

Hygiene in der ambulanten Pflege

Eine Erfassung bei Anbietern

Die Hygiene im Krankenhaus ist seit mindestens 3 Jahrzehnten Gegenstand von Regelungen und wird regelmäßig überwacht. Auch zur Hygiene in Alten- und Pflegeheimen erscheinen zunehmend Veröffentlichungen und Empfehlungen [1]. Demgegenüber liegen bisher kaum Berichte über den Zustand der Hygiene im Bereich der ambulanten Pflege vor. Die Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut (RKI) zur Heimhygiene [1] weist allerdings darauf hin, dass ihre Empfehlungen auch für andere Formen der Betreuung hilfreich sein können, z. B. für die Hauskrankenpflege.

Im Jahr 2002 waren in Deutschland 2 Millionen Menschen als pflegebedürftig im Sinne der Pflegeversicherung anerkannt. Von diesen werden 1,4 Millionen zu Hause versorgt. 56 % dieser Menschen sind in die Pflegestufe I eingestuft, 34 % in die Pflegestufe II und 10 % in die Pflegestufe III [2]. In letzter Zeit hat sich vor allem der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDS) des Themas angenommen, der nach § 114 Abs. 3 Pflegequalitätssicherungsgesetz (PQsG) ausdrücklich zu Qualitätsprüfungen auch in den Wohnungen befugt ist.

Der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) Baden-Württemberg hat bei einer Kompletterhebung aller rund 800 ambulanten Pflegedienste in seiner Zuständigkeit in den Jahren von 1997–2003 generell deutliche Verbesserungen im Erfassungszeitraum von 2000–2003

gegenüber dem Zeitraum von 1997–2000 festgestellt. Jedoch war der Teilbereich der Hygiene bei 31 % der Dienste nicht korrekt und zeigte auch in den beiden Erfassungszeiträumen keine Veränderung [3, 4]. Eine weitere Untersuchung, die allerdings hygienische Fragestellungen weitgehend nicht behandelt, liegt aus Nordrhein-Westfalen vor. Hier wurden 122 ambulante Pflegepatienten einbezogen [5]. Der 1. Bericht des MDS über die Qualität in der ambulanten und stationären Pflege [6] stützt sich auf Erhebungen im Jahr 2003 in fast 800 ambulanten Pflegediensten bundesweit und auf Informationen über 2700 ambulant betreute Patienten. Er zeigt, dass in 51 % der Pflegedienste nachweislich Regelungen zur Hygiene eingesetzt wurden. Geprüft wurde allerdings lediglich, ob ein Hygieneplan oder ein Hygienestandard Anwendung fand. Inhaltlich wurde insbesondere auf Regelungen zur Händedesinfektion, zum Tragen von Schutzkleidung, zum Umgang mit Schmutzwäsche und zur Hygiene im Umgang mit Geräten und Hilfsmitteln geachtet. Damit schnitt die Hygiene im Hinblick auf das interne Qualitätsmanagement (Umsetzung zu 51 %) am schlechtesten ab gegenüber der Durchführung von Fortbildungen (79 %), dem Vorliegen eines Fortbildungsplanes (60 %) und der Anwendung eines Einarbeitungskonzeptes (60 %).

Im Jahr 2005 haben die Spitzenverbände der Pflegekassen Qualitätsprüfungsrichtlinien [7] beschlossen, die zum 1. Januar 2006 in Kraft getreten sind. Danach

wird eine jährliche Prüfquote von 20 % auch bei ambulanten Einrichtungen angestrebt. Die Qualitätsprüfungs-Richtlinien enthalten als Anlage 1 einen „Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität nach den §§ 112, 114 SGB XI in der ambulanten Pflege“, der auch ausdrücklich hygienische Fragen beinhaltet. Dieser ist allerdings in vielen Belangen unbefriedigend, da die inhaltlich-hygienische Qualität nicht definiert ist. Die Ja-Nein-Antwort zu der häufigen Frage „Maßnahme erfolgt entsprechend dem aktuellen Stand des Wissens“ verschiebt die inhaltliche Definition der korrekten Hygiene letztlich an den Gutachter des MDK und muss damit nicht valide Ergebnisse nach sich ziehen.

Eine Überwachung der ambulanten Pflegedienste durch den öffentlichen Gesundheitsdienst ist im Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst in Nordrhein-Westfalen nicht vorgeschrieben.

Vor diesem Hintergrund ist es naheliegend, sich verstärkt auch aus fachlich-hygienischer Sicht des Hygieniezustandes in der ambulanten Pflege anzunehmen. Entsprechende Erhebungen waren Ziel eines Pilotprojektes im Ruhrgebiet, über dessen Ergebnisse hier berichtet wird. Das Projekt wurde von der Krankenhaushygiene des Universitätsklinikums Essen im Auftrag des LÖGD Nordrhein-Westfalen durchgeführt.

Methode

Es wurden 10 Anbieter ambulanter Pflegeangebote im Ruhrgebiet angesprochen. Neun erklärten sich – entgegen unseren ursprünglichen Vermutungen – sofort zur Teilnahme bereit. Auch der zehnte Anbieter war bereit und interessiert; letztlich war er jedoch nicht in der Lage, Ansprechpartner und Termine zu benen-

nen. Die Erfassung wurde folgendermaßen durchgeführt:

- Es fand mit allen Anbietern ein Vorabgespräch statt, in dem die Mitarbeiter und Ziele des Projektes vorgestellt wurden.
- Jeweils eine Hygienefachkraft (mit Weiterbildung entsprechend den RKI-Richtlinien) fuhr nach Absprache bei Pflegeschichten mit (August

bis Dezember 2005). Beobachtet wurden sämtliche Tätigkeiten der Pflegenden von der Abfahrt bis zur Rückkehr. Die Patienten und ihre Angehörigen wurden zeitnah, meist am Vortag, durch den Pflegedienst über die anstehende Begleitung informiert. Einige lehnten die Mitarbeit ab. Die Mehrheit war aber einverstanden, wobei sich ihre Reaktionen von

Übersicht 1

Eingesetzter Erhebungsbogen

Anbieter

Wie viele Sozialstationen?
 Wie viele Beschäftigte?
 Wie viele Pflegekräfte?
 Wie viele Patienten?
 Hygienebeauftragte?
 Personalschulungen, speziell zu Hygiene?
 Gesundheitsamt: Kontakte?
 Woher kommen die Pflegehilfsmittel: Sanitätshaus? Einkauf patientenbezogen oder in größeren Mengen?

