

Hygienemanagement in der Logopädie

Studie zur Umsetzung hygienischer Maßnahmen in logopädischen Praxen

Laura Gerda Mirtsch

ZUSAMMENFASSUNG. Das Thema Hygiene im Gesundheitswesen ist in den vergangenen Jahren zunehmend in den Fokus von Öffentlichkeit und Politik gerückt. Die vorliegende Studie befasst sich mit der Frage, wie die Umsetzung hygienischer Maßnahmen in logopädischen Praxen erfolgt. Dazu wurden randomisiert 40 selbstständige und in Praxen angestellte LogopädInnen befragt, ob und wie sie die vom Robert Koch-Institut empfohlenen Maßnahmen umsetzen. Das Ergebnis ist eindeutig: Das Hygienemanagement in logopädischen Praxen ist vielfach unzureichend. So verfügt die Hälfte der Befragten nicht über die empfohlene Hygieneausstattung und wendet Maßnahmen der Händehygiene falsch an. In keiner der Praxen werden Medizinprodukte korrekt aufbereitet. Es zeigt sich, dass das theoretische und praktische Wissen über Hygienemaßnahmen bei den Berufsangehörigen unzureichend ist und dringend verbessert werden muss.

Schlüsselwörter: Logopädie – Hygiene – Medizinprodukte – Händehygiene – Händedesinfektion

Einleitung

In den letzten Jahren ist das Thema Hygiene in Deutschland vermehrt in den Fokus der Öffentlichkeit und Politik gerückt. Anlass dafür geben immer wieder Berichte in den Medien über das Auftreten nosokomialer Infektionen, die Forderung nach Einhaltung hygienischer Standards bei Ärzten und Zahnärzten, bei Pflegekräften und Reinigungspersonal in Praxen und Kliniken sowie die Aufdeckung von Missständen in Lebensmittelbetrieben.

Mit der Änderung des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) vom Juni 2011 (BMJV 2011) und der damit verbundenen verpflichtenden Anforderung der Erlassung von Hygieneverordnungen in den Bundesländern hat der Gesetzgeber reagiert und die Anforderungen verschärft. Somit sieht die Bundesregierung im klinischen Sektor bundesweite Veränderungen „zur Vereinheitlichung der in Deutschland geltenden gesetzlichen Vorschriften zur Hygiene“ (BMG 2011) vor. Allerdings sind diese Gesetze aufgrund des föderalistischen Systems nur landesspezifisch verbindlich (Zinn et al. 2006).

Die logopädische Tätigkeit ist mit Patientenkontakt verbunden, u.a. mit Haut und Schleimhaut – insbesondere im oralen Bereich – sowie der Nutzung von Medizinprodukten (MP) in diesem Areal. Aufgrund

der hohen Behandlungsdichte und des häufigen Wechsels zwischen verschiedenen Arbeitsorten besteht eine erhöhte exogene Übertragungsfahr von Infektionen von den PatientInnen auf die TherapeutInnen sowie die Möglichkeit von Kreuzkontaminationen zwischen den PatientInnen. Im Sinne der Verpflichtung zum Selbst- und Patientenschutz sind daher hygienische Maßnahmen hinsichtlich der Händehygiene und bei der Aufbereitung von Medizinprodukten (MP) notwendig.

Die Leitungen von logopädischen Praxen haben die Pflicht, Maßnahmen zu treffen, um nosokomiale Infektionen zu verhüten und die Weiterverbreitung von Krankheitserregern, insbesondere von solchen mit Resistenzen, zu vermeiden. Entscheidend dafür ist der jeweilige Stand der medizinischen Wissenschaft. Dessen Einhaltung wird vermutet, wenn jeweils die veröffentlichten Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut beachtet worden sind (§ 23 IfSG 2011). Rein formell sind diese Empfehlungen zwar nicht rechtlich verbindlich, doch die o.g. Forderung des Gesetzgebers hinsichtlich der Hygiene in der Logopädie lässt sich kaum anders als durch Befolgen der Empfehlungen des RKI umsetzen und nachvollziehen.

Laura Gerda Mirtsch (M.Sc.)

schloss 2012 ihre Ausbildung zur Logopädin an der amt-Gesundheitsakademie in Recklinghausen ab. Das anschließende Masterstudium an der Donau-Universität Krems beendete sie 2014 mit einer Masterthesis über



„Hygienemanagement in der Logopädie“. Sie ist in einer logopädischen Praxis in Dortmund beschäftigt und war in diesem Rahmen auch konsiliarisch tätig auf der Stroke-Unit im Klinikum Dortmund und im ehemaligen Ev. Krankenhaus Bethanien (jetzt „Ortho-Klinik“) in Dortmund. Ihre fachlichen Schwerpunkte sind Dysphagie und Unterstützte Kommunikation.

