

Hinweise:

Dieses Dokument wurde für die Verwendung an einem Bildschirmarbeitsplatz bzw. mit einem Notebook optimiert und ist mit weiteren Dokumenten verlinkt. Zu den verlinkten Dokumenten gelangen Sie, indem Sie auf die blau und mit einem Unterstrich gekennzeichneten Begriffe klicken.

Die Datei [Glossar](#) enthält Erläuterungen der nachfolgend genannten Fachbegriffe. Es ist hilfreich, wenn Sie dieses Glossar beim Studium der nachfolgenden Texte ausgedruckt verfügbar haben.

Die Datei [Grundlagen](#) enthält Informationen über multiresistente Erreger und ihre Eigenschaften sowie zum Problem der nosokomialen Infektionen.

Dieses Dokument richtet sich an unterschiedliche außerklinische Gesundheitseinrichtungen. Da die dort zu betreuenden Personen verschiedene Bezeichnungen tragen (z.B. „Bewohner“, „Patient“), wird im Folgenden die Bezeichnung „Klient“ als Sammelbegriff verwendet.

Auf das Problem der Clostridioides-difficile-Infektionen (CDI) wird im nachfolgenden Text bewusst nicht eingegangen, weil CDI einen Sonderfall darstellen und sich die Maßnahmen deutlich von den nachfolgend beschriebenen unterscheiden. Weiterführende Hinweise hierzu erhalten Sie u. a. auf der Website <https://www.nlga.niedersachsen.de/hyg-alten-pflegeheime/informationsschriften-202065.html>

1. Einleitung

In den letzten Jahren mehren sich Berichte über multiresistente Infektionserreger (MRE), wie MRSA, MRGN, VRE, etc., die vor allem in Krankenhäusern zu Gesundheitsproblemen führen können. Wenn MRE-positive Klienten in Gesundheitseinrichtungen wie Tagesstätten oder Heimen betreut oder versorgt werden, stellt sich die Frage, wie mit diesem Thema vor Ort angemessen umzugehen ist.

In den nachfolgenden Ausführungen wird ein Konzept über die in den jeweiligen Einrichtungen erforderlichen Hygienemaßnahmen vorgestellt. Im Rahmen dessen wird abgeklärt, welche Hygienemaßnahmen grundsätzlich einzuhalten sind (Basishygiene) und welche ergänzenden Maßnahmen im Falle MRE-positiver Personen sinnvoll sind (Interventionshygiene). Dieses Konzept trägt die Bezeichnung „MRE / BasisPlus“ und richtet sich vorrangig an Entscheidungsträger und Hygieneverantwortliche der jeweiligen Einrichtungen und an behördliche MitarbeiterInnen, denen die Überwachung und Beratung solcher Einrichtungen obliegt.

Hinweis:

Das MRE / BasisPlus-Konzept ist derzeit (Stand Jan. 2020) für unterschiedliche Pflegeeinrichtungen und bestimmte Reha-Kliniken anwendbar. Eine Ausweitung für weitere Gesundheits- und Gemeinschaftseinrichtungen ist geplant.

2. Das Konzept „MRE / BasisPlus“

Die bakteriellen Bestandteile der menschlichen Flora und somit Substanzen wie Speichel, Sputum, Urin, Fäkalien, Wundsekret, Erbrochenes, Vaginalsekret etc. können u. U. Infektionen verursachen. Daher soll eine Übertragung dieser Bakterien bzw. der mit ihnen verbundenen Substanzen (sog. „Biostoffe“) von Mensch zu Mensch oder deren Verbreitung in die unbelebte Umgebung generell vermieden werden. Zur Erfüllung dieser Forderung ist ein Katalog von Präventionsmaßnahmen zu schaffen und zu etablieren, der als Basishygiene oder Standardhygiene bezeichnet wird.