Sozialstation

Spender für Desinfektionsmittel, Seife, Handtücher sowie Hautpflege vorhanden?
 Flächendesinfektion oder Reinigung routinemäßig?
 Schutzimpfungen des Personals (insbesondere Grippe, Tetanus, Hepatitis B)?
 Betriebsärztliche Überwachung einschließlich G 42?
 Hygieneplan vorhanden?
 Hygieneplan: Regelungen für bestimmte Fragen, z. B. MRSA, VRE, Tbc, Hepatitis B/C, HIV, Ulzera, diabetischer Fuß, Wundversorgung, Sondenernährung, Tracheostoma, Blasenkatheter, Inkontinenz, Desinfektion (Einwirkzeiten)?
 Waschen der Dienstkleidung wie, wo, wie oft?
 Instrumentendesinfektion/-sterilisation wie und wo?
 Informationsfluss bei bestimmten Infektionen und Erregern?
 Abfallentsorgung einschließlich Box für spitze Gegenstände?
 Arbeitsschutz: Kittel usw.?
 Hygienebeauftragte?
 Wer wird bei hygienischen Fragestellungen zugezogen?
 Hat die Sozialstation Einfluss auf die Rezepte:

- Wie oft Kontakt mit behandelndem Arzt (persönlich, telefonisch)?
- Wie viele Ärzte rezeptieren für einen Patienten?
- Wie viele Ärzte gleichzeitig pro Station?

 Personalschulung: Inhalte, wie oft, Dokumentation?
 Touren-Einteilung:

- Zufällig, jeden Tag neu gemischt?
- Schwerpunktpatienten, die möglichst immer die gleiche Person betreut?
- Wie viele Patienten pro Schicht?

Vor Ort

Patienten:

- Hauptdiagnose?
- Hygienerelevante Diagnosen?

 Bauliche Situation:

- Toilette, Bad, Dusche?

 Pflegeplanung vorhanden?
 Pflegedokumentation vorhanden?
 Wunddokumentation vorhanden?
 Umgang mit Haustieren?
 Umgang mit Tieren?
 Ausstattung der Autos:

- Händedesinfektionsmittel?
- Handpflegemittel?
- Einmalhandtücher?
- Schutzhandschuhe?
- Sterile Handschuhe?
- Mund-Nasen-Schutz?
- (Einmal-)Kittel?
- Schürzen?

 Händedesinfektion wann und wie oft?
 Benutzen von Schutzhandschuhen und Arbeitsschutz (Kittel, Mund-Nasen-Schutz, Schürze, Schutzbrille)?
 Schmuck an Händen und Unterarmen?
 Transport von gebrauchten Instrumenten?
 Abfallentsorgung?
 Wundversorgung nach Standard?
 Überwachung Ernährungszustand?
 Einkaufen?
 Zubereiten des Essens durch wen?
 Essenaufnahme, Hilfe beim Essen?
 Gewichtskontrollen?
 Überwachung Flüssigkeitszufuhr:

- Dehydratation erkennen?
- Gewichtskontrollen?

 Sondenernährung?
 Tracheostoma?
 Dekubitus?
 Ulcus cruris? Diabetischer Fuß?
 Infektionen?
 Inkontinenz? Blasenkathe-ter?

Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 2006 · 49:1195–1204
DOI 10.1007/s00103-006-0089-2
© Springer Medizin Verlag 2006

W. Popp · M. Hilgenhöner · S. Dogru-Wiegand · D. Hansen · I. Daniels-Haardt

Hygiene in der ambulanten Pflege. Eine Erfassung bei Anbietern

Zusammenfassung

Bei 9 Anbietern ambulanter Pflegeleistungen im Ruhrgebiet wurde die Umsetzung hygienischer Vorgaben erfasst und beobachtet. Dabei wurden 22 Pflegendes begleitet und die Versorgung von 214 Patienten beobachtet. Folgende Hauptprobleme wurden identifiziert: Es fehlen qualifizierte Hygieneverantwortliche, es fehlen Hygienepläne oder sie sind nicht angepasst, die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten ist oft proble-

matisch, es gibt Defizite bei der Händehygiene und große Defizite bei der Kleiderhygiene und der Abfallentsorgung. Es werden weiterhin Verbesserungsvorschläge für verschiedene Pflegetätigkeiten gemacht, u.a. für die Blasenkatheterpflege, die Infusionsgabe und die Versorgung mit Trachealkanülen.

Schlüsselwörter

Hygiene · Ambulante Pflege

Hygiene in home care. A study with home care providers

Abstract

We studied the implementation of infection control guidelines of 9 providers of home care in the German Ruhr area. The study included 22 nurses, and 214 home care patients were seen. The following main problems were identified: Qualified infection control staff is lacking, infection control protocols are lacking or are not adapted, the cooperation with family doctors often is problematic, there are de-

ficits in hand hygiene and great deficits with clothing hygiene and waste disposal. We suggest improvements for some care tasks, e.g., handling of urinary catheters, infusions and prescription of tracheostomy tubes.

Keywords

Key words hygiene · home care

distanziert misstrauisch bis positiv interessiert beschreiben lassen. Es scheint, dass insbesondere dann Ängste geweckt wurden, wenn vorab sehr ausführlich über das Projekt berichtet wurde. Es zeigten sich Ängste vor allem dahingehend, dass eine Überprüfung der Pflegekraft, zu der die Patienten teilweise eine sehr persönliche Beziehung hatten, oder eine Überprüfung der häuslichen Verhältnisse befürchtet wurde.

- Es wurde ein grob strukturierter Erhebungsbogen (siehe [Übersicht 1](#)) als Erinnerungshilfe für die mitfahrenden Hygienefachkräfte erstellt, um auf diese Weise die wesentlichen Daten möglichst einheitlich erheben zu können.
- Da keine Erfahrungen zur hygienischen Praxis in der ambulanten Pflege vorlagen und diesbezüglich auch keine Besonderheiten bekannt waren, die spezielle hygienische Vorgaben begründen würden, wurde die Erhebung im Sinne einer Erfassung des Ist-Zustandes verstanden. Jedoch wurde davon ausgegangen, dass auch für die Bewertung in der ambulanten Pflege primär die RKI-Richtlinien und hier vor allem die Richtlinie zur Heimhygiene [1] heranzuziehen sind.
- Zeitnah erfolgten mündliche Rückmeldungen über kritische Ergebnisse an die Anbieter bzw. die Pflegedienste und es wurde abschließend eine Fortbildungsveranstaltung angeboten.

Ergebnisse

Angaben zu den untersuchten Anbietern und Pflegediensten

Die untersuchten 9 Anbieter ambulanter Pflegeleistungen waren bezüglich ihrer Trägerschaft freigemeinnützig (n=5) und privat (n=4) organisiert. Ein Anbieter arbeitete mit Schwerpunkt in der Onkologie, ein weiterer mit Schwerpunkt auf der Versorgung dementer Patienten. Ein Anbieter betreute ausschließlich ein großes Heim für betreutes Wohnen. [Tabelle 1](#) zeigt die wesentlichen Daten zu den Anbietern. Der Begriff Pflegedienst wird im Folgenden gleichbedeutend mit dem Begriff Sozialstation verwendet.

Mit 214 einbezogenen Patienten ist damit der Erfassungsumfang größer als der der Untersuchung von Garms-Homolova und Roth ([5]; n=122), aber geringer als die große Ermittlung des MDS ([6]; n=2700).

