

Schlüsselwörter

Außerklinische Intensivpflege
Versorgungsformen
Hygienemanagement
MRSA
Checkliste

Keywords

Ambulatory intensive care settings
Care structures
Infection control regimens
MRSA
Checklist

Korrespondierende Autorin:*Dr. med. Sabine Gleich**

Referat für Gesundheit und Umwelt
Abteilung Hygiene und Umweltmedizin
SG Infektionshygiene /
Medizinalwesen, RGU-HU-IHM
Bayerstr. 28a
80335 München

E-Mail: sabine.gleich@muenchen.de

**Sabine Gleich^{1*}, Werner Fulle², Maria-Theresia Linner³, Sabine Perugia⁴,
Verena Heimstädt⁵, Manuela Kaser⁵, Heinz Eckert⁶, Christine Motz⁶**

¹ Referat für Gesundheit und Umwelt der Landeshauptstadt München, München

² Firma WKM rehamed, München

³ Krankenhaushygiene Dritter Orden, München

⁴ CUP Bischoff, Abt. hygiene control, Samerberg

⁵ AOK Bayern, München

⁶ Intensivpflegedienst Kompass, München

Hygienemanagement in der außerklinischen Intensivpflege – Anforderungen an Struktur- und Prozessqualität

Infection control regimens in ambulatory intensive care settings
– Demands on structural and process quality

Zusammenfassung

Hintergrund: Durch den medizinisch-technischen Fortschritt und die verkürzte Klinikverweildauer nimmt die Gruppe langzeitbeatmeter bzw. intensivpflegebedürftiger Menschen stetig zu. Um diese Patienten zu versorgen, hat sich als neue Form die außerklinische Intensivpflege etabliert, die zu Hause, in Wohngruppen oder in stationären, spezialisierten Pflegeeinrichtungen erfolgen kann. Ziel war es, sich einen Überblick über das Hygienemanagement in der außerklinischen Intensivpflege zu verschaffen, da diese Patienten neben einer hohen Device-Anwendungsrate häufig mit multiresistenten Erregern kolonisiert sind und dies hohe hygienische Anforderungen an die Pflege stellt.

Methode: Der MDK Bayern und das RGU der Landeshauptstadt München untersuchten im Rahmen einer Schwerpunktüberprüfung „Außerklinische Intensivpflege“ zwischen November 2006 und August 2009 verschiedene Anbieter außerklinischer Intensivpflegedienste mit Geschäftssitz im Stadtgebiet München. Die Überprüfungen erfolgten standardisiert anhand von Checklisten.

Ergebnisse: Die Überprüfung gab einen ersten Einblick in die Organisationsform und das Hygienemanagement einer noch recht jungen Versorgungsstruktur. Große Anbieter mit einem großen Personalstamm und einer großen Anzahl zu betreuender Patienten setzten auf die Form der Wohngruppenversorgung, wo der überwiegende Teil der beatmeten Patienten örtlich konzentriert und aus Effizienzgründen in einem Schichtsystem wie in stationären Einrichtungen versorgt wird. Charakteristisch für die Patienten der außerklinischen Inten-

sivpflege waren die hohe Device-Anwendungsrate sowie die überdurchschnittliche MRSA-Prävalenz. 9,8 % der Patienten waren mit MRSA kolonisiert, wobei die MRSA-Prävalenz bei tracheostomierten und/oder beatmeten Patienten 29,6 % betrug. Die Mehrheit der Pflegedienstleister besaß kein suffizientes Hygienemanagement: Die Sichtung der vorliegenden Hygienepläne ergab, dass nur 75 % der Anbieter über Standards zur Händehygiene, 56 % der Anbieter über Standards zum Umgang mit MRSA-Patienten und lediglich 50 % der Anbieter über Standards zu typischen infektiöskritischen Tätigkeiten in der außerklinischen Intensivpflege verfügten. Die insgesamt schlechte Strukturqualität der Hygiene spiegelte sich unmittelbar in einer schlechten Prozessqualität im Rahmen der Überprüfungen wieder.

Schlussfolgerung: Da einerseits hohe hygienische Anforderungen an das Personal in der außerklinischen Intensivpflege bestehen, andererseits hierzu aber bislang keine fachlichen Standards existieren, konstituierte sich eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe, die eine Checkliste für die außerklinische Intensivpflege mit ihren drei unterschiedlichen Versorgungsformen erarbeitete. Diese soll den Anbietern die strukturierte Implementierung eines Hygienemanagements erleichtern.
Hyg Med 2009; 34 [11]: 443–453

Summary

Background: The progress in medical technology and the decreased length of hospital stays have led to an increase in the number of patients who require long-term intubation and/or intensive care. In

order to provide adequate care for these patients, ambulatory intensive care has established itself as a new alternative, which can be delivered in the home, in living-groups or in hospital-based specialised care units. The objective of this study was to gain an overview of infection control regimens in ambulatory critical care settings. The profile of these patients is characterized by use of medical devices and frequent colonisation with multiresistant pathogens which put special demands on infection control practices.

Method: The MDK Bayern (Medical Services of Health Insurance in Bavaria) and the Department of Health and Environment of the City of Munich launched a priority program which focused on inspecting ambulatory critical care services. Providers of outpatient intensive care based in Munich were included in this study, which was carried out between November of 2006 and August of 2009. The inspections were done by means of standardised checklists.

Results: The results of the inspections revealed a first insight into organisational patterns and infection control programmes in these relatively new structures of care delivery. Large caregivers with a large staff delivering care to a large number of patients focus mainly on living-groups where the majority of intubated patients is found at one location and, for reasons of efficiency, is treated in shifts as in inpatient settings. Patient profiles in ambulatory care settings are characterised by a high rate of medical-device use as well as particularly high MRSA colonisation rates. 9.8 % of patients were colonised with MRSA, the MRSA prevalence in tracheostomated and/or intubated patients reaching 29.6 %. The majority of caregivers did not have a sufficient infection control management system: Inspection of present infection control policies showed that only 75 % of caregivers had standard practices for hand hygiene available, 56 % had standard practices for treating MRSA patients and only 50 % had standard practices for typical high-risk activities in ambulatory critical care. The overall poor structural quality of infection control regimens was directly reflected in the poor process quality found during the inspections.

Conclusions: In view of the high demands on infection control precautions for ambulatory intensive care staff and the lacking standard protocols, an interdisciplinary working group was founded which has elaborated a checklist for ambulatory intensive care for the three different care structures. These checklists are designed for caregivers in order to facilitate the structured implementation of infection control regimens.

