qualität der Einrichtung an die Patienten*Innen und den Ärzten (Schmola & Rapp, 2014, S. 156 ff.).

2.7 Zertifizierungen im Krankenhaus

Krankenhäuser sind, wie bereits in Kapitel 2 Abschnitt 2.6 *Abgrenzung der Begriffsdefinition Qualität, Dimensionen der Qualität, Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung* erläutert wurde, gesetzlich nicht dazu verpflichtet, sich zertifizieren zu

lassen. Das Ergebnis eines Zertifizierungsverfahrens einer Einrichtung gibt Auskunft darüber, ob die vorher festgelegten innerbetrieblichen Prozesse, Anforderungen, Ziele und Strukturen erreicht wurden und ob QM- Systeme erfolgreich in die Unternehmensprozesse integriert werden. Mithilfe von Zertifizierungsverfahren können Maßnahmen und Vorschläge von externen Personen eingeholt werden, die unmittelbar zu einer Verbesserung der Qualität führen können. Zertifizierungsverfahren ermöglichen keine Aussage über die erbrachten medizinischen Leistungen und die Gewährleistung und Sicherstellung der Versorgungsqualität an Patienten*Innen, denn es werden nur die internen Abläufe einer Einrichtung bewertet. Somit gilt die Zertifizierung als eine Entscheidungshilfe für Patienten*Innen und spiegelt die Transparenz der Einrichtung wider, sodass die Qualität der erbrachten Leistungen nachvollzogen werden kann (Schmola & Rapp, 2014, S. 159).

Die Zertifizierungssysteme der DIN EN ISO 9001 und der DIN EN ISO 15224 Normreihe werden in Krankenhäusern vermehrt genutzt und angewendet. Weitere Zertifizierungssysteme, die in Krankenhäusern genutzt werden, sind u.a. die Kooperation für Transparenz und Qualität (KTQ) sowie die European Foundation for Quality Management (EFQM). Mit den genannten Zertifizierungssystemen können innerbetriebliche Prozesse und Strukturen einer Einrichtung bewertet werden (Schlüchtermann, 2016, S. 221). Im weiteren Verlauf werden das KTQ-Verfahren und EFQM-Verfahren beschrieben.

2.7.1 KTQ-Verfahren

Neben der DIN EN ISO 9001 und 15224 Normreihe wird in Krankenhäusern oftmals die KTQ-Zertifizierung verwendet. Dies liegt an der mangelnden Branchenspezifität der DIN EN ISO Zertifizierung, da dieses Zertifizierungskonzept ihren Ursprung in der Industrie hat und somit nicht für Krankenhäuser geeignet ist. Im Jahre 2001 beschlossen die Ersatzkassenverbände, die deutsche Krankenhausgesellschaft und die Bundesärztekammer die KTQ-Zertifizierung. Übergeordnetes Ziel war somit, ein Zertifizierungskonzept speziell für Krankenhäuser zu entwickeln, wobei der Schwerpunkt der Zertifizierung auf die Patienten*Innensicherheit gelegt werden sollte (Schlüchtermann, 2016, S. 221 f.). Wie bereits in Abschnitt 2.6 erläutert wurde, sind Einrichtungen im Gesundheitswesen durch den § 137 dazu verpflichtet, ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement in ihre Betriebsprozesse zu integrieren, welches mit dem KTQ-Verfahren überprüft werden kann. Das genannte Zertifizierungssystem wird nicht nur von Krankenhäusern verwendet, sondern auch von verschiedenen Einrichtungen die im Gesundheitswesen tätig sind (Kooperation für

Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen, o. J.). Bei dem KTQ-Verfahren erfolgt zuerst eine sogenannte Selbstbewertung der Einrichtung. Somit können die Entwicklungsprozesse der Einrichtungen in den letzten Jahren erfasst werden. Hierbei müssen Einrichtungen mithilfe des KTQ-Kriterienkatalogs, der in sechs Kategorien unterteilt wurde, die innerbetrieblichen Strukturen und Prozesse einschätzen (Schlüchtermann, 2016, S. 222). Die im KTQ-Verfahren verwendeten sechs Kriterien, die zur Qualitätssicherung einer Einrichtung dienen, beinhalten folgende Themeninhalte:

- Mitarbeiterorientierung
- Führung der Einrichtung
- Patientenorientierung
- Qualitätsmanagement
- Gewährleistung der Sicherheit der Einrichtung sowie Risikomanagement
- Informationswesen und Kommunikationswesen

Nachdem die Einrichtung eine Selbsteinschätzung abgegeben hat, erfolgt im nächsten Schritt des KTQ-Bewertungsverfahrens die Anmeldung bei einer Zertifizierungsstelle. Anschließend wird vor Ort eine Prüfung durch einen Visiten durchgeföhrt, sodass die Einrichtung nochmals von einer externen Person bewertet werden kann. Nachfolgend erscheint als letztes die Veröffentlichung des Qualitätsberichtes und der Zertifizierung (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen, o. J.). Damit eine bessere Strukturierung in der Einrichtung erzielt werden kann, wird das KTQ-Verfahren oftmals um das PDCA-Zyklus ergänzt, welches ausführlich in Kapitel 2 Abschnitt 2.6 erläutert wurde (Schlüchtermann, 2016, S. 222).

In Kapitel 2 Abschnitt 2.2. *Krankenhausversorgung und Krankenhausfinanzierung in Deutschland* wurde bereits ausführlich erläutert, dass Krankenhäuser in öffentliche, freigemeinnützige sowie privatwirtschaftliche Träger unterschieden werden können (Schlüchtermann, 2016, S. 31). Somit wurde speziell für freigemeinnützige Krankenhäuser ein erweitertes Zertifikat von KTQ erstellt, unter dem Namen KTQ proCum Cert. Der Unterschied zur KTQ-Zertifizierung liegt darin, dass christliche Werteorientierung und Vorstellungen als Ergänzung zu einem Qualitätsmanagement berücksichtigt und miteinbezogen werden (Schmola & Rapp, 2014, S. 160).

Eine weitere Zertifizierung, mittels der die Gesamtorganisation einer Einrichtung im Krankenhaus bewertet werden kann, ist das European Foundation for Quality Management (EFQM-Modell), auf das im weiteren Verlauf näher eingegangen wird.

2.7.2 EFQM-Modell

Das EFQM-Verfahren wurde im Jahre 1988 gegründet, mit dem Ziel, die Managementsysteme von Einrichtungen dauerhaft und ständig zu verbessern. Der Ursprung der Entwicklung des EFQM-Modells ist auf das Total Quality Management (TQM) zurückzuführen. TQM kann als eine Unternehmensführung bezeichnet werden, die auf die Optimierung der betrieblichen Prozesse, Strukturen und Verfahren abzielt, sodass eine Sicherstellung und Gewährleistung der Qualität erfolgen kann. Aufgrund der Tatsache, dass die Effizienz der KTQ-Ansätze nicht mehr zu den sich veränderten gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Ansätzen passte, erfolgte die Etablierung des EFQM-Modells (Moll, 2013, S. 30 f.). Dieses Verfahren nimmt zunächst genauso wie das KTQ-Verfahren eine Selbsteinschätzung der Einrichtung vor. Diese dient der Ermittlung der Stärken und Schwächen der Einrichtung, um zu erfassen, in welchen Bereichen noch Verbesserungsbedarf besteht (Schlüchtermann, 2016, S. 222). Im weiteren Verlauf wird das EFQM-Modell visuell dargestellt, sodass die nachfolgende Erläuterung besser nachzuvollziehen ist.

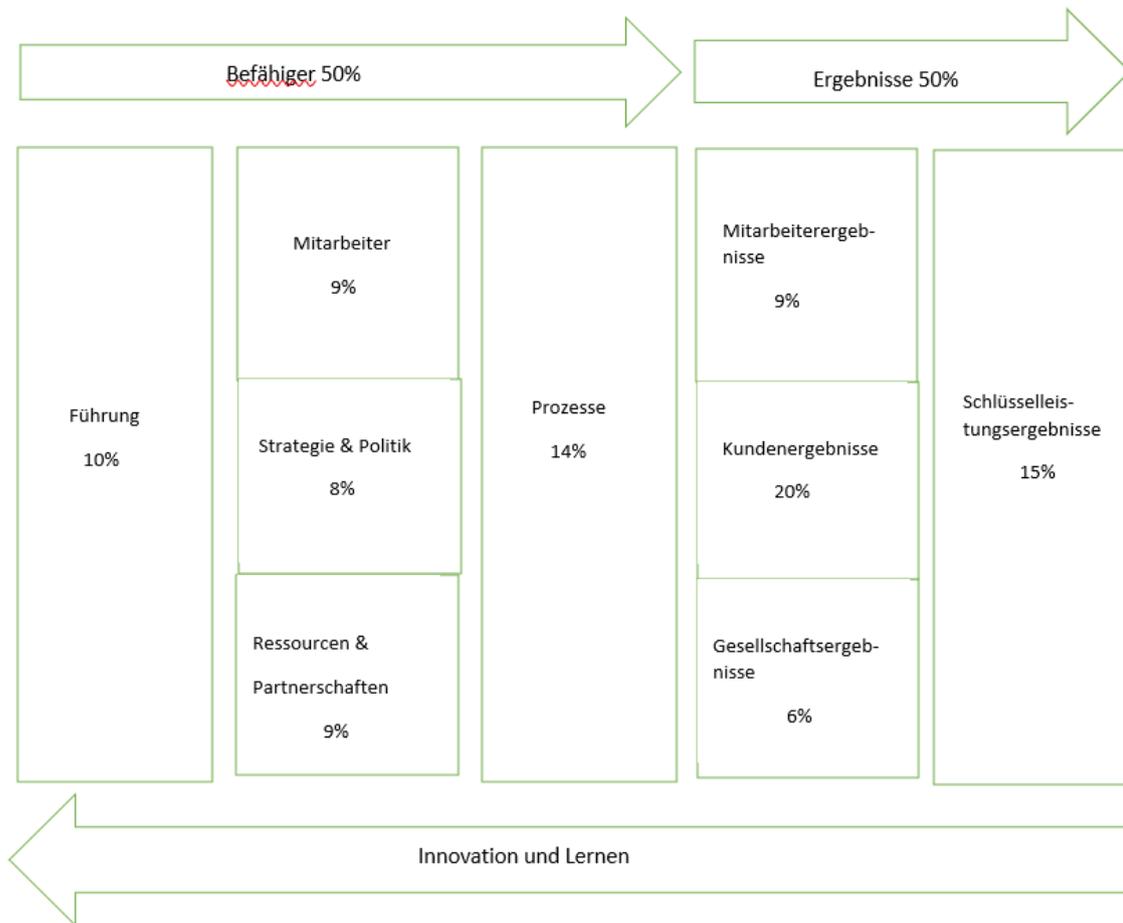


Abbildung 2: Selbsterstellte Darstellung des EFQM- Modells

Das EFQM-Modell besteht aus neun Komponenten, die wiederum in zwei Gruppen unterschieden werden: in die Befähiger und die Ergebnisse. Die Kriterien der Befähiger sind als besonders wichtig einzustufen, da das Unternehmen mit Hilfe der Befähigerkriterien eine erfolgreiche Etablierung am Markt sicherstellen kann. Hierbei evaluiert das Unternehmen, welche Ziele erwünscht und zu erwarten sind, und welche vorhandenen Mittel und Methoden zur Verwirklichung der Resultate eingesetzt werden können. In fünf Befähigerkriterien kann unterschieden werden: Führung, Mitarbeiter, Strategie und Politik, Ressourcen und Partnerschaften sowie Prozesse. Somit beziehen sich die genannten fünf Befähigerkriterien auf die Prozess- und Strukturqualität eines Unternehmens. Aufgrund der Tatsache, dass die Begriffsdefinition der Prozess und Strukturqualität in Kapitel 2 Abschnitt 2.6 ausführlich erläutert wurde, wird im weiteren Verlauf nicht auf die Definition eingegangen. Die Ergebniskriterien hingegen geben Rückschlüsse, welche Ziele erreicht wurden. Die Ergebniskriterien beinhalten u.a. anderem folgende Punkte: in Mitarbeiterergebnisse,

Kundenergebnisse, Gesellschaftsergebnisse und Schlüsselleistungsergebnisse. Demnach werden also die Leistungen und die erzielten Ergebnisse bei den jeweiligen Zielgruppen mithilfe von verschiedenen Methoden gemessen, um die Zufriedenheit der Zielgruppe bewerten zu können. Somit beziehen sich die Ergebniskriterien auf die Ergebnisqualität (Schlüchtermann, 2016, S. 222). Die EFQM-Zertifizierung ist aufwendiger als die KTQ- und DIN EN ISO Zertifizierung, sodass in deutschen Krankenhäusern oftmals die anderen Zertifizierungen genutzt werden (Schlüchtermann, 2016, S. 223).

Nachdem die Begriffsdefinition der Zertifizierung erläutert und zwei Zertifizierungsverfahren näher beschrieben wurden, wird im weiteren Verlauf auf die Ziele und Nutzen des Qualitätsmanagements und der Krankenhaushygiene in Bezug auf die Prävention von NI eingegangen.

2.8 Ziele und Nutzen des Qualitätsmanagements und der Krankenhaushygiene in Bezug auf die Prävention von nosokomialen Infektionen

Die gesundheitliche Versorgung in Deutschland sieht sich einer großen Herausforderung ausgesetzt. Einerseits ist eine zunehmende und steigende Lebenserwartung der Gesellschaft zu beobachten, die zu einem demografischen Wandel und einer immer älter werdenden Bevölkerung führt. Andererseits ist eine steigende Nachfrage an der medizinischen Versorgung und Leistung zu beobachten. Somit kommt es zu einer Steigerung der Qualitätsanforderungen im Gesundheitswesen (Robert Koch-Institut, 2015, S. 435). Damit die betrieblichen Prozesse und Strukturen in Einrichtungen des Gesundheitswesens verbessert werden und somit eine Steigerung der erbrachten Leistung sichergestellt werden kann, gewinnt die Begriffsdefinition des Qualitätsmanagements und der Krankenhaushygiene eine zunehmende Bedeutung bei der Prävention von NI (Kuntsche & Borchers, 2017, S. 7). Ein großes Problem stellt in unserer Gesellschaft die zunehmende Verbreitung der multiresistenten Erreger in Einrichtungen des Gesundheitswesens dar. Hierzu zählen unter u. a. VRE, 3 und 4 MRGN und MRSA (Kramer & Assadian & Bobrowski & Zygmunt, 2016, S. 684). Hierfür müssen Einrichtungen gewisse Hygienestandards und Sicherheitskulturen in der Krankenhaushygiene einhalten und einführen, damit die Prävention und Verbreitung von NI eingedämmt werden und die Gewährleistung der Patientensicherheit sichergestellt werden kann. Somit erstreckt sich das Aufgabengebiet der Krankenhaushygiene nicht nur über die baulichen und technischen

Sicherheitsaspekte einer Einrichtung, sondern auch über die organisatorischen, die nur mit einem integrierten und funktionierenden Qualitätsmanagement möglich sind. Die Prävention von NI kann anhand folgender Bedingungen der Krankenhaushygiene erfolgen:

- Die Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen u. a. des Hygienefachpersonals und des Hygienebeauftragten, sodass ein guter Informationsaustausch bei der Durchführung der pflegerischen Versorgung und der ärztlichen Betreuung stattfinden kann
- Die Beteiligung und Einbindung der verschiedenen Berufsgruppen der Einrichtung in das Qualitätsmanagement der Krankenhaushygiene sowie die Infektiologie
- Beteiligung und Einbindung der Patienten*Innen in die Sicherheitsstrukturen der Einrichtung, die zur Prävention von nosokomialen Infektionen durchgeführt werden
- Darstellung der Bedeutung des Qualitätsmanagements in Hinblick auf die notwendige Basishygiene der Einrichtung
- Exakte Einhaltung und Überprüfung der Präventionsmaßnahmen für nosokomiale Infektionen
- Isolation und Sanierungsmaßnahmen bei infizierten Personengruppen, sodass die Verbreitung und Ansteckungsrate so gering wie möglich gehalten werden kann
- Mikrobiologische Überwachung der infizierten Personengruppen
- Erfassung von NI durch Surveillance für nosokomiale Infektionen
- Schulungen und Fortbildungen zur Infektionsprävention für besonders gefährdete Berufsgruppen u. a. Pflegepersonal, Ärzte und Reinigungskräfte
- Erweiterung des vorhandenen Ausbruchsmanagement (Kramer & Assadian & Bobrowski & Zygmunt, 2016, S. 685).
- Die Erfassung und der Einsatz von Antibiotika (Antibiotic Stewardship ABS), um damit eine Resistenzentwicklung der MRE zu verhindern (Robert Koch-Institut, 2019)

Somit kann zusammenfassend gesagt werden, dass das Hauptziel der Krankenhaushygiene darin besteht, Maßnahmen zu entwickeln, die zu einer ständigen Verbesserung der Hygiene in der Einrichtung führen, sodass die Übertragung von Infektionen verhindert werden kann. Es ist besonders wichtig, dass Abläufe, die unmittelbar mit der Krankenhaushygiene zu tun

haben, ordnungsgemäß erfasst und dokumentiert werden, sodass Schwachstellen gezielt identifiziert und beseitigt werden und so die Übertragung von Infektionskrankheiten verhindert werden kann (Kuntsche & Borchers, 2017, S. 349).

Das Aufgabenspektrum des Qualitätsmanagements einer Einrichtung erstreckt sich auf viele Bereiche. Das Qualitätsmanagement setzt voraus, dass alle Bereiche einer Einrichtung durch eine systematische Steuerung und Ausrichtung der innerbetrieblichen Prozesse und Strukturen eine möglich hohe Qualität gewährleisten und somit die Patienten*Innenanforderungen erfüllt werden können. Um die Qualitätsziele einer Einrichtung zu verwirklichen, ist es besonders wichtig, dass alle vorhandenen Ebenen einer Einrichtung zusammenarbeiten und in die Qualitätsmanagementsysteme involviert werden. Das Qualitätsmanagement ist dafür verantwortlich, dass Qualitätsstandards, die durch verschiedene gesetzliche Regelungen und Empfehlungen vorgegeben sind, zu erreichen. Dies erfordert eine ständige Analyse, Auswertung und Evaluation der Ergebnisse, sodass die Effizienz und Effektivität einer Einrichtung gesteigert werden kann (Sonntag und Möller, 2016, S. 687). Aufgrund der Tatsache, dass die Krankenhaushygiene einen unmittelbaren Einfluss auf die Steigerung der Qualität in der jeweiligen Einrichtung hat, können die Krankenhaushygiene und das Qualitätsmanagement in Bezug auf die Prävention von NI nicht differenziert voneinander betrachtet werden. Das Qualitätsmanagement kann mit Hilfe der Krankenhaushygiene gewisse Leitlinien erfüllen und somit qualitätssichernde Maßnahmen einführen (Sonntag & Möller, 2016, S. 688 f.). Die nachfolgende Abbildung zeigt die enge Zusammenarbeit der Krankenhaushygiene und des Qualitätsmanagements auf.

