

Compliance in der Umsetzung von Hygienerichtlinien

Zusammenfassung

Compliance ist das Ausmaß, in dem einer Empfehlung gefolgt wird. Es ist davon auszugehen, dass die Compliance für kaum eine Hygienerichtlinie bei 100% liegt. Die Faktoren, die die Compliance beeinflussen, können auf verschiedenen Ebenen des Gesundheitssystems liegen. Auf der Ebene des individuellen Mitarbeiters sind dies beispielsweise die Einsicht in die Notwendigkeit, positives oder negatives Feedback oder Rollenmodelle. Die Institution muss die strukturellen Vorbedingungen schaffen, die die Einhaltung von Richtlinien erst ermöglichen, und wird dies in Abhängigkeit von der Verbindlichkeit der Richtlinie und von finanziellen Aspekten tun. Eine Richtlinie muss zudem mit gesellschaftlichen Vorstellungen übereinstimmen, um breite Akzeptanz zu finden. Stellt man durch direkte oder indirekte Beobachtung fest, dass die Compliance unter dem erwarteten Niveau liegt, kann eine Verbesserung durch Interventionsprogramme erreicht werden. Ein langfristiger Erfolg ist am ehesten zu erzielen, wenn unterschiedliche Faktoren auf möglichst allen Ebenen des Systems berücksichtigt werden. Dabei ist maßgeblich, dass das Ziel des Programms klar definiert ist, die betroffenen Personen mit den Zielen einverstanden sind und die Institution das Ziel hoch einschätzt. Zu den möglichen Strategien zur Verbesserung der Compliance zählen Maßnahmen auf der Ebene der Mitarbeiter, z. B. Schulungen sowie Verbesserungen der Struktur durch die Institution, z. B. administrative Sanktionierung oder Belohnung. Auf der gesellschaftlichen Ebene ist es die Einflussnahme auf die Erwartungshaltung des Patienten. Solange keine bahnbrechenden Innovationen den Schutz der Patienten vor nosokomialen Infektionen weiter verbessern helfen, hängt die Reduktion nosokomialer Infektionsraten am ehesten von der Compliance bei der Umsetzung bestehender Richtlinien ab.

Schlüsselwörter

Compliance · Hygienerichtlinien · Schulungsprogramme

Das englische Wort Compliance lässt sich mit „Einwilligung“, „Einhaltung“, aber auch mit „Unterwürfigkeit“ übersetzen [1]. Diese Bandbreite von Bedeutungen spiegelt gut die Gefühle wider, die mit Richtlinien und ihrer Umsetzung einhergehen können. Richtlinien können allgemein anerkannt und akzeptiert sein, sie können aber auch als Maßregeln empfunden werden, die zur Disziplinierung ge- oder missbraucht werden.

Bereits eine der ersten wissenschaftlich belegten „Richtlinien“ zur Hygiene, die Maßgabe von I.P. Semmelweis, sich nach der Sektion und vor der Untersuchung von Kreißenden die Hände zu desinfizieren [2], ist ein Beispiel dafür, dass eine Richtlinie als suppressiv empfunden und letztlich erst nach Jahren akzeptiert wurde. Obgleich der Stellenwert der Händehygiene heutzutage allgemein akzeptiert ist, ist eine 100%ige Compliance immer noch nicht gegeben [3], und es besteht kein internationaler Konsens darüber, ob die Händedesinfektion dem Händewaschen vorzuziehen ist.

Dennoch werden gerade im Bereich der Hygiene immer wieder verbindliche Richtlinien gefordert. Nirgendwo sonst scheint es ähnlich schwierig zu akzeptieren, dass es verschiedene wissenschaftlich mehr oder weniger begründbare Standpunkte gibt. Eine mögliche Ursache hierfür ist der präventive, populationsbezogene Ansatz der Hygiene, der nicht nur die Akzeptanz des Einzelnen erfordert, sondern auch die Akzeptanz der Institu-

tion und ggf. der Gesellschaft, um erfolgreich zu sein. So müssen beispielsweise therapeutische Richtlinien zunächst nur vom behandelnden Arzt und ggf. dem Patienten akzeptiert und befolgt werden. Eine Abweichung von der Richtlinie bleibt zunächst eine Angelegenheit zwischen 2 Individuen. Die Umsetzung von Richtlinien zur Hygiene erfordert aber in der Regel die Compliance aller Mitarbeiter des Gesundheitssystems, denn eine einzige pflegende Person, die nicht compliant ist, sich z. B. nicht die Hände desinfiziert, kann die Bemühungen der anderen zunichte machen. Zudem fordern Hygienerichtlinien häufig in nicht unerheblichem Maß die Zuwendung von finanziellen und strukturellen Mitteln und damit ein Mitwirken der Institution.