Einleitung

Durch den medizinisch-technischen Fortschritt und die verkürzte Verweildauer in den Kliniken nimmt die Gruppe der langzeitbeatmeten bzw. intensivpflegebedürftigen Menschen stetig zu. In der außerklinischen Versorgung dieser Patienten haben sich mittlerweile drei unterschiedliche Formen in Deutschland etabliert: die ambulante häusliche (1:1-) Versorgung, die stationäre Versorgung in spezialisierten Pflegeeinrichtungen (in der Regel Altenpflegeeinrichtungen) sowie die Versorgung in so genannten Wohngruppen, bei denen meist mehrere Patienten in angemieteten Räumlichkeiten (Wohnungen, Reihenhäuser) untergebracht und im 24-Stunden-Schichtdienst von einem Pflegedienst versorgt werden.

Ambulante Intensivpflegedienste sind eine relativ neue Versorgungsform, die sich insbesondere um außerklinische Intensivpflegepatienten kümmert. Bei diesen besteht nach einer Definition des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) Bayern die medizinische Notwendigkeit einer permanenten pflegerischen Interventionsbereitschaft zur Sicherstellung der Vitalparameter, da jederzeit potentiell lebensbedrohliche Situationen eintreten können.

In der Regel werden Patienten mit einer fortgeschrittenen Grunderkrankung und einer lebensbedrohlichen Störung der Vitalfunktion Atmung versorgt. Dabei kann es sich um Patienten handeln, die spontan über ein Tracheostoma atmen bzw. nicht invasiv beatmet werden, jedoch aus unterschiedlichen Gründen hilflos sind oder aber um Patienten, die invasiv über ein Tracheostoma beatmet werden. Als Beispiele typischer Krankheitsbilder sind komplexe Missbildungen mit respiratorischer Insuffizienz, neuromuskuläre Erkrankungen, chronisch obstruktive Lungenerkrankungen, Unfallfolgen mit einem hohen Querschnitt und hypoxische Hirnschäden nach überlebter Reanimation zu nennen. Zu den Patienten gehören sowohl Kinder, junge Erwachsene als auch Hochbetagte.

Aufgabe der Pflegenden ist es, mit sozialem, technischem und fachlichem Know-how die Patienten in der außerklinischen Intensivpflege zu begleiten und eine sichere intensivpflegerische Versorgung bei den unterschiedlichen Versorgungsformen aktiv zu gestalten und zu ermöglichen.

Die Hygiene in der außerklinischen Intensivpflege ist dadurch charakterisiert, dass

das Personal der entsprechenden Pflegedienste bzw. Einrichtungen regelhaft infektiionskritische, d. h. Schutzstufe 2-Tätigkeiten, wie Tracheostomapflege und Absaugen respiratorischer Sekrete, durchführt. Die Patienten weisen eine hohe Deviceanwendungsrate auf und sind zu einem Großteil aus unterschiedlichen Gründen, wie z. B. lange andauernde mehrfache Krankenhausaufenthalte, Aufenthalte in Rehabilitationseinrichtungen oder wiederholte Antibiotikatherapie mit multiresistenten Erregern (MRE) tracheal kolonisiert. Bei diesen MRE handelt es sich in der Regel um Methicillinresistente *Staphylococcus aureus* (MRSA), multiresistente Pseudomonaden und Extended Spectrum Beta-Laktamase (ESBL)-Bildner, die bei dieser Form der Lokalisation in der Regel nicht sanierbar sind. Aus diesen Gründen sind von den Intensivpflegediensten die erforderlichen Hygienemaßnahmen fachlich korrekt und konsequent durchzuführen. Damit schützen sie nicht nur sich selbst, sondern auch andere Patienten vor einer Kolonisation, die bei der bestehenden Grunderkrankung häufig eine Prognoseverschlechterung betroffener Patienten bedeutet.

Ziel dieser Arbeit war es, einen Einblick in die Organisationsform und das Hygienemanagement dieser relativ neuen Versorgungsstruktur zu bekommen und eine Optimierung der hygienischen Versorgungsqualität bei außerklinischen Intensivpflegepatienten zu erzielen. Da einerseits in diesem Versorgungsbereich hohe hygienische Anforderungen an das dort tätige Personal bestehen, andererseits aber bislang hierzu keine fachlichen Standards existieren, konstituierte sich eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe. Diese führte die Erfahrungen ihrer Mitglieder (Überprüfungsergebnisse, praktisches Hygienemanagement in der Patientenversorgung) zusammen und erarbeitete eine Checkliste, die den Anbietern entsprechender Leistungen erstmalig eine praxisorientierte fachliche Hilfe bei der Umsetzung der erforderlichen Maßnahmen sein soll. Ebenso soll sie weiteren interessierten Kreisen zur Verfügung gestellt werden.

Methode

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) Bayern und das Referat für Gesundheit und Umwelt (RGU) der Landeshauptstadt München untersuchten zusammen im Rahmen einer Schwer-

Tabelle 1: Versorgungsstrukturen der Anbieter (n=16).

Versorgungsstruktur	Anzahl der Anbieter (Prozent)
nur häusliche Einzelversorgung	4 (25 %)
nur Wohngruppenversorgung	3 (19 %)
Angebot häusliche Versorgung Beatmeter	8 (50 %)
Angebot Wohngruppenversorgung	11 (69 %)

Tabelle 2: Patientenversorgung der Anbieter (n=16).

Anzahl der Patienten pro Anbieter	Anzahl der Anbieter
0-10 Patienten	6
11-20 Patienten	7
21-30 Patienten	1
31-40 Patienten	0
> 40 Patienten	2

Versorgung von MRSA-Patienten	Anzahl der Anbieter (Prozent)
Anbieter mit MRSA-Patienten	6 (37,5 %)
Anbieter mit eigener MRSA-Statistik / Surveillance	0 (0 %)

Anzahl der Mitarbeiterinnen / Mitarbeiter	Anzahl der Anbieter
bis 20	1
bis 40	8
bis 60	2
bis 80	2
bis 110	1
bis 120	1
bis 170	1

Tabelle 3: Versorgungsstrukturen der Patienten (n = 273).

Anwendung von Devices	Anzahl der Patienten (Prozent)
Trachealkanüle und Beatmung	75 (27,5 %)
Trachealkanüle ohne Beatmung	16 (6 %)
Dauerkatheter	88 (32 %)
PEG-Sonde	96 (35 %)

Versorgungsform der Patienten	Anzahl der Patienten (Prozent)
Einzelversorgung	184 (67 %)
Wohngruppenversorgung	89 (33 %)

MRSA-Patienten	Anzahl der Patienten (Prozent)
MRSA-Nachweis / MRSA-Prävalenz aller Patienten	27 (9,8 %)
Davon Wohngruppenversorgung	21 (7,7 %) Erläuterung:bezogen auf alle 273 Patienten
MRSA-Prävalenz der Wohngruppenpatienten	21 (23,6 %) Erläuterung:bezogen auf alle 89 Patienten in WGs

am Patienten durchgeführter hygienekritischer Tätigkeiten, Begutachtung der versorgten Patienten). Die Überprüfungen erfolgten standardisiert anhand von Checklisten und wurden von Fachärzten für Innere Medizin sowie einer Intensivfachkrankenschwester durchgeführt. Die Überprüfungsinhalte waren:

1. Klientenstruktur, Versorgungsformen;
2. Struktur, Organisation, Personalqualifikation;
3. Strukturen ärztlicher Versorgung;
4. Hygienemanagement;
5. Umgang mit Medizinprodukten (Aufbereitung, Wartung, Einweisung);
6. Notfallmanagement, Sicherstellung der Vitalfunktionen.