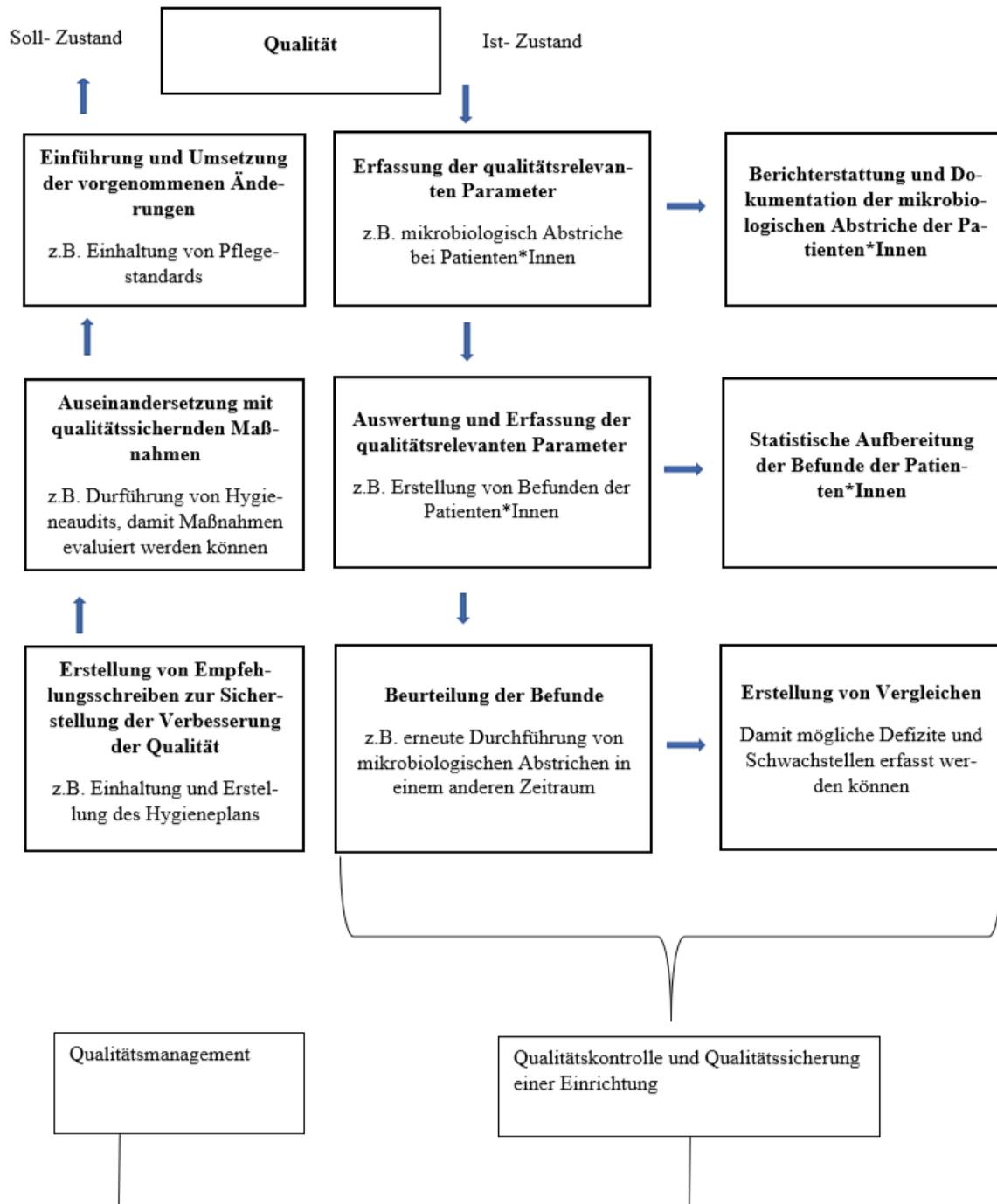


Abbildung 3: Selbsterstellte Darstellung des Zusammenhangs zwischen dem Qualitätsmanagement und der Krankenhaushygiene

Die Kooperation und Interaktion zwischen dem Qualitätsmanagement und der Krankenhaushygiene haben somit einen großen Einfluss auf die erfolgreiche Prävention von nosokomialen Infektionen in einer Einrichtung. Damit ein reibungsloser Ablauf und ein ständiger Informationsaustausch zwischen den einzelnen Berufsgruppen in Bezug auf die

Ausarbeitung von Präventionsmaßnahmen für nosokomiale Infektionen erfolgen kann, sind verschiedene EDV-Systeme und das Qualitätshandbuch von großer Bedeutung. Dadurch können verschiedene Berufsgruppen zur gewünschten Zeit Daten abrufen, dies ermöglicht einen ständigen Informationsaustausch. Das Qualitätshandbuch beinhaltet verschiedene Vorgaben und dient als eine Orientierungshilfe, indem Qualitätsstandards in Bezug auf die Hygiene dokumentiert werden, sodass die Aktualität der erforderlichen Maßnahmen gewährleistet werden kann. Ein weiterer wichtiger Aspekt, der zur Prävention von nosokomialen Infektionen in Einrichtungen beitragen kann, besteht in der Steigerung der Verantwortlichkeit und der Motivation der Mitarbeiter*Innen bei der Durchführung der qualitäts- und hygienebezogenen Maßnahmen (Sonntag und Möller, 2016, S. 691).

Nachdem die Ziele, der Nutzen und der enge Zusammenhang zwischen dem Qualitätsmanagement und der Krankenhaushygiene dargestellt wurde, wird im weiteren Verlauf auf das methodische Vorgehen der Bachelorarbeit eingegangen.

3 Methodisches Vorgehen

Im nachfolgenden Kapitel wird das methodische Vorgehen der Bachelorarbeit näher beschrieben. Hierfür wird der Fokus zunächst auf die durchgeführte Literaturrecherche gelegt, die zur Ausarbeitung des theoretischen Teils notwendig war. Anschließend wird das Erhebungsinstrument präsentiert, danach werden Angaben zum durchgeführten qualitativen Leitfadeninterview dargestellt. Der Aufbau des Leitfadeninterviews, die Auswahl und die Kontaktierung des Interviewpartners, sollen detailliert betrachtet werden. Daraufhin folgen die Durchführung des Interviews, die Datenerhebung und- Aufbereitung und die Datenauswertung- und Analyse. Zuletzt werden die durchgeführten Interviews evaluiert und reflektiert, indem die Verfasserin dieser Arbeit ihre Gedanken und Eindrücke näher schildert.

3.1 Literaturrecherche

Damit die Ausgangssituation der Fragestellung: *Prävention und Versorgung von nosokomialen Infektionen in Krankenhäusern und die Rolle des Qualitätsmanagements und der Krankenhaushygiene im Gesundheitswesen* verdeutlicht werden kann, ist ein detaillierter theoretischer Hintergrund für Leser*Innen zwingend notwendig. Das breitgefächerte Themengebiet erfordert ein umfangreiches Wissen über die Gesundheitspolitik, die gesetzlichen Entwürfe, die Akteure, die im Gesundheitswesen tätig sind, die Versorgung und- Finanzierungsstrukturen von Krankenhäusern sowie deren Zertifizierungssysteme. Des

Weiteren sind Information in Hinblick auf die Entstehung und Übertragung von nosokomialen Infektionen sowie Begrifflichkeiten des Qualitätsmanagements und der Krankenhaushygiene als besonders wichtig einzustufen und wurden daher besonders detailliert erklärt. Bezüglich der Fragestellung wurde eine ausführliche Literaturrecherche durchgeführt. Hierfür wurden verschiedene Campuskataloge, wie der Beluga-Katalog und der HAW-Katalog durchsucht. Vorab wurden Hauptbegriffe wie Qualitätsmanagement, Krankenhaushygiene und nosokomiale Infektionen zur Literaturrecherche festgelegt. Anschließend wurde nach Unterbegriffen wie Infektionsschutz, Gesundheitssystem in Deutschland, Akteure im Gesundheitswesen, Krankenhausfinanzierung und Zertifizierung gesucht, zur Literatursuche wurden hauptsächlich deutsche Suchbegriffe eingegeben. Es wurden keine Einschränkungen in den jeweiligen Datenbanken vollzogen, somit wurde die Anzahl der vorhandenen Literatur erhöht. Die Datenbanken wurden nach E-Medien und Büchern sowie wissenschaftlichen Artikeln durchsucht, hierfür wurden zunächst die vorhandenen Abstracts gelesen, sodass festgestellt werden konnte, welche Bücher oder E-Medien in Bezug auf die Beantwortung der Fragestellung hilfreich sein könnten. Neben der Literaturrecherche wurde gleichzeitig eine ausführliche Internetrecherche durchgeführt. Hierbei wurden dieselben Suchbegriffe in Google Scholar und Google eingegeben. Es wurden Leitlinien, Empfehlungen und gesetzliche Regelungen von Institutionen, die in Bezug auf die Beantwortung der Fragestellung hilfreich sein können, herausgefiltert und ausgewertet.

3.2 Erhebungsinstrument

Damit die Zusammenarbeit und die Kooperation zwischen dem Qualitätsmanagement und der Krankenhaushygiene in Bezug auf die Prävention von NI in Einrichtungen des Gesundheitswesens dargestellt werden kann, wurde zur Beantwortung der Forschungsfrage ein qualitatives Forschungsdesign ausgewählt.

In der qualitativen Forschung können die Interviews in drei Kategorien unterteilt werden, diese sind u. a. vollstrukturierte, halbstrukturierte und unstrukturierte Interviews. Ein vollstrukturiertes Interview zeichnet sich durch das Vorhandensein eines vollstandardisierten Fragebogens aus. Hierbei sind die Anzahl der Fragen, ihre Reihenfolge, sowie die Antwortmöglichkeiten exakt einzuhalten. Vollstrukturierte Interviews können schriftlich oder mündlich erfolgen. Beim vollstrukturierten Interview werden vorwiegend geschlossene

Fragen gestellt. Die Auswertung des Interviews wurde mit der quantitativen Datenerhebung vollzogen (Döring & Bortz, 2016, S.358 f.).

Die Durchführung des halbstrukturierten Interviews erfolgt mit einem Leitfadeninterview. Beim halbstrukturierten Interview werden offene Fragen an die Interviewten gestellt, sodass diese dazu aufgefordert werden, ihre eigenen Gedanken, Denkmuster, Verhalten und Sichtweisen zu einem vorgesehenen Themenkomplex zu schildern. Somit haben die Interviewten beim halbstrukturierten Interview im Gegensatz zum vollstrukturierten Interview eine freie Antwortmöglichkeit (Döring & Bortz, 2016, S. 358). Das Leitfadeninterview dient als Grundlage und Strukturierungshilfe, an dem sich die interviewende Person orientieren kann. Durch die offenen Fragen, die gestellt werden, besteht ein Spielraum für spontan auftretende Fragen. Somit muss man sich bei einem halbstrukturierten Interview nicht strikt an die Reihenfolge der Fragen des Leitfadeninterviews orientieren. Halbstrukturierte Interviews können telefonisch, online, persönlich oder mit Experten*Innen durchgeführt werden. Halbstrukturierte Interviews werden für eine nachfolgende erfolgreiche Transkription mit einem Audiogerät aufgenommen (Döring & Bortz, 2016, S. 372).

Die letzte Art der Strukturierung von Interviews ist das unstrukturierte Interview. Das unstrukturierte Interview lehnt sich im Gegensatz zum vollstrukturierten und halbstrukturierten Interview weder an einen vollstandardisierten Fragebogen noch ein Leitfadeninterview an. Es ist somit kein Interviewinstrument vorhanden. Die Interviewenden haben somit die Möglichkeit, die Fragen, die sich spontan aus dem Gespräch entwickeln, frei zu stellen. Unstrukturierte Interviews sind untereinander nicht vergleichbar, da das Gespräch bei jedem Interviewten anders abläuft. Beim unstrukturierten Interview fokussiert sich die interviewende Person auf das Feldgeschehen und notiert Aspekte, die später bei der Transkription hilfreich sein können. Zusätzlich zur Feldbeobachtung wird das Gespräch ebenfalls, wie beim halbstrukturierten Interview, mit einem Audiogerät aufgezeichnet (Döring & Bortz, 2016, S. 372).

Nachdem die verschiedenen Klassifikationskriterien der Strukturierung von Interviews beschrieben wurden, werden im weiteren Verlauf drei verschiedene Interviewmethoden erläutert. In der qualitativen Forschung können Interviews in unterschiedlichen Varianten durchgeführt werden. Die am häufigsten verwendeten Interviewmethoden sind das problemzentrierte, das narrative sowie das Experteninterview. Im weiteren Verlauf werden die unterschiedlichen Methoden von Interviews vorgestellt (Feidel, o. J.).

Das problemzentrierte Interview wurde von Andreas Witzel entwickelt und stellt eine qualitative Erhebungsmethode dar, mit der Interviews durchgeführt werden können. Die Hauptursache, die zur Entstehung des problemzentrierten Interviews geführt hat, war die Kritik von Witzel, dass sich die Art der Strukturierung von voll- oder halbstandardisierten Interviews an einem Leitfadenterview oder einem vollstandardisierten Fragebogen orientiert und die Einhaltung der Fragen somit sichergestellt werden muss. Eine weitere Kritik von Witzel war, dass bei unstrukturierten Interviews, auch bekannt als narrative Interviews, die Interviewten die vollständige Rolle der Erzähler*Innen übernehmen, während die Interviewenden die Rolle der Zuhörer*Innen einnehmen müssen. Somit liegt die Besonderheit des problemzentrierten Interviews darin, dass ein Gleichgewicht zwischen der Art der Strukturierung, also der voll- oder halbstandardisierten und der unstrukturierten Art vorhanden ist. Beim problemzentrierten Interview spricht der Interviewende bestimmte Problematiken an, die von der interviewten Person beantwortet werden. Hierbei haben die Interviewten eine freie Antwortmöglichkeit (Döring & Bortz, 2016, S. 376 f.). Die Interviewten können beim problemzentrierten Interview ihre Gedanken, Erfahrung und Wahrnehmung zu einer Problemstellung frei äußern. Sollten beim Interview die Interviewten von der Ausgangssituation der Problemstellung abgekommen sein, haben die Interviewenden die Möglichkeit, den Interviewten wieder gezielt auf die Problemstellung zu lenken, sodass die Beantwortung der Problemstellung sichergestellt werden kann. Das problemzentrierte Interview wird oftmals zur Hypothesengenerierung verwendet (Kurz & Stockhammer & Fuchs & Meinhard, 2009, S. 465). Es beinhaltet bestimmte Voraussetzungen, welche die Interviewenden bei der Durchführung beachten müssen. So liegt die Besonderheit des problemzentrierten Interviews in der Vorgehensweise. Begonnen wird das problemzentrierte Interview mit der sogenannten Eröffnungsfrage. Die Eröffnungsfrage muss das bestehende Problem, auf das näher eingegangen werden soll, klar definieren. Nach der Eröffnungsfrage wird zur Hauptphase des Interviews übergegangen, indem die Interviewten ihre Sichtweise zu einer bestehenden Problemstellung äußern. Ein wichtiger Unterschied zum narrativen Interview besteht darin, dass der Interviewende dem Interviewten Fragen stellen kann. Beim problemzentrierten Interview wird mit einem im Vorfeld von dem Interviewenden angefertigten Leitfaden gearbeitet sowie ebenso mit einem Kurzfragebogen, mithilfe dessen soziodemografische Daten der Interviewten abgefragt werden (Helfferich, 2011, S. 36). Problemzentrierte Interviews sollten ebenfalls für eine erfolgreiche Transkription mit einem Audiogerät aufgezeichnet werden. Des Weiteren ist es

empfehlenswert, nach Abschluss des Interviews eine Transkription des durchzuführen, indem der Interviewende wichtige Besonderheiten dokumentiert (Feidel, o. J.).

Eine weitere Interviewmethode stellt das narrative Interview dar. Diese Interviewtechnik ist auf den Soziologen Fritz Schütze zurückzuführen. Das narrative Interview wird oftmals in der Biografieforschung verwendet und dient der Informationserlangung durch aktives Zuhören des Interviewenden. Außerdem sollen durch Erzählungen des Interviewten neue Einsichten gewonnen werden. Das Vorgehen des narrativen Interviews erfolgt durch den kurzen Einstieg der Interviewenden. Anschließend wird der Interviewte dazu aufgefordert, sich frei zu einem bestimmten Themenkomplex zu äußern. Hierbei ist besonders die Einhaltung der Rollenverteilung wichtig, denn der Interviewende übernimmt die Rolle des Zuhörers während die interviewten Personen die aktive Rolle des Erzählers übernehmen. Die interviewende Person hat lediglich erst nach der Hauptidezählungsphase des Interviewten die Möglichkeit, in der Nachfragephase offene Fragen zu klären. Am Ende des Gesprächs erfolgt die Bilanzierungsphase, wobei sich beide Parteien über das durchgeführte Interview austauschen (Döring & Bortz, 2016, S. 370).

Als letzte Interviewmethode soll die Durchführung eines Experteninterviews erwähnt werden. In der vorliegenden Bachelorarbeit wurde in Bezug auf die Beantwortung der Fragestellung ein Experteninterview, welches mit einem Leitfadentinterview gestützt wurde, mit einem Krankenhaushygieniker durchgeführt. Experteninterviews dienen zum einen zur Erhebung und Erfassung von angeeignetem Kontextwissen der Experten*Innen, zum anderen zur Erhebung und Erfassung von Betriebswissen. Der wesentliche Unterschied zwischen Kontextwissen und Betriebswissen besteht darin, dass sich beim Kontextwissen die Expert*Innen zum Handeln anderer äußern, während beim Betriebswissen die Experten*Innen ihre eigenen Aufgabengebiete, Tätigkeitsbereiche, betrieblichen Prozesse und ihr Fachwissen zum Themengebiet ausführlich beschreiben (Misoch, 2015, S. 121 f). Bei der vorliegenden Bachelorarbeit wurde das Betriebswissen von dem befragten Krankenhaushygieniker erhoben. Somit dient das selbsterstellte halbstrukturierte Leitfadentinterview, das im Experteninterview verwendet wurde, als Erhebungsinstrument, da Zusatzinformationen zum bereits ausgearbeiteten theoretischen Teil somit erfasst, dokumentiert, ergänzt und reflektiert werden sollen.

Ein Experteninterview zeichnet sich dadurch aus, dass Fachleute ihre Praxis, ihr Fachwissen, ihre Meinungen und ihre Sichtweisen zu einem auserwählten Thema äußern (Döring & Bortz, 2016, S. 375). Das Experteninterview gilt als eine Variante des Leitfaden-Interviews

und wurde daraus entwickelt. Die Problematik des Experteninterviews besteht in der Erreichbarkeit der Experten*Innen (Döring & Bortz, 2016, S.376). Dies hat sich auch in der vorliegenden Bachelorarbeit bemerkbar gemacht, worauf im nachfolgenden Kapitel näher eingegangen werden soll.

Eine Besonderheit der Experteninterviews liegt in der Rolle der Interviewenden. Interviewende haben die Möglichkeit, den Experten*Innen in verschiedenen Rollen gegenüber zu treten. Sie können zum einen als Laien d. h. als Unwissende auftreten. Dies führt dazu, dass die Experten*Innen ihr Fachwissen in einer einfachen Sprache ausdrücken. Eine andere Variante besteht darin, dass die Interviewenden als sogenannte CO-Experten den Fachleuten gegenüber treten. Hierfür muss die Interviewende Person sich allerdings im Vorfeld bereits ausführlich mit dem Thema beschäftigt haben (Döring & Bortz, 2016, S. 376).

Die Verfasserin der Bachelorarbeit hat sich mit dem Thema bereits ausführlich auseinandergesetzt, sodass sie sich dafür entschieden hat, den Experten*Innen als CO-Expertin gegenüberzutreten.

Somit wurde in der nachfolgenden Bachelorarbeit als Erhebungsinstrument das halbstrukturierte Leitfadeninterview, welches mit einem Experten geführt wurde, angewendet. Im weiteren Verlauf wird der Ablauf des qualitativen Interviews näher beschrieben.

