



# Epidemiologisches Bulletin

17. Februar 2006 / Nr. 7

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

## Zur infektionshygienischen Überwachung von Heimen für Behinderte

Ein Erfahrungsbericht aus dem Gesundheitsamt München

Das Sachgebiet Infektionshygiene/Medizinalwesen des Referates für Gesundheit und Umwelt (RGU) der Landeshauptstadt München ist verantwortlich für die infektionshygienische Überwachung der im § 36 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) aufgeführten Einrichtungen auf Münchner Stadtgebiet, wie z. B. Krankenhäuser, Einrichtungen für ambulantes Operieren, Dialyseeinrichtungen und insgesamt 122 Einrichtungen nach § 1, 1a des Heimgesetzes. Hierunter fallen auch 49 Heime, in denen behinderte Erwachsene betreut werden. Die infektionshygienische Überwachung der Heime, in denen Kinder versorgt werden, fällt in die Zuständigkeit eines anderen Sachgebietes des RGU.

Bisher existieren für Heime für Behinderte keine einheitlichen Standards bzw. Expertenempfehlungen, wie sie für andere Einrichtungen des Gesundheitsdienstes ausgesprochen werden, beispielsweise in der Richtlinie für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention, die vom Robert Koch-Institut herausgegeben wird (s. unter [www.rki.de](http://www.rki.de) > Infektionsschutz > Krankenhaushygiene).

Ausgehend von dieser Situation begann das RGU im August 2003 erstmalig mit der Überprüfung von Heimen für Behinderte im Stadtgebiet München. Mit Stand August 2005 wurden mittlerweile in insgesamt 45 Einrichtungen infektionshygienische Erstbegehungen durchgeführt. Die Überprüfungen erfolgten von Anfang an in enger fachübergreifender Zusammenarbeit gemeinsam mit der Kreisverwaltungsbehörde (Münchner Heimaufsicht), da sich die Aufgaben der beiden Behörden speziell in München ergänzen. Der Vollzug des IfSG liegt in München beim RGU, der des Heimgesetzes bei der Kreisverwaltungsbehörde. – Im folgenden Beitrag wird auf die infektionshygienische Überprüfung der Heime für Behinderte auf der gesetzlichen Grundlage des IfSG eingegangen und es werden die vom RGU gezogenen Schlussfolgerungen und ergriffenen praktischen Maßnahmen vorgestellt.

### Methoden

Die Durchführung der Erstüberprüfungen erfolgte zunächst mit einer umfangreichen Checkliste, die sachgebietsintern entwickelt und bis dahin für die infektionshygienischen Überprüfungen der Altenpflegeheime verwendet wurde. Im Verlauf zeigte sich eine fehlende Praktikabilität dieser Vorgehensweise, da die überprüften Heime für Behinderte unterschiedliche Strukturen mit hieraus resultierenden unterschiedlichen Anforderungen an ein adäquates Hygienemanagement aufwiesen.

Die im Rahmen der Überprüfung der ersten 23 Heime gewonnenen Erkenntnisse führten zur Entwicklung eines sog. „differenzierenden Faktors“, welcher eine Einteilung in Heimtyp A oder B ermöglichte, die jeweils unterschiedlichen Hygieneanforderungen genügen müssen. Die Einteilung des RGU wurde wie folgt vorgenommen:

- **Heimtyp A** umfasst Heime, in denen keine regelmäßigen pflegerischen Tätigkeiten durchgeführt werden, die der Schutzstufe 2 zuzuordnen sind.

Diese Woche

7/2006

### Hygiene in Gemeinschaftseinrichtungen:

Untersuchung des Gesundheitsamtes München zur Infektionshygiene in Heimen für Behinderte

### Meldepflichtige Infektionskrankheiten:

Aktuelle Statistik  
4. Woche 2006  
(Stand: 15. Februar 2006)

### ARE/Influenza:

Zur aktuellen Situation

### Aviäre Influenza:

Update



- **Heimtyp B** umfasst Heime, in denen schwerpunktmäßig pflegerische Tätigkeiten durchgeführt werden, die der Schutzstufe 2\* zuzuordnen sind.

\* Zu den Tätigkeiten dieser Schutzstufe gehört beispielsweise die Versorgung von Bewohnern mit Tracheostomata/Beatmungen, PEG-Sonden, Harnwegskathetern, mit Wunden und die Betreuung von inkontinenten Bewohnern sowie die Gabe von Injektionen und Infusionen.