➤ Anbieterbefragung: Mitarbeiterqualifikation, Hygienepläne, Hygienebeauftragte, externe Hygieneberatung, Schulungen, Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten

Mitarbeiterqualifikation. Die Ergebnisse zur Mitarbeiterqualifikation sind in **■ Tabelle 2** dargestellt. Zu den nicht examinierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zählen Pflegehelferinnen, ungelernete Aushilfen und Zivildienstleistende. Bei Erhebungen des MDK in Baden-Württemberg waren 26 % des Personals ambulanter Pflegedienste ungelernete Hilfskräfte und 6 % Praktikanten und Zivildienstleistende [4].

Hygienepläne. Nur bei rund der Hälfte der Anbieter und Pflegedienste waren Hygienepläne vorhanden (**■ Tabelle 3**). Es handelte sich dabei überwiegend um Pläne, die offensichtlich dem Internet entnommen worden und sehr unterschiedlicher Herkunft waren: Teilweise wurde der im Internet verfügbare „Rahmen-Hygieneplan für ambulante Pflegedienste“ [8] vorgelegt, teilweise auch Auszüge aus Hygiene- oder auch nur Desinfektionsplänen kooperierender Krankenhäuser oder übergeordneter Verbände. Häufig trugen die vorgelegten Hygienepläne noch die Logos der Fremdersteller. Eine Anpassung an den Anbieter bzw. den Pflegedienst fanden wir lediglich in einem einzigen Fall. Nach TRBA 250 [9] sind an die Gegebenheiten angepasste Hygienepläne vorgeschrieben. 12 Mitarbeiter wurden im Rahmen der gemeinsamen Schichten nach Vorhandensein und Inhalten des Hygieneplanes befragt. Lediglich 5 von ihnen konnten hierzu Aussagen machen.

Hygienebeauftragte, Hygieneberatung, Schulung. Kein einziger der eigenen Hygienebeauftragten (**■ Tabelle 3**) verfügte über eine formale Qualifikation, z. B. im Sinne der Empfehlung der Deutschen

Tabelle 1

Wesentliche Daten zu den untersuchten Anbietern und Pflegediensten	
	Anzahl
Anbieter	9
Pflegedienste (Sozialstationen)	18
Besuchte Pflegedienste pro Anbieter	1–4
Vorhandene Pflegedienste pro Anbieter	1–10
Versorgungsumfang pro Pflegedienst	40–140 Patienten
Mitarbeiter in der Pflege pro Pflegedienst	6–43
Mitarbeiter aller besuchten Dienste insgesamt	242
Insgesamt versorgte Patienten	ca. 1420
Während der Projektphase begleitete Einsätze	23
Begleitete Mitarbeiter	22
Dabei gesehene Patienten	214

Tabelle 2

Mitarbeiterqualifikation	
Mitarbeiterqualifikation	Pflegedienste (18)
Krankenpflegeexamen	18 (100%)
Zusätzlich Mitarbeiter mit Altenpflegeexamen	16 (88%)
Zusätzlich nicht examinierte Mitarbeiter (Aushilfen)	12 (66%)

Tabelle 3

Hygienepläne, Hygienebeauftragte, externe Hygieneberatung und Hygieneschulungen		
	Anbieter (9)	Pflegedienste (18)
Hygieneplan		
Hygieneplan vorhanden	5 (55%)	10 (55%)
Hygieneplan angepasst	1 (11%)	1 (11%)
Hygienebeauftragte		
Grundsätzlich vorhanden	5 (55%)	12 (67%)
Mit Qualifikation	0	0
Externe Hygieneberatung		
Externe Hygieneberatung	4 (44%)	6 (33%)
Durch einen Arzt	2 (22%)	2 (11%)
Durch eine Hygienefachkraft	2 (22%)	2 (11%)
Schulungen zu Hygienthemen		
z. B. in Teambesprechungen oder Teilnahme an externen Veranstaltungen	5 (55%)	10 (56%)

Gesellschaft für Krankenhaushygiene [10]; auch Qualifikationen mit kürzerem Zeitaufwand konnten nicht benannt werden. Noch seltener wurde eine externe Hygieneberatung genutzt (**■ Tabelle 3**). Schulungen zu Hygienthemen fanden in rund der Hälfte der befragten Einrichtungen statt (**■ Tabelle 3**).

Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten. Die Mitarbeiter der Pflegedienste wurden im Rahmen der gemeinsamen Schichten auch gefragt, wie sie die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten empfinden. Dies bezog sich insbesondere auf die Beratung bei hygienisch relevanten Fragestellungen bzw. die Unterstützung mit Medizinpro-

dukten, Heilmitteln und Ähnlichem, die für die Versorgung der Patienten relevant erscheinen. Von den Mitarbeitern in 8 der 18 Pflegedienste (44 %) wurde die Zusammenarbeit als gut, von 10 (55 %) dagegen als weniger gut empfunden. Allerdings wurde auch angegeben, dass schriftliche Standards der Pflegedienste hilfreich sind, um Verschreibungen bei niedergelassenen Ärzten zu erreichen. Kooperationsprobleme zwischen Hausärzten und Pflegekräften sind auch aus anderen Untersuchungen bekannt [5].

Betriebsarzt. Nach Auskunft der Anbieter und Pflegedienste werden alle Mitarbeiter betriebsärztlich überwacht, zumindest Hepatitis-B-Impfungen werden allen Mitarbeitern angeboten.

► **Beobachtungen vor Ort: Händehygiene, Einmalhandschuhe, Kleidung, Wundversorgung, Injektionen, Blasenverweilkatheter, Trachealkanülen, Infusionen, Abfallentsorgung**

Die im Rahmen der mitgeführten Schichten beobachteten Pflegetätigkeiten sind in **Table 4** aufgelistet.

Händewaschung. In 7 der 18 Pflegedienste (38 %) wurde eine Händewaschung beobachtet, dann immer auch zusätzlich mit einer Händedesinfektion. Das heißt, dass bei jenen Pflegediensten, die Händewaschungen durchführen, dies immer in Kombination mit einer hygienischen Händedesinfektion erfolgt. Erstaunlich war, dass in allen Haushalten problemlos ein frisches Handtuch für die Pflegenden bereitgestellt wurde und teilweise sogar eigene Haken hierfür vorhanden waren.

Händedesinfektion. 8 der beobachteten 22 Pflegenden führten eine Händedesinfektion vor jedem Patienten durch, 17 nach jedem Patienten und 6 zu beiden Zeitpunkten (**Table 5**). Bei 3 Pflegenden war die hygienische Händedesinfektion nicht korrekt, d. h. dass die Einwirkzeit zu kurz war und auch nur geringe Flächen der Hand benetzt wurden. Es handelte sich hier um 3 von insgesamt 6 Pfle-

genden, die auch Infusionszubereitungen durchführten. Bei 2 Pflegediensten wurden zur Händedesinfektion Hautdesinfektionsmittel aus Pumpzerstäubern, die bei der Desinfektion vor Injektionen zum Einsatz kommen, eingesetzt.

Nur in 4 Fällen war das Händedesinfektionsmittel beim Patienten stationiert, in 6 Fällen nur im Pkw. Bei 8 Pflegediensten wurde das Händedesinfektionsmittel vom Mitarbeiter mitgeführt, überwiegend in Form von Kittelflaschen.