Ergebnisse

Zwischen November 2006 und August 2009 überprüften der MDK Bayern und das RGU der Landeshauptstadt München im Rahmen einer gemeinsamen Schwerpunktüberprüfung 16 von insgesamt 21 Anbietern außerklinischer Intensivpflegedienste, die ihren Geschäftssitz im Stadtgebiet München haben.

Zwar steht die Überprüfung von fünf Anbietern noch aus, dennoch spiegeln die im Folgenden aufgeführten Ergebnisse 75 % des Ist-Zustandes von außerklinischen Intensivpflegediensten wider. Damit geben sie einen ersten vorläufigen Einblick in die Organisationsform und das Hygienemanagement einer noch recht jungen Versorgungsstruktur, die bis dato noch nicht untersucht worden ist.

Der Grund für die noch ausstehenden Daten liegt darin, dass das RGU München für die Überwachung zahlreicher weiterer medizinischer Einrichtungen (68 Kliniken, 54 Altenpflegeeinrichtungen, 20 Dialyseeinrichtungen, ca. 5000 Praxen, 200 ambulante Pflegedienste) verantwortlich ist und die zeitaufwändigen Überprüfungen der ambulanten Intensivpflegedienste nur sukzessiv durchgeführt werden können.

Aufgrund der geringen Fallzahlen werden die Daten der überprüften stationären Einrichtungen nicht separat aufgeführt.

Die Analyse der Versorgungsstrukturen der Anbieter ergab, dass 25 % der Anbieter die Patienten ausschließlich zu Hause versorgte, 19 % ausschließlich in Wohngruppen und die übrigen Anbieter beide Versorgungsformen anboten (Tabelle 1). Die Möglichkeit einer häuslichen

punktüberprüfung „Außerklinische Intensivpflege“ – basierend auf ihrem gesetzlich bestehenden Überprüfungsauftrag – zwischen November 2006 und August 2009 insgesamt 16 von 21 Anbieter außerklinischer Intensivpflegedienste, die ihren Geschäftssitz im Stadtgebiet München hatten.

Vom RGU wurden darüber hinaus 3 stationäre Einrichtungen überprüft, die entsprechende Patienten versorgen.

Die Überprüfungen erfolgten angemeldet vor Ort (Sichtung entsprechender Unterlagen, Befragung des beim Patienten tätigen Pflegefachpersonals, Prozessanalyse

Beatmung offerierten 50 % der ambulanten Intensivpflegedienste.

Ein Strukturmerkmal der außerklinischen Intensivpflege im Gegensatz zur ambulanten Pflege mit dem alleinigen Angebot einer Grund- und Behandlungspflege war ferner, dass ein relativ kleiner Patientenstamm versorgt wurde: 38 % der Dienste versorgten weniger als 20, 50 % der Dienste weniger als 30 Patienten. Nur 12 % der Dienste versorgten mehr als 40 Patienten, wobei es sich hierbei um Pflegedienste handelte, die ausschließlich eine Wohngruppenversorgung anboten (Tabelle 2).

Der Umfang der Patientenversorgung der Anbieter korrelierte direkt mit den jeweils beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern: 56 % der Intensivpflegedienste beschäftigen bis zu 40 Mitarbeiter, 25 % der Intensivpflegedienste bis zu 80 Mitarbeiter und 18 % der Intensivpflegedienste sogar mehr als 110 Mitarbeiter.

Es wurden folgende Tendenzen festgestellt: Große Anbieter mit einem großen Personalstamm und einer hohen Anzahl betreuter Patienten setzten auf die Wohngruppenversorgung, wo der weit überwiegende Teil beatmeter Patienten örtlich konzentriert und aus Effizienzgründen in einem Schichtsystem wie in stationären Einrichtungen versorgt wurde.

Charakteristisch für die Patienten der außerklinischen Intensivpflege waren die erwartungsgemäß hohe Device-Anwendungsrate (Trachealkanüle mit Beatmung 27,5%, Trachealkanüle ohne Beatmung 6 %, Dauerkatheter der Harnwege 32 %, PEG-Sonde 35 %) sowie die überdurchschnittliche Prävalenz der Kolonisation mit MRSA (Tabelle 3). Mehr als ein Drittel der Anbieter (37,5 %) versorgten zum Zeitpunkt der Überprüfung MRSA-Patienten (Tabelle 2). Insgesamt waren 9,8 % der Patienten nachweislich mit MRSA kolonisiert, 7,7 % aller MRSA-Patienten wurden in Wohngruppen versorgt (Tabelle 3). Berechnet man die MRSA-Prävalenz der in Wohngruppen versorgten Patienten, so kommt man auf 23,6 %, berechnet man die MRSA-Prävalenz bei tracheostomierten und/oder beatmeten Patienten, so beträgt diese 29,6 % (Tabelle 4). Festzustellen war die durchgängige Existenz sanierungshemmender Faktoren bei diesen Patienten. MRSA war bei diesen Patienten grundsätzlich tracheal nachgewiesen worden, zusätzliche Nachweisorte waren PEG-Sondeneintrittsstellen und Urin bei Dauerkatheträgern.

Tabelle 4: Versorgungsstrukturen beatmeter Patienten (n=75) und tracheostomierter, nicht beatmeter Patienten (n= 16), Gesamtkollektiv n= 91.

Versorgungsform	Anzahl der Patienten (Prozent)
Einzelversorgung Beatmeter	18 (24 %)
Wohngruppenversorgung Beatmeter	57 (76 %)
Einzelversorgung Tracheostomierter, nicht Beatmeter	3 (18,8 %)
Wohngruppenversorgung Tracheostomierter, nicht Beatmeter	13 (81,2 %)
Erläuterung: Prozente separat auf die Untergruppen beatmet versus tracheostomiert, nicht beatmet bezogen, keine Summenbildung beider Gruppen	
MRSA bei diesem Gesamtkollektiv	Anzahl der Patienten (Prozent)
MRSA-Nachweis / MRSA-Prävalenz tracheostomierter und /oder beatmeter Patienten	27 (29,7 %)
MRSA-Nachweis tracheal	27 (29,7 %)
Vorliegen sanierungshemmender Faktoren	27 (29,7 %)

Tabelle 5: Hygienemanagement der Anbieter (n=16).

