

Das Hygiene-Ranking der Frankfurter Altenpflegeheime – Konzept und erste Erfahrungen

Hygiene Ranking in Residential Homes for the Aged in Frankfurt – Conception and First Results

Autor W. Hentschel, U. Heudorf
Institut Stadtgesundheitsamt Frankfurt

Schlüsselwörter

- Hygieneüberwachung
- Altenpflegeheime
- Infektionshygiene
- Trinkwasserhygiene
- öffentlicher Gesundheitsdienst

Key words

- hygiene control visits
- old age pensioners homes
- drinking water hygiene
- public health services
- hygiene ranking

Zusammenfassung

Die Überwachung der Hygiene in Altenpflegeheimen ist eine wichtige Aufgabe der Gesundheitsämter. In der vorliegenden Arbeit wird ein „Hygiene-Ranking“ (APH-Ranking) vorgestellt, das auf der Basis der regelmäßig und standardisiert durchgeführten Begehungen der Heime aufbaut. Aus mehr als 60 Einzelfeststellungen werden sieben Hygienebereiche aggregiert bewertet: baulich-funktionelle Voraussetzungen, organisatorische Voraussetzungen, Fortbildung, aktuelle Hygiene, Redundanz von Mängeln, Küchenhygiene und Trinkwasserhygiene. Das Design des APH-Rankings ermöglicht zum einen den direkten Vergleich der in den einzelnen Frankfurter Altenpflegeheimen in den jeweiligen Hygienebereichen erzielten Leistungen, zum anderen kann durch die Gewichtung und die daraus ermittelte Gesamtbewertung ein schneller und umfassender Überblick über die gesamte hygienische „Leistung“ gewonnen werden. Die Ergebnisse der flächendeckend durchgeführten Erhebungen 2004 bis 2006 zeigen die gute Akzeptanz dieses Verfahrens bei den Altenpflegeheimen.

Abstract

Public health departments are obliged by law to survey hygienic procedures and condition in residential homes for the aged. Based on the annual hygiene control visits, a standardised hygiene ranking was established with the aggregation of more than 60 detailed single observations in the following fields: building, organisation, training of the staff, actual hygiene situation, repeated deficits, food and kitchen hygiene, and drinking water. This hygiene ranking enables not only intra-institutional comparisons in different years but also the comparison between different homes. The data obtained in 2004 to 2006 demonstrated that this method was very well accepted by the institutions and was readily appreciated as a tool for external quality assessment.

Bibliografie

DOI 10.1055/s-2007-973089
 Gesundheitswesen 2007;
 69: 233–239
 © Georg Thieme Verlag KG
 Stuttgart · New York
 ISSN 0941-3790

Korrespondenzadresse

Dipl. Ing. W. Hentschel
 Abt. Medizinische Dienste und
 Hygiene
 Stadtgesundheitsamt
 Frankfurt/M
 Braubachstr. 18–22
 60311 Frankfurt
 wolfgang.hentschel@stadt-
 frankfurt.de

Einleitung

Im Jahr 2000 lebten in Deutschland etwa 557.000 Personen in stationären Pflegeeinrichtungen, bis zum Jahr 2030 wird mit einem Anstieg auf ca. 800.000 gerechnet [1]. Unabhängig von dem höheren Infektionsrisiko im Alter durch Multimorbidität, Immobilität und funktionelle Störungen erhöht die Unterbringung in Gemeinschaftseinrichtungen wie Altenpflegeheimen generell das Risiko von Infektionsübertragungen [2–4]. Mit der zunehmenden Verlagerung medizinischer Versorgung aus Krankenhäusern in den Bereich der externen Betreuung ergeben sich Infektionsrisiken, die den Risiken nosokomialer

Infektionen in Krankenhäusern vergleichbar sein können. Geeignete Hygiene- und Infektionspräventionsmaßnahmen in den Heimen sind gefordert.

Wesentliche Voraussetzung zur Sicherstellung einer adäquaten Betreuung bzw. Pflege in Heimen sind im Heimgesetz [5] formuliert. Demnach ist es nicht nur Aufgabe des Trägers (§ 11) „...die Würde sowie die Interessen und Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner von Altenpflegeheimen zu schützen, ihre Selbständigkeit und Selbstbestimmung zu fördern, eine angemessene Betreuung und Pflege nach dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse sowie die ärztliche und

gesundheitliche Betreuung zu sichern“ sondern auch „einen ausreichenden Schutz... vor Infektionen zu gewährleisten und sicher zu stellen, dass von den Beschäftigten die für ihren Aufgabenbereich einschlägigen Anforderungen der Hygiene eingehalten werden...“, zu gewährleisten, dass die Zahl der Beschäftigten und ihre persönliche und fachliche Eignung für die von ihnen zu leistende Tätigkeit ausreicht und ein Qualitätsmanagement betrieben wird.“ Im Pflege-Qualitätssicherungsgesetz (PQsG) werden die gesetzlichen Anforderungen an Qualitätskontrollen, Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement noch deutlich erweitert [6]. In den Regeln der Berufsgenossenschaft ist darüber hinaus festgelegt, dass in medizinischen Einrichtungen ein Hygieneplan zu erstellen ist, mit allen relevanten Maßnahmen und Verfahren (BGR 250/TRBA 250). Seit 2001 ist diese Pflicht zur Erstellung eines Hygieneplans (u. a.) in Pflegeeinrichtungen auch in § 36 Infektionsschutzgesetz [7] festgeschrieben.