Einmalhandschuhe. Die Ergebnisse zur Verwendung von Einmalhandschuhen finden sich in **Table 6**. Ähnliches wird auch vom MDK aus der Überwachung ambulanter Pflegedienste berichtet [4]. Lediglich in rund 40 % der Fälle war die Handschuhbox beim Patienten stationiert. Wesentlich häufiger wurden die Handschuhe lose (in der Hand oder in der Hosentasche) oder im Auto umgefüllt (z. B. in Tupperboxen) zum Patienten mittransportiert, was zusätzliche Kontaminationsmöglichkeiten impliziert. Lediglich ein einziger Pflegenden führte eine Händedesinfektion nach Ablegen der Handschuhe durch.

Dienstkleidung. Erhebliche Probleme zeigten sich bezüglich der Dienstkleidung (**Table 7**): Kein einziger Pflegedienst stellte die komplette Dienstkleidung. Teilweise wurden Oberteile (T-Shirts, Sweatshirts mit Logo) gestellt, um ein einheitliches Erscheinungsbild der Mitarbeiter (Corporate Identity) zu erreichen. Allerdings gab es auch nicht wenige Patienten, die dieses gerade nicht wünschten und die sogar darauf achteten, dass ihre Pflegebedürftigkeit nicht im nachbarschaftlichen Umfeld (z. B. durch Logos auf den Dienstautos) bekannt wurde.

Bis auf einen Anbieter, der seinen Mitarbeitern desinfizierende Waschmittel sowie die Möglichkeit zur Wäschewaschung in der Sozialstation zur Verfügung stellte, überlassen alle anderen die Reinigung der Kleidung den Mitarbeitern. Nach Auskunft der Pflegedienstleitungen wird die Kleidung nach der täglichen Pflegerunde ausgezogen und der privaten Schmutzwäsche zugeführt. Die Mitarbeiter berichten etwas anderes: Häufig wird die Kleidung auch im privaten Bereich und über Tage

Table 4

Im Rahmen der mitgeführten Schichten beobachtete Pflegetätigkeiten	
Pflegetätigkeit	Anzahl
Ganzkörperpflege	73
Medikamentengabe	62
Insulingabe	50
Blutzuckerkontrolle	46
Kompressionsverband/AT-Strümpfe	46
Nahrungsdarreichung	17
Blutdruckmessung	14
Infusionstherapie	11
Wundverband	11
Teilkörperpflege	9
Anus-praeter-Versorgung	7
Trachealkanülenwechsel	6
Thromboseprophylaxe	5

Table 5

Durchführung der Händedesinfektion	
Händedesinfektion	Pflegende (22)
Vor jedem Patienten	8 (36%)
Nach jedem Patienten	17 (77%)
Vor und nach jedem Patienten	6 (32%)

Table 6

Verwendung von Einmalhandschuhen	
Verwendung von Einmalhandschuhen	Pflegedienste (18)
Von Beginn bis Ende der Versorgung	4 (22%)
Bei der Intimpflege	15 (83%)
Bei infektiösen Patienten	18 (100%)

weiter getragen, die Reinigungshäufigkeit bleibt letztlich jedem selbst überlassen.

Schutzkleidung. Im Hinblick auf die Schutzkleidung (**Table 7**) standen Einmalkittel und Mundschutz fast in allen bzw. allen Fällen zur Verfügung. Nur in einem einzigen Fall wurden PVC-Einmalschürzen benutzt, die sinnvoll als Bekleidungsschutz, z. B. beim Waschen, sind.

Tabelle 7

Stellung von Dienst- und Schutzkleidung	
	Pflegedienste (18)
Dienstkleidung	
Wird komplett gestellt	0
Wird teilweise gestellt	8 (44%)
Waschmöglichkeit und/oder Waschmittel werden gestellt	1 (5%)
Wechselintervall-Vorgabe	0
Schutzkleidung in der Routinepflege	
Bekleidungsschutz (PVC-Einmalschürzen)	0 (0%)
Schutzkleidung bei der Versorgung infektiöser Patienten	
Bekleidungsschutz (PVC-Einmalschürzen)	1 (5%)
Einmalkittel	17 (95%)
Mundschutz	18 (100%)
Kopfhäuben	1 (5%)

Auch der MDK hat das Fehlen von Einmalschürzen beim Waschen der Patienten bei Erhebungen in Baden-Württemberg berichtet [4]. Der Mundschutz wurde dagegen sicher zu häufig eingesetzt, da er nur erforderlich ist, wenn mit einer Exposition gegenüber infektiösen Aerosolen zu rechnen ist [1].

Wundversorgung. Bei der Wundversorgung (n=11) wurde immer die Non-Touch-Technik angewandt; es ergaben sich also keine Beanstandungen.

Injektionen. Die **■ Tabelle 8** zeigt die Ergebnisse zur Durchführung der Injektionen. Das RKI [1] empfiehlt eine regelmäßige Hautdesinfektion sowie den regelmäßigen Nadelwechsel (nach jeder Anwendung), wenn das Pflegepersonal s.c.-Injektionen vornimmt. Der Patient

kann hingegen, wenn er selbst spritzt, auf die Hautdesinfektion verzichten; die Mehrfachverwendung entsprechender Kanülen durch den Patienten ist ebenfalls laut RKI [1] möglich.

Blasenverweilkatheter. Die Situation bezüglich der Blasenverweilkatheter ergibt sich aus **■ Tabelle 9**. Überwiegend wurden silikonisierte Katheter aus Latex eingesetzt, wohingegen die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim RKI [11] bei längerer Liegezeit Vollsilkonkatheter empfiehlt. Standardisierte Wechselintervalle entsprechen nicht mehr heutigen Vorstellungen [1, 11]. Von anderen Diensten wissen wir, dass nicht selten häusliche Blasenspülungen durchgeführt werden – im Übrigen häufig auf Anweisung der Urologen. Dabei wird in Einzelfällen selbst normales Trinkwasser eingesetzt, die benutzte Spritze im Bad

gelagert und über einen Zeitraum von bis zu 2 Wochen benutzt.

Trachealkanüle. Bei allen 6 Patienten mit Trachealkanüle erfolgte der Wechsel täglich, immer auch mit konfektionierter Polsterung. In 2 Fällen wurde die Kanüle lediglich gereinigt, in 4 Fällen desinfizierend gereinigt. Je nach behandelndem HNO-Arzt besitzt der Patient eine oder 2 Trachealkanülen. Steht dem Patienten nur eine Kanüle zur Verfügung, wird diese unmittelbar nach der Entnahme von den Pflegenden unter fließendem Wasser gebürstet und nach dem Abtrocknen wieder eingesetzt. Eine Desinfektion der gereinigten Kanülen, wie auch die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim RKI sie fordert [1, 12], findet nicht statt. Hat der Patient 2 Trachealkanülen, wird täglich gewechselt und die benutzte Kanüle in eine kombinierte Reinigungs- und Desinfektionslösung eingelegt. In der Regel reinigen die Patienten in diesem Fall die Kanülen selbst.