3.3 Ablauf des Qualitativen Interviews

Wie bereits in Kapitel 3 Abschnitt 3.2 *Erhebungsinstrument* beschrieben wurde, wählte die Verfasserin zur Beantwortung der Fragestellung dieser Arbeit ein qualitatives Forschungsdesign. Das Ziel der qualitativen Forschung ist die Informationsgewinnung der Interviewenden in Hinblick auf einen bestimmten Themenkomplex, sodass die Beantwortung der Fragestellung sichergestellt werden kann. Die Informationsgewinnung erfolgt in der Regel durch Leitfadeninterviews, die von der interviewenden Person erstellt wurden oder durch Erzählungen des Interviewten (Mayer, 2013, S. 37).

Der qualitative Forschungsansatz ermöglicht mithilfe von offenen Fragen und einer geringen Anzahl der Untersuchungseinheiten, auftretende Fragen möglichst ausführlich zu beantworten (Döring & Bortz, 2016, S. 184). Charakteristisch für die qualitative Forschung ist die Interviewtechnik, da bei einem qualitativen Interview der Verlauf des Interviews

verstärkt von den Interviewten gelenkt wird. Es besteht zwar ein Leitfadeninterview, in dem möglichst offene Fragen gestellt werden, der Leitfaden dient aber lediglich als eine Strukturierungshilfe für den Interviewenden. Dies ermöglicht, dass die Interviewten eine freie Antwortmöglichkeit haben und ihre Gedanken, Sichtweise und Wahrnehmungen vertieft erklären können. Bei qualitativen Interviews wird das Interview als Erhebungsinstrument angesehen, da die Interviewenden beim Interview ausführlich auf den Interviewten eingehen und Rückfragen stellen können (Döring & Bortz, 2016, S. 365).

Im weiteren Verlauf wird zunächst der Ablauf eines qualitativen Interviews beschrieben. Der Ablauf eines qualitativen Interviews kann grob in 10 Schritte unterteilt werden.

1. Thematische Vorbereitung:

Bevor ein qualitatives Interview seitens des Interviewenden durchgeführt werden kann, muss sich die interviewende Person mit dem Themenkomplex, der im Interview angesprochen werden soll, auseinandersetzen. Des Weiteren sollte die interviewende Person die Befragungstechnik, die verwendet wird, gut überdenken und weiters reflektieren, welche Personen interviewt werden sollen. Ein wichtiges Kriterium ist ebenfalls, dass sich die interviewende Person im Vorfeld Gedanken darüber machen sollte, welche Fragen im Interview gestellt werden sollen (Döring & Bortz, 2016, S. 365).

2. Die Vorarbeit zur Durchführung von Interviews:

Wichtig bei der Durchführung von qualitativen Interviews ist eine genaue Vorbereitung. Die interviewenden Personen müssen sich im Vorfeld Wissen und Erfahrung über die Durchführung und den Ablauf des Interviews aneignen. Hierbei kann die interviewende Person beispielsweise die Interviews mit Rollenspielen erproben. Nachdem der erste Kontakt zum Interviewten erfolgt ist und eine Terminvereinbarung festgelegt wurde, müssen sich die Interviewenden auf eine Terminverschiebung oder Absage vorbereiten und mehrere Interviewte in Evidenz halten. Ein weiteres wichtiges Kriterium, das von der interviewenden Personen beachtet werden muss, besteht in der Zusammenstellung der notwendigen Materialien, die im Interview benötigt werden. Hierzu ist u. a. ein Aufzeichnungsgerät erforderlich, mithilfe dessen das Interview aufgenommen werden kann sowie das Leitfadeninterview, welches im Vorfeld von der interviewenden Person fertig erstellt wurde (Döring & Bortz, 2016, S. 365).

3. Gesprächsanfang:

Bevor das Interview stattfinden kann, ist es besonders wichtig, dass sich die interviewende und die interviewte Person durch einen Smalltalk besser kennenlernen. Hierfür sollten sich beide Parteien gegenseitig vorstellen, sodass eine angenehme Atmosphäre vor dem Interview geschaffen werden kann. Dies führt unmittelbar dazu, dass sich beide Parteien wohler fühlen und offener miteinander umgehen können. Die interviewte Person sollte dem Interviewenden möglichst mit einem gewissen Abstand gegenüber sitzen, damit einerseits Augenkontakt hergestellt werden kann und andererseits aber dennoch ein gewisser Sicherheitsabstand gewährleistet bleibt. Bevor das Interview stattfindet, muss der Interviewte über die Tonaufzeichnung aufgeklärt werden und eine mündliche oder schriftliche Einverständniserklärung zur Einwilligung der Tonaufzeichnung abgeben. Besonders wichtig hierbei ist die Vermittlung auf Aufklärung über die Nutzung der angegebenen Daten. Somit muss die Interviewte Person ausführlich über den Datenschutz und die anonymisierte Verwendung der angegebenen Daten aufgeklärt werden, sodass eine Sicherheit darin besteht, dass keine der getätigten Aussagen Rückschlüsse auf Individuen ermöglichen (Döring & Bortz, 2016, S. 365 f.).

4. Umsetzung des Interviews

Bei der Durchführung eines qualitativen Interviews ist es besonders wichtig, nicht nur die Fragen, die im Leitfadeninterview enthalten sind, zu beantworten, sondern zugleich auch auf nonverbale und paraverbale Äußerungen des Interviewten zu achten. Bei der Abwicklung eines offenen Interviews, bei dem die Interviewten die Möglichkeit haben, sich frei zu äußern, muss der Interviewende ein Gleichgewicht finden, sodass der Interviewte nicht vom Themenkomplex abweichen. Des Weiteren sollte aber versucht werden, spontan auftretende Fragen von Seiten des Interviewten zu beantworten, sodass es zur Informationsgewinnung kommen kann (Döring & Bortz, 2016, S. 366).

5. Die Beendigung des Gesprächs:

Zu Gesprächsende muss die interviewende Person darauf achten, dass die Tonaufnahme nicht frühzeitig beendet wird, da oftmals noch viele Informationen am Gesprächsende gesammelt werden können (Döring & Bortz, 2016, S. 366).

Beim Experteninterview hat die Verfasserin bis zur endgültigen Verabschiedung die Aufzeichnung des Audiogeräts sichergestellt, sodass keine Informationen verloren gehen können.

6. Danksagung und Verabschiedung:

Bei der Danksagung und der Verabschiedung sollten die Interviewenden und die Interviewten Kontaktdaten austauschen. Der Austausch von Kontaktdaten ist besonders wichtig, falls weitere Fragen bei der Ausarbeitung aufkommen sollten. Somit kann sich die interviewende Person unmittelbar an die Untersuchungsteilnehmer wenden und offene Fragen klären. Des Weiteren kann die interviewende Person auf Wunsch des Interviewten die Ergebnisse der Forschungsfrage mitteilen. Bei der Verabschiedung sollte noch einmal darauf geachtet werden, dass sich die Interviewenden für die Teilnahme an der Befragung bedanken (Döring & Bortz, 2016, S. 366 f.).

7. Anfertigung und Ausarbeitung von Gesprächsnotizen:

Nachdem das Interview beendet worden ist, müssen sich die interviewenden Personen Gesprächsnotizen machen. In diesen Gesprächsnotizen können Aufzeichnungen enthalten sein, die sich auf die Gestaltung des Raumes, in dem das Interview stattgefunden hat, beziehen, auf die Atmosphäre, die im Interview geherrscht hat sowie das Datum und die Uhrzeit.

8. Transkribieren:

Damit das aufgezeichnete Interview verschriftlicht werden kann, muss das Interview transkribiert werden. Hierbei haben die Interviewenden die Möglichkeit, die Audiodatei entweder auszugsweise oder vollständig zu transkribieren. Es gibt verschiedene Arten von Software, mithilfe derer Interviews transkribiert werden können. Interviewtexte, die verschriftlicht wurden, enthalten außerdem wichtige Hinweise zum Gesprächsverlauf. Unter anderem wird auf die Tonhöhe, etwaiges Stottern, auf die Gestik, die Mimik, auf verwendete Füllwörter und lange Sprechpausen hingewiesen, da diese Informationen für die spätere Datenauswertung von großer Bedeutung sind. Damit die nonverbalen Äußerungen in der Transkription gut erfasst werden können, gibt es verschiedene Transkriptionszeichen, die beachtet werden müssen (Döring & Bortz, 2016, S. 367 f.).

9. Untersuchung von Transkripten:

Bei qualitativen Interviews werden sowohl nonverbale wie auch paraverbale Äußerungen des Interviews transkribiert. Hierfür stehen den Interviewenden verschiedene qualitative Datenanalyseverfahren und Modelle zur Verfügung. Besonders wichtig bei der Transkription von qualitativen Interviews ist das methodische Vorgehen (Döring & Bortz, 2016, S. 368 f.).

Die Verfasserin entschied sich, das transkribierte Interview mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring auszuwerten. Bei der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring wird das Interview in Themenblöcke unterteilt. Dies vereinfacht die Bearbeitung der einzelnen Themenblöcke, sodass das Interview eine gewisse Struktur erhält. Die gebildeten Themenblöcke werden systematisch mit einem Kategoriensystem analysiert (Mayring, 2016, S. 114). Hierzu wird aber in der Datenauswertung näher eingegangen.

10. Aufbewahrung und Archivierung der Materialien

Aus forschungsethischen Gründen sind die Interviewenden dazu verpflichtet, bei qualitativen Interviews die Materialien, die zur Transkription des Interviews notwendig waren, zu schützen und vor dem Zugriff von Dritten zu bewahren. Die Informationen, die sich aus dem Interview ergeben haben, müssen aus Datenschutzgründen anonymisiert und pseudo-anonymisiert verwendet werden, sodass keine Rückschlüsse auf die interviewte Person möglich ist (Döring & Bortz, 2016, S. 369.).

Die Verfasserin der Bachelorarbeit hat das Interview so transkribiert, dass keine Rückschlüsse auf die interviewte Person möglich sind. Nach der erfolgreichen Transkription des Interviews wurde die Audiodatei von der Verfasserin gelöscht, sodass der Zugriff von Dritten ausgeschlossen werden konnte.

Nachdem der Ablauf des durchgeführten qualitativen Interviews und die 10 Schritte, die für die Durchführung eines erfolgreichen Interviews notwendig sind, ausführlich beschrieben wurden, wird im weiteren Verlauf der Arbeit auf den Aufbau des Leitfadeninterviews näher eingegangen.

3.3.1 Aufbau des Leitfadeninterviews

Bei der qualitativen Forschung gelten drei Grundprinzipien als besonders wichtig und müssen demnach bei Leitfadeninterviews beachtet und integriert werden. Diese sind die Aufgeschlossenheit, die Interaktion und Kommunikation, sowie die Prozesshaftigkeit (Misoch, 2015, S. 66 f.). Im weiteren Verlauf werden die genannten Grundprinzipien kurz erläutert.

Die erfolgreiche Durchführung eines Interviews hängt unmittelbar mit der Aufgeschlossenheit der Interviewenden Person sowie mit der Offenheit des Interviews zusammen. Das primäre Ziel des Leitfadeninterviews ist somit, die Wahrnehmungen,

Gedankenmuster und Einstellungen der befragten Person zu erfassen, dokumentieren und anschließend zu analysieren (Misoch, 2015, S. 66).

Das zweite Grundprinzip, welches eingehalten werden muss, besteht in der Interaktion und Kommunikation zwischen der interviewenden Person und dem Interviewten. Hierbei muss die interviewende Person, wie bereits in *3.2 Erhebungsinstrument* beschrieben, zunächst die Rolle definieren, in der sie dem Interviewten gegenüber treten soll. Außerdem muss das verwendete Sprachniveau festgestellt, angepasst und verwendet werden (Misoch, 2015, S. 67 f.).

Das letzte Grundprinzip ist die Prozesshaftigkeit des Leitfadeninterviews. Mit dem Begriff der Prozesshaftigkeit werden alle im Interview getätigten Aussagen von der interviewenden Person wahrheitsgemäß und realitätsgetreu angesehen, erfasst und dokumentiert (Misoch, 2015, S. 67).

Wie bereits in Kapitel 3 Abschnitt *3.3 Ablauf des qualitativen Leitfadeninterviews* 3. *Gesprächsanfang* und 6. *Danksagung und Verabschiedung* kurz erläutert wurde, müssen durchgeführte Interviews eine bestimmte Struktur enthalten und aufweisen. Diese Struktur im Interview führt zu einer besseren Verständlichkeit. Somit kann das Interview in vier aufeinanderfolgende Schritte unterteilt werden: Informationsphase, Aufwärmphase, Hauptphase und Abschlussphase (Misoch, 2015, S. 68 f.). Im Anschluss werden die einzelnen Phasen des Interviews ausführlich erläutert.

Interviews sollten in der Regel immer mit einer Informationsphase beginnen. Die Informationsphase dient zur Sicherstellung der Aufklärung des Interviewten. Hierbei werden wichtige Informationen bezüglich der durchgeführten Arbeit gegeben. Besonders wichtig bei der Informationsphase ist die Aufklärung der Datenschutzrichtlinien und die anonymisierte sowie pseudoanonymisierte Verwendung der Daten, sodass keine Rückschlüsse auf Individuen möglich sind (Misoch, 2015, S. 68).

Das Interview mit dem Krankenhaushygieniker beginnt mit einer Danksagung zur Teilnahme an dem Interview (Durchgeführtes Experteninterview, Anhang 3, Zeile 10-11, Seite 80). Daraufhin stellt sich die Verfasserin als interviewende Person vor. Weiters werden soziodemografische Daten der Verfasserin genannt (Durchgeführtes Experteninterview, Anhang 3, Zeile 71- 79, Seite 82). Anschließend klärt die Verfasserin die interviewte Person über das Thema sowie die Ziele der Arbeit auf (Durchgeführtes Experteninterview, Anhang 3, Zeile 26-37, Seite 80). Primär sollte die enge Zusammenarbeit und Kooperation zwischen

der Krankenhaushygiene und dem Qualitätsmanagement in Hinblick auf die Prävention von NI in Krankenhäusern dargestellt werden. Die Verfasserin beantwortet die offenen Fragen des Krankenhaushygienikers in Hinblick auf das Verständnis des Themenkomplexes. Weiters wird eine mündliche Einverständniserklärung zur Durchführung und Aufzeichnung des Interviews seitens der Verfasserin eingeholt und gewährleistet, sodass die angegebenen Daten anonymisiert und pseudo-anonymisiert verwendet werden (Durchgeführtes Experteninterview, Anhang 3, Zeile 56- 62, Seite 81- 82).

Die zweite Phase des Interviews beginnt mit der Aufwärmphase. Bei der Aufwärmphase ist es besonders wichtig, dass eine vertrauensvolle Umgebung und Bindung zwischen den beiden Parteien hergestellt wird (Misoch, 2015, S. 68).

Nachdem sich die Verfasserin in der Informationsphase dem Interviewten bereits vorgestellt hat, bittet sie den Interviewten, sich selbst vorzustellen, indem dieser dazu aufgefordert wird, seine biografischen Daten wie Name, Alter, Geschlecht, Berufsbezeichnung und Berufserfahrungen zu nennen (Durchgeführtes Experteninterview, Anhang 3, Zeile 77- 79, Seite 82). Zum Einstieg wird der Krankenhaushygieniker dazu aufgefordert, sein Aufgabengebiet ausführlich zu beschreiben. Dies ist auch die Einstiegsfrage in das Leitfadeninterview (Durchgeführtes Experteninterview, Anhang 3, Zeile 84- 87, Seite 82).

Die dritte Phase ist die Haupterzählungsphase eines Interviews. Hierbei werden wichtige Themeninhalte, die zur Beantwortung der Forschungsfrage relevant sind, besprochen. Wichtig ist die inhaltliche Auseinandersetzung sowie die Strukturierung des Leitfadeninterviews seitens der interviewenden Person, sodass eine gewisse Struktur im Interview geschaffen werden kann (Misoch, 2015, S. 68 f.).

Die Haupterzählungsphase des Interviews beginnt mit einer Frage nach der subjektiven Wahrnehmung des Krankenhaushygienikers. Hierzu soll der Krankenhaushygieniker die Entwicklung und Verbreitung von MRE und NI in Einrichtungen des Gesundheitswesens einschätzen und beschreiben (Durchgeführtes Experteninterview, Anhang 3, Zeile 105-109, Seite 83). Ziel der Fragestellung ist, das Betriebswissen des Krankenhaushygienikers zu erfragen, sodass Gedanken, Meinungen und Sichtweisen aus Expertensicht dargestellt werden können. Anschließend wird die interviewte Person dazu aufgefordert, besonders häufig auftretende Infektionskrankheiten zu schildern, mögliche Ursachen zur Verbreitung von MRE und NI zu nennen und Maßnahmen, die zur Gegensteuerung dienen, aufzuzeigen (Durchgeführtes Experteninterview, Anhang 3, Zeile 128-130, Seite 84). Im weiteren

Verlauf des Interviews möchte die interviewende Person weitere Informationen über die Krankenhaushygiene erlangen und herausfinden, welche Konsequenzen und Gründe bei Mitarbeitern zur Missachtung der Hygienevorschriften führen können (Durchgeführtes Experteninterview, Anhang 3, Zeile 180-182, Seite 85).

Anschließend wird nach den gesetzlichen Regelungen sowie Richtlinien gefragt, die das Krankenhaus implementiert und einführt (Durchgeführtes Experteninterview, Anhang 3, Zeile 193-195, Seite 86). Weiters wird die Bereitschaft zur Einhaltung und Implementierung der Krankenhaushygiene in Bezug auf das Krankenhauspersonal abgefragt und erforscht, welchen Herausforderungen sich Krankenhaushygieniker stellen müssen (Durchgeführtes Experteninterview, Anhang 3, Zeile 278-279, Zeile 279-290, Seite 88). Mit den letzten beiden Fragen soll die enge Zusammenarbeit zwischen der Krankenhaushygiene und dem Qualitätsmanagement dargestellt werden. Somit fordert die interviewende Person den Interviewten dazu auf, zu schildern, inwiefern die Krankenhaushygiene und das Qualitätsmanagement zur Bekämpfung von NI und MRE zusammenarbeiten und welche Zertifizierungsmöglichkeiten das Krankenhaus verwendet (Durchgeführtes Experteninterview, Anhang 3, Zeile 298-300, Zeile 322-323, Seite 89 f.).

Die letzte Phase eines Interviews bildet die Abschlussphase. Sie zeichnet sich dadurch aus, dass vorhandene, ungeklärte offene Fragen seitens der Interviewenden und des Interviewten versucht werden, zu beantworten (Misoch, 2015, S. 69).

Die Abschlussphase beginnt damit, dass sich die interviewende Person bei der interviewten Person für die Teilnahme am Interview bedankt. Anschließend werden beide Parteien befragt, ob noch offene Fragen bestehen, die einen Aufklärungsbedarf aufweisen. Nachdem dies nicht der Fall ist, wird noch ein kleiner Smalltalk bezüglich der tatsächlichen Dauer des Interviews und der Abgabe der Bachelorarbeit durchgeführt. Anschließend verabschieden sich beide Parteien (Durchgeführtes Experteninterview, Anhang 3, Zeile 343-347, Seite 91).

3.3.2 Die Auswahl und Kontaktierung des Interviewpartners

Wie bereits erwähnt, wurde das Leitfadenterview von der Verfasserin selbst erstellt. Es beinhaltet 10 Fragen mithilfe derer versucht werden soll, die Forschungsfrage zu beantworten.

Das Experteninterview, welches mit einem Leitfadeninterview gestützt wurde, findet am 08 Juli 2020 um 10:00 Uhr im Krankenhaus in einem Besprechungsraum statt. Die zeitliche Dauer des Interviews beträgt insgesamt 41:20 Minuten.