Zusätzlich zu diesen internen Qualitätssicherungsmaßnahmen ist in § 36 Infektionsschutzgesetz die infektionshygienische Überwachung der Altenpflegeheime durch die Gesundheitsämter als externe Kontrollen verbindlich festgeschrieben [7]. Fachliche Richtschnur sind dabei die einschlägigen Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention, die im Jahre 2005 in einer eigenen Richtlinie „Infektionsprävention in Heimen“ zusammengefasst und veröffentlicht wurden [8]. Darüber hinaus sind die Wasserversorgungsanlagen der Altenpflegeheime auf der Grundlage von § 18 Trinkwasserverordnung [9] durch das Gesundheitsamt zu überwachen.

In Frankfurt am Main werden die Altenpflegeheime seit 1989 regelmäßig einmal pro Jahr durch Mitarbeiter des Gesundheitsamtes begangen; dabei werden Checklisten eingesetzt, die im Laufe der Zeit nach ausführlichen Diskussionen innerhalb der mit der Überwachung befassten Abteilung immer wieder an die aktuellen Anforderungen angepasst wurden. Insgesamt waren positive Ergebnisse zu erreichen [10]. Allerdings waren auch immer wieder durch Wechsel in der Heimleitung und beim Personal Rückschritte zu verzeichnen. Darüber hinaus wird seit 1988 das Trinkwasser – Warmwasser – in Altenpflegeheimen jährlich auf Legionellen beprobt und untersucht [11,12]. Aus dem Wunsch, die Resultate der Überwachung in einer einfach verständlichen und schnell überschaubaren Weise zu aggregieren, ohne dabei die gebotene fachliche Differenzierung außer Acht zu lassen (externe Qualitätssicherung), wurde das Hygiene-Ranking für Altenpflegeheime („APH-Ranking“) entwickelt. Nachfolgend werden die Grundlagen des seit 2004 flächendeckend seitens des Stadtgesundheitsamtes Frankfurt durchgeführten Hygiene-Rankings für Altenpflegeheime (APH-Ranking) beschrieben.

APH-Ranking – das Konzept

Die Beurteilung der Hygiene in Altenpflegeheimen erfolgt nach Überprüfungen von insgesamt sieben auf die Hygiene bezogenen Prüfbereichen mit über 60 Einzelfeststellungen, die im Anhang aufgeführt sind. Da die verschiedenen Fachbereiche eine unterschiedliche hygienische Bedeutung haben, wurden Bewertungsfaktoren vergeben und letztlich auf dieser Basis eine gewichtete Gesamtbeurteilung erstellt. So gehen z.B. die baulichen und organisatorischen Voraussetzungen mit maximal je 5% in die Gesamtwertung ein, während die aktuelle Hygiene mit 30% eingeht. Damit soll erreicht werden, dass die konkrete

Hygienepraxis bei der Bewertung einen Vorrang vor der Bewertung sekundärer Hygieneparameter erhält, ohne diese jedoch zu vernachlässigen.

Das Design des APH-Rankings ermöglicht zum einen den direkten Vergleich der in den einzelnen Frankfurter Altenpflegeheimen in den jeweiligen Hygienebereichen erzielten Leistungen, zum anderen kann durch die Gewichtung und die daraus ermittelte Gesamtbewertung ein schneller und umfassender Überblick über die gesamte hygienische „Leistung“ gewonnen werden.

Nachfolgend wird näher auf die Bedeutung und Charakteristika der einzelnen Prüfbereichen eingegangen:

Die **baulichen Voraussetzungen** können sich begünstigend auf die konkrete Hygienepraxis auswirken und sind deshalb zu bewerten. Doch auch bei Vorliegen suboptimaler baulicher Voraussetzungen ist eine gute Hygienepraxis möglich, sofern die negativen Auswirkungen der mangelnden baulichen Gegebenheiten durch besonderes Engagement kompensiert werden. Die baulichen Voraussetzungen sollen bei der Gesamtwertung des Ranking max. 5% der Gesamtpunkte liefern können und erhalten daher den rechnerischen Gewichtungsfaktor 1.

Die **organisatorischen Voraussetzungen** betreffen das Vorhandensein einer Hygienekommission, eines Hygienebeauftragten, des Hygieneplans und ähnliche Prüfpunkte. Die Hygienekommission und der Hygienebeauftragte sind, im Gegensatz zum Hygieneplan, derzeit in Altenpflegeheimen keine gesetzlich geforderten Institutionen und stehen nicht notwendigerweise in einem festen Verhältnis zur aktuell praktizierten Hygiene. Sie sind aber grundlegende Voraussetzung für die Hygienepraxis, weshalb sie bei der Gesamtwertung max. 5% der Gesamtpunkte liefern können sollen. Sie erhalten daher ebenfalls den rechnerischen Gewichtungsfaktor 1.

Da der Bereich **Fort- und Weiterbildung** ebenfalls eine grundlegende Bedeutung in der Altenpflege hat und bestimmten gesetzlichen Ansprüchen genügen muss, soll er bei der Gesamtwertung des Ranking max. 10% der Gesamtpunkte liefern können und erhält den rechnerischen Gewichtungsfaktor 2.