Stomaversorgung. Bei der Stomaversorgung ergaben sich keine Auffälligkeiten: In allen 7 beobachteten Fällen erfolgte der Wechsel des Beutels mindestens täglich sowie der der Basisplatte alle 2 Tage. Bei Problemen werden Stomaberater der Sanitätshäuser zugezogen.

Infusionen. Die **■ Tabelle 10** zeigt die Ergebnisse bezüglich des Umgangs mit Infusionen. Die in der Richtlinie der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim RKI [13] geforderten Umgebungsbedingungen zur

Tabelle 8

Durchführung von Injektionen	
Injektionen	Pflegedienste (18)
Hautdesinfektion vor s.c.-Injektionen	0 (100%)
Wechsel der PEN-Nadeln	
Vor jeder Injektion	6 (33%)
Täglich	7 (39%)
Kein klar definiertes Wechselintervall	5 (28%)

Tabelle 9

Umgang mit Blasenverweilkathetern	
Blasenverweilkatheter und Urinauffangsysteme	Patienten (11)
Sterile Auffangsysteme	11 (100%)
Reinigung mit Wasser und Seife	11 (100%)
Katheter	
Pflegedienste (18) (Daten erfragt)	
Silikonisiertes Latex	17 (95%)
Vollsilkon	1 (5%)
Standardisiertes Katheterwechselintervall (alle 10–14 Tage)	18 (100%)

Tabelle 10

Umgang mit Infusionen	
Darreichungsformen parenteraler Ernährung	Parenterale Ernährungen (7)
3-Kammer-Infusionsbeutel, Zuspritzung von Additiva aus Ampullen (Vitamine, Elektrolyte, Spurenelemente)	4 (57%)
2-Kammer-Infusionsbeutel, Zuspritzung von Lipidlösung und Additiva aus Ampullen	2 (29%)
Applikationsbeutel, alle Infusionslösungen (Glukose, Aminosäuren, Fette) sowie die Zusätze werden vor Ort im Beutel angemischt	1 (14%)
Durchführung	i.v.-Infusionstherapien (8)
Steriles Tuch zum Richten	1/7 (14%)
Zeitnahes Richten der NaCl-Spülung	0/7 (0%)
Desinfektion der Konnektoren vor Durchstich	8 (100%)
Verwendung steriler Einmalstopfen	7/7 (100%)
Materialtransport lose	8 (100%)

Zubereitung von Infusionslösungen im patientennahen (Krankenhaus-)Bereich können in Privathaushalten nicht eingehalten werden. Parenterale Ernährungen werden in der ambulanten Pflege in der Regel über eine an einen Port angeschlossene Portnadel appliziert. Das Abstöpseln der Infusion und die abschließende Portspülung werden sehr häufig von den Patienten/Angehörigen vorgenommen. Zu diesem Zweck wird vom Pflegedienst bei der Infusionszubereitung eine 10-ml-Spritze mit 0,9% NaCl aufgezogen. Die Spritze wird mit einem sterilen Stopfen verschlossen bzw. die Nadel wird in ihre Schutzhülle zurückgesteckt (recapped). Die Praxis des Vorrichtens der Spülungsspritze ist problematisch, auch unter juristischen Gesichtspunkten.

Aufbereitung von Instrumenten. Bezüglich der Aufbereitung von Instrumenten wurde von allen 18 Pflegediensten angegeben, dass ausschließlich Einmalinstrumente eingesetzt werden bzw. auf den Einsatz von Instrumenten, die aufbereitet werden müssen, verzichtet wird.

Abfallentsorgung. Deutliche Defizite gab es bei der Abfallentsorgung: Lediglich rund die Hälfte der Pflegedienste (n=10, 55%) benutzte einen gesonderten Beutel für den Pflegeabfall, der Rest warf diesen mehr oder minder offen in den Hausabfall.

Ebenfalls lediglich die Hälfte der Pflegedienste (n=9, 50%) nutzte durchstichsichere Behälter für Kanülen; in den anderen Fällen wurden die Kanülen nach Zurückstecken in die Schutzhülle in den Hausabfall entsorgt. Zum Sammeln der Kanülen werden konfektionierte Behälter aus dem medizinischen Fachhandel, aber auch von den Patienten zur Verfügung gestellte Behälter (Marmeladengläser etc.) verwendet. Die vollen Entsorgungsbehälter werden über Apotheken, Sanitätshäuser oder den Hausabfall entsorgt. Die Mehrheit der Pflegedienste steckte die Kanülen vor der Entsorgung in ihre Schutzhülle zurück. Interessanterweise wurden die Kanülen bei allen beobachteten Infusionszubereitungen mit einem z. T. erheblichen zeitlichen Aufwand sorgfältig recapped.

Einzelfallprobleme. Es wurden darüber hinaus teilweise erhebliche Probleme in Einzelfällen beobachtet:

- So sahen wir in einem Fall eine Hautdesinfektion, bei der mit Toilettenpapier nachgewischt wurde.
- Bei einem Patienten hatte der Hausarzt, um einen flüssigkeitsdichten Wundverband herzustellen, diesen außen mit HANUTA-Papier abgedeckt.
- In den Pflegediensten (Sozialstationen) finden sich nicht selten noch Stoffhandtücher für das Personal.

- Teilweise wurden bei der Versorgung von MRSA-Patienten noch Einmalüberschuhe getragen. In Einzelfällen ließ man sich auch auf das Tragen von Überschuhen ein, wenn der Kunde (keine „Verschmutzung“ machen) dies forderte. Empfehlungen zum Umgang mit MRSA-Patienten, die auch auf den ambulanten Bereich anwendbar sind, liegen von verschiedener Seite vor (z. B. [1, 14, 15]).
- Einmalspritzen, über die den PEG-Sonden zugespritzt wurde, wurden teilweise mehrfach verwendet. In einem Fall kochte ein Angehöriger diese Spritzen sogar regelmäßig aus.
- Antidekubitusmatratzen werden häufig eingesetzt, jedoch durchgehend ohne abwaschbare Überzüge. Es muss offen bleiben, ob bei der anschließenden Aufbereitung in den Sanitätshäusern eine adäquate Reinigung und Desinfektion dieser Matratzen stattfindet.
- Nicht selten ergaben sich Probleme durch eine mangelnde Koordination: Beispielsweise wurde ein Gerät durch ein Sanitätshaus ersetzt, allerdings passte danach das entsprechende Applikationssystem nicht mehr, und der Pflegedienst, der von dem Austausch nichts wusste, musste sich erst zeitaufwändig um ein passendes System kümmern. Bei technischen Hilfsmitteln hat zwar der Händler die Ersteinweisungspflicht [16]; dennoch ergeben sich bei ihrer Handhabung angesichts der großen Zahl von Personal, das bei den Patienten zum Einsatz kommt, sowie auch aufgrund der Personalfuktuation oft Probleme. Umso größere Bedeutung kommt daher dienstinternen Regelungen zur Fortbildung und zur Wissensweitergabe zu.
- In Einzelfällen wurden Probleme bei der Essensversorgung beobachtet: So stand Essen offensichtlich manchmal stunden- und gelegentlich tageslang in Wohnungen, ohne dass es jemand entsorgte. In einem Fall stellte eine Pflegekraft das mittags angelieferte und ungekühlt gelagerte Essen am Abend in ein Aufwärmbecken und entfernte sich mit der Anweisung, dieses in 20 Minuten zu sich zu

nehmen. Am nächsten Morgen stand die Portionsschale noch immer unberührt im Becken. In einer anderen Erhebung in Nordrhein-Westfalen [5] konnten sich nur 11 % der Patienten ihr Essen selbst zubereiten, 40 % waren diesbezüglich vollständig von Hilfe abhängig. Über 50 % hatten Probleme bei der Essenszubereitung, fast 60 % auch bei der Essensaufnahme.