Hygienepersonal	Anzahl der Anbieter (%)
Externes Hygienefachpersonal	1 (6 %)
Benennung von Hygienebeauftragten	8 (50 %)
Pflegekräfte mit Kurs	8 (25 %)
Hygieneplan / vorliegende Standards (Auswahl)	Anzahl der Anbieter (%)
Standard Händehygiene	12 (75 %)
Standard Tragen von Arbeitskleidung	7 (44 %)
Standard Aufbereitung von Arbeitskleidung	8 (50 %)
Standard Tragen von Schutzkleidung	11 (69 %)
Standard Tracheostomapflege / Absaugung	8 (50 %)
MRSA-Standard	9 (56 %)
Umgang mit Medizinprodukten der respiratorischen Heimtherapie	5 (31 %)
Händehygiene	Anzahl der Anbieter (%)
Tragen von Ringen / lackierten oder künstlichen Fingernägeln	4 (25 %)
Vorhalten VAH-gelisteter Händedesinfektionsmittel	14 (88 %)
Korrektur Zeitpunkt Händedesinfektion (nach Ablegen der Handschuhe)	9 (56 %)
Arbeitskleidung	Anzahl der Anbieter (%)
Tragen von Privatkleidung (nicht bei 60 °C waschbar, langärmelig)	8 (56 %)
häusliche Aufbereitung	7 (43 %)
Schutzkleidung (PSA)	Anzahl der Anbieter (%)
Vorhaltung Handschuhe	16 (100 %)
Vorhaltung Mund-Nasen-Schutz	10 (63 %)
Vorhaltung flüssigkeitsdichter Schürzen	11 (69 %)
Tragen der PSA bei der Durchführung von Schutzstufe 2-Tätigkeiten	6 (38 %)
Umgebungshygiene	Anzahl der Anbieter (%)
Vorhaltung VAH-gelisteter Flächendesinfektionsmittel	13 (81 %)

Tabelle 6: Hygienemanagement Wohngruppenversorgung (n=13).

Räumliche Ausstattung	Anzahl der Wohngruppen (Prozent)
Händedesinfektionsmittelspender in den Räumen Schwerstpflegebedürftiger	5 (38,5 %)
wischdesinfizierbare Arbeitsflächen in den Räumen Schwerstpflegebedürftiger	0 (0 %)
wischdesinfizierbare Fußböden in den Räumen Schwerstpflegebedürftiger	13 (100 %)
Bad mit Hilfsmittelausstattung	4 (31 %)
Separate Personalumkleide	8 (61,5 %)
Nutzung Patiententoilette als Personaltoilette	13 (100 %)
Praktische Hygiene	Anzahl der Wohngruppen (Prozent)
Einsatz Geschirrspülmaschine (Temperatur nachweislich > 60 °C)	1 (7,7 %)
Desinfizierende Wäscheaufbereitung Patienten	1 (7,7 %)
Einsatz Steckbeckenspüle	0 (0 %)

Die Überprüfungsergebnisse zeigten eindrücklich, dass „critical care“-Patienten, also beatmete Patienten bzw. nicht beatmete, tracheostomierte Patienten, mit einer trachealen MRSA-Kolonisation überwiegend in Wohngruppen versorgt wurden.

Die Überprüfungen ergaben, dass von den Anbietern außerklinischer Intensivpflege überwiegend kein suffizientes, den fachlichen Anforderungen entsprechendes Hygienemanagement aufgebaut worden war (Tabelle 5). Nur ein Anbieter ließ sich extern über Hygienefachpersonal betreuen. Die Hälfte der Anbieter hatten eine Hygienebeauftragte Pflegekraft benannt, von denen nur ein Viertel entsprechende Weiterbildungskurse vorweisen konnte.

Die Sichtung der vorliegenden Hygienestandards ergab, dass 75 % der Anbieter über Standards zur Händehygiene verfügten. Über grundlegende Standards zur Personalhygiene wie das Tragen und die Aufbereitung von Arbeitskleidung sowie Tragen von Schutzkleidung verfügten 44 %, 50 % bzw. 69 % der Anbieter. Der Umgang mit MRSA-Patienten war bei 56 %, die hygienisch korrekte Durchführung typischer infekionskritischer Tätigkeiten in der außerklinischen Intensivpflege wie Tracheostomapflege/Absaugung war bei 50 % und der Umgang mit Medizinprodukten in der respiratorischen Heimtherapie bei 31 % der Anbieter schriftlich festgelegt.

Die insgesamt schlechte Strukturqualität der Hygiene spiegelte sich unmittelbar auch in einer schlechten Prozessqualität wieder: Weder die erforderlichen Basishygienemaßnahmen (adäquate Händehygiene des

Personals mit Vorhaltung gelisteter Händedesinfektionsmittel, korrekter Zeitpunkt der Durchführung der hygienischen Händedesinfektion), das Tragen geeigneter Arbeitskleidung, noch die erforderlichen Personalschutzmaßnahmen (Vorhaltung und Tragen der persönlichen Schutzausrüstung bei der Durchführung von Schutzstufe 2-Tätigkeiten) wurden im erforderlichen Umfang ergriffen (Tabelle 5).

Leistungen der außerklinischen Intensivpflege werden auch in Wohngruppen erbracht, bei denen mehrere Patienten in angemieteten Räumlichkeiten (Wohnungen, Reihenhäuser) untergebracht werden. In diesen primär nicht für diesen Zweck konzipierten Einrichtungen zeigten sich vor allem Mängel in der räumlichen Ausstattung (Tabelle 6): Diese betrafen u. a. eine unzureichende Ausstattung der Räume von Schwerstpflegebedürftigen mit Händedesinfektionsmittelspendern (38,5 %) und wischdesinfizierbaren Arbeitsflächen (0 %) sowie die unzureichende Vorhaltung eines Badezimmers mit Hilfsmittelausstattung (31 %). Über eine separate Personalumkleide verfügten 61,5 % der Wohngruppen. Bei allen wurde die Patiententoilette auch als Personaltoilette genutzt. Das Hygienemanagement in der praktischen Hygiene in den Wohngruppen war insgesamt als defizitär zu bewerten: nur eine Einrichtung konnte nachweisen, dass sie das Geschirr nachweislich über 60 °C bzw. die Wäsche desinfizierend aufbereitete. In keiner einzigen Einrichtung wurde eine Steckbeckenspüle verwendet.

Diskussion

Die Ursachen für die fehlende Umsetzung der erforderlichen Basishygienemaßnahmen sind vielfältig. So ist neben dem Argument der fehlenden gesonderten Vergütung der erforderlichen „Hygieneausstattung“ durch die Kassen – also vordergründig wirtschaftlichen Überlegungen – insbesondere ein Nichtwissen um die Konsequenzen für Patienten, aber auch für das medizinische Personal bei Nichteinhaltung der erforderlichen Hygienemaßnahmen zu konstatieren.