In der folgenden Übersicht soll der Versuch unternommen werden, am Beispiel der Kleiderordnung herauszuarbeiten, welche Faktoren auf den verschiedenen Ebenen Individuum, Institution und auch Gesellschaft die Akzeptanz und Umsetzung von Hygienerichtlinien beeinflussen können. Anschließend werden einige Überlegungen zur Messung der Compliance und zu Interventionsstrategien mit dem Ziel der Verbesserung der Compliance mit Hygienerichtlinien vorgestellt.

Compliance in der Umsetzung der Kleiderordnungen

Praktisch jedes Krankenhaus verfügt über eine Kleiderordnung, die sehr häufig

© Springer-Verlag 2004

C. Wendt
Sektion Krankenhaus und Umwelthygiene,
Hygiene-Institut Heidelberg,
Im Neuenheimer Feld 324, 69120 Heidelberg
E-Mail: Constanze_Wendt@med.uni-heidelberg.de

C. Wendt

Compliance with infection control guidelines

Abstract

Compliance is the degree to which advice is adhered to. It can be assumed that compliance rates are considerably less than 100% for nearly all infection control guidelines. Factors that may influence compliance rates can be found on different levels of the health care system. Health care workers may adhere to guidelines because they believe that a measure is effective, they receive positive or negative feedback, or because they follow role models. The institution is responsible for providing the structural conditions that allow easy adherence. Incentives for the institution are regulations that have been made mandatory by law or financial considerations. Finally, guidelines must be accepted by society to be widely adhered to. Compliance can be measured by direct or indirect surveillance. If it is found to be under the expected value, it should be improved using interventional programs. Long-lasting effects on compliance rates can be achieved by using a multifactorial approach that considers all levels of the health care system. The goal of the program should be clearly defined and accepted by all parties. Especially the institution should highly value the goal. Strategies that may be used to improve compliance include educational programs for health care workers, provision of better structures by the institution, e.g., administrative sanction or rewarding, or education of patients to influence the expectations of society. As long as there are no striking new interventions to protect the patients, the improvement of compliance with existing guidelines remains the most important measure to reduce rates of nosocomial infection.

Keywords

Compliance · Infection control guidelines · Educational programs

fig als Dienstanweisung implementiert ist. Die Notwendigkeit einer Kleiderordnung ergibt sich aus den Unfallverhütungsvorschriften und der Biostoffverordnung [4]. Dabei steht in der Regel der Schutz der Mitarbeiter im Vordergrund. Es gibt einige wenige Hinweise und Untersuchungen, die zeigen, dass Bekleidung dem Schutz des Patienten dienen kann [5, 6]. Weitere Gründe für eine Kleiderordnung können darin liegen, dass sie dem Krankenhaus eine Corporate Identity vermitteln und mithilfe der Bekleidung Hierarchien widerspiegeln werden können. Entsprechend regelt die Kleiderordnung, welche Kleidung von wem wo getragen werden muss, aber auch, wo bestimmte Kleidung nicht getragen werden darf. Obgleich Verstöße gegen die Kleiderordnung sehr augenfällig sind, kommen sie häufig vor, und die Umsetzung der Kleiderordnung scheint auf viele Widerstände zu stoßen.