Der Grundgedanke des Konzeptes „MRE / BasisPlus“ besteht darin, dass innerhalb der Gesundheitseinrichtungen durch eine zuverlässige Basishygiene ein grundlegender Schutz vor der Übertragung dieser Biostoffe erzeugt wird, so dass beim Vorhandensein von multiresistenten Erregern (MRE) nur wenige ergänzende Maßnahmen („Interventionsmaßnahmen“) notwendig sind. Hierbei soll sowohl dem Schutz der MRE-freien, als auch den Bedürfnissen der MRE-positiven Personen in angemessener Weise Rechnung getragen werden.

Auch bei einer lückenlosen Basishygiene und der Ergreifung aller notwendigen Interventionsmaßnahmen werden Restrisiken bestehen bleiben, da eine Übertragung von Biostoffen bzw. MRE nicht immer dauerhaft verhindert werden kann. Dies ist den normalen Risiken des täglichen Lebens zuzurechnen. Allerdings müssen Gesundheitseinrichtungen alle geeigneten Maßnahmen ergreifen, dieses Restrisiko möglichst klein zu halten, um im Falle einer Übertragung dem Vorwurf eines Organisationsverschuldens zu entgehen.



Abb. 1: Visuelle Darstellung des MRE / BasisPlus-Konzeptes

3. Basishygiene

3.1. Definition und Aspekte

Die als Basishygiene bezeichneten Maßnahmen sollen innerhalb der betreffenden Einrichtungen dafür sorgen, dass voraussehbare, erfahrungsgemäß stattfindende Übertragungen von Biostoffen unterbunden werden. Die angemessene Zusammenstellung dieser stets einzuhaltenden Hygienemaßnahmen ist im Wesentlichen von 3 Aspekten abhängig:

- Art der **Einrichtung** (Pflegeheim, Tagespflegeeinrichtung etc.) und damit die baulichen, einrichtungstechnischen, organisatorischen und personellen Rahmenbedingungen,
- Art des **Klientels** (Bewohner, Patienten etc.) und damit die Möglichkeiten und Grenzen zum Einbezug in Präventivmaßnahmen,
- Art durchzuführenden **Tätigkeiten** (Betreuung, Krankenpflege, Hauswirtschaft etc.) und damit die Übertragungsmöglichkeiten.

3.2. Ermittlung zu basishygienischen Maßnahmen

3.2.1. Checklisten

Zur Ermittlung des aktuellen Standes der Basishygiene sollte in Ihrer Einrichtung eine Gefährdungsbeurteilung bzw. eine Defiziterfassung durchgeführt werden. Hierfür stellt MRE / BasisPlus verschiedene Checklisten zur Verfügung. Die für Ihre Einrichtung geeignete Checkliste entnehmen Sie bitte Tab. 1.

Kürzel	Geeignet für
Basis A1	Gesundheits- oder Sozialeinrichtungen, deren Klienten i. d. R. keine Dispositionen aufweisen und keiner krankenflegerischen Betreuung bedürfen.
Basis B1	Alten- und Pflegeheime oder andere Gesundheitseinrichtungen, deren Klienten dort wohnen, teilweise Dispositionen aufweisen und teilweise krankenflegerisch betreut werden.
Basis B2	Pflegeheime mit einem medizinischen Schwerpunkt, d. h. Einrichtungen, deren Klienten dort wohnen, erhebliche Dispositionen aufweisen und medizinisch-pflegerisch betreut werden.
Basis B3	Tagespflegeeinrichtungen und andere Gesundheitseinrichtungen, deren Klienten dort nicht wohnen, teilweise Dispositionen aufweisen und teilweise krankenflegerisch betreut werden.
Basis B4	Wohngemeinschaften, deren Mitglieder erheblich disponiert sind und einer fortwährenden medizinisch-pflegerischen Betreuung bedürfen, welche durch einen hierfür engagierten Pflegedienst erfolgt.
Basis B5	Rehabilitationseinrichtungen, deren Klienten dort stationär untergebracht sind, z. T. erhebliche Dispositionen aufweisen und einer medizinisch-rehabilitativen Betreuung bedürfen. Nicht berücksichtigt sind Rehabilitationseinrichtungen mit psychosozialen Schwerpunkten und Einrichtungen der Frührehabilitation.