Ursächlich für dieses Nichtwissen sind insbesondere drei Gründe: Hygiene stellt weder in der beruflichen Ausbildung bei Ärzten noch bei medizinischem Personal einen fachlichen Schwerpunkt dar. Auf den Fachfortbildungen und Kongressen der außerklinischen Intensivpflege bzw. Heimbeatmung wurden bislang keine hygiene-relevanten Fortbildungen angeboten. Darüber hinaus fehlen zu dieser Thematik bislang die entsprechende Fachliteratur sowie Veröffentlichungen. In stationären Einrichtungen, wie Krankenhäusern und überwiegend auch Altenpflegeeinrichtungen existieren Strukturen des Hygienemanagements, die Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten sind festgelegt. Dort ist qualifiziertes Hygienefachpersonal tätig, das über die erforderlichen Fachkenntnisse verfügt. Im ambulanten Bereich fehlen solche verbindlichen Regelungen meist.

In Anbetracht der Tatsache, dass in der außerklinischen Intensivpflege regelhaft Tätigkeiten der Schutzstufe 2 wie endotracheales Absaugen durchgeführt und gleichzeitig überdurchschnittlich häufig und regelhaft mit multiresistenten Erregern kolonisierte Patienten versorgt werden, besteht bei inadäquaten Hygienemaßnahmen das grundsätzliche Risiko, Transmissionen von multiresistenten Erregern zu begünstigen.

Eine solche Transmission auf andere intensivpflegebedürftige Bewohner von Wohngruppen bedeutet, dass deren Prognose verschlechtert wird.

Eine Transmission auf Personal (nasale Kolonisation) begünstigt auch die Transmission von MRSA auf Patienten außerhalb der Wohngruppen von Intensivpflegediensten. Wie oben bereits ausgeführt, werden Wohngruppen mit Personal im Schichtdienst überwiegend von den großen Anbietern betrieben. Hier ist regelhaft Pflegefachpersonal in Nebentätigkeit bzw. auf 400,- Euro-Basis tätig, welches hauptberuflich in den

Intensivstationen großer Münchner Kliniken tätig ist. Somit besteht grundsätzlich die Möglichkeit, dass Probleme der außerklinischen Intensivpflege in die Krankenhäuser hineingetragen werden.

Abschließend sollte nicht unerwähnt bleiben, dass die außerklinische Intensivpflege in Wohngruppen eine nicht unproblematische Versorgungsform darstellen. Diese Einrichtungen unterliegen formal nicht der Heimmindestbauverordnung, die baulich-funktionelle Ausstattung ist oftmals unzureichend, Aspekte der Patientensicherheit sind meist unzulänglich erfüllt und grundlegende hygienische Anforderungen häufig nicht vollständig bzw. nur unter deutlich erschwerten Bedingungen umsetzbar. Auch hier erfolgte mittlerweile eine Erarbeitung fachlicher Standards, die derzeit unter den beteiligten Institutionen und Behörden abgestimmt werden.

Schlussfolgerung

Aufgrund der vorliegenden Ergebnisse hat sich im Rahmen des „Kompetenz Netzwerks Außerklinische Intensivpflege Bayern“ (KNAIB, www.knaib.de) eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe Hygiene (AG Hygiene) konstituiert, der Experten aus den Bereichen Öffentlicher Gesundheitsdienst, stationäre Einrichtungen, Anbieter außerklinische Intensivpflege, Krankenkassen, Fachfirmen sowie extern beratende Institute angehören. Die fachliche Qualifikation der Mitglieder umfasst: eine Fachärztin für Innere Medizin und Öffentliches Gesundheitswesen, eine Krankenhaushygienikerin, eine Hygienefachkraft, sowie Fachkrankenschwester für Anästhesie und Intensivmedizin, Fachkrankenschwestern und Diplom-Pflegewirte.

Ziel der AG Hygiene war es, für die außerklinische Intensivpflege mit ihren drei unterschiedlichen Versorgungsformen (Ambulante bzw. Häusliche Versorgung / Stationäre Versorgung / Wohngruppen) eine Risikoanalyse (Critical-Control-Point (CCP)-Analyse) zu erarbeiten – analog dem HACCP-Konzept in der Lebensmittelhygiene. Diese Checkliste soll den Anbietern von außerklinischen Intensivpflegediensten die strukturierte Implementierung eines Hygienemanagements erleichtern. Zur Erarbeitung der Checkliste wurden zunächst die folgenden Problem- und Themenfelder definiert:

1. Betreiberverantwortlichkeiten, Personalstrukturen, Qualifikationen
2. Qualitätsmanagementsystem Hygiene
3. Betriebsärztliche/arbeitsmedizinische Versorgung
4. Schulungen/Einweisungen
5. Vorgaben zur allgemeinen Personalhygiene
6. Hygiene bei Besuchern/Angehörigen/Ärzten/Therapeuten
7. Reinigung/Desinfektion
8. Umgang mit Medizinprodukten
9. Entsorgung
10. Durchführung infektiöskritischer Tätigkeiten / Schutzstufe 2-Tätigkeiten
11. Umgang mit infektiösen Patienten
12. Umgang mit Medikamenten
13. Wäschehygiene
14. Küchenhygiene
15. Versorgung schwerstpflegebedürftiger Patienten in Wohngruppen

Im Anschluss wurde eine Feingliederung der umzusetzenden Punkte vorgenommen und analysiert, ob sich die drei unterschiedlichen Versorgungsformen bezüglich der hygienischen Anforderungen unterscheiden. Da bis auf wenige Ausnahmen die Hygieneanforderungen in den unterschiedlichen Versorgungsformen gleich sind, kann daher eine allgemeingültige Checkliste (siehe Anhang) für die außerklinische Intensivpflege formuliert werden.

Diese Checkliste soll den Anbietern entsprechender Leistungen in ihrer Arbeit eine praxisorientierte fachliche Hilfe bei der Umsetzung der erforderlichen Maßnahmen sein. Sie soll dazu beitragen, dass diese ihren gesetzlichen Verantwortungen, d. h. der Garantenstellung der ihnen anvertrauten Menschen voll umfänglich nachkommen können.

Abschließend ist jedoch festzuhalten, dass die erfolgreiche Implementierung eines Hygienemanagements drei Grundvoraussetzungen erfüllen sollte:

- Festlegung von Organisationsstrukturen und Verantwortlichkeiten
- Einsatz qualifizierten Personals
- Einsatz geschulten Personals

Es soll kurz erwähnt werden, dass sich im Rahmen des Kompetenznetzwerkes Außerklinische Intensivpflege Bayern (KNAIB) noch 3 weitere Arbeitsgruppen konstituierten, die weitere für die außerklinische Intensivpflege wichtige Themenfelder interdisziplinär bearbeiteten (AG Notfallmanagement, AG Überleitmanagement,

AG Personalqualifikation). Die Mitglieder der Arbeitsgruppen sowie die erarbeiteten Standards können im Internet unter www.knaib.de abgerufen werden.

Interessenkonflikt

Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt im Sinne der Richtlinien des International Committee of Medical Journal Editors besteht.