Die interviewte Person ist männlich, 59 Jahre alt und ein Arzt, der eine weitere Qualifikation zur Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie besitzt, sodass dieser seit acht Jahren als Krankenhaushygieniker Vollzeit in dem bestimmten Krankenhaus tätig ist. Das Interview wird im Zuge eines Einzelgesprächs durchgeführt, sodass die interviewende und die interviewte Person allein im Besprechungsraum sind. Aufgrund der Tatsache, dass das Büro des Krankenhaushygienikers umgeräumt und in einen anderen Bereich verlegt wurde, hat der Krankenhaushygieniker zur Durchführung des Interviews ausreichend Zeit, sodass es keine Einschränkung gibt.

Die Stichprobe von einer Person ist für eine Bachelorarbeit im Regelfall nicht ausreichend, da die Repräsentativität der Aussagen nicht sichergestellt werden kann. Da allerdings das Interview als Erhebungsinstrument dient, welches zu einer Erweiterung des erarbeiteten Wissens der Verfasserin dienen soll und somit lediglich das Betriebswissen abfragt und als Zusatzinformation verwendet, ergänzt und analysiert werden soll, ist dies mit Einwilligung der Prüfenden ausreichend.

Die Verfasserin der Bachelorarbeit versucht nach der Erarbeitung des theoretischen Teils und der Aneignung des Fachwissens, das für das Experteninterview notwendig ist, zahlreiche Krankenhäuser für ein Interview zu kontaktieren. Da eine bestimmte Berufsgruppe, nämlich Qualitätsmanager*Innen und Krankenhaushygieniker*Innen befragt werden sollen, richtet die Verfasserin ihre Suche nach Experten demnach auf diese Berufsgruppe. Aufgrund der Corona-Pandemie und der damit verbundenen strengen Auflagen und Regelungen der Krankenhäuser sagen alle kontaktierten Krankenhäuser die Teilnahme an dem Interview ab. Da die Verfasserin keine Möglichkeit hat, Experten in dem bestimmten Fachgebiet zu kontaktieren, wird der betreuende Professor darüber in Kenntnis gesetzt, sodass gemeinsam versucht wird, eine Lösung für das Problem zu finden.

Durch Recherchen versucht die Verfasserin, ein weiter gelegenes Krankenhaus als letzte Lösung zu kontaktieren. Die Kontaktaufnahme erfolgt am 07 Juli 2020 um 09:15 Uhr. Hierbei wird die Verfasserin an den jeweiligen Krankenhaushygieniker weitergeleitet. Die Verfasserin berichtet kurz über das Thema ihrer Bachelorarbeit und verdeutlicht die Notwendigkeit der Teilnahme an dem Interview zur erfolgreichen Durchführung der

Bachelorarbeit. Der Krankenhaushygieniker ist sehr aufgeschlossen und neugierig, sodass er die Einwilligung und die Teilnahme an dem Interview für den 08 Juli um 10:00 Uhr bestätigt.

3.3.3 Durchführung des Interviews

Zur erfolgreichen Durchführung eines Interviews müssen neben der inhaltlichen Strukturierung des Interviews äußere Gegebenheiten beachtet und eingehalten werden. Ein wichtiger Faktor ist, dass eine vertrauensvolle und respektvolle Atmosphäre zwischen dem Interviewenden und der interviewten Person geschaffen wird. Des Weiteren sollte darauf geachtet werden, dass das durchgeführte Interview unter vier Augen stattfindet, sodass Aussagen, die seitens des Interviewten getätigt werden, frei geäußert werden können. Räumliche Gegebenheiten wie die Lichtverhältnisse und die Aufteilung des Raumes spielen ebenfalls eine bedeutende Rolle bei der erfolgreichen Durchführung eines Interviews, da sich diese unmittelbar auf das Wohlbefinden auswirken (Diekmann, 2007, S. 468 f.). Die interviewende Person sollte darauf achten, Suggestivfragen zu vermeiden, sodass die interviewte Person sich frei zu den Fragen äußern kann (Diekmann, 2007, S. 449).

Wie bereits erwähnt, findet das Interview in einem Besprechungsraum statt. Das Interview wird unter vier Augen durchgeführt, sodass eine vertrauensvolle Atmosphäre zwischen der interviewenden und der interviewten Person geschaffen wird. Die räumlichen Gegebenheiten führen ebenfalls zu einer angenehmen Atmosphäre, da die Lichtverhältnisse sowie die Aufteilung des Besprechungsraum den Anforderungen gerecht werden. Die Interviewdauer beträgt insgesamt 41:20 Minuten. Die Länge des Interviews zeigt ebenfalls auf, dass sich beide Parteien beim Interview wohlfühlen.

3.3.4 Datenerhebung und Aufbereitung

Die Verfasserin erstellt das Leitfadeninterview eigenständig, sodass Fragen zu wichtigen Themeninhalten, die bezüglich der Beantwortung der Fragestellung hilfreich sein könnten, abgefragt werden. Das Interview, welches als Erhebungsinstrument verwendet wird, dient zur Informationsgewinnung und hat eine ergänzende Funktion zum bereits ausgearbeiteten Themenkomplex. Somit sollen mit Hilfe des Interviews wichtige Aspekte und Zusammenhänge der Krankenhaushygiene und des Qualitätsmanagements zur Prävention von NI in der Praxis näher betrachtet, ausgewertet, analysiert und reflektiert werden.

Das Leitfadeninterview beinhaltet zehn Fragen, die strukturiert aufeinander aufgebaut sind. Bei der Fragetechnik achtet die Verfasserin darauf, möglichst offene Fragen zu stellen, sodass die interviewte Person einen gewissen Spielraum zur Beantwortung der Fragen hat und möglichst viel Information gesammelt werden kann (Döring & Bortz, 2016, S. 358).

Die ersten Fragen des Leitfadeninterviews dienen zur Ermittlung und Erfassung von soziodemografischen Daten des Interviewten. Somit ist es für die Verfasserin möglich, sich ein Bild des Krankenhaushygienikers zu machen und ein gewisses Vertrauen vor dem Interview aufzubauen (Siehe Leitfadeninterview für das Experteninterview, Anhang 1, Frage 1, Seite 77)

Mithilfe der zweiten Frage sollen Einblicke in das Aufgabengebiet des Krankenhaushygienikers ermöglichen werden (Siehe Leitfadeninterview für das Experteninterview, Anhang 1, Frage 2, Seite 77).

Ausgehend von Frage 3 bis zu Frage 7 werden die subjektiven Wahrnehmungen, Empfindungen, Eindrücke und Gedanken des Krankenhaushygienikers erfragt. Hierbei soll sich der Krankenhaushygieniker zu Themeninhalten wie den Ursachen, die zur Verbreitung von NI führen, äußern, die dazu eingeleiteten Maßnahmen aufzeigen sowie Gründe seitens der Krankenhauspersonals benennen, die zu einer Missachtung der Hygieneregeln führen (Siehe Leitfadeninterview für das Experteninterview, Anhang 1, Frage 3 bis 7, Seite 77).

Anschließend wird die Bereitschaft des Krankenhauspersonals zur Implementierung und Einhaltung der Hygieneregeln abgefragt sowie mögliche Herausforderungen, denen sich der Krankenhaushygieniker im Alltag stellen muss (Siehe Leitfadeninterview für das Experteninterview, Anhang 1, Frage 8, Seite 77).

Mit den letzten beiden Fragen will die Verfasserin die enge Zusammenarbeit und die Kooperation zwischen dem Qualitätsmanagement und der Krankenhaushygiene in Bezug auf die Prävention von NI darstellen (Siehe Leitfadeninterview für das Experteninterview, Anhang 1, Frage 9 und 10, Seite 77).

Das durchgeführte Leitfadeninterview wird mit dem Smartphone der Verfasserin aufgezeichnet. Mithilfe der Tonaufzeichnung kann die Verfasserin garantieren, dass wichtige Informationen, die während des Gesprächs nicht notiert werden können, sichergestellt und aufgezeichnet werden, sodass es zu keinem Informationsverlust kommt. Die Tonaufzeichnung kann für die interviewende Person als eine Erleichterung angesehen

werden, da aufgrund der Tonaufzeichnung kein Zeitdruck zur Notizführung besteht (Kuckartz, 2016, S. 165).

Die Transkription orientiert sich an den Transkriptionsregeln von Fuß und Karbach (Siehe Transkriptionsregeln, Anhang 2, Seite 78) und wird mit der Transkriptionssoftware „f4“ transkribiert. Alle Nennungen wie Name des Interviewten sowie das Krankenhaus, in dem das Interview durchgeführt wird, werden anonymisiert, sodass keine Rückschlüsse auf Individuen möglich sind.

3.3.5 Datenauswertung und Analyse

Das durchgeführte Interview wird von der Verfasserin transkribiert und ausgewertet. Qualitative Interviews können mithilfe von unterschiedlichen Verfahren evaluiert und analysiert werden. Die Verfasserin der Arbeit entscheidet sich für die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (Mayer, 2013, S. 47). Daher wird im weiteren Verlauf auf diese Methode näher eingegangen. Hierbei werden drei Arten der Vorgehensweise unterschieden. Diese sind u. a. die zusammengefasste, strukturierende und explizierende Inhaltsanalyse (Döring & Bortz, 2016, S. 542).

Bei der zusammengefassten qualitativen Inhaltsanalyse wird der Inhalt des Interviews auf die relevanten Hauptinhalte zusammengefasst und komprimiert. Hierbei erfolgt die Komprimierung des Inhalts durch vier Schritte. Zunächst wird der Text paraphrasiert, was bedeutet, dass besonders wichtige Textstellen im Interview herausgearbeitet und umschrieben werden. Im Anschluss daran wird das Abstraktionsniveau für die paraphrasierten Textstellen verallgemeinert. Im dritten Schritt werden überflüssige Redewendungen gestrichen, sodass es zu einer verkürzten Version des Textes kommt. Im vierten und letzten Schritt werden die Sätze ebenfalls nochmals inhaltlich zusammengefasst und wieder auf das Wesentliche komprimiert, sodass es zu einer weiteren Verkürzung des Textes kommt (Döring & Bortz, 2016, S. 542).

Im zweiten Schritt folgt die strukturierende qualitative Inhaltsanalyse. Bei der strukturierenden Inhaltsanalyse werden die Texte durch Kategorienbildungen in Themenblöcke zusammengefasst. Die Unterscheidung der Kategorienbildung kann induktiv oder deduktiv erfolgen (Döring & Bortz, 2016, S. 542). Deduktive Kategorien werden mithilfe von Leitfaden d. h. mit dem Gegenstand, der in der Analyse verwendet wird, gebildet, während sich induktive Kategorien aus dem transkribierten Material ergeben (Mayring, 2016,

S. 115 ff.). In der vorliegenden Bachelorarbeit hat sich die Verfasserin für eine induktive Kategorienbildung entschieden, da die Transkripte ausgewertet wurden.

Der letzte Schritt beinhaltet die explizierende qualitative Inhaltsanalyse. Diese führt im Gegensatz zur zusammengefassten Inhaltsanalyse nicht zu einer Komprimierung des Ausgangsmaterials, sondern zu einer Erweiterung des Ausgangsmaterials, da hierbei die Textstellen durch Kontextinformationen erweitert werden (Döring & Bortz, 2016, S. 542).

In der vorliegenden Bachelorarbeit wird die Auswertung mittels eines computergestützten Textverarbeitungsprogramms namens MAXQDA 12 vorgenommen. Hierzu wird, wie bereits erwähnt, durch eine Kategorienbildung und die inhaltliche Komprimierung des Materials die zusammengefasste Inhaltsanalyse verwendet. Das Ziel der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring, ist, den Inhalt des Ausgangstextes soweit zu komprimieren, dass es zu einer Reduzierung der wesentlichen Inhalte kommt (Mayring, 2010, S. 65).

3.3.6 Eigene Reflexion des Interviews

Da die Verfasserin der Bachelorarbeit eine sehr offene und kontaktfreudige Person ist, besteht keinerlei Problem, das Interview vorzubereiten wie auch durchzuführen. Allerdings ist es für die Verfasserin besonders besorgniserregend, dass das Interview, welches durchgeführt werden soll, das einzige Interview ist, das bei der Bachelorarbeit verwendet werden kann. Dies erhöht bei der Autorin den Stresspegel, da sie unbedingt eine Zusage benötigt. Aus diesem Grund ist sie bei der telefonischen Kontaktaufnahme mit dem Krankenhaushygieniker besonders angespannt. Sie hat weiters Bedenken, dass sich der Krankenhaushygieniker gestresst, genervt oder in die Enge getrieben fühlen könnte, da die Verfasserin ihre Situation und die Bedeutsamkeit der Teilnahme für ihre Bachelorarbeit ebenfalls darstellt. Es stellt sich heraus, dass die Sorgen unbegründet sind, da sich der Krankenhaushygieniker als eine sehr nette, aufgeschlossene und redselige Person herausstellt und die Teilnahme direkt bestätigt, sodass bereits am nächsten Tag das Interview durchgeführt werden kann. Als sich die Verfasserin und der Krankenhaushygieniker im Besprechungsraum einfinden, ist die Verfasserin zunächst leicht angespannt. Dies legt sich aber wieder relativ schnell, da der Krankenhaushygieniker ihr eine gewisse Sicherheit gibt, indem er bereits zu Beginn erwähnt, dass sich das Interview auch in die Länge ziehen kann, da er zeitlich flexibel ist. Dies erleichtert der Verfasserin den Einstieg, sodass sie lockerer wird. Weiters ist sie sehr gut organisiert, sie druckt sich das Leitfadentextinterview am Tag vor dem Interview aus und notiert sich an ihrem Laptop Tipps, die einen guten Start in das

Interview ermöglichen. Nachdem die Verfasserin sich eingerichtet hat und ihre Unterlagen, sowie ihren Laptop ausgepackt hat, fällt ihr auf, dass sie die schriftliche Einverständniserklärung zur Teilnahme am Interview sowie die Einwilligung zur Tonaufzeichnung zu Hause vergessen hat. Daher entscheidet sie sich schnell, die Einverständniserklärung sowie die Einwilligung mündlich einzuholen. Diese werden mittels Smartphone aufgezeichnet und gesichert. Das Interview zeichnet sich durch eine offene und aufgeschlossene Art beider Seiten aus. Seitens der Verfasserin werden auch Fragen gestellt, die nicht im Leitfadeninterview enthalten sind und sich spontan aus den Erzählungen des Krankenhaushygienikers ergeben. Der Krankenhaushygieniker zeigt der Verfasserin die betriebsinternen Statistiken, die das Hygieneverhalten des Krankenhauspersonals darlegen. Es ist für die Verfasserin besonders bedeutsam, das Hygieneverhalten der einzelnen Berufsgruppen zu sehen. Aufgrund der Tatsache, dass die Verfasserin pflegende Angehörige ihres Vaters ist und daher bereits zahlreiche Krankenhäuser besucht hat, kann sie im Interview die Rolle der CO-Expertin sowie die Rolle der Angehörigen einnehmen. Dies führt dazu, dass das Interview von verschiedenen Perspektiven betrachtet werden kann, da die Hygiene und das Einhalten der Hygienerichtlinien nicht nur für einen besonders guten Ruf des jeweiligen Krankenhauses sorgen, sondern auch zu einer Gewährleistung und Sicherstellung der Patientensicherheit führen. Die Interviewpartner tauschen ihre E-Mail-Adressen aus, sodass offene Fragen seitens der Verfasserin jederzeit vom Krankenhaushygieniker geklärt werden konnten. Die Verfasserin schätzt sich außerdem glücklich, dass der Krankenhaushygieniker die Endversion der Bachelorarbeit zugeschickt haben möchte und dass man sich nach dem erfolgreichen Abschluss des Studiums nochmals in Verbindung setzen kann.

4 Ergebnisse

Im nachfolgenden Abschnitt werden die Ergebnisse des durchgeführten Experteninterviews dargestellt. Damit die Ergebnisse ausführlich beschrieben werden können, wird zunächst auf die Fragen, die im Leitfadeninterview enthalten sind, eingegangen, anschließend werden die getätigten Antworten des Krankenhaushygienikers beschrieben. Beim Experteninterview wird ein Krankenhaushygieniker befragt. Die Befragung erfolgt anhand des selbsterstellten Leitfadeninterviews der Verfasserin. Das Leitfadeninterview beinhaltet 10 Fragen mithilfe deren versucht werden soll, die Forschungsfrage zu beantworten (Siehe Leitfadeninterview für das Experteninterview, Anhang 1, Seite 81).

Das Interview beginnt mit der ersten Frage, indem der Krankenhaushygieniker dazu aufgefordert wurde, seine biografischen Daten u. a. seinen Namen, sein Alter, sein Geschlecht, seine Berufsbezeichnung und die Berufserfahrung zu nennen (Siehe Leitfadeninterview für das Experteninterview, Anhang 1, Frage 1, Seite 81). Hierbei stellt sich der Krankenhaushygieniker namentlich vor, allerdings wird aus Datenschutzgründen der Name des Krankenhaushygienikers mit dem Kürzel XY abgekürzt. Der Krankenhaushygieniker ist ein Arzt, der eine weitere Qualifikation zur Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie besitzt, sodass dieser seit acht Jahren in dem erwähnten Krankenhaus als Krankenhaushygieniker seinen Aufgaben nachkommen kann (Durchgeführtes Experteninterview, Anhang 3, Zeile 81- 84, Seite 83).

Die zweite Frage zielt darauf ab, das Aufgabengebiet des Krankenhaushygienikers näher kennenzulernen. Hierzu wird der Krankenhaushygieniker dazu aufgefordert, sein Aufgabengebiet in dem angesprochenen Krankenhaus ausführlich zu beschreiben (Siehe Leitfadeninterview für das Experteninterview, Anhang 1, Frage 2, Seite 81). Erwartungsgemäß ist das Aufgabengebiet des Krankenhaushygienikers sehr breitgefächert, der Schwerpunkt liegt in der Erfassung und Bewertung der auftretenden Infektionen. Hierzu erstellt der Krankenhaushygieniker Hygienepläne und übernimmt die Kontrolle ihrer Einhaltung. Damit das Krankenhauspersonal ausreichend aufgeklärt ist über die Verbreitung von NI und MRE, führt der Krankenhaushygieniker regelmäßig Schulungen, Fort- und Weiterbildungen durch. Ein weiteres wichtiges Aufgabengebiet ist die Erstellung und Erfassung von Infektionsstatistiken. Nachdem die erfassten Daten visualisiert wurden, stellt der Krankenhaushygieniker die Infektionsstatistiken den jeweiligen Berufsgruppen vor, sodass gemeinsam präventive Maßnahmen zur Prävention von NI und MRE ausgearbeitet und in dem jeweiligen Krankenhaus implementiert werden. Ein weiteres Aufgabengebiet des Krankenhaushygienikers besteht darin, Hygienebegehungen in den jeweiligen Stationen durchzuführen, sodass Schwachstellen frühzeitig identifiziert und Maßnahmen zur Verbesserung herangezogen werden können. Damit der Antibiotikaverbrauch im jeweiligen Krankenhaus ermittelt, erfasst und dokumentiert werden kann, erstellt der Krankenhaushygieniker Antibiotika-Konzile. Somit kann die Resistenzentwicklung, die auf einen erhöhten Antibiotika-Verbrauch zurückzuführen ist, beobachtet werden (Durchgeführtes Experteninterview, Anhang 3, Zeile 89-103, Seite 83).