Die überprüfbare praktische professionelle Handhabung der hygienischen Maßnahmen muss unter verschiedenen Voraussetzungen gewährleistet sein:

- LogopädInnen im klinischen Sektor unterstehen dem vom Haus gestellten Hygienemanagement. Es wird ein konkretes Verhalten durch Vorschriften vorgegeben und – im Idealfall – regelmäßig kontrolliert. Ferner ermöglicht die klinische Anbindung eine Erweiterung der Wahl sowie der Aufbereitungsmöglichkeiten der Medizinprodukte.
- Ambulant tätige LogopädInnen unterliegen den Regularien der jeweils zuständigen Gesundheitsbehörde, jedoch zunächst (bei angestellten LogopädInnen) den direkten Vorgaben des jeweiligen Arbeitgebers.
- Freiberufliche LogopädInnen komplementieren die Verantwortung des Arbeitgebers und Arbeitnehmers.

Das Fehlen eines Hygienebeauftragten in der logopädischen Praxis kann allerdings zu Unsicherheiten im Hygienemanagement führen und damit zu einem potenziell erhöhten exogenen Infektionsrisiko für TherapeutInnen und PatientInnen. Im Hinblick auf die o.g. Voraussetzungen ist zu vermuten, dass in der Realität der logopädischen Praxis keine einheit-

liche Anwendung und Kontrolle hygienischer Maßnahmen gegeben ist. Dies zeigt die Notwendigkeit auf, dass die praktische Ausübung hygienischer Maßnahmen in einem größeren Kontext analysiert und evaluiert werden muss, der die organisatorischen, mentalen und finanziellen Faktoren berücksichtigt.

Fragestellung und Hypothesen

Die oben beschriebenen Bedingungen logopädischer Tätigkeit – Arbeitsfeld im bakteriellen Milieu und Medizinprodukteinsatz – sowie die genannten drei Voraussetzungen der logopädischen Arbeit sind die Grundlage der in dieser Arbeit vorgestellten Pilotstudie. Sie zentriert sich mit der Fragestellung „Wie erfolgt die Umsetzung hygienischer Maßnahmen in der logopädischen Praxis?“ auf den ambulanten Sektor.

Diese Fragestellung wird mit folgender Nullhypothese und weitergehenden Unterhypothesen untersucht:

- LogopädInnen wenden empfohlene strukturelle und prozessorientierte Hygienemaßnahmen fehlerhaft an.
- Logopädische Praxen verfügen über unzureichende Strukturmerkmale zur optimalen Ausübung hygienischer Anwendungen.
- Logopädische Praxen verwenden keine dokumentierten und anwendungsbezogenen Hygienepläne.
- LogopädInnen wenden Maßnahmen der Händehygiene falsch an.
- LogopädInnen können Medizinprodukte nicht einstufen und adäquat aufbereiten.
- Es gibt Korrelationen zwischen hygienischen Prozessmerkmalen und Tätigkeits-schwerpunkten, Aus- und Fortbildung, Arbeitsort(en).

Methodik

Zielsetzung

Zum Hygienemanagement in der Logopädie bzw. in logopädischen Praxen in Deutschland ist bisher keine Studie bekannt. Das Ziel der vorliegenden Untersuchung war daher ein erster Schritt, diese Lücke zu schließen. Auf dem Wege einer Fragebogenerhebung sollten im Rahmen einer Pilotstudie mit 40 Probanden erste Daten erhoben werden, die Rückschlüsse auf den Status quo zulassen und die genannten Hypothesen belegen oder widerlegen.

Instrument

Als Instrument der Befragung diente ein einheitlicher Fragebogen. Die Inhalte orientieren sich am Ausstattungskatalog des *dbl* (2004), den aktuell geltenden Empfehlungen zur Hän-

dehygiene und Medizinprodukteaufbereitung des *Robert Koch-Instituts* (RKI 2000, 2012) sowie der *Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention* (KRINKO). Sie gliedern sich in vier Schwerpunkte:

- soziodemografische Strukturmerkmale,
- berufsbezogene Strukturmerkmale,
- Händehygiene,
- Aufbereitung von Medizinprodukten.

Zu jedem Komplex enthielt der Fragebogen eine unterschiedliche Anzahl an Fragen, die durch Ankreuzen beantwortet werden konnten. Teilweise bestand die Möglichkeit zu Mehrfachantworten. Der zweite Themenkomplex bot darüber hinaus eine freie Antwortmöglichkeit im Bereich „Fortbildung(en)“. In den Themengebieten „Händehygiene“ und „Aufbereitung von Medizinprodukten“ gab es mehrfach jeweils vier Antwortmöglichkeiten.