Schließlich imponierte in nicht wenigen Fällen die beobachtete Armut. Teilweise leben Mehrgenerationenfamilien auf kleinstem Raum zusammen, wobei der Fernseher häufig die Kommunikation ersetzt. Die sanitären Verhältnisse sind teilweise desolat. Garm-Homolova und Roth [5] beschreiben in ihrer Erhebung in Nordrhein-Westfalen in 4 % der Haushalte nicht funktionsfähige Toiletten und/oder Bäder.

Hauptprobleme und Empfehlungen

Bei der Kontaktaufnahme mit den Anbietern haben wir eine gewisse Vorauswahl getroffen, da wir eine geringe Mitwirkungsbereitschaft befürchteten. Tatsächlich war das Interesse aber groß, u. a. weil die Anbieter in derartigen Maßnahmen auch Schritte zu einer dokumentierten Qualitätssicherung sehen. Es lässt sich nicht ausschließen, dass real größere Probleme vorliegen. So hatten die Dienste Zeit, sich auf die Begehungen einzustellen, sie konnten fehlende Hygienepläne besorgen (was offensichtlich auch erfolgte, allerdings ohne sie anzupassen), sie konnten geeignete Mitarbeiter auswählen. Allerdings wird es kaum andere Möglichkeiten der Überprüfung geben, da eine Vorankündigung immer erforderlich ist, um die Patienten bzw. Familien auf die Begleitperson vorzubereiten. Unangekündigte Begleitbesuche dürften zu erheblicher Verunsicherung bei den Kunden führen, unter Umständen sogar mit Auswirkungen auf die Beziehung zu den anbietenden Diensten. Auch der MDK führt Hausbesuche nur im Einvernehmen mit den Patienten durch [4].

Die Dienste stehen sicher vor einigen Problemen, die nicht einfach zu meistern sind: Sie müssen u. a. Mitarbeiter finden,

die Engagement (Empathie) zeigen, die über fachliche Kenntnisse verfügen und die teamfähig (z. B. Übergaben machen) sind. Letzteres ist von größter Bedeutung, da der einzelne ambulante Pflegebedürftige im Schnitt von 3–6 Pflegekräften betreut wird (z. B. [17]), die sich natürlich laufend gegenseitig informieren müssen. Weiterhin müssen von den Diensten zentrale Vorgaben gemacht und den Mitarbeitern ständig wiederkehrend vermittelt werden.

Die Hauptprobleme sind aus unserer Sicht:

- Es fehlen Hygieneverantwortliche bei den Anbietern sowie in den Pflegediensten (Sozialstationen). Zumindest auf der Ebene der größeren Anbieter sollte ein Hygienebeauftragter vorhanden sein, der vorzugsweise über eine Fortbildung entsprechend der Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene [10] verfügt. Ähnliches empfiehlt auch das RKI [1], das darüber hinaus auch die Festschreibung der Aufgabe in einer Stellenbeschreibung vorschlägt. Auch auf Ebene der Pflegedienste (Sozialstationen) sollten Hygienebeauftragte oder Hygieneverantwortliche beschäftigt sein, die mindestens regelmäßig an hygienischen Fortbildungen teilnehmen. Die Bildung einer Hygienekommission auch im Sinne der Empfehlungen für Heime [1], u. U. in Kombination mit einem Arbeitsschutzausschuss und einer Qualitätsmanagement-Kommission – zumindest bei größeren Anbietern – scheint sinnvoll.
- Es fehlen Hygienepläne. Wenn Hygienepläne vorhanden sind, sind sie fast durchgehend nicht angepasst. Häufig lagen Hygienepläne allenfalls bruchstückhaft vor (z. B. Auszüge aus Hygieneplänen oder nur Desinfektionspläne kooperierender Krankenhäuser bzw. übergeordneter Verbände). Als Grundlage gut geeignet mag durchaus der „Rahmen-Hygieneplan für ambulante Pflegedienste“ [8] sein, der im Internet verfügbar ist. Allerdings muss auch dieser auf die konkrete Situation umgeschrieben werden. Für größere Anbieter mit mehreren Pflegediensten (Sozialstationen) sollte na-

türlich ein einziger Hygieneplan geführt werden, der dann in allen Pflegediensten umzusetzen ist. Die Anpassung eines Hygieneplanes setzt allerdings voraus, dass die Ist-Situation in den einzelnen Pflegediensten, die durchaus unterschiedlich sein kann, erfasst wird und gegebenenfalls Vereinheitlichungen festgeschrieben und dann auch umgesetzt werden. Eine regelmäßige Schulung zu den Hygienethemen ist zwingend erforderlich. Sie kann in normalen Teambesprechungen erfolgen, z. B. durch ein Referat (5–10 Minuten vorbereitet) eines Hygieneverantwortlichen. Diese Schulungen sind insbesondere für angeleitete Kräfte, die hygienische Regeln in der Ausbildung nicht gelernt haben, unverzichtbar (ähnlich z. B. [4]).

- Die Zusammenarbeit mit den Ärzten ist oft problematisch und nicht zuletzt zeitlich aufwändig. Teilweise fehlen den niedergelassenen Ärzten die erforderlichen pflegerischen und hygienischen Kenntnisse. Bewährt haben sich schriftliche Standards der Dienste, die die Verschreibung bei den Ärzten erleichtern. Angesichts der fachlichen Defizite vieler niedergelassener Ärzte in Pflegefragen erscheinen Forderungen der Pflegedienste nachvollziehbar, die Leistungen selbst zu verordnen und Budgetverantwortung zu tragen [18]. Auch andere haben in letzter Zeit eine Neuordnung der Aufgabenverteilung z. B. in der Wundversorgung dahingehend vorgeschlagen, dass Wundexperten selbst Anordnungen treffen können [19]. Allerdings muss dazu kritisch angemerkt werden, dass Mechanismen eingebaut werden müssen, um einem zu großen Einfluss der Industrie, der Sanitätshäuser und Apotheken vorzubeugen. Vorstellbar erscheinen auch Mischlösungen, die eine bestimmte Anzahl von Folgeverordnungen durch die Pflegedienste selbst ermöglichen.
- Es gibt Defizite in der regelmäßigen Händehygiene und -desinfektion. Laut Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim RKI [20] ist