Mit der dritten Frage soll die Verbreitung von NI und MRE in Krankenhäusern dargestellt werden. Der Krankenhaushygieniker wird dazu aufgefordert, besonders häufig auftretende

Infektionskrankheiten zu nennen (Siehe Leitfadeninterview für das Experteninterview, Anhang 1, Frage 3, Seite 77). Die Recherchen der Verfasserin, die bereits im theoretischen Teil ausgearbeitet wurden, haben ergeben, dass es eine deutliche Erhöhung von VRE und ESBL Infektionen gibt. Im Interview wird diese Annahme der Verfasserin bestätigt, da der Krankenhaushygieniker ebenfalls eine deutliche Erhöhung der Infektionen von VRE, ESBL, 3 und 4 MRGN, von katheterassoziierten Harnwegsinfektionen sowie von beatmungsassoziiertes Pneumonie bemerkt hat (Durchgeführtes Experteninterview, Anhang 3, Zeile 111- 116, Seite 83).

Mit der nachfolgenden Frage will die Verfasserin die Meinung des Krankenhaushygienikers über die Ursachen, die zu einer Zunahme an NI und MRE in Krankenhäusern führen, erfahren (Siehe Leitfadeninterview für das Experteninterview, Anhang 1, Frage 4, Seite 81). Im Interview wird deutlich, dass die Zunahme an NI und MRE laut Aussagen des Krankenhaushygienikers auf zwei Komponenten zurückzuführen ist. Unter anderem nennt der Krankenhaushygieniker hierbei als erstes das Zunehmen des Antibiotikaverbrauchs, der die Resistenzentwicklung der genannten Infektionen begünstigt sowie die fehlende Compliance des Krankenhauspersonals zu den Hygienemaßnahmen (Durchgeführtes Experteninterview, Anhang 3, Zeile 147- 151, Seite 83).

Das Ziel der fünften Frage war, die Maßnahmen zu erfahren, die das jeweilige Krankenhaus zur Prävention von NI und MRE verwendet (Siehe Leitfadeninterview für das Experteninterview, Anhang 1, Frage 5, Seite 81). Im Interview wird deutlich, dass der Krankenhaushygieniker zwei Maßnahmen als wichtig erachtet, die zur Prävention von NI und MRE beigesteuert werden. Unter anderem erwähnt der Krankenhaushygieniker die Erstellung von Antibiotika-Konzilen. Die Erstellung, Erfassung und Dokumentation des Antibiotikaverbrauchs ist bei der Prävention von NI und MRE als besonders bedeutsam einzustufen, da es durch einen erhöhten Antibiotikaverbrauch zu einer zunehmenden Resistenzentwicklung der jeweiligen Infektionen kommen kann, was die weitere Ausbreitung und Übertragung begünstigt. Eine weitere Maßnahme, die der Krankenhaushygieniker für angemessen erachtet, ist die Teilnahme an einer sogenannten Compliance Beobachtung unter dem Namen „Aktion Saubere Hände“ (Durchgeführtes Experteninterview, Anhang 3, Zeile 156-160, Seite 83 f.). Das Ziel der Compliance Beobachtung ist, das Bewusstsein zur Händehygiene sowie zur regelmäßigen Verwendung von Händedesinfektionsmitteln zu stärken, sodass die Patientensicherheit durch die

Verhinderung der Übertragung von NI und MRE gewährleistet werden kann (Durchgeführtes Experteninterview, Anhang 3, Zeile 163-166, Seite 83).

In der nachfolgenden Frage soll die Meinung des Krankenhaushygienikers bezüglich der Missachtung und der Nicht-Einhaltung der Hygienemaßnahmen erkundet werden (Siehe Leitfadeninterview für das Experteninterview, Anhang 1, Frage,6, Seite 81). Aus dem Interview wird deutlich, was zu einer Missachtung und Nicht-Einhaltung der Hygienemaßnahmen führt. Aufgrund von fehlendem Personal kommt es zu einem Zeitdruck bei den Mitarbeitern, was dazu führt, dass hygienerelevante Maßnahmen nicht berücksichtigt werden. Wegen des Zeitdrucks fehlt den Mitarbeitern, laut Aussagen des Krankenhaushygienikers, ebenfalls die Motivation zu einer ordnungsgemäßen Durchführung der Tätigkeiten. Des Weiteren führt der Krankenhaushygieniker an, dass die Mitarbeiter*Innen nicht ausreichend über Infektionskrankheiten sowie deren Verbreitung aufgeklärt sind. Es kommt nicht nur zu einer Missachtung der Händehygiene, sondern auch oftmals zu einer Missachtung der Kleiderordnung des Krankenhauspersonals, was die Verbreitung und Übertragung von NI und MRE begünstigt. Im Interview wird deutlich, dass die Überwachung und die Kontrolle zur Einhaltung der Hygienemaßnahmen einen sehr hohen organisatorischen Aufwand darstellen (Durchgeführtes Experteninterview, Anhang 3, Zeile 185-193, Seite 83 f.).

Ziel von Frage sieben ist es, die verwendeten gesetzlichen Regelungen, Richtlinien sowie Maßnahmen darzustellen, die zu einer erfolgreichen Implementierung der Krankenhaushygiene im jeweiligen Krankenhaus führen (Siehe Leitfadeninterview für das Experteninterview, Anhang 1, Frage, 7, Seite 81). Das Krankenhaus hat die Richtlinien der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention, kurz (KRINKO) implementiert. Neben der Einhaltung der gesetzlichen Regelung der KRINKO hat das Krankenhaus weitere bauliche, organisatorisch als auch personelle Maßnahmen eingeführt. Als eine bauliche Maßnahme sei die Ausweitung der Isolationsräume für infizierte Personengruppen erwähnt, sodass die Ansteckungs- und Übertragungsrate reduziert werden kann. Eine personelle Maßnahme des jeweiligen Krankenhauses ist die regelmäßige Durchführung von hausinternen Fortbildungen zur Infektionsprävention. Als organisatorische Maßnahme ist die elektronische Überwachung des Krankenhauspersonals in Hinblick auf die Händehygiene sowie die Verwendung von Händedesinfektionsmittel zu nennen. Dies erfolgt mit Hilfe einer Software namens Noso EX GWA. Durch die elektronische Überwachung kann die Händehygiene sowie die verwendete

Desinfektionsmittelanzahl für die jeweiligen Berufsgruppen ermittelt und erfasst werden. Anschließend erfolgt die Visualisierung der Ergebnisse. Daraufhin werden die Ergebnisse den einzelnen Berufsgruppen vorgestellt, sodass präventive Hygienemaßnahmen besprochen und eingeleitet werden. In regelmäßigen Abschnitten erfolgt anschließend eine erneute elektronische Überwachung sowie die Einhaltung der Hygienemaßnahmen. Somit kann überprüft werden, ob die besprochenen Hygienemaßnahmen eingehalten werden oder ob weiterhin ein Handlungsbedarf besteht (Durchgeführtes Experteninterview, Anhang 3, Zeile 199-226, Seite 83 f.).

Mithilfe der Frage 8 soll der Krankenhaushygieniker die Bereitschaft des Krankenhauspersonals zur Einhaltung und Durchführung der Krankenhaushygiene beschreiben. Des Weiteren wird der Krankenhaushygieniker von der Verfasserin aufgefordert, mögliche Herausforderungen, denen sich der Krankenhaushygieniker stellen muss, zu schildern (Siehe Leitfadeninterview für das Experteninterview, Anhang 1, Frage 8, Seite 81). Aus dem Interview ergibt sich, dass eine ordnungsgemäße Durchführung der Hygienestandards berufsgruppenabhängig ist. Jede Berufsgruppe verhält sich demnach anders, sodass sich keine pauschalisierte Antwort geben lässt. Die Bereitschaft zur Einhaltung der Hygienestandards sei grundsätzlich vorhanden, es fehle allerdings an Ressourcen. Unter Ressourcen werden die fehlenden Pflegekräfte verstanden, wodurch es zu einem zunehmenden Zeitdruck der Pfleger*Innen kommt, sodass Hygienestandards nicht berücksichtigt werden können. Laut Aussagen des Krankenhaushygienikers kann diese Situation nur durch die Einstellung neuer Pflegekräfte verändert werden. Der Krankenhaushygieniker muss sich im Alltag verschiedenen Herausforderungen stellen. Zu diesen Herausforderungen gehört u. a., dass sich das Verhalten der Mitarbeiter*Innen in Bezug auf gewisse Hygiene-Themen nur schwer ändern lässt. Weiters wird die fehlende Unterstützung des Krankenhauspersonals erwähnt, sodass Anforderungen und Zielsetzungen oftmals wiederholt werden müssen (Durchgeführtes Experteninterview, Anhang 3, Zeile 284- 299, Seite 83).

Mit der vorletzten Frage will die Verfasserin die enge Zusammenarbeit der Krankenhaushygiene sowie des Qualitätsmanagements bei der Prävention von NI und MRE in Krankenhäusern aufzeigen (Siehe Leitfadeninterview für das Experteninterview, Anhang 1, Frage 9, Seite 81). Erwartungsgemäß arbeitet die Krankenhaushygiene eng mit dem Qualitätsmanagement zusammen. So werden gemeinsam sogenannte Hygieneaudits durchgeführt. Es wird darauf geachtet, ob hygienische Verhältnisse sowie die gesetzlichen

Anforderungen und Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts eingehalten und erfolgreich implementiert werden. Durch die enge Zusammenarbeit wird überprüft, ob die Effektivität sowie die Effizienz der Managementsysteme erfolgreich sind oder ob ein Verbesserungsbedarf besteht. Mithilfe der Hygieneaudits wird ferner beobachtet, ob es zu einer Zunahme an NI im Vergleich zum letzten Hygieneaudit gekommen ist, und ob die eingeführten Verbesserungsvorschläge erfolgreich umgesetzt wurden. Das Qualitätsmanagement schreibt nach der Auditbegehung den Auditbericht, der ebenfalls Hygienemaßnahmen beinhaltet (Durchgeführtes Experteninterview, Anhang 3, Zeile 304-316, Seite 83 f.).

Mithilfe der letzten Frage will die Verfasserin die Zertifizierungsmöglichkeiten des Krankenhauses erfahren (Siehe Leitfadeninterview für das Experteninterview, Anhang 1, Frage 10, Seite 77). Das Krankenhaus verwendet die Zertifizierung DIN EN ISO 9001:2008, die weit im Gesundheitswesen verbreitet ist. Hierbei beachtet das Krankenhaus, dass die Qualitätsgrundsätze, die in der Zertifizierung enthalten sind, erfolgreich implementiert und eingehalten werden. Aufgrund der Tatsache, dass der Krankenhaushygieniker nicht zuständig ist für den Zertifizierungsbereich, werden seitens der Verfasserin keine weiteren Fragen gestellt (Durchgeführtes Experteninterview, Anhang 3, Zeile 327- 330, Seite 83).

Nachdem die Ergebnisse und die Aussagen des durchgeführten Interview dargestellt wurden, werden im weiteren Verlauf die einzelnen Probleme, die zur Verbreitung von NI in Einrichtungen des Gesundheitswesen führen, mithilfe der Aussagen in Form einer Tabelle zusammengefasst und mögliche Lösungswege aufgezeigt.

Tabelle 2: Selbsterstellte Tabelle aus dem Experteninterview, indem die Probleme und Lösungswege zur Prävention von NI dargestellt werden (Durchgeführtes Experteninterview, Anhang 3, Seite 83).

Probleme	Lösungswege
Zeitdruck der Pflegekräfte, führt zu einer Missachtung der Hygienevorschriften	Einstellung neuer Pflegekräfte, sodass es zu einer Entlastung der Mitarbeiter kommt, sodass Hygienevorschriften eingehalten werden können
Fehlende Motivation der Mitarbeiter	Stärkung des Bewusstseins des Personals zur Infektionsprävention, sodass der Eigenschutz sichergestellt wird
Fehlendes Fachwissen des Personals über Infektionskrankheiten sowie deren Verbreitung	Regelmäßige Durchführung von Fort- und Weiterbildungen zu Infektionsprävention

Missachtung der Kleiderordnung	Stationsbegehungen und Kontrolle, ob die Kleiderordnung beachtet wird
Missachtung der Vorgaben der Händehygiene	Elektronische Erfassung zur Nutzung vom Desinfektionsmittelspender, sodass geschaut wird, ob und wie oft der Desinfektionsmittelspender verwendet wird. Anschließende Besprechung mit den einzelnen Berufsgruppen

5 Diskussion

Im Rahmen dieser Bachelorarbeit sollte der Einfluss der Krankenhaushygiene und des Qualitätsmanagements in Hinblick auf die Prävention von NI in Krankenhäusern dargestellt werden. An dem durchgeführten qualitativen Interview nahm nur ein Krankenhaushygieniker teil. Grund hierfür sind die strengen Auflagen der Krankenhäuser, die eingeführt wurden, um die Corona-Pandemie einzudämmen. Aus dem Interview konnten der Zusammenhang und die enge Kooperation der Krankenhaushygiene und des Qualitätsmanagements in Bezug zur Prävention von NI dargestellt und bestätigt werden. Im weiteren Verlauf werden die Ergebnisse des Interviews interpretiert und mit dem selbst aufgearbeiteten theoretischen Teil in Verbindung gesetzt. Hierfür werden als erstes die wesentlichen Inhalte des theoretischen Teils kurz zusammengefasst, die ausschlaggebend zur Interpretation der Ergebnisse sind.

Nach einer Studie des Robert-Koch-Instituts erkrankten jährlich deutschlandweit 400.000 bis 600.000 Menschen an einer NI. Rund 10.000 bis 20.000 der infizierten Personen, sterben an den Folgen von NI (Robert-Koch-Institut, 2019). Die Übertragung und Ansteckung von MRE und NI erfolgt in den meisten Fällen in Krankenhäusern. (Weiß, 2012, S.3). Besonders häufig auftretende NI sind u. a. VRE, ESBL, 3 und 4 MRGN (Weiß, 2012, S. 3 f.). Verschiedene Ursachen führen zu einer Übertragung und Ansteckung von MRE und NI. Unter anderem führt der zunehmende Antibiotikaverbrauch in der heutigen Gesellschaft zu einer Resistenzentwicklung, welche die Verbreitung von NI begünstigt. Eine weitere Ursache ist die Missachtung der Hygienevorschriften sowie die Missachtung der Isolierungsmaßnahmen durch das Krankenhauspersonal. Ein besonders wichtiger Faktor, der die Übertragung von NI begünstigt, ist die geringe Verwendung von Desinfektionsmitteln. Die Unwissenheit des Krankenhauspersonals zur Infektiologie sowie zur Übertragung von NI stellt ebenfalls eine Ursache zur Verbreitung dar (Unverricht, 2017,

S. 184). Somit nimmt die Prävention von NI nicht nur aus gesundheitlicher, sondern auch aus gesellschaftspolitischer Sicht der Patienten eine besonders wichtige Rolle ein. Das Qualitätsmanagement und die Krankenhaushygiene haben einen hohen Einfluss und Stellenwert bei der Prävention von NI. Damit eine erfolgreiche Prävention von NI und MRE in Krankenhäusern vorgenommen werden kann, müssen die Krankenhaushygiene und das Qualitätsmanagement eng miteinander zusammenarbeiten. Das Aufgabengebiet der Krankenhaushygiene erstreckt sich nicht nur über die baulichen und technischen Sicherheitsaspekte, sondern auch über organisatorische Aspekte, die vom Qualitätsmanagement durchgeführt werden (Kramer & Assadian & Bobrowski & Zygmunt, 2016, S. 685). Aufgrund der Tatsache, dass die Krankenhaushygiene einen unmittelbaren Einfluss auf die Steigerung der Qualität hat, können die beiden Bereiche nicht differenziert voneinander betrachtet werden. Die enge Zusammenarbeit des Qualitätsmanagements und der Krankenhaushygiene wirkt sich positiv auf die Steigerung der Qualität in Krankenhäusern aus. Somit können durch die Zusammenarbeit konkrete qualitätssichernde Maßnahmen ausgearbeitet und implementiert werden (Sonntag & Möller, 2016, S. 688 f.). Die Einhaltung der Hygienestandards wird mit Hilfe des Qualitätsmanagements überprüft und kontrolliert. So führt das Qualitätsmanagement Hygieneaudits durch (Bergen, 2014, S. 110 f.). Die Zertifizierung eines Krankenhauses dient den Patienten*Innen als eine Entscheidungshilfe. Sie spiegelt die Transparenz des Krankenhauses in Hinblick auf die Erfüllung der Anforderungen, der gesetzlichen Regelungen und gewisser Sicherheitsaspekten wider (Schmola & Rapp, 2014, S. 159). Die bekannteste und am häufigsten verwendete Zertifizierung in Krankenhäusern ist die DIN EN ISO 9001:2008. Die DIN EN ISO 9001:2008 beinhaltet verschiedene Qualitätsgrundsätze, die zu einer Verbesserung der Unternehmensprozesse führen sollen (Klaus & Krell, 2013, S. 12 f.). Das durchgeführte Interview bestätigt zahlreiche Aussagen, die die Verfasserin ausgearbeitet hat. Der Krankenhaushygieniker erzählt im Interview, dass vor allem VRE, ESBL, 3 und 4 MRGN ein großes gesellschaftliches Problem darstellen. Er bestätigt, dass der zunehmende Antibiotikaverbrauch die Resistenzentwicklung und somit die Verbreitung von NI begünstigt. Zur Eindämmung und Reduzierung des Antibiotikaverbrauchs werden zwar Antibiotikakonzile erstellt, allerdings kann aus persönlichen Erfahrungen der Verfasserin ebenfalls bestätigt werden, dass die Nutzung von Antibiotika oftmals als erste Therapiemöglichkeit angesehen wird. Eine weitere Aussage des Krankenhaushygienikers ist, dass die Ursachen, die zu einer Verbreitung von NI führen, oftmals auf das

Krankenhauspersonal zurückzuführen sind. Dies wird auch in der elektronischen Erfassung der Nutzung des Händedesinfektionsmittels deutlich, die durch Noso EX GWA erfasst wurde. Hierbei macht sich bemerkbar, dass vor allem Ärzte*Innen, die oftmals am Patienten*Innen eine körperliche Untersuchung durchführen, die ordnungsgemäße Verwendung des Desinfektionsmittels nicht beachten. Somit kommt es zu einer Übertragung der Erreger an den Patienten*Innen. Erfahrungsgemäß kann die Verfasserin dies ebenfalls nur bestätigen. Aufgrund der Tatsache, dass die Verfasserin pflegende Angehörige ihres Vaters ist, hat sie in zahlreichen Krankenhäusern die Missachtung der Händehygiene bei verschiedenen Berufsgruppen beobachtet. Die Missachtung der Händehygiene kann auf den erheblichen Zeitdruck der Ärzte*Innen und des Pflegepersonals zurückzuführen sein. Allerdings kann dies keine Erklärung dafür sein, dass Patienten*Innen deshalb gefährdet werden, da die Gesundheit des einzelnen Menschen als höchstes Gut gilt. Daher sollte sich das Krankenhauspersonal trotz des Zeitdrucks, dem es ausgesetzt ist, Zeit für eine ordnungsgemäße Durchführung der Händehygiene nehmen. Der Krankenhaushygieniker nennt als eine weitere Ursache für die Missachtung der Händehygiene die Unwissenheit des Personals in Hinblick auf die Infektiologie sowie die Übertragung der Erreger. Im genannten Krankenhaus werden diesbezüglich regelmäßig innerbetriebliche Schulungen, Fort- und Weiterbildungen angeboten, sodass sich das Personal genügend Fachwissen aneignen kann. Es ist aus Sicht der Verfasserin nicht nachvollziehbar, dass vor allem Personen, die in einem medizinischen Beruf tätig sind, nicht das ausreichende Fachwissen in Hinblick auf die Übertragung von NI besitzen. Allerdings können Schulungen, Fort- und Weiterbildungen, im Rahmen derer die Übertragungswege von Infektionskrankheiten deutlich aufgezeigt werden, eine gute Alternative zur Wissenserweiterung darstellen. Die Zusammenarbeit und die Kooperation der Krankenhaushygiene und des Qualitätsmanagements werden ebenfalls im durchgeführten Interview bestätigt. Im bestimmten Krankenhaus treffen sich Personen der Krankenhaushygiene und des Qualitätsmanagements und führen gemeinsam Hygieneaudits durch, indem die hygienerelevanten Aspekte der Station begutachtet werden. Am Ende der Hygieneaudits kommt es zu einer Erfassung von NI in der jeweiligen Station, sodass überprüft werden kann, ob es zu einer Zunahme zum letzten Hygieneaudit gekommen ist. Das Qualitätsmanagement verfasst am Ende der Begehung den Auditbericht, in dem zugleich auch Hygienemaßnahmen aufgezeigt werden. Dies macht deutlich, dass in dem jeweiligen Krankenhaus die Krankenhaushygiene sowie auch das Qualitätsmanagement eng miteinander kooperieren, sodass die Steigerung der Qualität und die damit einhergehende

Patientensicherheit gewährleistet werden kann. Zudem wird hier eines der bekanntesten und am weitesten verbreiteten Zertifizierungssysteme im Gesundheitswesen verwendet, die DIN EN ISO 9001:2008.