Tab. 1: Verzeichnis der Checklisten zur Ermittlung basishygienischer Maßnahmen

Aufbau und Bearbeitung der Checklisten (Abb. 2 auf der Folgeseite):

- Die Spalte „Prüfpunkte“ enthält die zu prüfenden Sachverhalte bzw. Forderungen.
- Die Spalte „Details“ führt zu einer Vielzahl von Einzeldateien mit den entsprechenden Informationen, Hinweisen, Begründungen und Quellen.
- In der Spalte „Zutreffend“ ist anzukreuzen, ob der betreffende Prüfpunkt vollständig, teilweise oder nicht erfüllt wird.
- Die Spalte „Konsequenzen / Notizen“ ist dafür vorgesehen, Maßnahmen zu einem ggf. notwendigen Defizitausgleich und Notizen eintragen zu können.
- Die Spalte „Behoben bis / durch:“ sollte eine Angabe darüber enthalten, bis wann und durch wen der Defizitausgleich erfolgen soll.

Checkliste

Detaildatei

Basis B1

Ermittlungen zur Basishygiene / Alten- und Pflegeeinrichtungen

Seite 1 / 6
Stand: 12.2016

Basis-org-1a

Hygieneorganisation / Hygienebeauftragte

Seite 1 / 1

Diese Checkliste dient zur Ermittlung notwendiger Maßnahmen der Basishygiene in Gesundheitseinrichtungen, deren Klienten dort wohnen, teilweise Dispositionen aufweisen und teilweise pflegerisch betreut werden (wie z.B. Alten- und Pflegeeinrichtungen). Es wird davon ausgegangen, dass in der Einrichtung Tätigkeiten der Grund- und Pflegerisikoprüfung stattfinden.

Prüfpunkte	Details	Zutreffend?		Konsequenzen / Notizen	Behoben bis / durch:
		Ja	Nein		
Hygieneorganisation					
Ein(e) ausgebildete(r) Hygienebeauftragte(r) ist vorhanden.	Basis-org-1a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ein(e) ausgebildete(r) Hygienebeauftragten-Stellvertretung ist vorhanden.	Basis-org-1b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Eine Hygienekommission bzw. ein Hygienearbeitskreis ist vorhanden.	Basis-org-1f	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Die betriebsmedizinische Betreuung und der infektiologische Arbeitsschutz ist gemäß den geltenden Vorgaben geregelt.	Basis-org-2a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ein Hygieneplan ist vorhanden.	Basis-org-3a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Der Hygieneplan ist aktuell und auf die Sachverhalte vor Ort zugeschnitten.	Basis-org-3a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Für Arbeitsbereiche, in denen Kontakte mit Biostoffen bestehen oder bestehen können, wurden Gefährdungsbeurteilungen gemäß BiostoffV erstellt.	Basis-org-4a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
In Arbeitsbereichen, in denen es zu Kontakten mit Biostoffen kommt oder erfahrungsgemäß kommen kann, gibt es Arbeits- und Betriebsanweisungen gemäß BiostoffV.	Basis-org-4a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Bestehende Arbeits- und Betriebsanweisungen sind aktuell und entsprechend den vor Ort praktizierten Tätigkeiten.	Basis-org-4a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Reinigungs- & Desinfektionspläne sind für alle hygienerelevanten Bereiche vorhanden.	Basis-org-5a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Die Reinigungs- & Desinfektionspläne nehmen auf die vor Ort routinemäßig durchzuführenden Maßnahmen und verwendeten Mittel Bezug.	Basis-org-5a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

↑
Prüfpunkte

↑
Links zu Wertung
Detaildateien

↑
Eingabefeld für
Konsequenzen

↑
Behebungs-
frist

Erklärungen, Maßnahmen und Hinweise

In Gesundheitseinrichtungen sollte eine(n) Hygienebeauftragte(r) vorhanden sein, d. h. eine in einem Lehrgang ausgebildete Person, die sich um die Hygienebelange der Einrichtung kümmert. Hierbei sollte es sich um MitarbeiterInnen mit einer abgeschlossenen mehrjährigen Pflegeausbildung (Alten- oder Krankenpflege) handeln, wobei eine Leitungsfunktion wünschenswert ist.