Alle Einrichtungen wurden mittels Serienbrief angeschrieben und über die Einstufungs- und Beurteilungsgrundlagen informiert. Während die noch zu begehenden Einrichtungen gebeten wurden, sich selbst einzustufen und eine schriftliche Auflistung der erforderlichen Hygienemaßnahmen für die beiden Heimtypen erhielten, erfolgte sachgebietsintern eine retrospektive Einstufung sowie Information der bereits begangenen Einrichtungen. Die Erstüberprüfung der noch anstehenden Einrichtungen zielte dann darauf ab, zu überprüfen, ob deren Einstufung korrekt vorgenommen und adäquat umgesetzt worden war.

Als Parameter des sog. „**Basishygienemanagements**“ wurden bei beiden Heimtypen überprüft bzw. vorausgesetzt:

- Benennung eines Hygienebeauftragten
- Durchführung von Personalschulungen zu hygiene-relevanten Themen
- Vorliegen eines angepassten Hygieneplans
- Vorliegen eines angepassten Reinigungs-/Desinfektionsplans
- Einsatz DGHM-gelisteter bzw. sonstiger zertifizierter Desinfektionsmittel (Händedesinfektionsmittel)
- Durchführung der Flächendesinfektion (routinemäßig vs. anlassbezogen; Scheuerwischdesinfektion vs. Sprühdesinfektion)
- Vorhandensein eines Händewaschplatzes gemäß Richtlinie für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention
- Vorhandensein von Schutzkleidung/Arbeitskleidung für das Personal

## Ergebnisse

Die erhobenen Parameter des „Basishygienemanagements“ stellen sich wie folgt dar:

**Benennung eines Hygienebeauftragten:** Nur in 16 der 45 überprüften Einrichtungen (36 %) war ein Hygienebeauftragter benannt. Hierbei muss allerdings berücksichtigt werden, dass von Seiten des RGU nicht für jede Einrichtung ein eigener Hygienebeauftragter als erforderlich angesehen wurde, sondern insbesondere bei kleineren Einrichtungen (definiert als Einrichtungen mit max. 15 Bewohnern), die von einem gemeinsamen Träger betrieben werden, einrichtungsübergreifende „externe“ Hygienebeauftragte festgelegt werden sollten. Größere Einrichtungen sollten jedoch einen eigenen Hygienebeauftragten benennen und ausbilden.

Die Aufgaben der/des Hygienebeauftragten sind in der DGKH-Leitlinie „Hygienebeauftragte/r in Pflegeeinrichtungen“ (Stand: April 2002) beschrieben.

**Durchführung von Personalschulungen zu hygiene-relevanten Themen:** Nur in 12 der 45 überprüften Einrichtungen (27 %) fanden einmal jährlich dokumentierte Personal-

schulungen zu hygiene-relevanten Themen wie Händehygiene, Personalhygiene, etc. statt. In 9 Einrichtungen (20 %) fanden ausschließlich Belehrungen zur Lebensmittelhygiene auf der Grundlage des § 43 IfSG statt, 24 Einrichtungen (53 %) schulten ihr Personal nicht.

**Vorliegen eines angepassten Hygieneplans:** In 4 von 45 Einrichtungen (9 %) lag ein angepasster Hygieneplan vor, d. h., dass in schriftlicher Form sämtliche in der betreffenden Einrichtung verrichteten infektionskritischen Tätigkeiten abgebildet sind. In 5 Fällen (11 %) war dieser Hygieneplan unvollständig, in 36 Einrichtungen (80 %) lag er nicht vor.

**Vorliegen eines angepassten Reinigungs-/Desinfektionsplans:** Nur in 5 von 45 Einrichtungen (11 %) lag ein an die Bedürfnisse der Einrichtung vollständig angepasster Reinigungs-/Desinfektionsplan vor, in dem die in diesen Einrichtungen tatsächlich zum Einsatz kommenden Mittel aufgeführt waren. In 9 Fällen (20 %) war dieser Plan unvollständig bzw. handelte es sich um einen industriell vorgefertigten Plan, der keine Übereinstimmung der verwendeten mit den aufgeführten Mitteln aufwies. 31 Einrichtungen (69 %) verfügten über keinen Reinigungs-/Desinfektionsplan.

**Einsatz DGHM-gelisteter bzw. sonstiger zertifizierter Händedesinfektionsmittel:** 32 Einrichtungen (71 %) verwendeten DGHM-gelistete Präparate. Dabei nutzten 2 Einrichtungen Dekontaminationsmittel (Kombinationspräparat Reinigungs-/Desinfektionsmittel), die vom RGU nicht befürwortet werden, da die erforderlichen Einwirkzeiten kaum einzuhalten sind. 5 Einrichtungen (11 %) verwendeten nicht-gelistete Präparate, 8 Einrichtungen (18 %) hielten Händedesinfektionsmittel nicht vor.