Compliance des Individuums

Die Gründe für einzelne Mitarbeiter, sich nicht an die Kleiderordnung zu halten, können vielfältig sein. Dies kann damit beginnen, dass die Einsicht für das Tragen von Dienstkleidung fehlt (Übersicht 1). In einigen Fachdisziplinen, z. B. in der Pädiatrie, wird sogar argumentiert, dass Kittel zu Ängsten bei den Patienten führen können und damit schädlich sind. Andererseits ist mit bestimmter Kleidung ein Image verbunden, das nach außen dargestellt werden soll. Die farbige Bereichskleidung zeigt an, dass deren Träger hoch spezialisiert sind. Das Tragen von OP-Kleidung außerhalb der Operationsabteilung kann also signalisieren: „Ich komme aus dem OP, ich habe gerade eine wichtige Tätigkeit ausgeführt.“ Auch ein Hinweis auf die Berufsgruppenzugehörigkeit in der Kleidung kann dazu führen, dass die Dienstkleidung in Bereichen getragen wird, in denen dies eigentlich nicht akzeptiert wird, z. B. in der Cafeteria.

Werden solche Abweichungen von der Kleiderordnung auch von Vorgesetzten oder anderen Vorbildern gezeigt, so ist die individuelle Bereitschaft, sich selbst an die Regeln zu halten, oft nicht mehr vorhanden. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn die Einhaltung der Regeln mit Mehraufwand verbunden ist, z. B. sich beim Aus- und Einschleusen aus der OP-Abteilung jeweils komplett

Übersicht 1

Faktoren, die die Compliance beeinflussen können

Ebene des Individuums

- Image der Richtlinie
- Rollenmodelle (Vorbilder)
- Positives/Negatives Feedback
- Einsicht in Notwendigkeit
- Richtlinie passt in den kulturellen Hintergrund
- Erinnerungshilfen
- Belastung durch Einhalten der Richtlinie
- Verlust der Entscheidungsfreiheit
- Bewusste/unbewusste Rebellion gegen das System/die Institution

Ebene der Institution

- Gesetzliche Verbindlichkeit der Richtlinie
- Vorsprung/Nachteil gegenüber der Konkurrenz
- Kosten durch Einführung der Richtlinie
- Hoher logistischer Aufwand
- Konkurrierende Richtlinien

Ebene der Gesellschaft

- Erwartungen an das Gesundheitswesen
- Risikoakzeptanz
- Medien
- Mode

umziehen zu müssen. Verstöße gegen die Kleiderordnung könnten zwar dienstrechtliche Konsequenzen bis hin zu einer Abmahnung haben, diese werden aber nur in Ausnahmefällen umgesetzt, insbesondere wenn die Regeln auch von Vorgesetzten nur unvollständig eingehalten werden. Dadurch bestätigt sich dann die Einstellung, dass die Forderungen der Kleiderordnung eher übertrieben seien. Entsprechend fehlt es in aller Regel an positivem Feedback, wenn man sich an die Kleiderordnung hält.

Für Patienten hat ein Verstoß gegen die Kleiderordnung – wenn überhaupt – erst verzögert negative Folgen, sodass ein direkter Zusammenhang für die Person, die den Verstoß begangen hat, kaum ersichtlich wird. Nur in einigen Fällen wird erkannt, dass die Umgebung Krankenhaus ein Risiko für die eigene Person darstellen kann und dass bestimmte Kleidung hier einen Schutz bietet. Letztendlich kann die Uniformität, die in einer Bereichskleidung liegt, auch zu bewusster oder unbewusster Auflehnung

Tabelle 1

Möglichkeiten der Messung der Compliance am Beispiel Händehygiene

	Mitarbeiter wissen von der Beobachtung	Mitarbeiter wissen nicht von der Beobachtung
Direkte Beobachtung		
Eingewiesene Beobachter	✓	✓
Videoüberwachung	✓	✓
Indirekte Beobachtung		
Zähler am Desinfektionsmittelspender	✓	✓
Verbrauch des Händedesinfektionsmittels	✓	✓
Selbsteinschätzung der Mitarbeiter		
Befragung	✓	
Selbstdokumentation (Strichliste)	✓	

gegen das System führen. Die Umsetzung der Richtlinie wird als Verlust der eigenen Entscheidungsfreiheit empfunden und kann damit in Extremfällen als nicht kompatibel mit dem eigenen kulturellen Hintergrund erlebt werden.