Hinsichtlich ihrer bzw. seiner Aufgaben umfasst die bzw. der Hygienebeauftragte die Einrichtung, Leitung und weitere Entscheidungsträger der Einrichtung in der Wahrnehmung ihrer jeweiligen hygienebezogenen Verantwortung. Die Aufgaben der Entscheidungsfunktion und die Verantwortung der betreffenden Person sind durch die Tätigkeit der bzw. des Hygienebeauftragten überfordert.

Der Aufgabenbereich der bzw. des Hygienebeauftragten erstreckt sich auf folgende Punkte:

- Hygienebezogene Organisation
- Hygienebezogene Qualitätsicherung
- Hygienebezogene Information, Auskunft und Beratung
- Hygienebezogene Schulung
- Mitarbeit bei der Infektionsintervention!

Zur Ausbildung von Hygienebeauftragten in Alten- und Pflegeheimen gibt es entsprechende Kurse. Die Ausbildungsstätte und der Ausbildungsumfang dieser Kurse sind nicht verbindlich geregelt. Es gibt jedoch entsprechende Leitlinien bzw. Empfehlungen:

- Eine Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH) sieht einen Ausbildungsumfang mit mind. 200 und max. 300 Unterrichtsstunden sowie ein Praktikum von 2 bis 4 Wochen vor.
- Eine Empfehlung des Niedersächsischen Landesgesundheitsamtes geht von einem Kurs mit mind. 80 Unterrichtsstunden aus und sieht ein inbetriebliches Praktikum von 20 Std. vor.

Begründung

Zur Schaffung einer notwendigen hygienebezogenen Sachkenntnis vor Ort wird in der Empfehlung „Infektionsprävention in Heimen“ (KRIBIO 2005) die Einrichtung von hygienebeauftragtem Personal empfohlen!

*ZSK: Qualifizierung Hygienebeauftragter Pflegekräfte in Alten- und Pflegeeinrichtungen 2013
http://www.zsk-niedersachsen.de/Dateien/Infektionspraevention_in_Gesundheitseinrichtungen.pdf
 KRIBIO: „Infektionsprävention in Heimen“ 2005, Seite 4
http://www.ni.niedersachsen.de/Dateien/Infektionspraevention_in_Gesundheitseinrichtungen.pdf

www.mrsa-netzwerke.niedersachsen.de Stand: 12.2016

← Einleitende Informationen

← Weiterführende Erläuterungen und Hinweise

← Begründung

← Quellen und Links

Abb.2: Aufbau der Checklisten und Detail-Dateien

4. Interventionshygiene

4.1. Grundsätze

Während die Maßnahmen der Basishygiene die routinemäßigen Regelungen betreffen, erfolgt die Infektionshygiene stets anlassbezogen und versteht sich als Ergänzung bzw. als Erweiterung der Basishygiene. Im Folgenden besteht der Anlass darin, dass sich ein MRE-positiver Klient innerhalb einer Gesundheitseinrichtung befindet.

Zur Erlangung einer sicheren und angemessenen Vorgehensweise sind drei Grundsätze zu beachten:

Intervention nur bei Disposition

Im Falle von MRE-positiven Klienten oder Beschäftigten sind nur dann Interventionsmaßnahmen zu ergreifen, wenn die Mit-Klienten oder Beschäftigten MRE-relevante Dispositionen aufweisen (siehe 4.2.1). Ein solches Vorgehen ist jedoch nur dann sicher, wenn in der Einrichtung eine verlässliche Basishygiene praktiziert wird, sofern keine Ausnahmesituation vorliegt (siehe Kap. 5.2).