Durchführung

Die Qualität des Fragebogens und die Quantität an Fragen wurde zunächst in einem Pretest mit 10 ProbandInnen überprüft. Die eigentliche Befragung erfolgte zwischen dem 1.8. und 30.10.2013. Die betreffenden Praxen wurden per Zufallsstichprobe aus der Mitgliederdatenbank des *dbl* ausgewählt. Vor der Versendung der Fragebögen wurden die Praxen telefonisch kontaktiert, eingehend über den Inhalt der Pilotstudie informiert und um Erlaubnis zur Zusendung der Fragebögen gebeten. Die Anzahl der in der Praxis arbeitenden LogopädInnen bestimmte die Menge der Fragebögen, die der jeweiligen Praxis zugesandt wurden.

Die methodische Form der schriftlichen Befragung wurde gewählt, damit die TeilnehmerInnen den Fragebogen unabhängig von ihrer Praxistätigkeit in Ruhe und ohne Zeitdruck beantworten konnten. Die Bearbeitungszeit des Fragebogens wurde mit ca. 15 bis 20 Minuten kalkuliert. Den Befragten wurde ein frankierter und adressierter Briefumschlag zur Rücksendung zur Verfügung gestellt. Die Befragung und Datenerhebung erfolgte

ABKÜRZUNGEN

AWMF Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften

HyHÄ Hygienische Händedesinfektion

IFSG Infektionsschutzgesetz

KRINKO Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention

LogAPRO Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Logopäden

MP Medizinprodukt(e)

RKI Robert Koch-Institut

■ Abb. 1: ProbandInnen – Praxen

Praxen	Fragebögen	Summe
7	1	1
11	2	22
2	3	6
1	5	5
Anzahl der ProbandInnen		40

■ Abb. 2: ProbandInnen

Anzahl	n	
Geschlecht	w	12,5 %
	m	87,5 %
Alter	< 35	57,5 %
	35 < 45	20,0 %
	45 < 55	17,5 %
	55 < 65	5,0 %
	≥ 65	0,0 %
Ausbildung	Ausbildung	42,5 %
	Studium	40,0 %
	Ausbildung + Studium	17,5 %
Tätigkeit	selbstständig	22,5 %
	angestellt	82,5 %
	Dozent	12,5 %

anonym. Anhand der auf dem Anschreiben genannten Kontaktmöglichkeiten hatten die ProbandInnen die Möglichkeit, die Fragestellerin bei eventuellen Unklarheiten und/oder Rückfragen zu kontaktieren.

Grundgesamtheit

Als Grundgesamtheit dieser Studie wurden LogopädInnen definiert, die in Deutschland in einer logopädischen Praxis angestellt oder selbstständig sowie über eine Webrecherche in der öffentlichen Therapeutendatenbank des dbl zu finden sind. Da es keine bundes-

weite Auflistung logopädischer Praxen gibt, richtet sich die Studie an logopädische Praxen, die Mitglieder im dbl und somit auf der Webseite des Verbandes unter „Logopäden-suche“ aufgeführt sind.

Zufallsstichprobe

Im Rahmen dieser Masterthesis war eine qualitative Auswahl an LogopädInnen notwendig, um Rückschlüsse auf die bereits bestimmte Grundgesamtheit ziehen zu können. Zur Vermeidung der Bevorzugung bestimmter Personengruppen erfolgte die Auswahl randomisiert. Sie wurde anhand einer zufälligen Auswahl eines Bundeslandes sowie einer darauffolgenden randomisierten Auswahl einer Postleitzahl erhoben. Innerhalb dieses Postleitzahlgebietes wurden die logopädischen Praxen ebenfalls nach dem Zufallsprinzip ausgewählt.

Stichprobengröße

Aufgrund des Status einer Pilotstudie umfasst die Befragung 40 ProbandInnen. Dazu zählen LogopädInnen, die in einer logopädischen Praxis angestellt (unabhängig von der Art des Anstellungsverhältnisses) oder selbstständig sind.

Ergebnisse

Soziodemografie

Die 40 ProbandInnen verteilen sich auf insgesamt 21 logopädische Praxen (Abb. 1). Das Genderverhältnis liegt mit einer deutlichen Mehrheit von 87,5% bei den weiblichen TherapeutInnen (Abb.2). Der Schwerpunkt der Altersverteilung liegt mit 57,5% bei den unter 35-Jährigen. Die Gruppen der 55- bis 65-Jährigen (5%) und der über 65-Jährigen (keine Nennung) sind deutlich unterrepräsentiert.

Berufsbezogene Strukturmerkmale

Das Verhältnis zwischen Ausbildung und/oder Studium in der Logopädie ist ausgeglichen. Die Berufserfahrung liegt zwischen 9

Monaten bis maximal 11,3 Jahren. Von den 40 ProbandInnen sind 22,5% selbstständig, davon 89% weiblich und 11% männlich.