Compliance der Institution

Aufgabe der Institution, hier des Krankenhauses, ist es, die strukturellen Vorbedingungen herzustellen, die ein Umsetzen der Richtlinie erst ermöglichen. Für das Beispiel der Kleiderordnung bedeutet dies, dass genügende Stückzahlen an Dienst- und Schutzkleidung zur Verfügung stehen, dass die Kleidung regelmäßig fachgerecht aufbereitet und zeitnah dem Personal zur Verfügung gestellt wird. Zudem müssen ausreichende und angemessene Umkleieräume vorgehalten werden, und vor allem muss die Arbeitszeit, die für Um- und Ankleidemaßnahmen benötigt wird, akzeptiert werden. Das Schaffen solcher Voraussetzung ist mit finanziellem und logistischem Aufwand verbunden. In Zeiten knapper werdender Ressourcen führt das Fehlen verbindlicher Regeln, z. B. von Gesetzen oder Verordnungen, die genaue Vorgaben machen, dazu, dass die mit der Umsetzung verbundenen Aufwendungen gescheut werden (Übersicht 1). So wird häufig darüber geklagt, dass zu wenig Kittel zur Verfügung stehen, um die Kleidung gemäß der Kleiderordnung zu wechseln. Erst wenn ein solcher Mangel zu Nachteilen gegenüber Mitbewerbern führen würde, z. B. durch ein negatives Außenbild, weil die Mitarbeiter schmut-

delig aussehen, kann ein Anreiz vorhanden sein, die strukturellen Bedingungen zu verbessern.

Innerhalb des Klinikbetriebes kann es dazu kommen, dass verschiedene Richtlinien einander widersprechen. So kann der Wunsch nach Einsparung von Personal dazu führen, dass für eilige Bluttransporte innerhalb einer Operationsabteilung kein Personal mehr zur Verfügung gestellt werden soll, Umkleidezeiten eines externen Transportdienstes aber als zu lang empfunden werden und die Kühlkette unterbrechen könnten. Hier muss eine Hierarchie von Richtlinien geschaffen werden, die allerdings wieder Rückwirkungen auf die Compliance des Einzelnen haben kann. Letztendlich kann ein Krankenhaus neben der Schaffung struktureller Bedingungen auch innerhalb der Institution ein Klima schaffen, in dem über alle Ebenen hinweg die Umsetzung einer Richtlinie als gemeinsames Ziel angesehen wird, wenn z. B. das Erscheinungsbild der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als „Visitenkarte“ des Hauses gesehen wird.

Compliance der Gesellschaft

In der Gesellschaft besteht ein bestimmtes Bild, wie ein Krankenhaus auszusehen hat. Dieses Bild ist zum Teil von Traditionen geprägt, wird aber auch in den Medien aufgegriffen und verändert. Daraus entstehen Erwartungshaltungen darüber, was zur Heilung in der Klinik erforderlich ist oder was ein Risiko für den Patienten darstellt. Entsprechend

gibt es Vorstellungen über die Berufskleidung eines Arztes, darüber, wie eine Schwester gekleidet ist und welche Kleidung z. B. auf einer Intensivstation getragen wird. Diese Erwartungen sind nicht rational bedingt, sondern können auch bestimmten Moden unterworfen sein. Entspricht eine Kleiderordnung nicht diesen Erwartungen, so ist mit hoher Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass sie nicht oder nur mit größten Schwierigkeiten umsetzbar ist. Man stelle sich vor, es würde versucht; rot-gelb gestreifte Kasaks oder geblümete Kittelschürzen als Dienstkleidung einzuführen.

Anhand dieser Übersicht wird deutlich, dass die Compliance gegenüber einer Richtlinie von vielen Faktoren abhängig sein kann, wobei sich der Einfluss der einzelnen Faktoren je nach Art der Richtlinie erheblich unterscheiden kann. Soll die Compliance verbessert werden, so ist es erforderlich, möglichst alle Einflussfaktoren zu analysieren, um dann, entsprechend den multifaktoriellen Ursachen, Interventionsprogramme zu entwickeln, die verschiedene Ansatzpunkte haben.