Literatur

1. Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention. Infektionsprävention in Heimen; Bundesgesundheitsblatt 2005; 48: 1061–1080.
2. Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention. Händehygiene; Bundesgesundheitsblatt 2000; 43: 230–233.
3. Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention. Prävention der nosokomialen Pneumonie; Bundesgesundheitsblatt 2000; 43: 302–309.
4. Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention. Anforderungen an die Hygiene bei der Reinigung und Desinfektion von Flächen; Bundesgesundheitsblatt 2004; 47: 41–61.
5. Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention. Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten; Bundesgesundheitsblatt 2001; 44: 1115–1126.
6. Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention. Anforderungen der Hygiene an die Abfallentsorgung; Merkblatt herausgegeben von der Länder-Arbeitsgemeinschaft Abfall (LAGA) Stand: Januar 2002.
7. Desinfektionsmittelliste des VAH (Stand: Januar 2008), mhp-Verlag, Wiesbaden.
8. Langzeitbeatmung und Langzeitsauerstofftherapie; Arbeitshilfe zur sozialmedizinischen Begutachtung in der MDK-Gemeinschaft Projektgruppe P 34 Langzeitbeatmung – Mai 2004.
9. Arbeitshilfe zur Sicherstellung der fach- und sachgerechten Überleitung und Begutachtung intensivpflegebedürftiger Menschen; MDK Baden-Württemberg, 31.07.2008.
10. Überleitungs- und Berichtsbogen für intensivpflegebedürftige Menschen; MDK Baden-Württemberg, Stand: 07.04.2008.
11. Hygienische Aufbereitung von Hilfsmitteln der respiratorischen Heimtherapie; Empfehlungen für Hersteller, Betreiber und Anwender, erstellt vom Fachbereich Respiratorische Heimtherapie im Fachverband Spektaris Med, Stand: 2003.
12. Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V; Bundesanzeiger 2005; 96: S. 7 969
14. Fiehn A, Bennerscheid M. Heimbeatmung – Gewinn für Patienten – Herausforderung für Ärzte und Pflege; Deutsches Ärzteblatt 2007; 6: 276–277.

Anhang

Checkliste für das Hygienemanagement in der außerklinischen Intensivpflege

1. Betreiberverantwortlichkeiten, Personalstrukturen und Qualifikationen			
Zu erfüllende Kriterien	Amb. / häusl. Versorgung	Stationäre Versorgung	WG / Wohngruppen
Eigenverantwortung des Betreibers (Organisation, Dokumentation)			
– Hygieneberatung, Anforderungsprofil/Qualifikation	+	+	+
– Erstellung erforderlicher Standards in der benötigten Weise über alle Funktionsabläufe und Umgang mit Infektionspatienten nach Übernahme	+	+	+
– Tätigkeitsbewertung hinsichtlich Hygiene, Infektionsschutz, Arbeitssicherheit, Lebensmittelhygiene	+	+	+
– Kontrolle der Umsetzung der betriebsinternen Vorgaben durch die Mitarbeiter	+	+	+
– Dienstliche Ahndung bei Nichteinhaltung der Vorgaben	+	+	+
– Auswahl und Einsatz der Mitarbeiter nach persönlicher Eignung (Fachliche Qualifikation, Beherrschen der deutschen Sprache in Wort und Schrift)	+	+	+
– Personalqualifikation	+	+	+
– Objektiv nachvollziehbarer Personaleinsatz anhand von Dienstplänen	+	+	+

2. Qualitätsmanagementsystem Hygiene			
Zu erfüllende Kriterien	Amb. / häusl. Versorgung	Stationäre Versorgung	WG / Wohngruppen
Praxisbezogene Aussagen bzw. Anforderungen	+	+	+
– Gültigkeit des Hygieneplans	+	+	+
– Hygieneplan als Dienstanweisung (Angestellte Mitarbeiter oder vertragliche Regelung, freie Mitarbeiter, Aushilfskräfte)	+	+	+
– Fortlaufende Aktualisierung/Überarbeitungen	+	+	+
– Kommunikation (Ausbruchsmanagement, Meldewesen, Therapeuten – ärztlich/nicht ärztlich)	–	+	+

3. Betriebsärztliche / arbeitsmedizinische Versorgung			
Zu erfüllende Kriterien	Amb. / häusl. Versorgung	Stationäre Versorgung	WG / Wohngruppen
Erfordernis einer Einstellungsuntersuchung	+	+	+
Angebot STIKO-Indikationsimpfungen	+	+	+
Gefährdungsbeurteilung nach Biostoffverordnung durch den Arbeitgeber	–	+	+
Verhalten bei Nadelstichverletzungen/D-Arztverfahren	+	+	+

4. Schulungen/Einweisungen			
Zu erfüllende Kriterien	Amb. / häusl. Versorgung	Stationäre Versorgung	WG / Wohngruppen
Durchführung ausschließlich durch berechtigte, namentlich benannte Personen	+	+	+
Verbindlich zu schulender Personenkreis: Angestellte, freie Mitarbeiter und Mitarbeiter von Fremdfirmen (sofern diese Schutzstufe 2-Tätigkeiten ausüben)	+	+	+
Durchführung von Schulungen des Arbeitsschutzes in Kombination mit Hygienemaßnahmen	+	+	+
Schulungen nach §§ 42, 43 IfSG (nicht erforderlich bei Einsatz examinierten Pflegepersonals)	+	+	+
Personalunterweisung vor Aufnahme der Tätigkeit	+	+	+
Personalunterweisung zu bestehenden Infektionsgefahren in der ambulanten bzw. stationären Pflege und in WG's	+	+	+
Verbindliche Einhaltung der geschulten Maßnahmen (Erstellen von Dienstvereinbarungen für die Patientenversorgung/Durchführung von Schutzstufe 2-Tätigkeiten)	+	+	+

Aktive Medizinprodukte: Bedienung, Wartung, Inbetriebnahme, Umgang Anmerkung: Grundsätzliche Gültigkeit der Zertifikate auch bei Wechsel von Einrichtungen	+	+	+
Ausgestellte Zertifikate (lt. MPG): Verbindliche Angabe von Dauer und Inhalt der geschulten Maßnahme, Angabe des Dozenten	+	+	+
Objektiv nachvollziehbare Teilnahme durch Unterschriftsliste/ Dokumentation	+	+	+

5. Vorgaben zur allgemeinen Personalhygiene

Zu erfüllende Kriterien	Amb. / häusl. Versorgung	Stationäre Versorgung	WG / Wohngruppen
Nägel, Haare, Schmuck	+	+	+
Tragen von Arbeits-/Dienstkleidung	+	+	+
Vorgaben zur Händehygiene/Durchführung der hygienischen Händedesinfektion	+	+	+

6. Hygiene bei Besuchern/Angehörigen/Ärzten/Therapeuten

Zu erfüllende Kriterien	Amb. / häusl. Versorgung	Stationäre Versorgung	WG / Wohngruppen
Vorlegen eines Merkblattes für die zu regelnden Situationen und Infektionslagen und deren Maßnahmen	+	+	+
Bereitstellung von Schutzausrüstung und deren Einsatz	+	+	+