Beispiel: *In einer Einrichtung zur Ganztagsbetreuung dementer Menschen wird die Einrichtungsleitung darüber informiert, dass einer der Klienten nach einem Krankenhausaufenthalt MRE-positiv ist. Sofern die weiteren Klienten und auch die betreuenden Personen keine Infektionsanfälligkeiten („Dispositionen“ siehe 4.2.1) aufweisen, besteht durch das Auftreten von MRE kein Handlungsbedarf, der über die Regelungen der Basishygiene hinausgeht. Weder die Klienten, noch die Betreuer befinden sich in einer Infektionsgefahr. Eine durch Übertragungen entstandene Kolonisation kann dagegen nicht ausgeschlossen werden, ist aber für gesunde Personen i. d. R. mit keiner Gefährdung verbunden.*

Intervention kann Basishygiene nicht ersetzen

Vor der Ermittlung und Ergreifung intervenierender Maßnahmen sollten die Defizite der Basishygiene bekannt und im Rahmen des Möglichen ausgeglichen worden sein.

Beispiel: Herr Kamin, ein Altenheimbewohner, hat einen erhöhten Speichelfluss und gleichzeitig das Problem eines fehlenden Lippenschlusses. Somit kam es wiederholt zu der Situation, dass die Umgebung mit Speichel kontaminiert wurde. Das wurde jedoch bislang weitgehend ignoriert. Nun ergab ein Zufallsbefund, dass Herr Kamin im Mund-Nasenbereich eine MRSA-Kolonisation aufweist. Daraufhin wurde angeordnet, dass bei jeder von Herrn Kamin ausgehenden Kontamination eine unverzügliche Wischdesinfektion notwendig ist. Eine solche Anordnung ist inkonsequent, weil der Kontakt mit Speichel in jedem Fall, und nicht nur im Falle einer MRE-Kolonisation eine Desinfektion notwendig macht.

Interventionen sind stets fachlich zu begründen

Interventionsmaßnahmen gehen einen Schritt über die normale Vorgehensweise hinaus. Sie können eine zusätzliche Ressourcenbindung, eine Einschränkung der persönlichen Entfaltungsmöglichkeiten der Klienten oder eine zusätzliche Gefährdung zur Folge haben. Interventionsmaßnahmen sind daher stets, unter Abwägung der Vor- und Nachteile, zu begründen und sollen den verfügbaren fachlichen Empfehlungen folgen.

Beispiel: Eine Altenpflegekraft stürzt im Bewohnerzimmer eines Altenheimes, weil sie Plastiküberzüge (sog. „Überschuhe“) für ihre Schuhe verwendet hat und dadurch auf dem glatten Fußboden des Zimmers ausgerutscht ist. Das Tragen der Überschuhe wurde von der Pflegedienstleitung angeordnet, da die Bewohnerin des betreffenden Zimmers einen „MRGN-Keim“ im Urin hat. Schnell zeigt sich, dass diese Maßnahme keiner fachlichen Empfehlung folgt, in der Betriebsanweisung gemäß BioStoffV nicht vorgesehen ist, mit keinen Übertragungswegen in Verbindung steht und somit nicht fachlich begründet werden kann. Sie war nicht nur überflüssig, sondern auch gefährlich.

4.2. Ermittlung interventionshygienischer Maßnahmen

Die Notwendigkeit von Interventionsmaßnahmen ist davon abhängig, welche Dispositionen die Klienten (ggf. auch die Beschäftigten) aufweisen und welche Tätigkeiten vor Ort durchgeführt werden. Zur Festlegung bzw. vor dem Ergreifen von Interventionsmaßnahmen sind daher beide Fragen abzuklären (Abb. 3)