Überwachung der Compliance

Bevor interveniert wird, ist es sinnvoll, die Compliance zu überprüfen. Dabei ist die Compliance das Ausmaß, in dem einer Empfehlung gefolgt wird, z. B. kann sie als Rate der durchgeführten Maßnahmen im Verhältnis zu den erwarteten Maßnahmen angegeben werden. Auf der Ebene des Individuums lässt sich die Compliance z. B. anhand der direkten Beobachtung der einzelnen Maßnahmen ermitteln. Obgleich dies zunächst einfach klingt, kann die Beobachtung Schwierigkeiten bereiten. Zum einen muss konkret definiert werden, wann die Durchführung einer zu beobachtenden Maßnahme erwartet wird. Beispielsweise hat der Vergleich verschiedener Empfehlungen zur Händehygiene gezeigt, dass die Indikationen für die Händehygiene oft nur unscharf formuliert sind [7]. In der Praxis bleibt es oft der Abwägung des Einzelnen überlassen, wann genau eine Händedesinfektion erforderlich ist. Dies kann zu Differenzen in der Einschätzung eines Beobachters und eines Beobachteten führen. Zum anderen muss klar sein, wie die Maßnahme durchgeführt werden muss. Ist

Tabelle 2
Strategien zur Verbesserung der Compliance

Strategie	Verhaltensveränderung des Individuums	Veränderung in der Institution	Veränderung in der Gesellschaft
Aufklärung/Fortbildung	✓		
Routinemäßig Beobachtung und Feedback	✓		
Eindeutige schriftliche Protokolle	✓	✓	
Erinnerungshilfen	✓	✓	
Kontrollmechanismen	✓	✓	
Aktive gestalterische Teilnahme	✓-	✓	
Verbesserung von zeitlicher Struktur		✓	
Verbesserung von Zugangsmöglichkeiten		✓	
Administrative Sanktionierung/Belohnung		✓	
Einführung eines Compliance-Programms		✓	
Gesetzliche Regelung		✓-	✓
Aufklärung des Patienten			✓

z. B. das Waschen der Hände akzeptabel, wenn die Händehygiene erwartet wird?

Die Beobachtung selbst kann mit oder ohne Kenntnis der Beobachteten und teilweise unter Zuhilfenahme technischer Einrichtungen, z. B. Videokameras, durchgeführt werden (Tabelle 1). Wissen Mitarbeiter, dass sie beobachtet werden, so ist damit zu rechnen, dass die tatsächliche Compliance überschätzt wird (Hawthorne-Effekt). Andererseits kann eine offene Beobachtung, kombiniert mit Schulungsmaßnahmen, bereits geeignet sein, die Compliance erheblich zu verbessern [8]. Auch die indirekte Beobachtung der Compliance ist möglich, entweder indem ein indirekter Indikator, z. B. der Verbrauch an Händedesinfektionsmittel, oder das Outcome, z. B. die Rate nosokomialer Infektionen, gemessen wird. Die indirekte Beobachtung erlaubt allerdings kaum weitere Rückschlüsse, z. B. auf Unterschiede in der Compliance zwischen einzelnen Berufsgruppen oder zu unterschiedlichen Tageszeiten.

Die Compliance der Institution lässt sich in der Regel nicht in Form des oben genannten Verhältnisses beschreiben. Hier kann mithilfe von Audits geprüft werden, ob Richtlinien akzeptiert und die Bedingungen geschaffen werden, um diese umzusetzen. Allerdings sollte bei schlechten Complianceraten auf der Ebene der Mitarbeiter geprüft werden, ob diese durch eine schlechte Compliance der Institution bedingt ist.