Die **Küchenhygiene** in den Frankfurter Alten- und Pflegeheimen wird schon seit vielen Jahren nach erprobten Checklisten durch das Stadtgesundheitsamt intensiv überprüft. Um den zusätzlichen Arbeitsaufwand für das Hygiene-Ranking in diesem Fachbereich vertretbar zu halten, wurde bewusst auf die Verwendung subjektiver Bewertungen auf der Grundlage der Küchen-Checkliste abgestellt. Die Küchenhygiene, die also intensiver geprüft wird als es die einzelnen Prüfpunkte des Ranking vermuten lassen, soll bei der Gesamtwertung des Ranking max. 20% der Gesamtpunkte liefern können und erhält den rechnerischen Gewichtungsfaktor 4.

Der Prüfpunkt **wiederholt auftretende Mängel** wurde geschaffen, da davon auszugehen ist, dass ein Hygieneregime eines Hauses dann wahrscheinlich als wenig effizient anzusehen ist, wenn bei den jährlichen Kontrollen immer wieder die gleichen Beanstandungen festgestellt werden. Sind wiederholt auftretende Mängel festzustellen, werden entsprechend der Relevanz des Mangels oder der Mängel Punktabzüge von den als Standardwert vorgegebenen 50 Punkten (= keine wiederholt auftretenden Mängel) vorgenommen. Dieser Bereich soll bei der Gesamtwertung des Ranking max. 10% der Gesamtpunkte liefern können und erhält den rechnerischen Gewichtungsfaktor 2. Die **„Aktuelle Hygiene“** ist der relevanteste Bereich der Bewertung. Er besteht aus 31 Detailfragen sowie aus dem subjektiv zu bewertenden Punkt „Allgemeiner Eindruck/Sauberkeit“. Ange-

sichts seiner Bedeutung soll der Bereich „aktuelle Hygiene“ max. 30% der Gesamtpunkte beitragen können und erhält den rechnerischen Gewichtungsfaktor 6.

Die **Trinkwasserhygiene** wird aufgrund der Erkenntnisse des Stadtgesundheitsamtes als Überwachungsbehörde nach der Trinkwasserverordnung beurteilt. Entsprechend der Problematik differenziert der Bereich Trinkwasserhygiene in die Einzelpunkte „Legionellenstatus“, „Mikrobiologische Parameterüberschreitungen“ und „chemische Parameterüberschreitungen“. Dieser Bereich soll max. 20% der Gesamtpunkte beitragen können und erhält den rechnerischen Gewichtungsfaktor 4. Das Vorgehen bei der Beurteilung dieses Prüfbereichs ist eng vorgegeben, hier sind die Ergebnisse der Trinkwasseruntersuchungen ausschlaggebend.

In jedem der sieben Prüfbereiche kann ein Haus maximal ungewichtet 100 Punkte und insgesamt 2000 Punkte gewichtet erreichen. Auf diese Weise lassen sich die Ergebnisse der verschiedenen Häuser in den einzelnen Bereichen leicht vergleichen. Zur Ermittlung der Gesamtbewertung werden die erreichten Punktzahlen der einzelnen Bereiche mit den entsprechenden Gewichtungsfaktoren multipliziert, addiert und benotet. Hierzu werden die jeweils erreichten Punkte in Beurteilungsnoten gemäß des üblichen Schulnotensystems (Noten von 1–6 mit Zwischennoten „+“ und „-“) umgesetzt. Sollte ein bestimmter Prüfpunkt in einer Einrichtung nicht prüfbar sein, wird, um eine

nachteilige oder zu günstige Beurteilung zu vermeiden, in diesem Ausnahmefall der Durchschnittswerte aller übrigen Frankfurter Heime im betreffenden Jahr vergeben.

Die hierfür eingesetzte EDV-Lösung ist im Stadtgesundheitsamt erstellt worden und bietet neben der automatischen Ermittlung der Bewertungen auch die Möglichkeit, die gewünschten Berichte zu erstellen und auszudrucken. In Berichtsform sind neben dem Statusbericht eines einzelnen Heimes (Abb. 1) auch der Quervergleich der in den einzelnen Prüfbereichen erzielten Leistungen aller überprüften Heime (Abb. 2) sowie die Ergebnisse in den einzelnen Prüfbereichen eines Heimes über mehrere Jahre (Abb. 3) verfügbar.

Die einzelnen Alten- und Pflegeheime erhalten nach Jahresende des Beurteilungsjahres einen Ausdruck, aus dem sie ihren im zurückliegenden Jahr erreichten Hygienestatus im Vergleich zum Durchschnitt aller bewerteten Altenpflegeheime in Frankfurt a.M. ersehen können. Kein Alten- und Pflegeheim erfährt Einzelwerte oder die Gesamtnote eines anderen Hauses. Die Abweichungen vom Mittelwert werden verbalisiert ausgedrückt (z.B. „liegt im Durchschnitt“ oder „besser als der Durchschnitt“), was diese Bewertung leichter verständlich macht (siehe Abb. 1).