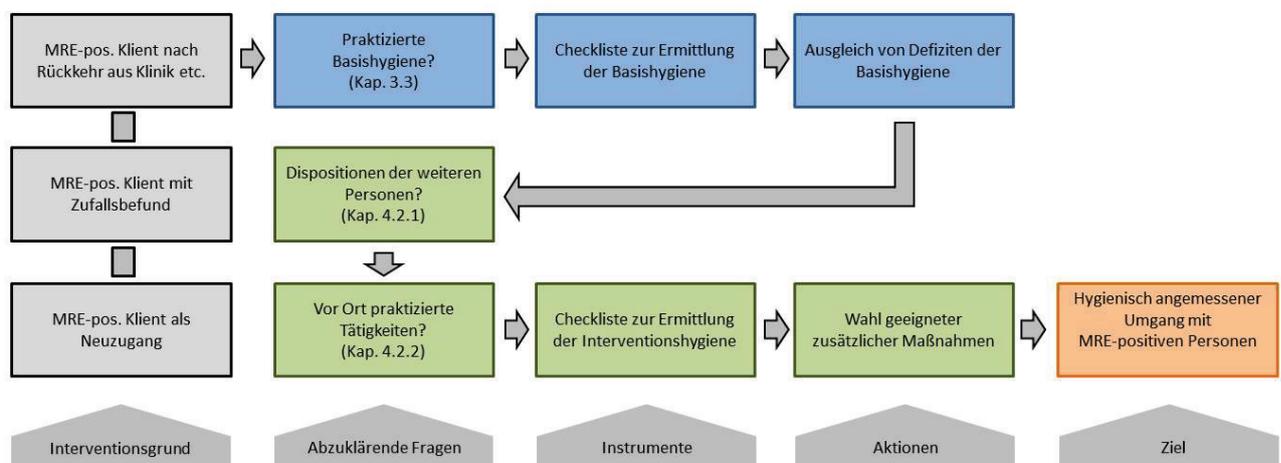


Abb. 3: Schema: Vorgehensweise zur Intervention bei MRE-positiven Personen

4.2.1. Die Frage der Disposition

Mit dem Begriff „Disposition“ bezeichnet man die „Anfälligkeit“ oder „Bereitschaft“ für den Erwerb einer Erkrankung (in diesem Fall „Infektionserkrankung“). In Bezug auf Infektionsgefahren durch MRE sind 3 Gruppen disponierter Personen bedeutsam („MRE-relevante Dispositionen“), wobei Kombinationen dieser Gruppen möglich sind:

- **Personen mit nicht intakter Haut bzw. Schleimhaut**

Die intakte Haut bzw. Schleimhaut hindert Biostoffe daran, in den Körper zu gelangen („Barrierefunktion“) und ist somit ein besonders wichtiger Infektionsschutz. Haut- bzw. Schleimhautdefekte in Form von chronischen Wunden (Ulcus cruris), Neurodermitis, „blühender“ Schuppenflechte etc. ermöglichen Mikroorganismen sich anzusiedeln (Kolonisation) oder gar Krankheiten auszulösen (Infektion).

- **Personen mit einem „Device“**

Als „Device“ oder auch „invasiven Zugang“ bezeichnet man Katheter, Drainagen, Trachealkanülen, PEG-Sonden etc., die durch die Haut bzw. Schleimhaut oder durch eine vorhandene Körperöffnung (z.B. Harnröhrenöffnung) in den Körper eindringen und eine langzeitige Verbindung von Körperinnern zur Außenwelt darstellen. Hier besteht eine besondere Infektionsgefahr, da durch das Device die Barrierefunktion der intakten Haut/Schleimhaut außer Kraft gesetzt wird oder wichtige Funktionen, wie z.B. die natürliche Harnausscheidung unterbunden werden. Diese Gefahr ist bei den einzelnen Devices unterschiedlich ausgeprägt. Probleme mit MRE gibt es vor allem im Zusammenhang mit Harndrainagen und Trachealkanülen.

- **Personen mit einer besonderen Immunschwäche**

Mit dem Wort „Immunschwäche“ bezeichnet man eine mangelnde Leistungsfähigkeit des Immunsystems, wobei die Ausprägung einer „Immunschwäche“ stark variieren kann. Im Zusammenhang mit MRE sind Personen hervorzuheben, die z.B. antibiotisch therapiert werden, Dialysepatienten sind, sich aufgrund einer Krebserkrankung einer Strahlen- oder Chemotherapie unterziehen müssen oder die mehrfach erkrankt sind (sog. „Multimorbidität“).

Hinweis: Wenn Unsicherheiten bzgl. der Disposition bestehen, sollte zur Abklärung der Sachlage eine ärztliche Beratung eingeholt werden. Sollten Beschäftigte von einer Immunschwäche betroffen sein, ist der Betriebsärztliche Dienst zu kontaktieren.