Nur 7,5% ProbandInnen gaben die Praxis als alleinigen Arbeitsort an (Abb. 3), die Mehrheit pendelt zwischen verschiedenen Arbeitsorten (Hausbesuch, Kinder-/Seniorenheim, Kindergarten, Reha-Klinik, Krankenhaus, Stroke-Unit) und ist mit einem hohen organisatorischen, hygienischen und zeitlichen Aufwand belastet. 35% der Befragten geben an, zwischen drei verschiedenen Arbeitsorten zu pendeln.

Bei den behandelten Störungsbildern zeigt sich eine deutliche Häufigkeitsverteilung (Abb. 4). So werden im Sprach- und Sprechbereich mehr Kinder, bei Dysphagie und Stimmstörungen mehr Erwachsene therapiert. Wegen der Möglichkeit von Mehrfachantworten übersteigt die Summe der prozentualen Angaben 100%.

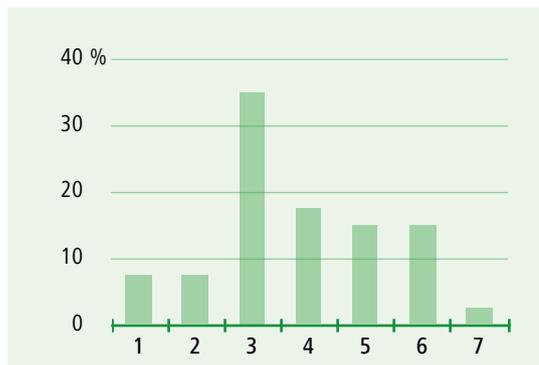
Die Majorität der LogopädInnen arbeitet mit therapeutischen Störungsbildern, bei denen sie aufgrund der Therapiemittel und der Nähe des oral/nasalen/trachealen Bereichs der PatientInnen vermehrt mit bakteriellem Milieu in Kontakt kommen und somit hygienische Maßnahmen (Händehygiene, Medizinprodukteaufbereitung) anwenden müssen (rote Säulen in Abb. 4).

Händehygiene

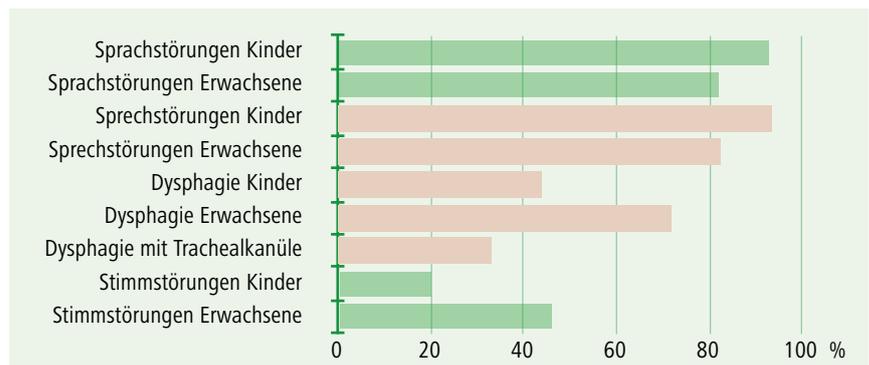
Die Ausstattung für eine optimale Händehygiene ist bis auf Einmalhandtücher, Stückseife und Seifenspender mit einer prozentualen Angabe von ca. 50% nicht in ausreichendem Maße vorhanden (Abb. 5). Jeweils mehr als 50% der Befragten verfügen nicht über eine Schautafel der Händedesinfektion und Handcreme. Etwa die Hälfte verwendet nichtempfohlene Produkte: Desinfektionsmittel ohne Alkohol, Einmalhandschuhe mit Puder und sterile Handschuhe.

Zur unzureichenden Ausstattung kommt die falsche Anwendung. Die Händehygiene wird zu ca. 50% falsch ausgeführt. Während