eine Händewaschung vor einer Essenszubereitung und Essensverteilung ausreichend, ebenfalls vor und nach der Pflege bzw. Versorgung von Patienten, sofern keine zusätzlichen Risikofaktoren vorliegen. Es sind ausschließlich Händedesinfektionsmittel einzusetzen, die als solche ausgewiesen sind und in der VAH-Liste (bisher DGHM-Liste) eingetragen sind und auch eine Arzneimittelzulassung besitzen. Die Händedesinfektionsmittel sind optimalerweise beim Patienten zu stationieren. Falls dies nicht möglich ist (z. B. dementer Patient mit Risiko der Eigenschädigung), scheinen im Falle der ambulanten Dienste Kittelflaschen die zweitbeste Lösung. Dabei sollten die Flaschen mindestens einmal täglich auch außen desinfizierend abgerieben werden. Die Handschuhbox sollte möglichst beim Patienten verbleiben, da nur auf diese Weise Handschuhe auch für unvorhergesehene Ereignisse zur Verfügung stehen. Der Transport loser, abgezählter Handschuhe in Hosentaschen, Tupperboxen oder Ähnlichem aus dem Auto zum Patienten beinhaltet immer das Risiko der Kontamination und ist abzulehnen. Auch nach dem Ablegen der Handschuhe ist eine hygienische Händedesinfektion durchzuführen. Ferner besteht die Möglichkeit, behandschuhte Hände zwischen Pflegetätigkeiten zu desinfizieren, was ambulant in bestimmten Situationen sehr sinnvoll sein kann [20].

- Es gibt Probleme mit dem Transport der Pflegeutensilien. In vielen Autos sind personenbezogene Rucksäcke vorhanden, diese werden jedoch selten mit zu den Patienten genommen. Häufig werden die wahrscheinlich benötigten Teile (Handschuhe, Verbandmaterial usw.) mehr oder minder offen aus dem Auto und per Hand zum Patienten transportiert. Dieses ist aufgrund des Kontaminationsrisikos sowie der fehlenden Ersatzmöglichkeiten unbefriedigend. Sinnvoller als Rucksäcke erscheinen auf jeden Fall feste Boxen, die regelmäßig zu desinfizieren sind.
- Es gibt große Defizite bei der Kleidung, da überwiegend Privatkleidung

getragen wird und keine Regeln zur Reinigung existieren. In diesem Fall ist mindestens der tägliche Kleidungswechsel (gesamte Oberbekleidung, die bei der Pflege getragen wird) erforderlich sowie Kleidung, die eine tägliche Wäsche von mindestens 60 °C aushält. Besser wäre es, wenn die Anbieter den Mitarbeitern Berufskleidung – täglich frisch – stellen würden, die über gewerbliche Wäschereien desinfizierend gewaschen wird. Eine weitere, aber nicht optimale Alternative wäre, wenn die Wäsche im Pflegedienst (Sozialstation) bei mindestens 60 °C gewaschen werden könnte. Dies setzt allerdings räumliche Gegebenheiten voraus, die ein Waschen und Trocknen getrennt von allen anderen Tätigkeiten ermöglicht. PVC-Schürzen sind zum Kleidungsschutz sinnvoll – vor allem beim Waschen der Patienten. Wenn PVC-Schürzen eingesetzt werden, sollte ein kurzärmeliges T-Shirt getragen werden und die anschließende Händedesinfektion den gesamten Bereich bis zu den Ellbogen erfassen.

- Bei den Blasenkathetern sollte auf flexible Wechselintervalle umgestellt werden. Die ärztlichen Anweisungen zur Versorgung von Kathetern – und vor allem zum Spülen – sind in Einzelfällen sehr problematisch bzw. unverantwortlich. Über die Notwendigkeit von – häufig praktizierten – häuslichen Blasenpflüngen bei Pflegebedürftigen muss kritisch nachgedacht werden. Auch seitens des MDK sollten diesbezügliche Überlegungen angestellt werden. In den Qualitätsprüfungs-Richtlinien [7] wird derzeit offensichtlich noch von regelmäßigen Blasenpflüngen ausgegangen, die in einer eigenen Frage des Erhebungsbogens für ambulante Dienste erfasst werden. Die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim RKI weist in ihrer Empfehlung für Heime [1] darauf hin, dass Spülungen und Instillationen nur bei spezieller urologischer Indikation durchzuführen sind, aber nicht zur Infektionsprophylaxe. Spülungen mit Antiseptika oder Antibiotika sind obsolet. Eine regelmäßige Blasen-

spülung zur Verhinderung eines Abflussverschlusses aufgrund ungenügender Flüssigkeitszufuhr ist aus unserer Sicht keine patientenfreundliche Lösung in der häuslichen Betreuung älterer Menschen, die selbstständig nicht genügend trinken.

- Jeder Patient mit einer Laryngektomie bedarf mindestens zweier Trachealkanülen, damit diese desinfiziert [1, 12] werden können. Dies ist eine Forderung, die an alle HNO-Ärzte heranzutragen ist.
- Bei der Infusionsgabe ist der Einsatz von Fertigprodukten anzustreben, z. B. durch Apothekenzubereitung. Unmittelbar umgesetzt werden kann diese Forderung für die NaCl-Port-Spülungen, da NaCl-Fertigspritzen von verschiedenen Herstellern erhältlich sind.
- Die Abfallentsorgung muss unbedingt verbessert werden: Alle für die Pflege benutzten Materialien – insbesondere Wundverbände und Ähnliches – sind mindestens in Beuteln zu sammeln und diese dann verschlossen dem Hausmüllbeutel in der Wohnung zuzuführen, sodass die Materialien vor der Entsorgung in die Hausmülltonne doppelt verpackt sind. Spitze Gegenstände, wie z. B. Kanülen, sind in durchstichsicheren Behältern zu sammeln. Sind die im Medizinbedarfshandel erhältlichen Spezialbehälter zu teuer, müssen mindestens Marmeladengläser o. Ä. verwendet werden, die dann verschlossen in den Hausmüllbeutel geworfen werden. Ein Recapping ist verboten.
- Schließlich scheint uns die Rolle und Arbeit der Sanitätshäuser klärungsbedürftig: Häufig erfolgt die fachliche Beratung über große Sanitätshäuser, die damit natürlich erheblichen Einfluss auf die Anwendung von Produkten erhalten. Hier wäre mehr Eigenständigkeit der Dienste wünschenswert, z. B. durch Wundmanager und Hygieneverantwortliche. Im Zusammenhang mit der Aufbereitung der Matratzen stellt sich die Frage, wie diese eigentlich nach Abschluss der Versorgung eines Patienten durchgeführt wird. Wer führt eine desinfizierende Reinigung und wann durch

(Familie? Pflegedienst? Sanitäts-
haus?)? Ähnliche Fragen stellen sich
generell bezüglich der Aufbereitung
von Medizinprodukten, die von Sani-
tätshäusern gestellt werden.

Hinweis

Die Untersuchung wurde gefördert durch
das LÖGD NRW.