Möglichkeiten zu Verbesserung der Compliance

Da die unmittelbare Tätigkeit am Patienten das größte Risiko für eine nosokomiale Infektion birgt, enthalten die meisten Richtlinien Empfehlungen, die sich auf das Verhalten am Patienten beziehen. Das eigene Verhalten langfristig zu ändern, ist jedoch eine schwierige Aufgabe, die in der Regel einen kombinierten Einsatz verschiedener Strategien erfordert. In einer Übersicht stellten Kretzer und Larson [9] verschiedene Verhaltenstheorien vor und untersuchten, inwieweit einzelne Elemente dieser Theorien in Interventionen zur Verbesserung der Compliance verwendet wurden. Sie arbeiteten folgende Elemente heraus, die in einem Programm zur Verbesserung der Compliance enthalten sein sollten: Das Ziel der Verhaltensänderung muss klar definiert sein. Die betroffenen Personen müssen mit den Zielen der Verhaltensänderung einverstanden sein, und die Institution muss das Ziel hoch schätzen. Es müssen die Komponenten identifiziert werden, die den größten Einfluss auf das Verhalten haben, und es müssen entsprechende Interventionen ausgewählt werden. Personen, die ihr Verhalten ändern sollen, müssen gemäß des Standes der Verhaltensänderung folgenden Gruppen zugeordnet werden:

- ▶ Personen, die keine Bereitschaft zeigen, das Verhalten zu ändern,
- ▶ Personen, die das Problem erkennen,

- ▶ Personen, die konkrete Absicht haben, das Verhalten zu ändern,
- ▶ Personen, die bereits dabei sind, das Verhalten zu ändern,
- ▶ Personen, die dabei sind, das neue Verhalten in den Alltag zu integrieren, und
- ▶ Personen, die das Verhalten fest in den Alltag integriert haben.

Die Effektivität der Interventionen muss überprüft und die Strategien müssen ggf. geändert werden, bis möglichst alle Gruppen ein abschließendes Stadium der Verhaltensänderung erreicht haben.

Im Hinblick auf die Compliance bei Hygienerichtlinien liegen die größten Erfahrungen mit der Händehygiene vor. Gerade in diesem Bereich wurde der Einfluss einer Reihe von möglichen Interventionen auf Verhaltensänderungen untersucht (s. Zusammenstellung in [3]). Zu den wichtigsten Elementen dieser Interventionen zählten die kontinuierliche Schulung des Personals, das Feedback der Beobachtungen zur Compliance, Erinnerungshilfen (Plakate), die Verbesserung der Erreichbarkeit von Waschbecken oder die Umstellung auf wasserunabhängige Händedesinfektionsverfahren sowie die Einforderung der Teilnahme an den Interventionen auf individueller und institutioneller Ebene. Obgleich die nachhaltige Wirksamkeit der einzelnen Elemente nur in wenigen Fällen durch Langzeitbeobachtungen belegt wurde [10], zeigt sich, dass Interventionen, die eine Verhaltensänderung zum Ziel haben, möglichst kombiniert

auf mehreren Ebenen des Systems erfolgen müssen. Eine Zusammenstellung möglicher Interventionsstrategien findet sich in Tabelle 2.

Um die Compliance mit Richtlinien auf der Ebene der Institution zu verbessern, bedarf es in der Regel gesetzlicher Vorschriften, Verordnungen oder finanzieller Anreize. Es liegt hier im Aufgabenbereich des Krankenhaushygienikers zu verdeutlichen, dass die Umsetzung einer Richtlinie kosteneffektiv ist. Dies zeigt sich entweder über finanzielle Einsparungen, z. B. weil weniger nosokomiale Infektionen auftreten, oder aber durch Mehreinnahmen, z. B. dadurch, dass sich der Ruf des Krankenhauses verbessert und mehr Patienten kommen. Beide Größen lassen sich jedoch nur indirekt berechnen. Sie sind zudem vom Kostenerstattungssystem des Gesundheitssystem abhängig, so dass es im Einzelfall schwierig sein kann, die Compliance der Institution auf Basis dieser Größen zu verbessern.

Zusammenfassung und Ausblick

Der populationsbezogene präventive Ansatz von Hygienerichtlinien erfordert die Akzeptanz der Richtlinie nicht nur durch den individuellen Mitarbeiter, sondern auch durch die Institution und ggf. durch die Gesellschaft. Diese Tatsache muss bereits bei der Erstellung der Richtlinie berücksichtigt werden. Andernfalls besteht die Gefahr, dass aufgrund einzelner inakzeptabler Empfehlungen eine ganze Richtlinie als nicht umsetzungswürdig eingeschätzt wird. Die Umsetzung der verschiedenen Richtlinien mit dem Ziel einer möglichst hohen Compliance kann von verschiedenen Faktoren auf verschiedenen Ebenen des Systems beeinflusst werden.