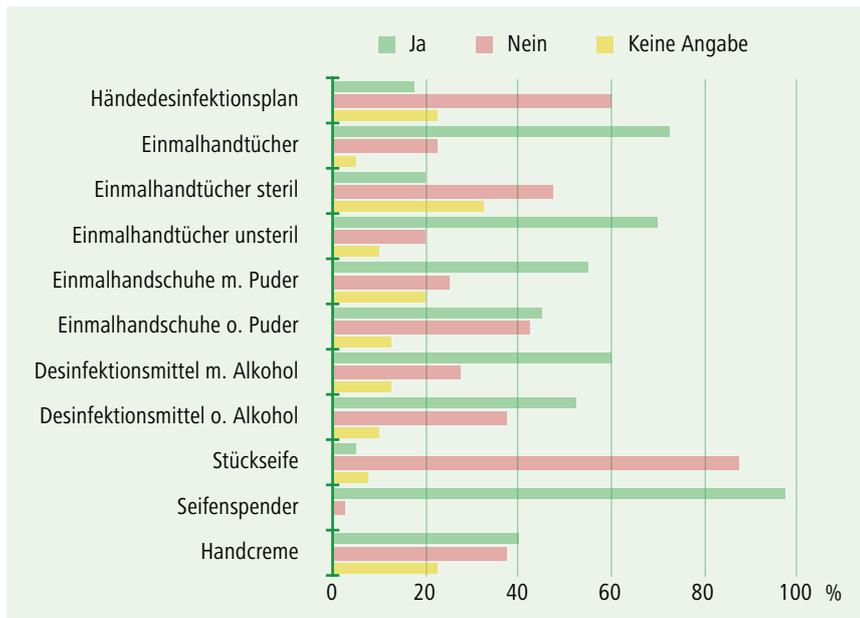
■ Abb. 3: Anzahl der Arbeitsorte



■ Abb. 4: Arbeitsschwerpunkte



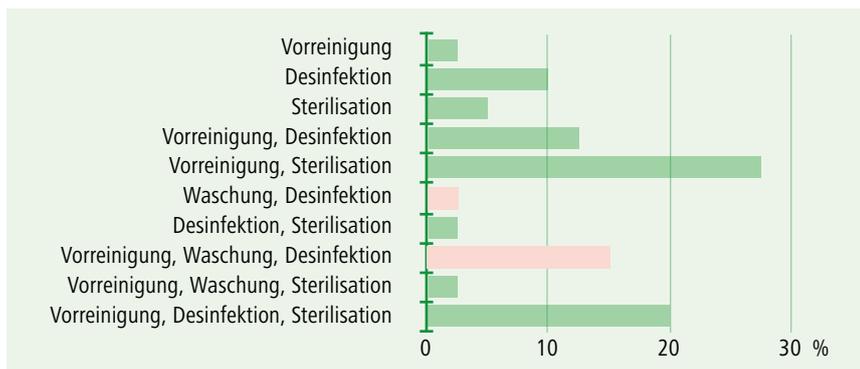
■ **Abb. 5: Ausstattungsmerkmale**



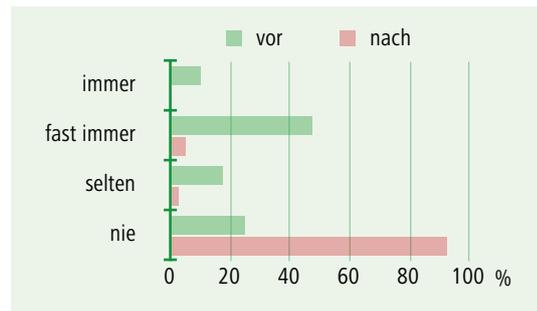
die Sanitation nach der Hygienischen Händedesinfektion (HyHÄ) mehrheitlich richtig angewendet wird (keine Waschung), wird sie fälschlicherweise vor der HyHÄ angewendet (Abb. 6). Nach AWMF (2008) wird keine Waschung empfohlen: weder vor noch nach der hygienischen Händedesinfektion (inzwischen gibt es eine neue AWMF 2015). Lediglich 55 % der ProbandInnen nutzt für die HyHÄ korrekterweise ein alkoholisches Desinfektionsmittel, dieses wird zu 65 % korrekt dosiert (Abb. 7).

Nur 22,5 % der ProbandInnen schützen sich konsequent mit Handschuhen vor einem zu erwartenden möglichen Kontakt mit Sekreten und anderen Flüssigkeiten (Abb. 8). Nur 45 % verwenden dafür die empfohlenen unsterilen Handschuhe. Nach dem Ablegen der Handschuhe wird vom RKI eine HyHÄ empfohlen – doch nur 50 % der ProbandInnen führen diese Maßnahme immer aus, 47 % führen diese Maßnahme nur teilweise und 2,5 % sogar „nie“ aus (Abb. 9).