Korrespondierender Autor

Prof. Dr. Walter Popp

Krankenhaushygiene
Universitätsklinikum Essen
Hufelandstraße 55
45122 Essen, BRD
E-Mail: walter.popp@uk-essen.de

Literatur

1. Empfehlung der Kommission für Krankenhaus-
hygiene und Infektionsprävention beim Rob-
ert Koch-Institut (2005) Infektionsprävention in
Heimen. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch
Gesundheitsschutz 48:1061–1080
2. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des
Bundes (2005) Armut, soziale Ungleichheit und
Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Institutes
zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundes-
regierung. RKI, Berlin
3. Mohrmann M, Lotz-Metz G, Hannes W, Böhler T
(2005) Qualitätsprüfungen ambulanter Pflege-
dienste in Baden-Württemberg – Überblick über
die Erfahrungen aus 6 Jahren flächendeckender
Untersuchungen durch den MDK. Gesundheits-
wesen 67:694–700
4. Mohrmann M, Lotz-Metz G, Böhler T, Hannes W
(2005) Der Pflegeprozess als Instrument der Qua-
litätssicherung in der ambulanten Pflege – Ergeb-
nisse der Qualitätsprüfungen in Baden-Württem-
berg. Gesundh Ökon Qual Manag 10:245–251
5. Garms-Homolova V, Roth G (2004) Vorkommen,
Ursachen und Vermeidung von Pflegemängeln.
Forschungsbericht im Auftrag der Enquetekom-
mission „Situation und Zukunft der Pflege in Nord-
rhein-Westfalen“ des Landtags von Nordrhein-
Westfalen. Berlin, Göttingen
6. MDS (2004) Qualität in der ambulanten und sta-
tionären Pflege. 1. Bericht des Medizinischen
Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen
(MDS) nach § 118 Abs. 4 SGB XI
7. Qualitätsprüfungs-Richtlinien: Richtlinien der
Spitzenverbände der Pflegekassen über die
Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten
Leistungen und deren Qualität (Qualitätsprüfungs-
Richtlinien – QPR) vom 10. November 2005
8. Rahmen-Hygieneplan für ambulante Pflege-
dienste. Stand: Mai 2003. z. B. über <http://www.lasv.brandenburg.de>
9. TRBA 250 (2003) Technische Regel Biologische Ar-
beitsstoffe. Biologische Arbeitsstoffe im Gesund-
heitswesen und in der Wohlfahrtspflege
10. DGKH (2002) Leitlinie: Hygienebeauftragte(r) in
Pflegeeinrichtungen. Hyg Med 27:1–2

11. Mitteilung der Kommission für Krankenhaushygi-
ene und Infektionsprävention beim Robert Koch-
Institut (1999) Empfehlungen zur Prävention und
Kontrolle Katheter-assoziiertes Harnwegsinfekti-
onen. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch
Gesundheitsschutz 42:806–809
12. Mitteilung der Kommission für Krankenhaus-
hygiene und Infektionsprävention beim Robert
Koch-Institut (2000) Prävention der nosokomialen
Pneumonie. Bundesgesundheitsbl Gesundheits-
forsch Gesundheitsschutz 43:302–309
13. Mitteilung der Kommission für Krankenhaushygi-
ene und Infektionsprävention beim Robert Koch-In-
stitut (2002) Prävention Gefäßkatheter-assoziiertes
Infektionen. Bundesgesundheitsbl Gesundheits-
forsch Gesundheitsschutz 45:907–924
14. Lögd (2005) Infektionsprävention in Heimen:
Methicillin-resistente Staphylococcus aureus
(MRSA). <http://www.loegd.de>
15. Witte W, Wiese-Posselt M, Jappe U (2005) Commu-
nity MRSA. Eine neue Herausforderung für die Der-
matologie. Hautarzt 56:731–738
16. BGW (2006) Sachmittelausstattung in der station-
ären und ambulanten Altenpflege. BGW, Ham-
burg
17. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend (2003) Qualitätsmängel und Rege-
lungsdefizite der Qualitätssicherung und der am-
bulanten Pflege. Zusammenfassende Erläute-
rungen zu einem Forschungsbericht der FFG For-
schungsgesellschaft für Gerontologie e.V. an der
Universität Dortmund. Eigenverlag, Bonn
18. Hibbeler B (2006) Neues Selbstverständnis. Die
Pflegekräfte fordern mehr Kompetenzen und Mit-
bestimmungsrechte im Gesundheitswesen. Dtsch
Ärztebl 103:A380
19. Klein B, Gaugisch P, Weiss V, Wolfsteiner C (2005)
Pflege ohne Druck. Eine Studie im Auftrag des
Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und
Sozialordnung, Familie und Frauen. Dekubitus,
Ursachen der Entstehung, prophylaktische Maß-
nahmen und Rahmenbedingungen in der häus-
lichen und stationären Altenhilfe in Bayern. Fraun-
hofer Institut Arbeitswissenschaft und Organisa-
tion. Eigenverlag, München
20. Mitteilung der Kommission für Krankenhaushygi-
ene und Infektionsprävention beim Robert Koch-
Institut (2000) Händehygiene. Bundesgesund-
heitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz
43:230–233

Organspende

Geringe Spenderzahl und Lösungs-
möglichkeiten

**Der Bedarf an Organen zur Trans-
plantation wächst, demgegenüber steht
eine stagnierende Spendebereitschaft.
Wissenschaftler der Universität Leip-
zig führten eine Studie zu diesem The-
ma durch.**

An der Studie der Universität Leipzig
haben insgesamt 1000 Personen teilge-
nommen. Knapp 2/3 der Befragten waren
grundsätzlich zu einer Organspende bereit,
jedoch ohne registriert zu sein. Die Studie
hat weiter die Haltung der Bevölkerung zu
den verschiedenen Möglichkeiten, diese
potenziellen Spender zu erreichen, reprä-
sentativ ermittelt.

Der erste Teil der Untersuchung wandte
sich der Verpflanzung von Organen Ver-
storbener zu. Für die aktuelle Regelung,
nach der Organe nur entnommen werden
können, wenn ein Spenderausweis vor-
liegt, stimmten bei möglicher Mehrfach-
nennung 87% der Befragten. Circa 3/4
akzeptierten eine Spende, falls der Verstor-
bene nicht widersprochen hat und seine
Angehörigen einverstanden sind. 59% der
Befragten hielten einen Zwang zur Ent-
scheidung mit Volljährigkeit für denkbar.
Eine Organentnahme immer zu ermögli-
chen, fand deutlich weniger Anhänger. Nur
knapp die Hälfte der Befragten fand es er-
wägenswert, Organspender im Krankheits-
fall bevorzugt mit Organen zu versorgen
oder sie materiell zu entschädigen.

Der zweite Teil der Studie widmete sich
der Lebendspende, die nur bei Verwand-
ten 1. und 2. Grades und dem Spender
sehr nahe Stehenden möglich ist. Die Um-
frage ergab: 78% sind der Meinung, auch
unbekannte Menschen sollten einander
spenden dürfen. Hierbei forderten nahezu
alle Probanden, dass die Freiwilligkeit
der Spende nach wie vor geprüft werden
muss. Für die Möglichkeit, dass der Emp-
fänger dem Spender eine Entschädigung
zahlt, stimmten nur 1/5. Eine Anerkennung
des Spenders durch die Krankenkasse hiel-
ten 59% für angezeigt.

Quelle: Universität Leipzig