Diese sind so komplex, dass es in aller Regel die Möglichkeiten einer Abteilung für Krankenhaushygiene übersteigen wird, für die gesamte Bandbreite der Richtlinien Programme zur Verbesserung der Compliance durchzuführen. Hier besteht die Möglichkeit, durch die Einbeziehung von Partnern, z. B. des Betriebsarztes oder von Personen aus dem Qualitätsmanagementsystem, punktuell Verbesserungen zu erzielen. Letztendlich ist die Compliance ein fachübergreifendes Problem, das nicht nur die Krankenhaushygiene, sondern auch alle anderen Bereiche des Gesundheitssystems betrifft, z. B. die therapeutischen Richtlinien, die Richtlinien zur Dokumentation, die Abfallentsorgungskonzepte, die Unfallverhütungsvorschriften, die Richtlinien zur Herstellung von Arzneimitteln, das HACCP-Konzept bei der Lebensmittelzubereitung oder die Wartungsprogramme von technischen Einrichtungen des Krankenhauses. Diese Erkenntnis hat dazu geführt, dass in den USA krankenshausweite Programme zur Verbesserung der Compliance eingeführt werden. Solche Programme sollen nach den Vorschlägen der Health Care Compliance Association mit entsprechenden Ressourcen ausgestattet und von einem „Compliance-Officer“ geleitet werden [11]. Ob ein solches System auch in Deutschland sinnvoll ist, hängt letztlich vom Kosten-Nutzen-Verhältnis für das deutsche Gesundheitssystem ab.

Da auf dem Gebiet der Hygiene in nächster Zeit kaum weitere bahnbrechende Innovationen zum Schutz der Patienten vor Infektionen zu erwarten sind, ist die weitere Reduktion nosokomialer Infektionsraten nur durch eine gute Compliance mit bestehenden Richtlinien zu erreichen. Dies bedeutet aber auch, dass die Autoren der Richtlinien ein hohes Maß an Verantwortung tragen. Denn nur geeignete, nachvollziehbare, verständliche und gut begründete Richtlinien werden eine breite Akzeptanz finden.

Literatur

1. Muret E, Sanders D et al. (1991) Langenscheidts Großwörterbuch, Englisch. Der kleine Muret-Sanders. Tl. 1 Englisch-Deutsch. Langenscheidt, Berlin München
2. Semmelweis IP (1861) Die Ätiologie, der Begriff und die Prophylaxis des Kindbettfiebers. CA Hartleben, Pest Wien Leipzig
3. Boyce JM, Pittet D et al. (2002) Guideline for hand hygiene in healthcare settings. Recommendations of the healthcare infection control practices advisory committee and the HIPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. *Am J Infect Control* 30 [Suppl]:S1–S46
4. Kralj N (2001) Persönliche Schutzausrüstungen im Gesundheitsdienst. Hygiene in Krankenhaus und Praxis. E. Beck, Tilkes. Ecomed, Landsberg
5. Puzniak LA, Leet T et al. (2002) To gown or not to gown: the effect on acquisition of vancomycin-resistant enterococci. *Clin Infect Dis* 35:18–25
6. Srinivasan A, Song X et al. (2002) A prospective study to determine whether cover gowns in addition to gloves decrease nosocomial transmission of vancomycin-resistant enterococci in an intensive care unit. *Infect Control Hosp Epidemiol* 23:424–428
7. Wendt C (2001) Hand hygiene-comparison of international recommendations. *J Hosp Infect* 48 [Suppl]:S23–S28
8. Leclair JM, Freeman J et al. (1987) Prevention of nosocomial respiratory syncytial virus infections through compliance with glove and gown isolation precautions. *N Engl J Med* 317:329–334
9. Kretzer EK, Larson EL (1998) Behavioral interventions to improve infection control practices. *Am J Infect Control* 26:245–253
10. Pittet D, Hugonnet S et al. (2000) Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. *Infection Control Programme. Lancet* 356:1307–1312
11. The Health care Compliance Association Compliance Performance Measurement Initiative Task Force (2003) Evaluating and improving a compliance program. The Health Care Compliance Association, Minneapolis