Stadtgesundheitsamt Abt. Medizinische Dienste und Hygiene, SG 53.22				Montag, 5. Februar 2007				
Hygienestatus der Frankfurter Altenpflegeheime im Jahr 2005								
hier: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX								
Begehungsdatum: 02.05.2005		Stamm-ID: 43		Begehung-ID: 138		Anzahl der beim Vergleich berücksichtigten Heime : 33		
Begehung Nr.: 3								
In diesem Report können Sie das Ergebnis der letzten Begehung des Gesundheitsamtes nachvollziehen und mit den durchschnittlichen Besichtigungsergebnissen der übrigen entsprechenden Einrichtungen in Frankfurt durch das Gesundheitsamt vergleichen. Das Hygienearanking soll Ihnen helfen, die markantesten hygienischen Mängel oder Vorzüge Ihrer Einrichtung zu erkennen und Mängel dann abzustellen.								
Gruppe	Prüfungsthema	Note	erreichte Punkte	Jahres-Mittelwert	Differenz zum Mittelwert in Punkten	Differenz zum Mittelwert in %	Bewertung im Vergleich mit den Ergebnissen der anderen Häuser in diesem Jahr	
1	Baulich-Funktionell	2	80	86	-6	-7 %	liegt im Durchschnitt	
2	Hygiene-Organisation	3 +	77	73	4	5 %	liegt im Durchschnitt	
3	Fortbildung	6	30	136	-106	-78 %	sehr schlecht	
4	Aktuelle Hygiene	2 +	540	490	50	10 %	liegt im Durchschnitt	
5	Redundante Mängel	2 +	180	159	21	13 %	besser als der Durchschnitt	
6	Küchenhygiene	2 +	360	316	44	14 %	besser als der Durchschnitt	
7	Trinkwasserhygiene	4 +	240	329	-89	-27 %	schlechter als der Durchschnitt	
Gesamtergebnis			3,0	1507	1589	-82	-5 %	liegt im Durchschnitt
Anmerkungen:								
Die Legionellenproblematik muss unbedingt nachhaltig in den Griff bekommen werden.								
Erläuterung der Bewertung								
von %	bis %	Text						
-10	10	liegt im Durchschnitt						
11	25	besser als der Durchschnitt						
26	40	deutlich besser als der Durchschnitt						
41	99	sehr gut						
von %	bis %	Text						
-11	-25	schlechter als der Durchschnitt						
-26	-40	deutlich schlechter als der Durchschnitt						
-41	-99	sehr schlecht						

Abb. 1 Statusbericht eines Heimes.

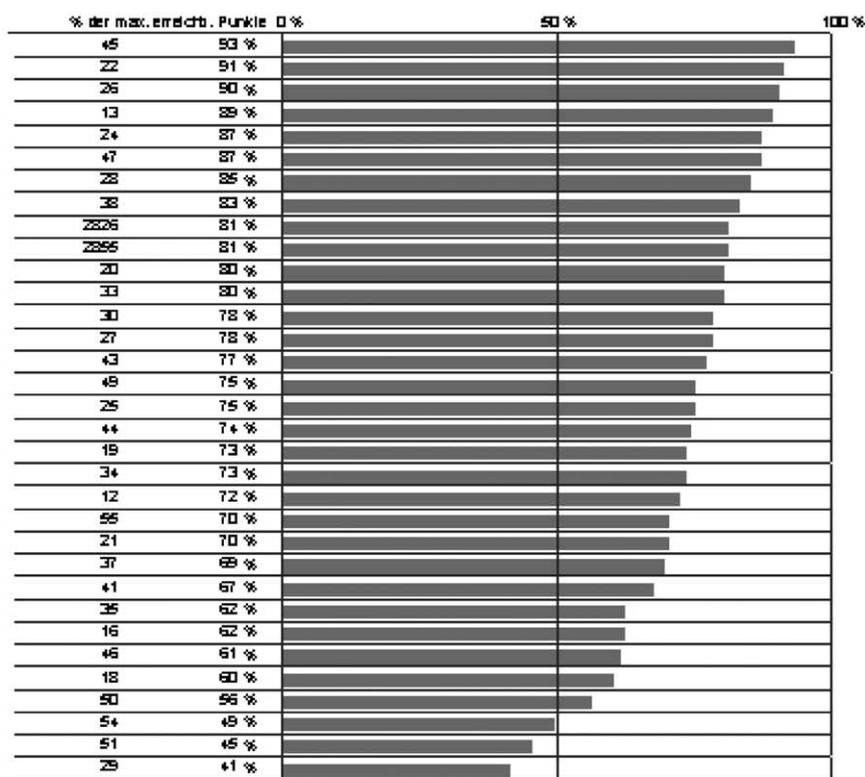


Abb. 2 Quervergleichsmöglichkeit der einzelnen Fachthematiken.

APH-Ranking – Erste Erfahrungen

Ab 2004 wurde das Verfahren flächendeckend in allen Heimen angewandt, sodass inzwischen Erfahrungen mit drei Jahresdurchgängen bestehen. Die Auswertung der Daten aus den Jahren 2004 bis 2006 zeigt, dass insgesamt eine leichte Verbesserung in allen Bereichen zu verzeichnen war, wobei der Unterschied in den Bereichen Organisation und in der Gesamtpunktzahl sowie in der Gesamtnote signifikant waren. Insbesondere bei den „Organisatorischen Voraussetzungen“, d.h. den detaillierten Angaben im Hygieneplan zu diversen Problemfeldern wie Umgang mit PEG-Sonden, Atemwegsbefeuchtern, Katheterpflege, Skabies, MRSA etc. erreichten bis 2006 ca. zwei Drittel der Heime jetzt die maximale Punktzahl, im Jahre 2004 waren dies in der Regel nur ein Drittel der Heime gewesen.