Die Ergebnisse des durchgeführten Interviews sind nicht repräsentativ, da die Stichprobe nur aus einem Interview besteht. Damit repräsentative Ergebnisse erhalten werden können, müsste die Verfasserin eine größere Stichprobe befragen. Dies könnte sie mithilfe einer Online-Befragung durchführen. Allerdings haben viele kontaktierte Personengruppen eine sehr späte Rückmeldung auf die E-Mail der Verfasserin gegeben, sodass das Warten auf eine Antwort zu einer verzögerten Abgabe der Bachelorarbeit führen würde. Somit dient das durchgeführte Interview als Zusatzinformation, womit der theoretische Teil der Bachelorarbeit belegt und ergänzt werden sollte. Die Verfasserin hätte sich eine größere Bereitschaft der Experten gewünscht. Es war besonders schwer, Experten zu kontaktieren und diese zu einem Interview zu überreden. Daher sollten Experteninterviews gut überdacht werden und evtl. nach einer anderen Befragungsform gesucht werden.

6 Fazit

Die Sicherstellung der Hygiene in Krankenhäusern hat einen unmittelbaren Einfluss auf den Genesungsprozess der Patienten*Innen. Die Krankenhaushygiene gilt daher als ein wichtiger Baustein, in dem Hygienemaßnahmen zur Prävention von NI und MRE enthalten sind. Die Gewährleistung und Durchführung von Hygienemaßnahmen dient somit nicht nur zur Steigerung der Patientensicherheit, sondern auch zur Steigerung der Qualität in dem jeweiligen Krankenhaus. Seit Jahren gewinnt die Krankenhaushygiene und das Qualitätsmanagement in Einrichtungen des Gesundheitswesens zunehmend an Bedeutung. Die durchgeführten Hygienemaßnahmen einer Einrichtung können somit zur Vermeidung und Verbreitung diverser Infektionskrankheiten führen. Damit die ergriffenen Hygienemaßnahmen gesichert werden können, werden in Krankenhäusern betriebsinterne Fort- und Weiterbildungen im Bereich der Infektiologie sowie zur Übertragung von Infektionskrankheiten gegeben. Ziel ist hierbei, das Bewusstsein des Krankenhauspersonals in Hinblick auf die Übertragung von Infektionskrankheiten zu steigern. Die Qualität einer Einrichtung hat hierbei ebenfalls einen hohen Stellenwert. Die Aufgabe des Qualitätsmanagements besteht somit darin, hygienerelevante Aspekte, die zur Sicherstellung der Patientensicherheit dienen, zu gewährleisten. Hierbei werden mithilfe der Krankenhaushygiene und des Qualitätsmanagements Hygieneaudits durchgeführt, um

mögliche Schwachstellen frühzeitig zu identifizieren und Maßnahmen zur Gegensteuerung zu entwickeln.

Somit werden in Krankenhäusern zahlreiche Maßnahmen ergriffen, damit die Übertragung von NI eingedämmt werden kann. Dennoch kann die Verbreitung von NI nicht vollständig verhindert werden. Damit es zu einer Senkung an NI in Krankenhäusern kommen kann, sind strenge Kontrollmaßnahmen sowie verbesserte Hygienemaßnahmen zwingend erforderlich.

Literaturverzeichnis

- Assadian, O., Kramer, A., Assadian, A., (2016). *Rolle der Hygiene in Qualitätsmanagement-Systemen*, In: Kramer, A., Assadian, O., Exner, M., Hübner, N.O., Simon, A., (Hrsg.), Krankenhaus und Praxishygiene Hygienemanagement und Infektionsprävention in medizinischen und sozialen Einrichtungen (Bd. 3). München: Elsevier GmbH
- Benes, G. M., & Groh, P. E. (2014). *Grundlagen des Qualitätsmanagements* (Bd. 3). München: Carl Hanser Verlag
- Bergen, P., (2014). *Basiswissen Krankenhaushygiene Hygienegrundlagen für Gesundheitsberufe* (Bd. 4). Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG
- Diekmann, A., (2007). *Empirische Sozialforschung Grundlagen Methoden und Anwendungen*. Rowohlt Taschenbuch Verlag: Reinbek bei Hamburg
- Döring, N., & Bortz, J., (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. (Bd. 5). Berlin: Springer- Verlag
- Ertl- Wagner, B., Steinbrucker, S., & Wagner, B. C. (2013). *Qualitätsmanagement und Zertifizierung Praktische Umsetzung in Krankenhäusern, Reha Kliniken, stationären Pflegeeinrichtungen*. (Bd. 2). Berlin: Springer
- Fuß, S., Karbach, U., (2014). *Grundlagen der Transkription eine praktische Einführung*. Opladen & Toronto: Verlag Barbara Budrich
- Hellmann, W. (2017). *Kooperative Kundenorientierung im Krankenhaus. Ein wegweisendes Konzept zur Sicherung von mehr Qualität*. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Helfferich, C., (2011). *Die Qualität qualitativer Daten Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. 4. Auflage. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH
- Hensen, P., (2016). *Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen Grundlagen für Studium und Praxis*. Wiesbaden: Springer Gabler
- Just, H.-M., (2013). *Rechtliche Grundlagen und hygienerelevanten Gesetzgebungen*. In: Stübner (Hrsg.), *Repetitorium Krankenhaushygiene und hygienebeauftragter Arzt*. Berlin: Springer- Verlag

- Kuckartz, U., (2016). *Qualitative Inhaltsanalyse Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. 3. Überarbeitete Auflage. Weinheim und Basel: Beltz
- Kramer, A., Assadian, O., Bobrowski, C., und Zygmunt, M., (2016). *Sicherheitskultur in der Krankenhaushygiene*, In: Kramer, A., Assadian, O., Exner, M., Hübner, N.O., Simon, A., (Hrsg.), *Krankenhaus und Praxishygiene Hygienemanagement und Infektionsprävention in medizinischen und sozialen Einrichtungen* (Bd. 3). München: Elsevier GmbH
- Kurz, A., Stockhammer, C., Fuchs, S., Meinhard, D., (2009). *Qualitative Marktforschung: Komplexe- Methoden- Analyse*. 2. Auflage. Wiesbaden
- Kuntsche, P., & Borchers, K., (2017). *Qualitäts- und Risikomanagement im Gesundheitswesen Basis- und integrierte Systeme, Managementsystemübersichten und praktische Umsetzung*. Berlin: Springer
- Mayer, H. O., (2013). *Interview und schriftliche Befragung- Grundlagen und Methoden empirischer Sozialforschung*. 6., überarbeitete Auflage. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH
- Mayring, P., (2016). *Einführung in die qualitative Sozialforschung Eine Anleitung zu qualitativen Denken*. 6. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Verlag
- Mayring, P., (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse Grundlagen und Techniken*. 11., aktualisierte und überarbeitete Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Verlag
- Misoch, S., (2015). *Qualitative Interviews*. Berlin/ München/ Boston: Walter de Gruyter GmbH
- Moll, A., (2013). *Excellence- die Entwicklung in Deutschland seit 1995*. In: Kohler, G., Moll, A., (Hrsg.), *Excellence- Handbuch Grundlagen und Anwendung des EFQM Excellence Modell*
- Rudolf, K., & Claussen, A., & Doelfs, P., und Härter, M. (2007). *Implementierung von Qualitätsmanagement in einem Großkrankenhaus*. In: H. W. Hoefert (Hg.), *Führung und Management im Krankenhaus* (Bd. 2). Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
- Sänger, S. (2010). *Patientenorientiertes Qualitätsmanagement*. In: H.- W. Hoefert, & M. Härter, *Patientenorientierung im Krankenhaus*. Göttingen: Hogrefe Verlag.

- Sonntag, H. G., Möller, J., (2016). *Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement durch Krankenhaushygiene*. In: Kramer, A., Assadian, O., Exner, M., Hübner, N.O., Simon, A., (Hrsg.), *Krankenhaus und Praxishygiene Hygienemanagement und Infektionsprävention in medizinischen und sozialen Einrichtungen* (Bd. 3). München: Elsevier GmbH
- Schmola, G.& Rapp, B. (2014). *Grundlagen des Krankenhausmanagement Betriebswirtschaftliches und rechtliches Basiswissen* (Bd. 1). Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH
- Schmidt, S., (2016). *Das QM- Handbuch Qualitätsmanagement für die ambulante Pflege* (Bd. 3). Berlin: Springer
- Schlüchtermann, J., (2016). *Betriebswirtschaft und Management im Krankenhaus Grundlagen und Praxis*. (Bd.2). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Troschke, J., Stöbel, U., (2012). *Grundwissen Gesundheitsökonomie Gesundheitssystem öffentliche Gesundheitspflege*. (Bd. 2). Bern: Hans Huber Verlag
- Unverricht, H., (2017). *Geschichtlicher Rückblick*. In: *Hygiene und medizinische Mikrobiologie Lehrbuch für Pflegeberufe* (Bd. 7). Stuttgart: by Schattenauer GmbH
- Unverricht, H., (2017). *Nosokomiale Infektion, Infektionskette und vermehrt infektionsgefährdete Menschen*. In: *Hygiene und medizinische Mikrobiologie Lehrbuch für Pflegeberufe* (Bd. 7). Stuttgart: by Schattenauer GmbH
- Unverricht, H., (2017). *Organisation der Hygiene*. In: *Hygiene und medizinische Mikrobiologie Lehrbuch für Pflegeberufe* (Bd.7). Stuttgart: by Schattenauer GmbH
- Weiß, G., König, B. (2012). *Infektionsmanagement auf Intensivstation Empfehlung zur Diagnostik und Therapie nosokomialer Infektionen*. 1 Auflage. München: Urban & Fischer Verlag

Quellenverzeichnis

- AOK- Bundesverband GbR (o.J.). *Krankenhausfinanzierung*. https://www.aok-bv.de/lexikon/k/index_00437.html, Stand 19.06.2020
- AOK- Bundesverband GbR (o.J.). *Krankenhaus Krankenkassen und Bundesländer teilen sich die Klinikfinanzierung*. https://aok-bv.de/hintergrund/dossier/krankenhaus/index_15352.html, Stand 19.06.2020
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) & Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ), (2007). Von Absolute Risikoreduktion bis Zuverlässigkeit von Leitlinien. Leitlinien-Glossar. Begrifflichkeiten und Kommentare zum Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien (äzq Schriftenreihe Bd. 30). Neukirchen: Make a Book. https://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/Leitlinien/Werkzeuge/ll-glossar.pdf, Stand: 24.06.2020
- Bundesministerium für Gesundheit (2019). *Qualitätssicherung im Krankenhausbereich*. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/qualitaet-krankenhausversorgung.htm>, Stand 23.06.2020
- Bundesverwaltungsamt (o.J.) *Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) Beschreibung*. <https://www.service.bund.de/Content/DE/DEBehoerden/B/BMBF/Bundesministerium-fuer-Bildung-und-Forschung.html?nn=4641496&searchResult=true>, Stand 23.06.2020
- Bundesministerium für Gesundheit (2019). *Finanzierungsgrundlage der gesetzlichen Krankenversicherung*. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/finanzierung-gkv.html>, Stand 23.06.2020
- Bundesministerium für Gesundheit (2019). *Ratgeber Krankenhaus was sie zum Thema Krankenhaus wissen sollten* (Bd.3). <https://www.bundesregierung.de/breg-de/service/publikationen/ratgeber-krankenhaus-731514>, Stand 24.06.2020
- Bundesministerium für Gesundheit (2020). *Qualitätssicherung im Krankenhausbereich*. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/qualitaet-krankenhausversorgung.html>, Stand 24.06.2020
- Bundesministerium für Gesundheit (2020). *Krankenhaushygiene*. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhaushygiene.html>, Stand 27.06.2020

- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (o.J.). *Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz-IfSG) §7 Meldepflichtiger Nachweis von Krankheitserregern*. http://www.gesetze-im-internet.de/ifsg/__7.html, Stand 27.06.2020
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (o.J.). *Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V)- Gesetzliche Krankenversicherung- (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) §70 Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit*. https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/__70.html, Stand 27.06.2020
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (o.J.) *Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz-IfSG) §23 Nosokomiale Infektionen, Resistenzen, Rechtsverordnung durch die Länder*. http://www.gesetze-im-internet.de/ifsg/__23.html, Stand 29.06.2020
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (o.J.). *Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz-IfSG) §6 Meldepflichtige Krankheiten*. http://www.gesetze-im-internet.de/ifsg/__6.html, Stand 29.06.2020
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (o.J.). *Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen*. <http://www.gesetze-im-internet.de/ifsg/index.html>, Stand 30.06.2020
- Bundeszentrale für politische Bildung (2012). *Krankenhausplanung und- finanzierung Krankenhausinvestition*. <https://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72022/krankenhausplanung-und-finanzierung?p=1>, Stand 30.06.2020
- Bundeszentrale für politische Bildung (2012). *Institutionen und Akteure im Gesundheitswesen- Überblick*. <https://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72722/ueberblick>, Stand 30.06.2020
- Bundeszentrale für politische Bildung (2012). *Allgemeine Charakteristika*. <https://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72724/allgemeine-charakteristika>, Stand 01.07.2020
- Bundeszentrale für politische Bildung (2012). *Staatliche Akteure*. <https://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72726/staatliche-akteure?p=0>, Stand 01.07.2020

- Bundeszentrale für politische Bildung (2012). *Staatliche Akteure*.
<https://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72726/staatliche-akteure?p=1>, Stand 03.07.2020
- Bundeszentrale für politische Bildung (2012). *Staatliche Akteure*. <https://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72726/staatliche-akteure?p=2>, Stand 03.07.2020
- Bundeszentrale für politische Bildung (2014). *Strukturen und Versorgungsformen*.
<https://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72594/strukturen-und-versorgungsformen?p=0>, Stand 04.07.2020
- Bundeszentrale für politische Bildung (2014). *Strukturen und Inanspruchnahme*.
<https://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72646/strukturen-und-inanspruchnahme>, Stand 04.07.2020
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes- gemeinsam getragen von RKI und Destatis (2015). *Nosokomiale Infektionen*. http://www.gbebund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=25349, Stand 07.07.2020
- Feidel, M., (o.J.). *Interview für die Bachelorarbeit*. In: Lektorat Bachelorarbeit Mentrioum GmbH. <https://www.lektorat-bachelorarbeit.de/interview/>, Stand 24.07.2020
- Industrie- und Handelskammer Wiesbaden, (o.J.). *Normen (DIN, EN, ISO) was sind Normen*. <https://www.ihk-wiesbaden.de/gruendung/innovation/din-ce-gs/ce-kennzeichen-1262782>, Stand 23.07.2020
- Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (o.J.) *Das KTQ-Verfahren*. <https://www.ktq.de/index.php?id=9>, Stand 16.07.2020
- Robert Koch- Institut (Hrsg.). (2015). *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis*. Berlin: RKI. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtld/gesundheit_in_deutschland_2015.pdf?__blob=publicationFile, Stand 12.07.2020
- Robert Koch- Institut (2017). *Definition nosokomialer Infektionen für die Surveillance im Krankenhaus- Infektions- Surveillance- System (KISS- Definition)*

https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Nosokomiale_Infektionen/nosokomiale_infektionen_node.html, Stand 17.07.2020

Robert Koch- Institut (2018). *Infektionsepidemiologisches Jahrbuch für 2018*.

<https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Jahrbuch/Jahrbuecher/2018.html>, Stand 15.07.2020

Robert Koch- Institut (2019). *Infektions- und Krankenhaushygiene*.

https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/krankenhaushygiene_node.html, Stand 26.07.2020

Robert Koch- Institut (2019). *Pressemitteilung Neue Schätzungen zur Krankheitslast durch Krankenhaus- Infektionen*. https://www.rki.de/DE/Content/Service/Presse/Pressemitteilungen/2019/14_2019.html, Stand 27.04.2020

Robert Koch- Institut (2019). *Antibiotic Stewardship*. https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Antibiotikaresistenz/Antibiotic_Stewardship.html, Stand 15.07.2020

Robert Koch- Institut (2020). *Aktuelle Daten und Informationen zu Infektionskrankheiten und Public Health Epidemiologisches Bulletin Technisches Feedback System verbessert Händehygiene und reduziert durch MRE verursachte nosokomiale Infektionen*

https://www.rki.de/SiteGlobals/Forms/Suche/serviceSucheForm.html?nn=2444038&resourceId=2390936&input_=2420766&pageLocale=de&searchEngineQueryString=technisches+Feedbak+system&submit.x=0&submit.y=0, Stand 06.07.2020

Spitzenverband Bund der Krankenkassen (2019). *Fokus: Krankenhausfinanzierung*.

https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/fokus/krankenhausfinanzierung/thema_krankenhausfinanzierung.jsp, Stand 23.07.2020

Statistische Bundesamt (2020). *Anzahl der Krankenhäuser in Deutschland in den Jahren 2000 bis 2018*. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/2617/umfrage/anzahl-der-krankenhaeuser-in-deutschland-seit-2000/>, Stand 24.07.2020

Anhang

Anhang 1: Leitfadeninterview für das Experteninterview

1 Frage: Bitte nennen Sie Ihre Biografischen Daten u.a. sind hierbei einmal Angaben zu: Namen, Alter, Geschlecht, Berufsbezeichnung und der Berufserfahrung machen!

2 Frage: Bitte beschreiben Sie ausführlich Ihr Aufgabengebiet als Krankenhaushygieniker

3 Frage: Wie würden Sie die Verbreitung und die Entwicklung von NI und MRE in Einrichtungen des Gesundheitswesens beschreiben. Können Sie Angaben zu besonders häufig auftretenden Infektionskrankheiten machen?

4 Frage: Statistisch gesehen ist es zu einem Rückgang der MRSA- Rate in Deutschland gekommen. Was ist Ihrer Meinung nach die Ursache für die Zunahme an NI und MRE in Einrichtungen des Gesundheitswesens? Bitte schildern Sie Ihre eigenen Gedanken!

5 Frage: Bitte erläutern Sie, was für Maßnahmen Sie verwenden, um die Verbreitung von NI und MRE zu verhindern!

6 Frage: Bitte beschreiben Sie mir mit eigenen Worten Gründe, die zur Missachtung der Hygienemaßnahmen und somit zur Verbreitung von NI und MRE führen!