7. Reinigung/Desinfektion

Zu erfüllende Kriterien	Amb. / häusl. Versorgung	Stationäre Versorgung	WG / Wohngruppen
Festlegung der bereitzuhaltenden Desinfektionsmitteltypen (Händedesinfektionsmittel, Schleimhautdesinfektionsmittel, Flächendesinfektionsmittel, ggf. Instrumentendesinfektionsmittel) – auch bei externen Firmen (Festlegung zu verwendender Desinfektionsmittel gem. Hygieneplan, verbindliche Festlegung der Aufbereitung der Putzutensilien, Personalschulungen, Gebäudereinigung)	+	+	+
Schlussdesinfektion nach Verlegung des Bewohners	–	+	+

8. Umgang mit Medizinprodukten

Zu erfüllende Kriterien	Amb. / häusl. Versorgung	Stationäre Versorgung	WG / Wohngruppen
Festlegungen zum Einsatz von Medizinprodukten nach Herstellerangaben	+	+	+
Keine Aufbereitung von Einmalprodukten (z. B. Einwegspritzen)	+	+	+
Vorgaben zur Aufbereitung (Standardarbeitsanweisungen), bevorzugt maschinelle thermische Desinfektion als Aufbereitungsverfahren anhand einer zu erstellenden Risikobewertung weitgehend nur in vollstationären Einrichtungen, ausschließlich nach Herstellerangaben (Festlegung im Desinfektionsplan)	–	+	+
Alternativ: Festlegung, dass ausschließlich Einmalprodukte zum Einsatz kommen, hierbei Festlegung von Standzeiten/Wechselintervallen	+	+	+
Festlegungen zur Lagerung (Lagerung des Monatsbedarfs bodenfrei in geschlossenen trockenen, nach Fächern abgetrennten Schränken), schriftliche Festlegung der Lagerung von Einmalprodukten/sonstigen Medizinprodukten	–	+	+
Ausschließlich patientenbezogener Einsatz von Einmalprodukten und Medizinprodukten (Eigentum der Krankenkasse)	+	+	+
Sterilwassereinsatz, wenn vom Hersteller nach MPG vorgegeben, keine Zulässigkeit des Ersatzes durch Leitungswasser	+	+	+
Bei MRE-Patienten: Bereitstellung des Tagesbedarfs an Medizinprodukten und Verbrauchsmaterialien im Zimmer, Lagerung in geschlossenen Schränken bzw. wischdesinfizierbarer Box	–	+	+
Festlegungen zum Transport (in rein und unrein)	–	+	+

9. Entsorgung			
Zu erfüllende Kriterien	Amb. / häusl. Versorgung	Stationäre Versorgung	WG / Wohngruppen
Schriftlicher Müllentsorgungsplan (z. B. Müllsackstärke) zum Schutz von Mitbewohnern der Hausanlage vor potentiell kontaminiertem Abfall	+	+	+
Festlegung von Abfallklassen, Müllklassifikation (Nassmüll)	+	+	+
Entsorgung spitzer Gegenstände (Spritzenabwurf)	+	+	+
Entsorgung von Flüssigkeiten	+	+	+
Entsorgung von Zytostatikaabfällen und Arzneimitteln	+	+	+
Entsorgung von Speiseabfällen	–	+	+

10. Durchführung infektiöskritischer Tätigkeiten/Schutzstufe 2-Tätigkeiten			
Zu erfüllende Kriterien	Amb. / häusl. Versorgung	Stationäre Versorgung	WG / Wohngruppen
Verweis auf aktuelle Pflegestandards	+	+	+
Besonderes Beachten der Basishygiene = Händehygiene/ Händedesinfektion	+	+	+
Portversorgung			
– Keine Blutabnahme	+	+	+
– Ausschließlich Punktion des Ports mit Portnadeln	+	+	+
– Kein Herstellen von Mischinfusionen im häuslichen Bereich	+	–	–
Durchführung von Injektionen/Infusionen			
– Ausschließlich Einsatz von Eindosisbehältnissen bei nicht konservierten Arzneimitteln	+	+	+
– Durchführung der hygienischen Händedesinfektion vor dem Herrichten	+	+	+
– Herrichten unmittelbar vor Applikation	+	+	+
– Kontrolle Haltbarkeitsdatum Medikament bzw. Unversehrtheit Kontrolle Haltbarkeitsdatum der Infusionslösung	+	+	+
– Einmalige Verwendung von Infusionssystemen	+	+	+
– Wechselintervall Infusionssysteme alle 72 Stunden Wechselintervall Infusionssysteme von Lipidlösungen spätestens nach 24 Stunden Wechsel Zuleitungsschlauch für Kurzinfusionen nach Verabreichung	+	+	+
– Laufzeit von Infusionslösungen max. 24 Stunden, reine Lipidlösung max. 12 Stunden	+	+	+
– Desinfektion des Verschlussstopfens der Infusionsflasche (mit alkoholischem Hautdesinfektionsmittel)	+	+	+
– Steriles Schlitzpflaster bei peripherem Zugang, Empfehlung der Verwendung eines Transparentpflasters zur Möglichkeit der Kontrolle der Einstichstelle auf Entzündungszeichen	+	+	+
– Injektionen: Verwendung einer separaten Kanüle zum Aufziehen des Medikaments und zur Injektion	+	+	+
Tracheostomapflege/-absaugung			
– Tragen der persönlichen Schutzausrüstung	+	+	+
– Patientenbezogener Einsatz der Trachealkanülen	+	+	+
– Aufbereitung von Trachealkanülen gem. Herstellerangaben, keine chem. Desinfektion, mechanische Reinigung mit vom Hersteller empfohlenem Mittel unter fließendem Wasser, anschl. Wischdesinfektion Waschbecken	+	+	+
– Aufbereiten der Reinigungsbürste durch Einlegen in Instrumentendesinfektionsmittel, anschließend mit Wasser abspülen und gut trocknen lassen	+	+	+
Stoma-Versorgung			
– Tragen der persönlichen Schutzausrüstung	+	+	+
– Sorgfältige Hautreinigung, Pflege	+	+	+
– Versorgung ausschließlich mit Handschuhen	+	+	+
Drainagen-Versorgung/Versorgung von Stuhl- und Gallefisteln			
– Tragen der persönlichen Schutzausrüstung	+	+	+
– Sorgfältige Hautreinigung, Pflege	+	+	+
– Versorgung ausschließlich mit Handschuhen	+	+	+