Diskussion

Die Infektionshygienische Überwachung von Altenpflegeeinrichtungen ist seit Jahrzehnten eine wichtige Aufgabe der Gesundheitsämter [7, 13, 14]. Verschiedene Checklisten [15–17], Musterhygienepläne [18–24] sowie Erfahrungsberichte zur Allgemeinen Hygieneüberwachung [10, 25–28] sind publiziert. Darüber hinaus liegen Berichte zu einzelnen hygiene- und infektionsrelevanten Themenbereichen wie MRSA, Skabies, Mund- und Zahnhygiene, Decubitus, Flächendesinfektion sowie aus

dem Bereich Trinkwasserüberwachung etc. vor [11, 12, 29–35]. Insbesondere aus dem Gesundheitsamtsbezirk Rhein-Neckar-Kreis wurde in den letzten Jahren über gute Erfahrungen mit speziellen Fragebogenaktionen und Fortbildungsmaßnahmen (Beratung) für die Heime zusätzlich zu den bisher üblichen Routinebegehungen (Kontrolle) berichtet [36]. Solche Fortbildungen für die Mitarbeiter der Altenpflegeheimen wurden auch in Frankfurt am Main gerne und gut besucht.

Auch in Frankfurt am Main wird den infektionshygienischen Begehungen der Altenpflegeheime große Bedeutung beigemessen: die Heime erhalten im Anschluss an die Begehungen detaillierte Berichte; ggf. werden kurzfristig Nachbegehungen durchgeführt. Angesichts des Wunsches, die Resultate der Überwachung in einer einfach verständlichen und schnell überschaubaren Weise zu aggregieren, um so auch die Situation in den Heimen vergleichbar zu machen, wurde darüber hinaus das APH-Ranking entwickelt. Die Ergebnisse des APH-Ranking eines Jahres werden den überwachten Einrichtungen zu Beginn des Folgejahres zusammenfassend schriftlich mitgeteilt, damit die Kritikpunkte der Überwachungsbehörde verdeutlicht werden. Andere Heime oder sonstige Dritte haben keine Einsicht in die individuellen Bewertungen.

Das APH-Ranking dient darüber hinaus auch der internen Qualitätssicherung im Gesundheitsamt; die standardisierte Bewertung der Einrichtungen durch unterschiedliche Gesundheitsaufseher ist nur nach intensiver Fachdiskussionen und

DG	Datum	Baulich-funktionell Note Grp. 1	Organisatorisch Note Grp. 2	Fortbildung Note Grp. 3	Aktuelle Hygiene Note Grp. 4	Redundante Mängel Note Grp. 5	Küchenhygiene Note Grp. 6	Trinkwasserhygiene Note Grp. 7	Gesamt-bewertung
1	18.10.2001	2 -	4 -	2 +	3 +	4 +	2 -	1	2,6
2	09.10.2003	2 +	3 -	2 +	3 +	1 0	2 -	3	2,3
3	12.10.2004	2 -	3 +	2 +	2 -	4 -	3 -	1	2,4
4	12.12.2005	2 -	3 +	2 -	2 -	3 +	3 +	1	2,3
5	07.12.2006	2 +	3 +	1 0	1 0	3 +	3 +	3	2,3

Abb. 3 Hygienequalität eines Heimes über mehrere Jahre.

Abstimmungen möglich, wodurch letztendlich die Qualität der Begehungen erheblich verbessert wird.

Aufgrund der unterschiedlichen Gewichtung der einzelnen Bereiche wird vermieden, dass die sich auf die konkrete Hygienepraxis nur wenig auswirkenden formalen Punkte, die im folgenden Text als „sekundäre Hygieneparameter“ bezeichnet werden, ein zu großes Gewicht erlangen. Bei der Auswahl der Prüfpunkte wurde darauf geachtet, möglichst nur objektiv durch die Mitarbeiter des Gesundheitsamtes feststellbare Sachverhalte zu berücksichtigen und auf subjektive Wertungen so weit als möglich zu verzichten. Dennoch sind subjektive Bewertungen in gewissem Umfang unumgänglich, da sich nicht alle hygienerelevanten Sachverhalte mittels Ankreuzen von Prüfpunkten einer Checkliste erfassen lassen. In den subjektiven Bewertungen spiegeln sich letztlich die Fachkunde und Erfahrung der Beurteiler, ohne die ein stimmiges Ergebnis bei gleichem Aufwand nicht erzielt werden könnte.

Besonders wurde berücksichtigt, dass die in das Ranking eingehenden Daten möglichst ohne zusätzlichen Arbeitsaufwand aus den Ergebnissen der Routinebegehungen gewonnen werden und die Ermittlung der Ergebnisse sowie die Generierung der Berichte EDV-gestützt erfolgen.

Nachdem diese Methode zunächst in einigen Heimen erprobt worden war, wurde das Ranking den Leitern aller Heime im Rahmen der regelmäßigen Heimleitertreffen vorgestellt und ab 2004 flächendeckend eingesetzt. Inzwischen liegen Erfahrungen mit zwei Jahresdurchgängen vor. Bereits nach den Mitteilungen des ersten Durchgangs kam es zu vielen Gesprächen aufgrund von Nachfragen von Heimleitern, Pflegedienstleitungen oder Küchenleitungen. Diese zeigten das große Interesse an den vergleichenden Daten sowie an Wegen zur Verbesserung im eigenen Heim. Offenbar entstand auch eine gewisse positive Wettbewerbssituation zwischen den Heimen. Insbesondere im Hinblick auf Bewertungen „unter dem Durchschnitt“ waren durchweg erhebliche Anstrengungen zur Verbesserung der Situation zu beobachten. Die Auswertung der Daten aus den Jahren 2004 und 2005 zeigt, dass insgesamt eine Verbesserung in allen Bereichen zu verzeichnen war, wobei der Unterschied in den Bereichen Organisation und in der Gesamtpunktzahl sowie in der Gesamtnote am größten waren. Dies ist leicht nachvollziehbar, da gerade im Bereich Organisation Veränderungen oft leicht-

ter möglich sind als beispielsweise im Bereich „baulich-funktionelle Voraussetzungen“. Inzwischen haben die meisten Heime ihre Hygienepläne überarbeitet und erforderlichenfalls ergänzt.