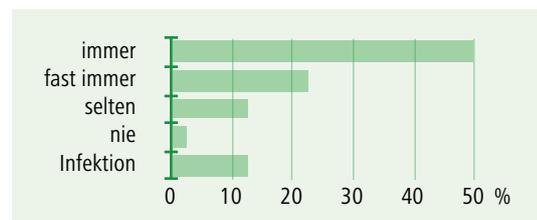
■ **Abb. 10: MP intraoral Reinigung**



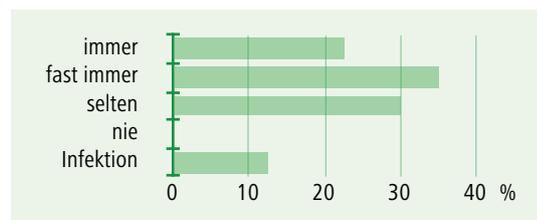
■ **Abb. 6: Waschung vor/nach HyHÄ**



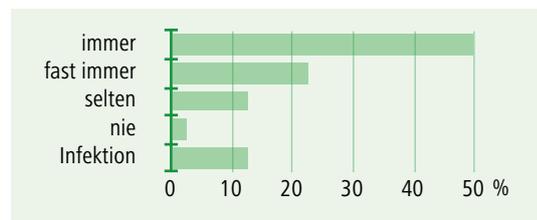
■ **Abb. 7: Desinfektionsmittel**



■ **Abb. 8: Handschuhe während der Therapie**



■ **Abb. 9: Desinfektion nach Handschuhen**



Medizinprodukte-Aufbereitung

Die Grundlagen der MP-Aufbereitung werden zu 95 % nicht erfüllt: Es gibt keine bestimmte Person, die dafür zuständig und verantwortlich ist, und auch keine feste Regelung, wie die MP aufbereitet werden. Es existieren keine Dokumentation und Freigabe darüber, und es gibt weder theoretisches noch praktisches Wissen über die Sterilisation. Konträr zu diesem Ergebnis geben 81,5 % der ProbandInnen die Sterilisation bei allen MP-Risikoklassen an. Bis auf lediglich 17,5 % der LogopädInnen, die semikritische MP der Gruppe A regelkonform aufbereiten (rote Säulen in Abb. 10), werden alle weiteren MP Risikoklassen fehlerhaft aufbereitet. Der Vergleich der Altersgruppen zeigt folgende signifikante Ergebnisse: Die Gruppe der älteren LogopädInnen (45 bis unter 55 Jahre) wenden die HyHÄ im Gegensatz zu den jüngeren LogopädInnen richtig an. Die HyHÄ vor der Handschuhnutzung wird von „schulischen“ LogopädInnen häufiger aus-

geführt. Akademisch ausgebildete LogopädInnen wenden sie dagegen selten oder nie an. Unabhängig vom Ausbildungsstatus erfolgt die Risikoklassifizierung und Aufbereitung von semikritischen MP der Gruppe B in jedem Falle falsch.

Hypothesen

Die Nullhypothese „LogopädInnen wenden empfohlene strukturelle und prozessorientierte Hygienemaßnahmen fehlerhaft an“ wie auch die folgenden Unterhypothesen werden durch die Ergebnisse voll verifiziert:

- Logopädische Praxen verfügen über unzureichende Strukturmerkmale zur optimalen Ausübung hygienischer Anwendungen.

- Logopädische Praxen verwenden keine dokumentierten und anwendungsbezogenen Hygienepläne.
- LogopädInnen wenden Maßnahmen der Händehygiene falsch an.
- LogopädInnen können Medizinprodukte nicht einstufen und adäquat aufbereiten.

Lediglich eine Unterhypothese konnte nicht voll verifiziert werden, die Vermutung von Korrelationen zwischen hygienischen Prozessmerkmalen und Tätigkeitsschwerpunkt, Aus- und Fortbildung und Arbeitsorten.

Diskussion

ProbandInnen und berufsbezogene Strukturmerkmale

Mehr als die Hälfte der 40 ProbandInnen sind unter 35 Jahre alt und damit relativ jung. Das Verhältnis zwischen den Ausbildungswegen (Fachschule und/oder Studium der Logopädie) ist ausgeglichen.

Zwischen der Anzahl der Praxen (21), die die Fragebögen zurücksandten, und der Angabe der Selbstständigen (9 = 22,5%) zeigt sich eine Differenz. Diese kann damit zusammenhängen, dass einige PraxisinhaberInnen die Fragebögen an ihre Angestellten weitergeleitet haben, ohne sich selbst an der Umfrage zu beteiligen. Daraus lässt sich schließen, dass es sich bei den meisten Praxen um Mehrbehandlerpraxen handelt.

82,5% der ProbandInnen sind in einer logopädischen Praxis angestellt und damit vom Hygienemanagement der Praxis abhängig. Denn für eine einheitliche und korrekte Umsetzung hygienischer Maßnahmen durch die Angestellten sowie für die Ausstattung und Bereitstellung der erforderlichen Produkte ist die Praxisleitung verantwortlich.

Die ProbandInnen gaben mehrheitlich an, in den Störungsbildern tätig zu sein, in denen sie aufgrund der Therapieform und entsprechender Medizinprodukte (extra- und intraoral eingesetzte MP) mit erhöhtem bakteriellem Milieu in Kontakt kommen (Abb. 4). Dies gilt besonders für die Dysphagietherapie mit PatientInnen mit multimorbidem und immunschwachem Status. Dies unterstreicht die Notwendigkeit der korrekten Hygieneanwendungen mit den empfohlenen Produkten.

An den häufig wechselnden Arbeitsorten (Abb. 3) finden die Therapeutinnen unterschiedliche hygienischen Bedingungen vor, die im Vorfeld in die Therapieplanung einbezogen werden müssen. Dies betrifft die Einschätzung der hygienischen Risiken für PatientInnen, TherapeutInnen sowie Dritte und die Auswahl, Aufbereitung und Transport der Medizinprodukte. Das gilt insbesondere für Hausbesuche, da dort anders als in kli-

nischen Einrichtungen keine organisierte und validierte Hygieneausstattung vorliegt.