Versorgung von Nierenfisteln			
– Tragen der persönlichen Schutzausrüstung	+	+	+
– Sterile Versorgung	+	+	+
PEG-Versorgung inklusive Zubereitung von Sondenkost			
– Tragen der persönlichen Schutzausrüstung	+	+	+
– Ausschließliche Verwendung von frisch abgekochtem, auf Raumtemperatur abgekühltem Wasser	+	+	+
– Einmalige Verwendung von Einmalspritzen zur Nahrungsapplikation	–	+	+
– Kontrolle der Nahrung auf Haltbarkeit, optische Kontrolle der Nahrung	+	+	+
– Bei bereits trockener PEG, keine Notwendigkeit eines Verbandes, bei MRE oder Wundinfektion Notwendigkeit eines sterilen Verbandes	+	+	+
Harnblasenkatheter gem. bestehender Hygienestandards			
– Legen, Pflege, Versorgung	+	+	+
– Tragen der persönlichen Schutzausrüstung	+	+	+
Verbandswechsel/Wundversorgung gem. allgemeiner Hygienestandards und Wundstandards, Einsatz steriler Materialien	+	+	+

11. Umgang mit infektiösen Patienten

Zu erfüllende Kriterien	Amb. / häusl. Versorgung	Stationäre Versorgung	WG / Wohngruppen
Allgemeines besonders wichtig:			
– Sachgerechter Einsatz von Desinfektionsmitteln	+	+	+
– Persönliche Basishygiene, d. h. Händedesinfektion	+	+	+
– Gezielte Flächendesinfektion patientennaher Bereiche, Wischdesinfektion	+	+	+
– Kein unmittelbares Zusammenlegen von Patienten mit verschiedenen multiresistenten Keimen wie MRSA, ESBL	–	+	+
– Bei diagnostischen und pflegerischen Tätigkeiten Tragen von Schutzkleidung, bei Kolonisation der Atemwege bei Absaugen Tragen von Mund-Nasen-Schutz (Verwendung von Absaugbeuteln)	+	+	+
– Aufklärung und Beratung von Angehörigen/Besuchern über Schutzmaßnahmen (abhängig vom Lokalisationsort)	+	+	+
– Für Wohngemeinschaften/Kleinsteinheiten gelten bei mit MRE kolonisierten/infizierten Patienten die gleichen Schutzmaßnahmen wie im stationären Bereich	–	+	+
– Verwendung geschlossener Absaugsysteme bei infektiösen Patienten	+	+	+
Hygienestandards zur Behandlungspflege MRE (Grundversorgung, Absaugen)	+	+	+
Hygienestandards zur Versorgung von mit fäkal-oral übertragbaren Krankheitserregern infizierten Patienten	+	+	+
Hygienestandards zur Versorgung von mit blutübertragbaren Viruserkrankungen infizierten Patienten	+	+	+
Hygienestandards zur Versorgung von Patienten mit Parasiten	+	+	+
Hygienestandards zur Versorgung von Patienten mit akuten und chronischen Hauterkrankungen	+	+	+
Hygienestandards zur Versorgung von mit aerogenen übertragbaren Krankheitserregern infizierten Patienten	+	+	+

12. Umgang mit Medikamenten

Zu erfüllende Kriterien	Amb. / häusl. Versorgung	Stationäre Versorgung	WG / Wohngruppen
Standard Lagerung (trocken, sauber, geschlossen, monatl. Kontrolle der Haltbarkeit und Dokumentation dieser Überprüfung), Einhaltung der Herstellerangaben in Verantwortung des Pflegedienstes	+	+	+
Keine Verwendung von Mehrdosisbehältnissen ohne Konservierungsstoffe	+	+	+
Standard Salben/orale Medikamente (Anbruchsdaten-Kontrolle)	+	+	+
Salben und Augentropfen/ausschließlich patientenbezogene Verwendung, Vermerk des Anbruchsdatums > Verwendung von Einmaldosen/Kleinstdosen	+	+	+
Bei kühlpflichtigen Medikamenten: Standard Lagerung/ Temperaturdokumentation, Lagerung in separater Plastikbox	+	+	+

13. Wäschehygiene

Zu erfüllende Kriterien	Amb. / häusl. Versorgung	Stationäre Versorgung	WG / Wohngruppen
Wäsche- und Abwurfsortierplan	–	+	+
Trennung im Umgang mit reiner/unreiner Wäsche	–	+	+
Kein Nachsortieren aufzubereitender Wäsche	–	+	+
Getrennte Aufbereitung von Bewohner- und Personalwäsche, infektiöser und nicht infektiöser Wäsche	–	+	+
Tragen der PSA beim Umgang mit Schmutzwäsche	+	+	+
Einsatz von 60 °C waschbarer Kleidung und Wäsche (sowohl Bewohner als auch Personal)	–	+	+
Bei gemeinsamer Aufbereitung der Wäsche von unterschiedlichen Bewohnern ausschließlicher Einsatz von gewerblichen Waschmaschinen bzw. Abgabe der Wäsche zur Aufbereitung in gewerblichen Wäschereien mit Zertifikat nach RKI	–	+	+
Festlegungen zum Transport, alternativ zur Aufbereitung	–	+	+

14. Küchenhygiene

Zu erfüllende Kriterien	Amb. / häusl. Versorgung	Stationäre Versorgung	WG / Wohngruppen
Standard Lagerung von Lebensmitteln	–	+	+
Standard zur Aufbereitung von Lebensmitteln	–	+	+
Handhabung der Sondennahrung nach Herstellerangaben (siehe hierzu auch Punkt 7)	+	+	+
Aufbereitung des Patientengeschirrs	–	+	+
Temperaturkontrolle beim Kühlschrank (nicht im Privathaushalt, nur wenn PD mit Nahrung und Medikamenten zu tun hat)	–	+	+

15. Versorgung Intensivpflegebedürftiger in stationären Einrichtungen und Wohngruppen

Zu erfüllende Kriterien	Stationäre Versorgung	WG / Wohngruppen
Räumliche Ausstattung		
– Separate Personalumkleide	+	+
– Separate Personaltoilette	+	+
– Separate Küche	+	+
– Personalaufenthaltsraum	+	+
– Lagerraum mit Schränken für Verbrauchs- und Sterilgüter	+	+
– Bad mit Hilfsmittelausstattung	+	+
– Keine Teppichböden, Boden desinfizierend wischbar	+	+
– Wischdesinfizierbare Arbeitsflächen	+	+
– Händewaschplätze gem. TRBA 250 (Personaltoilette, Küche, unreiner Arbeitsraum/ Bad)	+	+
– Händedesinfektionsmittelpender in allen Räumen Schwerstpflegebedürftiger	+	+
Praktische Hygiene		
– Geschirrpülmaschine, Betriebstemperatur über 60°C	+	+
– Je nach Kühlschrankgröße: Separate Lagerung, fachgerechte Lagerung der Lebensmittel	+	+
– Getrennte Lagerung von Medikamenten und Lebensmitteln	+	+
– Einsatz von Steckbecken, Aufbereiten nach Hygieneplan	+	+
– Medizinproduktlagerung: patientenbezogen und nach Herstellerangaben, Einbringen nur von Tagesbedarf	+	+
Patientensicherheit		
– Ausgearbeitetes Notfallkonzept (Brandschutzplan, Notfallausrüstung) für medizinische Notfälle	+	+
Umgang mit Verstorbenen	+	+