Fachliche Grundlage für die Begehungen der Gesundheitsämter sind BG-Regeln, DIN-Vorschriften, die Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention und die Trinkwasserverordnung. Detaillierte fachliche Empfehlungen zur Sicherstellung der Hygiene in Altenpflegeeinrichtungen sind in der neuen Richtlinie „Infektionsprävention in Heimen [8] zusammengestellt. Nach Darstellung der Infektionsrisiken anhand publizierter Daten wird dort auf die personellen und organisatorischen Voraussetzungen eingegangen. Neben ausreichendem Fachpersonal sollte hygienebeauftragtes Personal in den Einrichtungen sein; zu den Qualifikationen und genauen Aufgaben wird auf die Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene verwiesen [37]. Entsprechende Fortbildungskurse werden inzwischen von verschiedenen Organisationen angeboten (s. Tagungskalender Zeitschrift Hygiene und Medizin). Während die Einrichtung einer Hygienekommission in Krankenhäusern bereits in der RKI-Richtlinie 1976 gefordert war, ist der Hinweis auf eine Hygienekommission in Altenpflegeeinrichtungen in der aktuellen Heimrichtlinie neu. Auf eine solche Kommission wird dort hingewiesen, als geeignetes Forum Altenpflegeheim zur Erörterung von Fragen der Infektionsprävention zwischen allen Beteiligten (Träger, Verwaltung, Ärzten und Pflegepersonal, evtl. Bewohner selbst oder deren Angehörige).

Auch wenn diese Forderungen nach verbesserter organisatorischer Hygiene-Struktur einschließlich Hygienepersonal, Hygienekommission etc. bislang auf der Grundlage der RKI-Richtlinie nicht gestellt werden konnten, hatten wir aus fachlicher Sicht diese Punkte als wünschenswerte Voraussetzungen für eine gute Hygienestruktur im Altenpflegeheim bereits im Rahmen des Hygiene-Ranking erhoben und bewertet. Inzwischen haben mehr als 60% der Frankfurter Altenpflegeheime hygienebeauftragte benannt und eine Hygienekommission bzw. Ein vergleichbares Gremium installiert. Es ist davon auszugehen, dass die anderen Heime – gerade auch im „Wettbewerb“ über das APH-Ranking – hier ebenfalls weitere Fortschritte machen. Damit werden die Voraussetzungen verbessert, den zunehmenden

Herausforderungen der Infektionsprävention in der stationären Altenpflege gerecht zu werden.