**Durchführung der Flächendesinfektion:** Um eine anlassbezogene bzw. sofern erforderlich routinemäßige Flächen-desinfektion durchführen zu können, verwenden 33 Einrichtungen (73 %) DGHM-gelistete, 2 Einrichtungen (5 %) nicht-gelistete Präparate. Die restlichen 10 Einrichtungen (22 %) hielten kein Flächendesinfektionsmittel vor. In den Einrichtungen, in denen DGHM-gelistete Präparate zum Einsatz kommen, wird nur in 18 Fällen (55 %) eine Scheuerwischdesinfektion durchgeführt, die übrigen 15 Einrichtungen wenden Sprühdesinfektionsverfahren an, die u. a. aus Personalschutzgründen (z. B. Allergiegefahr) abzulehnen sind.

**Vorhandensein eines Händewaschplatzes:** Nur in 14 Einrichtungen (31 %) war mindestens ein korrekt ausgestatteter Händewaschplatz (Waschbecken mit fließend warmem und kaltem Wasser/Einhebelmischbatterie, Händedesinfektionsmittel- und Waschlotionspender, Einmalhandtuchspender) vorhanden.

**Vorhandensein von Schutzkleidung/Arbeitskleidung für das Personal:** 16 Einrichtungen (36 %) hielten Schutzkleidung bzw. sonstige persönliche Schutzausrüstung (Überkittel bzw. flüssigkeitsabweisende Schürzen, Einmalhandschuhe,

ggf. Mund-Nasen-Schutz) für die Durchführung von sog. Schutzstufe-2-Tätigkeiten vor. In 10 Einrichtungen (22 %) war die Schutzkleidung bzw. sonstige persönliche Schutzausrüstung (insbesondere Einmalhandschuhe) unvollständig, in 19 Einrichtungen (42 %) nicht vorhanden. Nur in 3 Einrichtungen wurde vom Arbeitgeber Arbeitskleidung (Dienstkleidung) zur Verfügung gestellt, in den übrigen Fällen trugen die Mitarbeiter während der Arbeitszeit ihre Privatkleidung. Sie kamen in dieser Kleidung zum Dienst. Die Reinigung erfolgte auch bei Kontamination entgegen berufsgenossenschaftlichen Vorschriften zu Hause.

Die im Rahmen der Überprüfung festgestellten Ergebnisse zeigen nach Auffassung des RGU, dass in vielen der Einrichtungen derzeit ein fachlich qualifiziertes Hygienemanagement fehlt. Ein solches an die Erfordernisse der jeweiligen Einrichtung angepasstes Hygienemanagement ist jedoch aus unten genannten Gründen (s. Kasten) sinnvoll und notwendig, um die Infektionsprävention bei Bewohnern und Personal sicherstellen zu können (§ 11 Abs. 1 Nr. 9 Heimgesetz).

#### Zu ausgewählten Besonderheiten und Problemen von Behindertenheimen

► Die Einrichtungen unterscheiden sich hinsichtlich der Bewohnerzahlen und der Bewohnerstruktur. Es existieren Einrichtungen, in denen Menschen mit schwerer körperlicher (Mehrfach-)Behinderung rund um die Uhr gepflegt werden. Bei diesen kommen oft Tracheostomata/Beatmungen, PEG-Sonden und verschiedene Katheter (z. B. Blasenkateter) zum Einsatz, welche den Erwerb nosokomialer Infektionen begünstigen.

► Bei somatisch gesunden Bewohnern, die vor allem psychisch bzw. geistig gehandicapt sind, muss mit zunehmendem Alter mit dem Auftreten somatischer Erkrankungen gerechnet werden. Wenn die Einrichtungen ihre Bewohner in Zukunft nicht in Altenpflegeheimen verlegen wollen, dann wird sich auch in Behindertenheimen die Bewohnerstruktur und damit das Anforderungsprofil an die Kenntnisse und den Ausbildungsstand des dort beschäftigten Personals verändern.

► Die Auswirkungen der Gesundheitsstrukturreform führen nicht nur zu einer früheren Rückverlegung aus den Einrichtungen der Akutversorgung, sondern auch zu einer zunehmenden Verlagerung der medizinischen Grundversorgung in den Bereich der niedergelassenen Ärzte und ambulanter Versorgungseinrichtungen, was hier zu einer erhöhten Arbeitsbelastung des Personals führt.