7 Frage: Bitte nennen Sie die verwendeten gesetzliche Regelungen, Richtlinien oder Maßnahmen die Sie zur erfolgreichen Implementierung der Krankenhaushygiene in ihrer Klinik verwenden

8 Frage: Wie würden Sie die Bereitschaft des Krankenhauspersonals zur Krankenhaushygiene einschätzen. Und Welchen Herausforderungen müssen Sie sich als Krankenhaushygieniker stellen?

9 Frage: Inwiefern arbeiten Sie bei der Prävention von NI und MRE mit dem Qualitätsmanagement zusammen?

10 Frage: Welche Zertifizierungsmöglichkeiten verwenden Sie in Ihrer Klinik?

Anhang 2: Transkriptionsregeln

In der nachfolgenden Bachelorarbeit entscheidet sich die Verfasserin, sich an die Transkriptionsregeln von Fuß und Karbach zu orientieren. Daher werden nun die Transkriptionsregeln kurz dargestellt:

- [] → dieses Zeichen deutet auf die Aktion und Reaktion des Interviewenden (I) oder des Befragten (B) hin
- (...) → das nachfolgende Zeichen deutet auf die Sprechpausen im Interview hin, mit den drei Punkten ist die Sekundenanzahl angegeben. Sollten allerdings die Sprechpausen länger sein, sind diese in der Klammer aufgeschrieben.
- / → mit diesem Zeichen ist ein Satzabbruch der entweder seitens der Interviewenden oder seitens der Befragten erfolgt ist
- unv. → mit diesem Zeichen sind unverständliche Passagen im Interview gekennzeichnet
- Buchstaben die besonders betont wurden, werden großgeschrieben
- Sprache und Zeichensetzung werden geglättet
- Anzeichen oder Signale, die dem Gegenüber als Zeichen zu einem aktiven Zuhören verwendet wurden, werden bei der Transkription zur besseren Verständlichkeit und zur besseren Lesbarkeit weggelassen
- Alle Angaben werden anonymisiert und pseudonymisiert (Fuß & Karbach, 2014, S.27).

Anhang 3: Transkription des durchgeführten Experteninterviews

Tabelle 3: Informationen zum durchgeführten Interviews

Interviewende Person	Funda Kilic
Interviewte Person	Krankenhaushygieniker
Abkürzung der Interviewenden	(I)
Abkürzung des Interviewten	(B)
Ort indem die Aufnahme stattgefunden hat	In einem weiter gelegenen Krankenhaus in einem Besprechungsraum
Datum der Aufnahme	08.Juli 2020
Dauer der Aufnahme	41:20 Minuten

1 I: Hallo guten Morgen, ich bin Funda Kilic, die Studentin, die Sie telefonisch kontaktiert
2 hatte.

3 B: Hallo (...) schön Sie zu sehen, Frau Kilic, ich bin Herr XY. Ich denke wir könnten in den
4 Besprechungsraum, da hätten wir unsere Ruhe und würden ungestört das Interview
5 durchführen können. Folgen Sie mir bitte!

6 I: JA

7 B: So (...), bitte nehmen Sie doch Platz, hätten Sie gerne was zu trinken?

8 I: Nein vielen Dank, ich hatte bereits mein Kaffee.

9 B: OK.

10 I: (...) Also vorab möchte ich mich bei Ihnen für die Teilnahme an dem Experteninterview
11 BEDANKEN. Aufgrund der Corona-Pandemie habe ich leider zahlreiche Absagen
12 bekommen und konnte somit das Experteninterview bislang nicht durchführen (...) und
13 deshalb nochmal die kleine Danksagung vorab.

14 B: Haben Sie wirklich so viele Absagen bekommen?

15 I: JA, also ich habe wirklich diverse Krankenhäuser telefonisch als auch per E-Mail versucht
16 zu kontaktieren, aber da viele Einrichtungen strenge Auflagen in Bezug zur Eindämmung
17 der Corona-Pandemie vorgenommen haben, habe ich leider tatsächlich nur Absagen
18 bekommen. Einige Krankenhaushygieniker und Qualitätsmanager waren im Urlaub und
19 konnten somit nicht auf meine E-Mail antworten und da die zeitliche Dauer der

20 Bachelorarbeit begrenzt ist, habe ich gemeinsam mit meinem betreuenden Professor sogar
21 uns Alternativen ausgesucht, was ich sonst machen könnte.

22 B: OK (...) ist einerseits natürlich selbstverständlich, aber es hat ja zumindest hier
23 funktioniert (lachen)! Sie hatten aber auch GLÜCK, da heute mein Büro umgebaut wird und
24 ich somit sowieso nichts zu tun hätte und mich ihre Arbeit, wie sie es mir telefonisch
25 beschrieben haben, sehr INTERESSIERT hat (...) habe ich mir somit Zeit genommen. Also
26 ERZÄHLEN sie mal, was sie heute vorhaben (gespannter Blick)

27 I: Ja also (...) ich befasse mich mit dem Thema: Prävention und Versorgung von
28 nosokomiale Infektionen in Krankenhäusern und die Rolle des Qualitätsmanagements und
29 der Krankenhaushygiene im Gesundheitswesen. Ich weiß, auf dem ersten Schlag klingt es
30 sehr lang (lachen), aber die Arbeit ist sehr gut strukturiert. Da es ein sehr breitgefächertes
31 Themenfeld ist, was viel Vorwissen erfordert, habe ich mich vorab mit den Grundstrukturen
32 des deutschen Gesundheitswesens vertraut gemacht und mit den Akteuren, die im
33 Gesundheitswesen tätig sind /. Des Weiteren habe ich mich mit der Krankenhausversorgung-
34 und Krankenhausfinanzierung sowie mit dem Infektionsschutz und der Entstehung und
35 Übertragung von NI ausführlich auseinandergesetzt. Hierfür habe ich mich zur
36 Beantwortung der Fragestellung intensiv mit der Begriffsdefinition, den Zielen und Nutzen
37 des Qualitätsmanagements und der Krankenhaushygiene befasst und habe dementsprechend
38 versucht, die Themenfelder einzugrenzen. Haben Sie bis hier Fragen (...)?

39 B: NEIN also sie haben sich wirklich ein sehr breitgefächertes Thema ausgesucht. Ich kann
40 mir vorstellen, dass es sehr viel KRAFT und Nerven gekostet hat, das auszuarbeiten (lachen)

41 I: Ja (...) das hat es auf jeden Fall / ich habe es mir am Anfang auch gar nicht so vorgestellt,
42 aber ich bin positiver Dinge und hab mich gut vorgearbeitet. Genau also, wenn wir jetzt
43 wieder auf das Thema zurückgreifen, habe ich hierfür ein paar Fragen zusammengestellt, die
44 ich mit ihrer Hilfe gerne versuchen würde, zu beantworten. Es ist ein sogenanntes
45 Leitfadeninterview, das ich selbst erstellt habe. Ich habe darauf geachtet, dass ich möglichst
46 offene Fragen stelle, sodass Sie eine freie Antwortmöglichkeit haben. Wir müssen uns auch
47 nicht strikt an das Leitfadeninterview halten, vielmehr ist das ZIEL der Befragung, die
48 Sichtweise eines Experten in Hinblick auf die Prävention von NI in Krankenhäusern zu
49 verdeutlichen und die Zusammenarbeit und Kooperation zwischen der Krankenhaushygiene
50 und des Qualitätsmanagements darzustellen.

51 B: JA, (...) dann schauen wir doch mal auf die Uhr, wie lange würden Sie für die Befragung
52 ca. benötigen?

53 I: (...) ALSO es sind 10 Fragen, die zu beantworten sind. Es ist schwer, eine zeitliche Dauer
54 festzulegen, da ich auf eine intensive Beantwortung der Fragen Ihrerseits hoffe, aber ich
55 würde ca. MAXIMAL 45 Minuten sagen.

56 B: Ok, dann legen wir mal los!

57 I: Vielen DANK ! (lachen) /. Also, bevor wir mit dem Leitfadeninterview beginnen, muss
58 ich Sie fragen, ob ich eine mündliche Einverständniserklärung zum Experteninterview und
59 zur Tonaufnahme erhalten kann. Hierbei werden sämtliche Daten vertraulich und im Sinne
60 der Datenschutzrichtlinien ordnungsgemäß behandelt, ANONYMISIERT ausgewertet und
61 gespeichert. Ich müsste für eine erfolgreiche Transkription des Experteninterviews das
62 Gespräch, wenn es möglich ist, mit meinem Smartphone aufnehmen. Ich würde mich freuen,
63 wenn ich ihr Einverständnis dafür bekommen würde, da dies mir einiges erleichtern würde/.

64 B: Ja, ich gebe ihnen hiermit meine Einverständniserklärung mündlich ab, dass sie das
65 Experteninterview mit mir führen dürfen und die Tonaufnahme nebenbei mit ihrem HANDY
66 erfolgen kann.

67 I: Vielen herzlichen DANK (...) /. So, dann lege ich mal mein Smartphone möglichst in die
68 Mitte. Wäre es vielleicht möglich, das Fenster zu SCHLIEßEN , um die Qualität der
69 Tonaufnahme sicherzustellen?

70 B: JA! Das müsste ich hinbekommen, kleinen Augenblick Frau Kilic, Sie sagen mir
71 Bescheid, wenn es Ihnen zu warm drin wird.

72 I: Ja mache ich, danke. Genau, also wie ich bereits erwähnt habe, habe ich für Sie zehn
73 Fragen erstellt. Im ersten Abschnitt des Fragebogens geht es um ihre biografischen Daten.
74 Ich würde einmal damit beginnen, mich vorzustellen. Also ich bin Funda Kilic, bin 27 Jahre
75 alt, und studiere an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften in Bergedorf im siebten
76 Fachsemester Gesundheitswissenschaften und schreibe gerade an meiner Bachelorarbeit mit
77 dem Titel: Prävention und Versorgung von nosokomialen Infektionen in Krankenhäusern
78 und die Rolle des Qualitätsmanagements und der Krankenhaushygiene im
79 Gesundheitswesen. Jetzt würde ich SIE einmal bitten, mir Ihre biografischen Daten u.a.
80 Namen, Alter, ihre Berufsbezeichnung und ihre Berufserfahrung zu nennen

81 B: Also (...) (lachen) (reiben der Hände) ich bin Herr XY, bin 59 Jahre alt, arbeite als
82 Krankenhaushygieniker, bin also Arzt, und habe eine weitere Qualifikation zur
83 Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, die es mir ermöglicht, als
84 Krankenhaushygieniker zu arbeiten. Ich arbeite seit 8 Jahren in der XY Klinik als
85 Krankenhaushygieniker.

86 I: Ok, dann würde ich Sie im nächsten Schritt bitten, Ihr Aufgabengebiet als
87 Krankenhaushygieniker ausführlich zu beschreiben. Denn soweit ich mich belesen habe,
88 haben Sie ein sehr GROßES Aufgabengebiet und sind für vielerlei Bereiche verantwortlicher
89 und Ansprechpartner zugleich könnten

90 B: JA DAS STIMMT pff (...) also ich bin wirklich für viele Bereiche zuständig /. Der
91 Schwerpunkt meines Aufgabengebiets liegt in der Erfassung und Bewertung der
92 Infektionen. Ich erstelle und kontrolliere die Einhaltung der Hygienepläne(...), gebe
93 regelmäßig für verschiedene Berufsgruppen zum Thema Infektiologie Schulungen-, Fort
94 und Weiterbildungen/. Des Weiteren erstelle ich Infektionsstatistiken, also arbeite viel am
95 PC, visualisiere die erfassten Ergebnisse und stelle sie den einzelnen Berufsgruppen vor,
96 sodass präventive Maßnahmen so schnell wie möglich eingeleitet werden können. (...). Des
97 Weiteren mach ich Hygienebegehungen, gehe hierbei in verschiedene Stationen ohne
98 Vorankündigung und schaue mir gemeinsam mit der Hygienefachkraft, die für die Station
99 verantwortlich ist, die hygienischen Verhältnisse der Station an und dokumentiere
100 SCHWACHSTELLEN und erstelle Pläne zur Verbesserung der hygienischen Verhältnisse
101 (...). Ein weiterer Aufgabenbereich von mir, ist die Erstellung von ANTIBIOTIKA
102 KONZILEN, hierfür mache ich Begehungen in verschiedene Stationen und schaue mir
103 gemeinsam mit dem hygienebeauftragten Oberarzt der Station den Antibiotika-Verbrauch an
104 und erfasse den Einsatz und die Nutzung von Antibiotika, sodass die Resistenzentwicklung
105 von MRE verhindert werden kann (...). Ist auch bekannt unter den Namen Antibiotika
106 Stewardship, ist Ihnen dieser Begriff bekannt?

107 I: JA, also der Begriff Antibiotic Stewardship kurz auch ABS ist mir durch meine
108 Recherchen bereits bekannt. Das passt gerade sehr gut, dass sie das ABS nochmal erwähnt
109 haben, denn meine nächste Frage bezieht sich auf die zunehmende Verbreitung von MRE
110 und NI in Einrichtungen des Gesundheitswesens (...). Wie würden sie die Verbreitung und
111 die Entwicklung von NI und MRE in Einrichtungen des Gesundheitswesens beschreiben?
112 Können Sie Angaben zu BESONDERS HÄUFIG auftretenden Infektionskrankheiten
113 machen?

114 B: Also (...) in den letzten Jahren ist es zu einer DEUTLICHEN ERHÖHUNG bestimmter
115 Erreger gekommen u.a VRE, ESBL, 3 und 4 MRGN, Katheterassoziierte Harnwegsinfektion
116 sowie die Beatmungsassoziierte Pneumonie, die meistens durch eine künstliche Beatmung
117 auf Intensivstationen erfolgt /. Frau Kilic, Sie müssen mir Bescheid sagen, ob sie mit den
118 genannten Begriffsdefinitionen etwas anfangen können, ansonsten würde ich es Ihnen
119 nochmal erklären.

120 I: ALSO, ich kenne mich nicht nur durch die Bachelorarbeit mit den genannten Begriffen
121 aus, sondern auch durch meinen Vater. Mein Vater ist seit sechs Jahren ein Wachkomapatient,
122 der einen hypoxischen Hirnschaden hat, der auf einen Herzinfarkt zurückzuführen ist (...).
123 Und ich pflege und betreue mein Vater seit sechs Jahren gemeinsam mit meiner Mutter und
124 mit meiner Schwester. Ich bin sozusagen halb Krankenschwester (lachen) und muss mich
125 natürlich mit gewissen Fachwörtern und Erkrankungen, die mein Vater bereits hatte, gut
126 auseinander setzen.

127 B: Das TUT MIR LEID (trauriger Gesichtsausdruck) (...) wie ALT ist ihr Vater, wenn ich
128 fragen darf?

129 I: Danke, aber ich habe mich schon mit der Situation abgefunden und bin glücklich darüber,
130 dass mein Vater noch bei mir ist. Selbstverständlich dürfen sie fragen, mein Vater ist 54 Jahre
131 alt, also er hatte mit 48 den Herzinfarkt gehabt / . Naja, wenn wir wieder zur Frage
132 zurückkommen kommen würden, ist es statistisch gesehen zu einem Rückgang der MRSA-
133 Rate in Deutschland gekommen. Was ist IHRER Meinung nach die Ursache für die Zunahme
134 an NI und MRE in Einrichtungen des Gesundheitswesens? Bitte schildern SIE IHRE
135 EIGENEN Gedanken!

136 B: Also, jedes Krankenhaus ist dazu verpflichtet, gewisse Hygienestandards, Richtlinien,
137 gesetzliche Regelungen und Empfehlungen einzuhalten (...), damit die Patientensicherheit
138 gewährleistet und die Verbreitung von NI und MRE eingedämmt werden kann. Ich sag es
139 mal so: In Bezug zur MRSA-Prävention gibt es zahlreiche Interventionsmaßnahmen.
140 Patienten*Innen werden bereits bei der Aufnahme in das Krankenhaus durch einen
141 Nasenabstrich auf MRSA geprüft, sofern es eine bestimmte Risikogruppe ist. Zu der
142 Risikogruppe zählen besonders ältere Menschen und immungeschwächte Menschen, die aus
143 einer Pflegeeinrichtung kommen und stationär in einem Krankenhaus aufgenommen werden
144 müssen. In unserer XY-Klinik erfolgt dies zumindest so, dass Risikopatienten direkt mit
145 einem Nasenabstrich untersucht werden und bis die Ergebnisse vorhanden sind, in einem

146 Isolationszimmer sich befinden müssen. Dies führt dazu, dass eine mögliche Infektion mit
147 anderen Personen bis zu dem Vorhandensein der Ergebnisse ausgeschlossen werden kann
148 (...). Die Daten aus dem Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) haben
149 ebenfalls einen signifikanten Rückgang der MRSA Rate in Deutschland feststellen können.
150 Dies zeigt auf, dass das Bewusstsein von MRSA- Infektionen sowie die Aufklärung über die
151 Verbreitungswege in der Gesellschaft zugenommen hat. Dies kann allerdings leider bei MRE
152 und NI nicht behauptet werden. Betrachtet man den Antibiotikaverbrauch, kann gesagt
153 werden, dass die HAUPTURSACHE der Zunahme von MRE und NI auf zwei Komponenten
154 zurückzuführen ist. Zum einen der zunehmende Verbrauch von Antibiotika die die
155 Resistenzentwicklung von MRE und NI begünstigt und zum einen die fehlende Compliance
156 der Hygienemaßnahmen (...)

157 I: Sie sagten eben, dass die Verbreitung von MRE und NI Infektion auf ZWEI Komponente
158 zurückzuführen ist. Bitte erläutern SIE, was für Maßnahmen Sie verwenden, um die
159 Verbreitung von NI und MRE zu verhindern

160 B: Also wie ich bereits erwähnt hatte/ (...) erstellen wir Antibiotika Konzile, damit der
161 Einsatz und die Nutzung von Antibiotika und die Resistenzentwicklung von MRE
162 beobachtet werden kann. Des Weiteren nehmen wir an einer Compliance Beobachtung zur
163 Steigerung der Patientensicherheit Teil unter den Namen Aktion Saubere Hände. Haben Sie
164 schon mal davon gehört?

165 I: Ich habe davon gehört, (...) ABER in meiner Bachelorarbeit habe ich das Thema nicht
166 integriert, könnten SIE mir das Hauptziel der Aktion in einigen Worten KURZ
167 zusammenfassen?

168 B: Ja klar (...) also die Kampagne Aktion Saubere Hände ist eine Compliance Beobachtung,
169 mit dem Ziel, die Händehygiene und den Verbrauch der Händedesinfektion in
170 Krankenhäusern zu verbessern, sodass die Patientensicherheit gewährleistet und die
171 Übertragung von MRE und NI verhindert werden kann.

172 I: Ich verstehe (...) und Sie nehmen an dieser Compliance Beobachtung teil und wenn ja seit
173 wann?

174 B: Ja UNSER KRANKENHAUS nimmt schon seit vielen Jahren an der Aktion teil mit dem
175 Ziel, das Bewusstsein zur Händehygiene und Händedesinfektion bei unserem
176 Mitarbeiter*Innen zu stärken / . 2017 hat unser Krankenhaus auch das Silberzertifikat
177 bekommen, 2018 das Bronze Zertifikat und seit 2019 haben wir das GOLDZERTIFIKAT

178 bekommen und das haben in Hamburg außer unserer Klinik nur ZWEI weitere Kliniken
179 bekommen. Da die Kriterien zur Erlangung des Goldzertifikats nicht ohne sind. Dies zeigt
180 auch, dass wir als Krankenhaus ein besonderer Fokus auf die Patientensicherheit durch die
181 Gewährleistung gewisser Hygienestandards richten.