Der finanzielle Mehraufwand, der den Praxen für das Hygienemanagement entsteht, wird in der Leistungsvergütung bisher allerdings nicht berücksichtigt.

Händehygiene

Es wird angenommen, dass bis zu 80% der übertragbaren Infektionen durch die Hände übertragen werden. Eine validiert durchgeführte Händehygiene kann Infektionsketten unterbrechen und/oder verhindern und somit Infektionsübertragungen reduzieren. Die Händehygiene hat daher zentrale Bedeutung für das Hygienemanagement in logopädischen Praxen.

Diese ist offensichtlich in großen Teilen unzureichend. So verfügen lediglich 17,5% der ProbandInnen über einen Händedesinfektionsplan. Etwa die Hälfte verwendet nicht das empfohlene Händedesinfektionsmittel (Verbindung mit Ethanol), obwohl dessen Einsatz als weniger hautreizend vermutet wird als die Verwendung von z.B. n-Propanol (Boyce et al. 2000, Gastmeier & Rüden 2010, Girard et al. 2001, Kampf 2003, RKI 2000).

Desgleichen werden die empfohlenen Handschuhe weder richtig ausgewählt (ungepudert, unsteril) noch korrekt angewendet (Schutz vor möglicher Kontamination, HyHÄ nach Handschuhnutzung). Die vom RKI empfohlene Händehygiene kann die Hautschutzbildern erhalten und dadurch eventuelle Dermatiden vermeiden (Robert Koch-Institut 2000).

Das Outcome bei der Sanitation vor und nach der HyHÄ ist insofern erfreulich, als der Empfehlung (keine Waschung danach) weitgehend gefolgt wird. Trotzdem ist negativ zu bemerken, dass die meisten ProbandInnen fälschlicherweise vor der HyHÄ eine Sanitation vornehmen. Eine korrekte Anwendung der HyHÄ ist in allen Therapiebereichen in der Logopädie (Abb. 4) zwingend erforderlich.

Die mangelhafte Ausstattung der Praxen und mangelhaftes Hygienemanagement ermöglichen den ProbandInnen keine konforme Anwendung hygienischer Maßnahmen. Darüber hinaus fehlt es jedoch auch bei den Betroffenen an grundlegendem Wissen über die Anwendung händehygienischer Maßnahmen. Dies ist angesichts der Bedeutung der Händehygiene in der Logopädie erschreckend und untragbar.

Medizinprodukte

Die Aufbereitung von Medizinprodukten ist eine verantwortungs- und anspruchsvolle Tätigkeit. Sie beinhaltet neben der Einstufung und Risikoklassifizierung von MP die Ausfüh-

rung der empfohlenen Aufbereitungsmaßnahmen inklusive der Dokumentation und Freigabe. In dieser Studie zeigt sich, dass die Medizinproduktaufbereitung weder von einer festen Person durchgeführt wird, noch dass es in den Praxen dafür verbindliche Regelungen und/oder Dokumentationen gibt. Die ProbandInnen zeigen erschreckende Unkenntnis in der Theorie und Praxis der MP-Aufbereitung. Elementare Rahmenbedingungen und erforderliche technische Voraussetzungen werden zu 92% nicht erfüllt.

Besonders in den Therapiebereichen, in denen Medizinprodukte unabdingbar sind (z.B. Dysphagie, Tracheotomie), besteht nicht nur aufgrund der Quantität, sondern auch in der Qualität der eingesetzten MP eine vermehrte Gefahr, da diese PatientInnen häufig multimorbide und immunsuppressiv sind.

Im Sinne der Eigenverantwortlichkeit des therapeutisch-logopädischen Berufsbildes und im Sinne des Schutzes von PatientInnen und TherapeutInnen ist es die Aufgabe der LogopädInnen, für die richtigen Arbeitsmaterialien sowie deren korrekten Gebrauch und Aufbereitung zu sorgen, sich mit dem Thema Hygiene auseinanderzusetzen und ggf. entsprechende Maßnahmen, Anschaffungen oder Fortbildungen vorzunehmen.