Literatur

- 1 Rückert W. Prävention, Rehabilitation und Tagespflege sollten ausgebaut werden – Sonst werden Jahr für Jahr über 10000 zusätzliche Heimplätze benötigt. Pro Alter – Kuratorium Deutsche Altershilfe 2001; Heft 1: 37–39
- 2 Garibaldi RA. Residential care and the elderly: the burden of infection. *J Hosp Infect* 1999; 43 Suppl.:S9–S18
- 3 Golliot F, Astagneau P, Cassou B, Okra N, Rothan-Tondeur M, Brücker G. Nosocomial infections in geriatric long-term care and rehabilitation facilities: exploration in the development of a risk index for epidemiological surveillance. *Inf Control Hosp Epidemiol* 2001; 22: 746–753
- 4 Strausbaugh LJ, Joseph CL. Epidemiology and Prevention of Infections in Residents of Long-Term Care Facilities. In: Mayhall GC (ed), *Hospital Epidemiology and Infection Control* 3rd ed, Lippincott Williams Wilkins, Philadelphia, 2004; 1855–1880
- 5 Heimgesetz. BGBl I, 1974, S. 1873 zuletzt geändert durch Art. 12 G v. 21.3.2005, BGBl I, S. 818
- 6 Nübling R, Schrempf C, Kress G, Löschmann C, Neubart R, Kuhlmeier A. Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der stationären Altenpflege. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2004; 47: 133–140
- 7 IfSG Infektionsschutzgesetz. Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen. BGBl I, 2000, S. 1045 ff
- 8 KRINKO: Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention Infektionsprävention in Heimen. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2005; 48: 1061–1080
- 9 TrinkwV (2001) Verordnung zur Novellierung der Trinkwasserverordnung vom Mai 2001; Verordnung über die Qualität von Wasser für den menschlichen Gebrauch (Trinkwasserverordnung TrinkwV 2001); *Bundesgesetzblatt Jahrgang 2001, Teil I Nr. 24*, ausgegeben zu Bonn am 28. Mai 2001
- 10 Heudorf U, Hentschel W. Infektionshygienische Überwachung von Altenpflegeheimen durch das Gesundheitsamt – Erfahrungen aus dem Gesundheitsamt in Frankfurt/Main von 1989–1998. *Gesundheitswesen* 2000; 62: 670–677
- 11 Kalker U, Hentschel W. Das Problem der Legionellenkontamination in den Warmwassersystemen einer deutschen Großstadt. *Gesundheitswesen* 1992; 54: 597–604
- 12 Hentschel W, Voigt K, Heudorf U. Umsetzung der neuen Trinkwasserverordnung § 18: Überwachung von Hausinstallationen – Wasser für die Öffentlichkeit. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2006; 49: 804–817
- 13 GVG: Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens sowie 3. Durchführungsverordnung zum Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens. Durchführungsverordnung für die Gesundheitsämter vom 30. März 1935, zit. *Das Grüne Gehirn*; Starnberg Verlag RS Schulz.
- 14 Heudorf U. Überwachung der Hygiene in medizinischen Einrichtungen durch das Gesundheitsamt. In: Eikmann/Christiansen/Exner/Herr/Kramer: *Hygiene in Krankenhaus und Praxis*. 1. Ergänzungslieferung Juni 2006; Kap. 8.5. 1–42.
- 15 Geng V. Hygiene- und Qualitätsmanagement in der Altenpflege. Entwicklung eines überregionalen Hygienebegehungskonzepts. *Hygiene und Medizin* 2000; 25 (Suppl. 1): 17
- 16 Geng V. Hygienebegehung in Alten- und Pflegeheimen – ein Beitrag zum Qualitätsmanagement. *Krh.-Hyg.+Inf.Verh* 2000; 22: 156–163
- 17 Geng V, Thieves M. Hygienemaßnahmen in der Alten- und Langzeitpflege. *Gesundheitswesen* 2002; 64: 534–539
- 18 Länderarbeitskreis zur Erstellung von Hygieneplänen nach § 36 IfSG: Rahmen-Hygieneplan für Alten- und Pflegeheime. Stand: 12.05.06; www.uminfo.de
- 19 Pleitner D. Standard-Handschuhplan. *Krh.-Hyg.+Inf.Verh* 2003; 25: 80
- 20 Mielke A. Fort- und Weiterbildung zur/zum Hygienebeauftragten in der Altenpflege oder gute Weiterbildung – schlechte Weiterbildung. *Krh.-Hyg.+Inf.Verh* 2003; 25: 52–54
- 21 Mielke A. Hygieneplan Verhalten bei Kopfläusen. *Krh.-Hyg.+Inf.Verh* 2003; 25: 71–71
- 22 Stegemann KH. Die Erstellung von Hygieneplänen in Einrichtungen der Altenpflege – rechtliche Begründung. *Krh.-Hyg.+Inf.Verh* 2003; 25: 70
- 23 Stegemann KH. Hygieneplan: Umgang mit Salmonellen im Alten- und Pflegeheim. *Krh.-Hyg.+Inf.Verh* 2003; 25: 76–77
- 24 Huesmann C. Verhalten bei Skabies (Krätze). *Krh.-Hyg.+Inf.Verh* 2003; 25: 73
- 25 Martin U, Behler R, Bock-Hensley O, Boschek HJ, Fobbe E, Gardemann J, Groschopp C, Hingmann G, Ista H, Weber D, Wegerhof P. Grundlagen der Hygiene in Pflegeheimen. *Gesundheitswesen* 2001; 63: 640–642
- 26 Martin U, Behler R. Duisburger Modell – intensivierte Heimaufsicht des Gesundheitsamtes in Zusammenarbeit mit dem Sozialamt. *Gesundheitswesen* 1999; 61: 337–339
- 27 Martin U, Behler R. Wie effektiv ist die externe Qualitätssicherung in den Pflegeheimen durch die medizinisch-hygienische Heimaufsicht des Gesundheitsamtes. *Gesundheitswesen* 2001; 63: 759–762
- 28 Thieves M. Hygienevorgaben in Altenpflegeheimen. *Gesundheitswesen* 2000; 62: 355–358
- 29 Bock-Hensley O, Klett M. Zur Bekämpfung eines Scabies-Ausbruchs in einem Altenheim. *Epidemiol. Bulletin* 1998, Nr. 35, 4.09.98 S. 249–251
- 30 Von Baum H, Schmidt C, Svoboda D, Bock-Hensley O, Wendt O. Risk factors for methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* carriage in residents of German nursing homes. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2002; 23: 511–515
- 31 Wendt O, Svoboda D, Schmidt C, Bock-Hensley O, von Baum H. Characteristics that promote transmission of *Staphylococcus aureus* in German nursing homes. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2005; 26: 816–821
- 32 Heudorf U, Bremer V, Heuck D. MRSA-Besiedelung bei Bewohnern von Alten- und Pflegeheimen sowie bei Patienten einer geriatrischen Rehabilitationsklinik in Frankfurt am Main, 1999. *Das Gesundheitswesen* 2001; 63: 447–454
- 33 Bock-Hensley O, Niekusch U, Klett M, Wendt C. Zahnhygiene in Altenheimen des Rhein-Neckar-Kreises und der Stadt Heidelberg – Ergebnisse einer Umfrage. *Hygiene und Medizin* 2006; 31: 12–15
- 34 Steingass S, Klein B, Hube G, Pavel K, Walter K, Weiss V. Neue Wege der Qualitätssicherung – Modellprojekt Dekubituserfassung im Ostalbkreis. *Gesundheitswesen* 2002; 64: 585–592
- 35 Martin U, Sonntag AK, Neuhaus B, Karch H. Flächendesinfektion in Pflegeheimen, was geschieht wirklich? *Gesundheitswesen* 2004; 66: 682–687
- 36 Bock-Hensley O. Qualitätsmanagement in Alten- und Pflegeheimen: Hygienekontrollen – Welche Möglichkeiten hat der ÖGD. *Gesundheitswesen* 2005; 67: 233–256
- 37 DGKH Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene Leitlinienentwurf Hygienebeauftragte(r) in Pflegeeinrichtungen. *Hygiene und Medizin* 2001; 26: 110–111