182 I: Ja das stimmt, es ist natürlich sowohl aus Sicht der Patienten*Innen, als auch aus Sicht der
183 Angehörigen attraktiver, sich in einem Krankenhaus behandeln zu lassen, was ein Zertifikat
184 zur Einhaltung und Integration gewisser Hygienestandards besitzt (...) Hierbei sieht man
185 nochmal, wie breitgefächert das Aufgabengebiet der Krankenhaushygiene ist. Denn die
186 Krankenhaushygiene beinhaltet neben baulichen, organisatorischen als auch personellen
187 Maßnahmen vielerlei Sachen, die beachtet werden müssen. Könnten Sie mir mit eigenen
188 Worten die HAUPTGRÜNDE nennen, die zur Missachtung der Hygienemaßnahmen und
189 somit zur Verbreitung von MRE und NI kommt?

190 B: Auf jeden FALL der ENORME Zeitdruck, denen die Mitarbeiter ausgesetzt sind, das
191 fehlende Personal, das fehlende Fachwissen über Infektionskrankheiten sowie die
192 Verbreitung, fehlende Motivation der Mitarbeit, Missachtung der Vorgaben für die
193 Händehygiene sowie die Missachtung der Kleidungsordnung führt natürlich ebenfalls zur
194 Verbreitung und Übertragung von MRE und NI. Ja, im Großen und Ganzen würde ich sagen,
195 dass die genannten Ursachen Grund dafür sind, dass es zu einer zunehmenden Verbreitung
196 von MRE und NI in Krankenhäusern kommt. Damit die Herausforderungen beseitigt werden
197 können, muss eine regelmäßige Überwachung und Kontrolle durchgeführt werden, was
198 einen hohen organisatorischen Aufwand darstellt (...).

199 I: Ja, das kann ich mir sehr gut vorstellen, dass es ein hoher organisatorischer Aufwand für
200 Sie darstellt / . Ich würde Sie in der nächsten Frage darum bitten, die verwendeten
201 gesetzlichen Regelungen oder Richtlinien, die zur erfolgreichen Implementierung der
202 Krankenhaushygiene in ihrer Klinik verwenden, zu nennen. Eine weitere Frage wäre, wie
203 Sie es als Klinik geschafft haben. das Goldzertifikat in der Aktion Saubere Hände zu
204 erlangen.

205 B: Also wie Sie wissen, gibt es zahlreiche gesetzliche Regelungen, an die wir uns als
206 Krankenhaushygieniker und Klinik halten müssen (...). Unter anderem der Richtlinien der
207 Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention also der KRINKO. Zur
208 Erlangung des Gold Zertifikats mussten gewisse bauliche, organisatorische als auch
209 personelle Maßnahmen eingeführt und verändert werden. Somit ist eine bauliche

210 Maßnahme, die unsere Klinik eingeführt hat, u.a. die Ausweitung von Isolationsräumen für
211 infizierte Personengruppen. Ein Beispiel: Zur Zeit der CORONA-Pandemie haben wir sogar
212 zwei Abteilungen geschlossen und mit Beatmungsmaschinen voll ausgestattet, damit die
213 bauliche Sicherheit gewährleistet werden kann. Eine personelle Maßnahme ist, dass unsere
214 Mitarbeiter*Innen hausinterne Fortbildungen bekommen, sodass sie immer auf dem neusten
215 Stand der Infektionsprävention sind und nach den neusten Hygienestandards arbeiten. Eine
216 organisatorische Maßnahme zur Überwachung der Händehygiene und die Verwendung der
217 Händedesinfektionsmittel erfolgt durch die Noso EX GWA. Hierbei erfolgt mit einer
218 elektronischen Überwachung die Erfassung des Hygieneverhaltens der Hände. Dies erfolgt,
219 indem Mitarbeiter*Innen einen Sensor in ihren Transponder eingebaut bekommen. Die
220 Farbe des Transponders ist von jeder Berufsgruppe unterschiedlich. Somit können speziell
221 das Hygieneverhalten der einzelnen Berufsgruppen erfasst werden. Der
222 Desinfektionsmittelpender besitzt ebenfalls einen Sensor. Beim Betätigen des
223 Desinfektionsmittelpenders erfolgt die Kopplung zwischen dem Transponder und dem
224 Desinfektionsmittelpenders, sodass die Häufigkeit sowie die verwendete Milliliter Anzahl
225 des Desinfektionsmittels elektronisch erfasst und die Datenübertragung an Data Hub
226 erfolgen kann. Data Hub erfasst die Daten an einem Rechenzentrum, sodass nur berechtigte
227 Personengruppen Zugang zu den Daten haben und somit ist die elektronische Erfassung der
228 Händehygiene bezogen auf die unterschiedlichen Berufsgruppen möglich. Dies ermöglicht
229 uns, je nach Berufsgruppe vorhandene Statistiken aufzuzeigen, sodass präventive
230 Maßnahmen eingeleitet werden können, um die Steigerung der Händehygiene
231 sicherzustellen (...). Dies wird dann in verschiedenen zeitlichen Abschnitten nochmals
232 kontrolliert, ob die eingeführten Maßnahmen eingehalten wurden oder ob noch
233 Verbesserungsbedarf besteht.

234 I: Sie meinten vorhin, damit die elektronische Erfassung der Händehygiene bezogen auf die
235 jeweiligen Berufsgruppen erfolgen kann, dass Sie mit Noso EX GWA arbeiten. Nun ist
236 einmal meine Frage, sind Sie die einzige Klinik, die damit arbeitet oder gibt es noch andere
237 Kliniken, die Ihnen bekannt sind? Denn ich höre das das erste Mal und bin von der
238 Ideenfindung wirklich SEHR BEGEISTERT.

239 B: Also es ist ein SMART- UP Unternehmen, was noch wirklich relativ neu auf dem Markt
240 ist (...). Die Idee wurde meinem Chef vorgestellt und da er junge Menschen bei einer guten
241 Ideenfindung oftmals unterstützt, war er, soweit ich weiß, einer der Einzigen, die das
242 SMART- UP Unternehmen finanziell unterstützt hatte. Nachdem allerdings unsere Klinik

243 XY bei der Aktion Saubere Hände das Gold Zertifikat bekommen hatte, haben wohl
244 zahlreiche Kliniken auch nach dem Noso EX GWA gefragt.

245 I: Das finde ich auf jeden Fall auch als pflegende Angehörige eine sehr gute Ideenfindung
246 denn, ich kann Ihnen versichern, dass die Theorie und die Praxis der HÄNDEHYGIENE vor
247 allem in den unterschiedlichen Berufsgruppen nicht miteinander übereinstimmen.

248 B: Wie meinen Sie das jetzt? Also ich öffne Ihnen mal die Statistik der einzelnen
249 Berufsgruppen zum Hygieneverhalten der Hände/. Ich muss nur kurz einmal den Rechner
250 hochfahren, habs gleich (...) Was würden SIE denn sagen, welche BERUFSGRUPPE achtet
251 denn am wenigsten auf die Händehygiene?

252 I: Ja alles gut (lächeln) also ich kann Ihnen nur meine eigenen Erlebnisse schildern (...) und
253 zwar habe ich oftmals bei dem Krankenhausaufenthalt meines Vaters gemerkt, dass ÄRZTE,
254 die eigentlich besonders auf eine angemessene und ordnungsgemäße Handhygiene achten
255 sollten, dies nicht tun. Und somit zum größten Teil die Übertragung der Infektionen durch
256 die Ärzte und in zweiter Reihe von dem Pflegepersonal erfolgt.

257 B: So jetzt habe ich es (...) Ja ich muss sagen, das stimmt. Das sehen Sie auch hier an der
258 Statistik. Und zwar sehen sie hier einmal die Berufsgruppe der Ärzte. Die rote Kurve zeigt
259 auf, wie oft Ärzte den Desinfektionsmittelspender benutzt haben. Auf der anderen Statistik
260 sehen Sie die verwendete Milliliter Anzahl der Händedesinfektion der Ärzte. In beiden
261 Statistiken liegen die Ärzte deutlich unter der vorgesehenen Kurve. Dies ist allerdings die
262 Statistik, die vor einigen Jahren ermittelt wurde. Wie sie sehen, ist die verwendete Milliliter
263 Anzahl der Händedesinfektion auch nicht ausreichend. Normalerweise sollte man 30
264 Milliliter d. h. zwei bis drei Hübe vom Desinfektionsspender nehmen und auf die
265 Einwirkzeit von 30 Sekunden achten. Sie sehen, dass unsere Ärzte den
266 Desinfektionsmittelspender selten verwendet haben, und die Milliliter Anzahl ebenfalls
267 nicht ordnungsgemäß verwendet haben. Mithilfe der elektronischen Überwachung konnten
268 wir somit präventive Maßnahmen einleiten, indem wir mit den verschiedenen
269 Berufsgruppen uns zusammengetan haben, ihnen die Statistiken aufgezeigt haben und diese
270 zur ordnungsgemäßen Verwendung der Desinfektion verleitet haben. In regelmäßigen
271 Abständen haben wir dann kontrolliert, ob es zur Einhaltung und Verbesserung der
272 Hygienemaßnahmen gekommen ist, oder, ob noch Verbesserungsbedarf besteht.

273 I: Ich merke gerade (...), dass die elektronische Überwachung der Händehygiene eine
274 erfolgreiche Maßnahme bei der Prävention von übertragbaren Krankheiten ist.

275 ALLERDINGS kann ich es nicht nachvollziehen, warum gerade Ärzte, die ja eigentlich ein
276 besseres medizinisches Fachwissen haben, sich nicht an die vorgegebenen Richtlinien
277 einhalten. Könnten Sie mir dies begründen?

278 B: Also, zum einen haben die Ärzte einen deutlich höheren Zeitdruck, was sie dazu verleitet,
279 ihren Aufgaben schnellstmöglich nachzukommen. Hierbei kommt der Aspekt der
280 Händehygiene leider ein bisschen zu kurz. Und es ist so, dass in der Pflege der Aspekt der
281 Hygiene besser integriert ist, als in einem Medizinstudium. Daher achten wir besonders in
282 unserer XY Klinik darauf, dass alle Berufsgruppen sich die ausreichende Zeit zur
283 Händehygiene nehmen, damit die Prävention von übertragbaren Infektionskrankheiten
284 verhindert werden kann.

285 I: Deshalb haben Sie wahrscheinlich auch das Goldzertifikat erhalten. Genau, also
286 Krankenhaushygiene kann in der heutigen Gesellschaft als Qualitätsindikator einer
287 Einrichtung beschrieben werden, die einen unmittelbaren Einfluss auf die Ergebnisqualität
288 des Krankenhauses hat. Jetzt ist meine Frage, wie würden Sie die Bereitschaft des
289 Krankenhauspersonals zur Krankenhaushygiene einschätzen. Und welchen
290 Herausforderungen müssen Sie sich als Krankenhaushygieniker stellen?

291 B: Also die Bereitschaft des Krankenhauspersonals zu einer ordnungsgemäßen
292 Durchführung gewisser Hygienestandards ist von Berufsgruppe zu Berufsgruppe sehr
293 unterschiedlich /. Also eine pauschalisierte ANTWORT zu geben, ist sehr schwierig. Ich
294 würde sagen, dass die Bereitschaft zur Einhaltung der Hygienestandards vorhanden ist (...)
295 es aber an Ressourcen fehlt. Wir haben einen deutlichen hohen NOTSTAND in der Pflege.
296 Dies führt unmittelbar dazu, dass die zeitliche Dauer der Pflegekräfte begrenzt ist und diese
297 unter Zeitdruck stehen. Dies führt dazu, dass Hygienestandards missachtet werden, was
298 letztendlich zur Verbreitung von Infektionskrankheiten führt. Es müssten mehr Pflegekräfte
299 eingestellt werden, sodass der Zeitdruck abnimmt und die Pflegekräfte entlastet werden
300 können. (...) also ich muss mich verschiedenen Herausforderungen stellen, die Kontrolle,
301 Bewertung und Analyse von Hygienerelevanten Aspekten ist sehr Zeit und
302 nervenaufwändig. Nicht alle Berufsgruppen sind offen für hygienische Fragen und
303 Veränderungen, sodass es ziemlich lange dauert, eine wünschenswerte Verhaltensänderung
304 herbeizusteuern. Wir als Krankenhaushygieniker bekommen nicht immer die Unterstützung,
305 die wir uns von den verschiedenen Berufsgruppen wünschen, sodass wir oftmals
306 Anforderungen und erarbeitete Zielsetzungen wiederholen müssen.

307 I: Ich verstehe, ja so in etwa habe ich mir auch die Herausforderungen vorgestellt, denen Sie
308 sich stellen müssen. Dann komme ich auch einmal zu meiner nächsten Frage Herr XY.
309 Inwiefern arbeiten Sie bei der Prävention von NI und MRE mit dem Qualitätsmanagement
310 zusammen?

311 B: Also ich spreche mal für unsere KLINIK (...). WIR arbeiten sehr eng mit dem
312 Qualitätsmanagement zusammen. Wir führen gemeinsam mit unseren Qualitätsmanagern
313 regelmäßig interne Hygieneaudits durch (...). Hierbei schauen wir, ob hygienische
314 Verhältnisse, gesetzliche Regelungen und Empfehlungen des Robert Koch- Instituts
315 eingehalten werden. Des Weiteren schauen wir, ob Auditkriterien, Standards und Normen
316 eingehalten werden. Hierbei schauen wir, ob die Effektivität und die Effizienz unserer
317 Managementsysteme erfolgreich ist. Denn nur mit einem erfolgreichen und
318 funktionierenden Managementsystem kann die Prävention von MRE und NI verhindert
319 werden. Mithilfe der durchgeführten internen Hygieneaudits wird geschaut, ob es zu einer
320 Zunahme an NI zum vorherigen Hygieneaudit gekommen ist und ob die eingeführten
321 Anforderungen die zur Eindämmung und Bekämpfung von NI und MRE eingehalten
322 wurden. Nach der Begehung erstellen unsere Qualitätsmanager einen ausführlichen
323 Auditbericht, der ebenfalls Hygienemaßnahmen beinhaltet. Daher haben wir eine enge
324 Zusammenarbeit mit dem Qualitätsmanagement.

325 I: Die enge Zusammenarbeit der Krankenhaushygiene und das Qualitätsmanagement habe
326 ich auch ausführlich in meiner Bachelorarbeit wiederlegt. Es ist schön, dies auch nochmal
327 von Ihnen zu hören, denn nur mit einer erfolgreichen Zusammenarbeit der
328 Krankenhaushygiene und des Qualitätsmanagements kann die Eindämmung und
329 Bekämpfung von NI und MRE erfolgen. Meine nächste Frage bezieht sich eigentlich auf das
330 Qualitätsmanagement, daher weiß ich NICHT, ob Sie es mir beantworten können. Ich habe
331 in meiner Bachelorarbeit das Thema Zertifizierung behandelt und habe verschiedene
332 Zertifizierungsmöglichkeiten dargestellt u.a. das KTQ-Verfahren, das EFQM Modell sowie
333 die DIN EN ISO 9001:2008 Zertifizierung, die oftmals in deutschen Krankenhäusern
334 verwendet werden. Daher würde ich Sie einmal gerne fragen, welche
335 Zertifizierungsmöglichkeiten verwenden Sie in Ihrer Klinik?

336 B: Also wir verwenden die DIN EN ISO 9001:2008, die im Gesundheitswesen weit
337 verbreitet ist. Wir achten darauf, dass die Qualitätsgrundsätze, die in der Zertifizierung
338 aufgelistet sind, erfolgreich in unsere Unternehmensprozesse integrieren. Sind Ihnen die
339 Qualitätsgrundsätze bekannt oder soll ich sie Ihnen nochmal kurz wiedergeben, Frau Kilic?

340 I: JA (...) also die Qualitätsgrundsätze sind mir bereits bekannt, u.a waren es ,um es nochmal
341 kurz zusammenfassend zu sagen, die Patientenorientierung, die erfolgreiche Einbindung des
342 Personals, die erfolgreiche Koordination der Leitung, Optimierung der betriebsinternen
343 Prozesse, die ständige Weiterbildung und Verbesserung der Strukturen und Prozesse im
344 Unternehmen, die Steigerung der Wirksamkeit und der Wirtschaftlichkeit, die
345 Aufrechterhaltung der Beziehungen zu allen Parteien, die im Krankenhaus tätig sind, sowie
346 eine informationsgestützte Vorgehensweise. Habe ich etwas vergessen, möchten Sie mich
347 vllt nochmal ergänzen (lächeln)

348 B: Soweit ich Ihnen folgen konnte, haben Sie alle Qualitätsgrundsätze genannt. Es gehört
349 zwar nicht zu meinem Aufgabengebiet, aber da Sie mir den Titel ihrer Bachelorarbeit gestern
350 telefonisch schon genannt haben, dachte ich mir, dass so eine Frage kommen wird und habe
351 mich nochmal kurz mit dem Qualitätsmanagement in Verbindung gesetzt.

352 I: Vielen DANK, dass Sie das gemacht haben. Ich habe mich ausführlich damit befasst und
353 zum Glück hab ich ja noch meine Notizen hier (lacht).

354 B: (Lachen)

355 I: So das WÄRS (...) auch einmal mit meinen Fragen. Ich möchte mich nochmal recht
356 HERZLICH bei Ihnen bedanken, dass Sie mir die Möglichkeit gegeben haben, dieses
357 informative Experteninterview mit Ihnen führen zu können. Und bedanke mich nochmal
358 auch dafür, dass Sie gewisse Fragen, die im Fragebogen enthalten waren, vorab auch mit
359 dem Qualitätsmanager besprochen haben. Haben Sie noch Fragen an mich, die ich Ihnen
360 beantworten kann?

361 B: Ich bedanke mich auch bei Ihnen Frau Kilic, also ich habe gemerkt, dass Sie sich
362 ausführlich auf das Gespräch vorbereitet haben und großes Interesse an dem Thema haben.
363 Wie lange würden Sie noch ungefähr zur Bearbeitung der Bachelorarbeit benötigen?

364 I: Also meine Abgabe ist am 12. August und bis dahin muss ich noch einiges tun,

365 B: Ich würde mich FREUEN, wenn Sie mir die Bachelorarbeit zukommen lassen würden,
366 da ich auf die Endversion gespannt bin. Ich gebe ihn einmal meine Visitenkarte. Falls noch
367 Fragen Ihrerseits aufkommen sollten, können sie mich jederzeit kontaktieren

368 I: Vielen Dank, ich schicke Ihnen dann die Endversion meiner Bachelorarbeit rüber.

369 B: Ja dann schauen wir mal einmal auf die Uhr... Also es hat knapp knapp 42 Minuten (...)
370 gedauert, doch keine halbe Stunde (lächeln)

371 I: Ja entschuldigen Sie bitte (Lachen).

372 B: Alles gut, Frau Kilic, dann fahre ich mal den Rechner runter (schaltet Rechner aus). So,
373 dann schließen wir mal die Tür, ich begleite Sie nochmal zum Ausgang.

374 I: Super, danke!

375 B: Falls Sie noch Fragen haben sollten, können Sie mich gerne jederzeit anrufen, meine E-
376 Mail Adresse haben Sie auch.

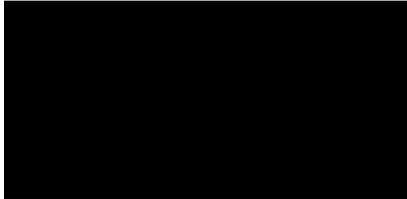
377 I: Ja habe ich, Dankeschön, das werde ich auf jeden Fall machen!

378 B: Auf Wiedersehen!

379 I: Schönen Tag wünsche ich Ihnen noch!

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere hiermit, dass die vorliegende Bachelorarbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt wurden. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quellen kenntlich gemacht.



Funda Kilic

Hamburg 28.08.2020