Fazit und Ausblick

Die in der Studie aufgezeigte Hygieneproblematik besteht nicht nur darin, dass in den Praxen und anderen Arbeitsorten an der vom Robert Koch-Institut empfohlenen Hygieneausstattung fehlt. Vielmehr liegt das Problem in der kollektiven Unwissenheit bezüglich der korrekten Anwendung entsprechender Maßnahmen im Bereich der Händehygiene und insbesondere der Medizinproduktaufbereitung. Die Missstände liegen also sowohl auf der Ebene der Praxisorganisation als auch auf der Ebene der Therapeuten. Folgende Vorschläge sollen dazu dienen, das Hygienemanagement in logopädischen Praxen zu verbessern und zu standardisieren:

- In dem von der LogAPrO unter Punkt 5.5 geforderten Lerninhalt werden explizit die Themeninhalte „Händehygiene“, „Hygienrahmenpläne“, „Medizinproduktaufbereitung“ definiert und implementiert.
- Veranstalter von Fortbildungen in einem für die Hygiene relevanten Störungsbild (Dysphagie, Trachealkanülen und Tracheotomie, eingesetzte Medizinprodukte) schulen die TeilnehmerInnen in entsprechenden Hygienemaßnahmen.
- Fachbücher in einem für die Hygiene relevanten Störungsbild (Dysphagie, Trache-

alkanülen und Tracheotomie, eingesetzte Medizinprodukte, relevante Therapiemethode) beinhalten ein entsprechendes Kapitel über die speziell erforderlichen Hygienemaßnahmen.

- Der Berufsverband dbI unterstützt vor allem bereits praktizierende selbstständige und angestellte LogopädInnen durch Informationsmaterial und Fortbildungen im Hygienemanagement.

LITERATUR

- Aftenakis, A. & Böhm, K. (2009). *Beschäftigte im Gesundheitswesen*. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 46. Berlin: Robert Koch-Institut
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2008). *Händedesinfektion und Händehygiene*. AWMF-Leitlinie 029/027. Arbeitskreis „Krankenhaus & Praxishygiene“ der AWMF
- Bode, H., Schröder, H. & Waltersbacher, A. (Hrsg.). (2008). *Heilmittel-Report 2008. Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie: Eine Bestandsaufnahme*. Stuttgart: Schattauer
- Boyce, J.M., Kelliher, S., Vallande, N. (2000). Skin irritation and dryness associated with two hand-hygiene regimens: soap and water handwashing versus hand antiseptics with an alcoholic hand gel. *Infect Control & Hospital Epidemiology* 21 (7), 442-448
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2011). *Bessere Hygiene-Standards*. Pressemitteilung zum „Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze“. www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Downloads/KI/Krankenhaushygiene/110316_Basistext_Krankenhaushygiene.pdf (03.05.2014)
- Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbI) (2004). *Leitlinien zur Ausstattung eines logopädischen Arbeitsplatzes – Ausstattungskatalog Logopädie*. Frechen: dbI
- Gastmeier, P. & Rüden, H. (2010). *Repetitorium Hygiene. Das Wichtigste im Überblick für medizinisches Personal*. Linkenheim-Hochstetten: Aesopus
- Girard, R., Amazian, K. & Fabry, J. (2001). Better compliance and better tolerance in relation to a well-conducted introduction to rub-in hand disinfection. *Journal of Hospital Infection* 47 (2), 131-137
- Bundesministerium für Justiz (BMJV) (2011). *Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz – IfSG)*
- Kampf, G. (Hrsg.) (2003). *Hände-Hygiene im Gesundheitswesen*. Berlin: Springer
- Robert Koch-Institut (2000). Empfehlungen: Händehygiene. Mitteilungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert Koch-Institut. *Bundesgesundheitsblatt* 43, 230-233, www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Downloads/Haendehyg_Rili.pdf?__blob=publicationFile (26.02.2016)
- Robert Koch-Institut (2012). Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten. *Bundesgesundheitsblatt* 55, 1244-1310, DOI 10.1007/s00103-012-1548-6
- Zinn, G.-C., Rößler, R. & Weidenfeller, P. (2006). *Praktische Hygiene in der Zahnmedizin – Leitfaden zur Umsetzung in Praxis und OP*. Heinrichshofen: Verlag für medizinische Praxis

SUMMARY. Hygiene management in speech therapy – study on the implementation of hygienic measures in logopaedic practises

In recent years the issue of hygiene in the healthcare sector has increasingly become the focus of public and political interest. Therefore, the present study handles the question of how to implement hygienic measures in logopaedic practises. For this purpose 40 self-employed and salaried speech therapists have been surveyed in a randomized study on whether and how they implement the measures recommended by the Robert Koch Institute. The result is clear: Hygiene management in speech therapy is insufficient. Half of the respondents surveyed do not have the required hygiene equipment and apply measures of hand hygiene incorrectly. Medical devices are not processed correctly in any of the practises. It is clear that the theoretical and practical knowledge of hygiene measures among the professionals is insufficient and there is an urgent need for improvement.

KEY WORDS: Speech therapy – hygiene – medical devices – hand hygiene – hand disinfection

DOI dieses Beitrags (www.doi.org)

10.2443/skv-s-2016-53020160302

Autorin

Laura Gerda Mirtsch
Wittenerstr. 182
44149 Dortmund
laura.mirtsch@gmx.de