► Das Personal verfügt oftmals über sehr unterschiedliche berufliche Qualifikationen. Nichtmedizinisches Personal arbeitet zusammen mit medizinischem Personal. Aber auch das medizinische Personal unterscheidet sich deutlich durch seinen Ausbildungsstand: Examierte Kräfte arbeiten zusammen mit angelernten Kräften.

Bei den Erstüberprüfungen konnte die Notwendigkeit der Implementierung eines angepassten Hygienemanagements in Heimen für Behinderte nicht immer reibungslos vermittelt werden. Es wurde seitens der Mitarbeiter der Heime häufig das Argument vorgebracht, dass es sich nicht um primär klinische Einrichtungen zur Patientenversorgung, sondern vielmehr um „Lebenswelten“ für Bewohner mit Handicaps handele, die sich hier „heimisch“ fühlen sollten. Eine kritische Einstellung gegenüber den Empfehlungen des RGU zeigte sich häufig insbesondere bei nichtmedizinischem Personal, welches die medizinische Notwendigkeit der ausgesprochenen Empfehlungen bzw. die infektiologischen Probleme und deren Zusammenhänge anfänglich nicht immer erkannte.

Wiederholt angeführt wurde zudem, dass die Etablierung eines Hygienemanagements mit nicht unerheblichen Kosten für die Betreiber einer Einrichtung verbunden sei.

#### Schlussfolgerungen und Maßnahmen des RGU

Vordringlichste Aufgabe in den meisten Heimen für Behinderte ist die Etablierung eines fachlich qualifizierten Hygienemanagements, welches an die Bedürfnisse einer Einrichtung unter Berücksichtigung notwendiger Standards individuell angepasst werden sollte. Trotz unterschiedlicher Profile der Heime war es möglich, die beschriebene Einteilung in Heimtyp A und Heimtyp B vorzunehmen. Somit besteht nun eine Grundlage für die an die Einrichtungen zu stellenden unterschiedlichen Anforderungen an das Hygienemanagement:

- **Heime nach Typ A** haben Basisanforderungen zu erfüllen.
- **Heime nach Typ B** haben darüber hinaus ein Hygienemanagement zu etablieren, in dem alle infektionsrelevanten Hygienestandards adäquat schriftlich abgebildet sind und das Personal nachweislich zu hygienekritischen Tätigkeiten, die in der Einrichtung erforderlich sein können, geschult ist.

Aufgrund der gewonnenen Ergebnisse unterstützt das RGU mit nachfolgenden Angeboten die Heime für Behinderte bei der Implementierung von Hygienestrukturen bzw. eines Hygienemanagements:

- konstantes Beratungsangebot zu infektionshygienischen Fragestellungen (telefonisch/schriftlich),
- Angebot zu persönlichen Beratungsterminen/gemeinsamen Besprechungen, insbesondere für Träger mehrerer Einrichtungen in München,
- Angebot der Durchsicht neu erstellter Hygienepläne auf Vollständigkeit/fachliche Richtigkeit.

Das RGU verfolgt mit dieser Vorgehensweise primär einen präventiven Überprüfungsansatz: Die Heime für Behinderte sollen die Notwendigkeit eines jeweils angepassten Hygienemanagements zum Schutz von Personal und Bewohnern ihrer Einrichtungen erkennen können und zur selbstständigen und dynamischen Anpassung der eigenen Qualitätssicherung an sich wandelnde Hygieneanforderungen befähigt werden.

Die Mitarbeiterinnen des RGU gewannen erfreulicherweise bislang den Eindruck, dass sich die weitaus meisten Mitarbeiter der Einrichtungen zunehmend interessiert und kooperativ zeigen, insbesondere, wenn in persönlichen Gesprächen bestehende Vorurteile entkräftet bzw. notwendige Maßnahmen nachvollziehbar vermittelt wurden.

Dank für diesen Beitrag gilt Frau Dr. Sabine Klett und Frau Dipl.-med. Silke Hildebrandt, Sachgebiet Infektionshygiene/Medizinalwesen des Referats für Umwelt und Gesundheit (RGU) der Landeshauptstadt München.

**Ansprechpartnerin:** Frau Dr. S. Klett (E-Mail: sabine.klett@muenchen.de).

**Literatur:** 1. Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege BGW Vorschriften. TRBA/BGR 250 (10/03), s. www.bgw-online.de; 2. Biostoffverordnung (BGBl, 1999 Nr. 1, letzte Änderungen BGBl 2003, Nr. 56 und 2004, Nr. 74); 3. DGKH-Leitlinie „Hygienebeauftragte in Pflegeeinrichtungen“. Hyg Med 2002; 6: 1–2