Anhang

Anlage 1: Detailprüfungspunkte

1. Baulich-funktionell	Punkte (ungewichtet)		
Ausstattung mit Personalumkleide, Duschen und Toiletten	30	Werden personengebundene Waschschüs- seln eingesetzt?	3
Ist eine Schwarz-Weiß-Trennung in Perso- nalumkleide vorhanden?	10	Ist ein Pflegewagen vorhanden?	3
Ausstattung mit Seifen, Handtuch- und Desinfektionsmittelspendern	30	Sind nur personen-ungebundene Pflege- utensilien auf den Pflegewagen vorhanden?	3
Raumprogramm	15	Ist eine Abfallhalterung am Pflegewagen vorhanden?	3
baulicher Zustand	15	Sind Halterungen für Schmutz- wäschesäcke am Pflegewagen oder ein extra Wäschewagen vorhanden?	3
2. Organisatorisch		Ist ein Händedesinfektionsmittelspender am Pflegewagen installiert?	3
Ist ein Hygienebeauftragter bestellt?	15	Werden die Pflegehilfsmittel geschlossen im Pflegewagen vorgehalten?	3
Gibt es eine Hygienekommission?	15	Werden medizinische Geräte trocken und staubgeschützt gelagert?	3
Ist der Hygieneplan vorhanden?	5	Wird die Schmutzwäsche getrennt (fäkal/ nicht fäkal verschmutzt ect.) gesammelt?	3
Wundverbandwechsel?	4	Fachgerechter Umgang mit angebro- chenen Medikamentenflaschen (Kanülen- stecker, Anbruchsdatum)	3
Katheterpflege/Katheterwechsel?	4	Gibt es Medikamentenkühlschränke?	3
Stomapflege?	4	Gibt es Thermometer in den Kühl- schränken zur Medikamentenlagerung?	3
Injektionen/Punktionen/invasive Eingriffe?	4	Werden die Medikamente im Stationszim- mer verschlossen gelagert?	3
Umgang mit PEG-Sonden?	4	Stehen abdeckbare Instrumentenwannen zur Verfügung?	3
Umgang mit Atemwegsbefeuchtung und Absaugern?	4	Gibt es Dosierhilfen und -tabellen an den entsprechenden Arbeitsplätzen?	3
Umgang mit MRSA?	4	Wurden nur die im Hygieneplan aufge- führten Desinfektionsmittel vorgefunden?	3
Umgang mit infektiösen Erkrankungen z. B. Skabies?	4	Wurden nur die im Hygieneplan aufge- führten Prozeduren praktiziert?	3
Harnwegsinfektionen/ Inkontinenzpflege?	4	Gibt es Dosiergeräte für Flächendesinfek- tionsmittel?	3
Pneumonien/Prophylaxe?	4	Ergebnis der Befragung/Demonstration einer richtigen hygienischen Händedesinfektion	3
Dekubitus/Prophylaxe?	4	Ergebnis der Befragung/Demonstration: Ansetzen einer korrekten Flächendes- infektionsmittellösung	3
Mundpflege/Soor und Parotitisprophylaxe?	4	Durchstichsichere Behälter zur Entsorgung von spitzen Gegenständen (Nadelboxen)	3
Umgang mit Abfällen?	4	Umgang mit medizinischen Stationsabfällen	3
Umgang mit Wäsche?	4	Aktuelle Hygiene: Umgang mit sonstigen Abfällen	3
Werden interne/externe Fortbildungen dokumentiert?	4	Redundanz:	
Umgang mit der Reinigung und Desinfektion	5	Stationen + Pflege (Keine Redundanz = 50 Punkte)	50
3. Fortbildung		Redundanz: Küche (Keine Redundanz = 50 Punkte)	50
Bestehen für den Hygienebeauftragten Fortbildungsmöglichkeiten?	30	Küchenhygiene	
Werden jährliche Hygieneschulungen für Pflege-, Reinigungs- und Betreuungspers- onal angeboten?	30	Baulich	30
% der Fortgebildeten im letzten zurücklie- genden Kalenderjahr	40	Organisatorisch	30
4. Aktuelle Hygiene		Aktuelle Hygiene	40
Hängen aktuelle Reinigungs- und Desinfek- tionspläne in den Funktionsräumen aus?	3	Trinkwasserhygiene	
Befinden sich die Steckbeckenspülen in einem hygienisch einwandfreien Zustand?	3	Legionellenstatus	60
Werden Zwangsentlüftungen regelmäßig gewartet und gereinigt?	3	Mikrobiologische Parameterüberschrei- tungen	20
Allgemeiner Eindruck/Sauberkeit	10	Chemische Parameterüberschreitungen	20
Lagerung geschlossen und trocken?	3		
First in First out-Prinzip verwirklicht?	3		
Werden die Verfalldaten kontrolliert?	3		
Wurde Verfallenes vorgefunden?	3		
Werden personengebundene Rasierer oder Einmalrasierer eingesetzt?	3		