4.2.2. Die Frage der Tätigkeiten

Grundsätzlich bietet jede körperliche Tätigkeit die Möglichkeit, Biostoffe auf andere Menschen oder in die unbelebte Umgebung zu übertragen. Die Wahrscheinlichkeit einer Übertragung variiert je nach Art der Tätigkeit. Im Zusammenhang mit MRE können drei Tätigkeitsgruppen unterschieden werden:

- **Sozialkontakte**

- Das beinhaltet Tätigkeiten, die im Normalfall mit keinen Biostoff-Kontakten verbunden sind, wie Tätigkeiten im Rahmen der sozialen oder psychologischen Betreuung, des Unterrichtes oder des Service. Aber auch normale Sozialkontakte der Klienten untereinander.
- Eine Übertragung von MRE kann allerdings auch bei Sozialkontakten nicht ausgeschlossen werden.

- **Grundpflegerische Tätigkeiten**

- Darunter fallen Tätigkeiten im Rahmen der Kinder-, Kranken- oder Altenpflege, wie Inkontinenzversorgung, Körperwaschung, Mundpflege etc. Maßnahmen der Physiotherapie sind hiermit vergleichbar.
- Bei Lücken der Basishygiene (speziell hinsichtlich Händedesinfektion, Gebrauch von Schutzhandschuhen) ist bei diesen Tätigkeiten eine Übertragung von MRE wahrscheinlich.

- **Medizinisch-pflegerische Tätigkeiten (Behandlungspflege)**
 - Das sind Tätigkeiten im Rahmen der Behandlungspflege, wie Versorgung von Harndrainagen, tracheales Absaugen, Verbandwechsel, Stomaversorgung etc.
 - Bei einer lückenhaften Basishygiene ist bei diesen Tätigkeiten eine Übertragung von MRE sehr wahrscheinlich,

4.2.3. Elemente der Interventionshygiene

Die Aspekte und Regelungspunkte der Interventionshygiene orientieren sich an denen der Basishygiene, wobei neue Aspekte hinzukommen:

- Organisation und Information
- Separation und Unterbringung
- Händehygiene, Persönliche Schutzausrüstung
- Gestaltung pflegerisch-medizinischer Maßnahmen
- Einbezug betreffender Klienten
- Sanierung
- Umgebungshygiene und Maßnahmen im Rahmen der Ver- und Entsorgung

4.2.4. Checklisten

Welche Maßnahmen in welcher Form zu ergreifen sind, verhält sich bei den einzelnen Einrichtungen bzw. in den jeweiligen Situationen unterschiedlich. Wie schon bei der Basishygiene wurden zur Ermittlung des Handlungsbedarfs Checklisten für die unterschiedlichen Einrichtungsgruppen geschaffen (Tab. 2). Auch der Aufbau und die Handhabung der Checklisten folgen dem schon bekannten Muster. Wieder wurden die Detailinformationen in Einzeldokumenten abgelegt.

Kürzel	Geeignet für
Plus A1	Gesundheits- oder Sozialeinrichtungen, deren Klienten i. d. R. keine Dispositionen aufweisen und keiner pflegerischen Betreuung bedürfen.
Plus B1	Alten- und Pflegeheime oder andere Gesundheitseinrichtungen, deren Klienten dort wohnen, teilweise Dispositionen aufweisen und teilweise pflegerisch betreut werden.
Plus B2	Pflegeheime mit einem medizinischen Schwerpunkt, d.h. Einrichtungen, deren Klienten dort wohnen, erheblich Dispositionen aufweisen und medizinisch-pflegerisch betreut werden.
Plus B3	Tagespflegeeinrichtungen und andere Gesundheitseinrichtungen, deren Klienten dort nicht wohnen, teilweise Dispositionen aufweisen und teilweise pflegerisch betreut werden.
Plus B4	Wohngemeinschaften, deren Mitglieder erheblich disponiert sind und einer fortwährenden medizinisch-pflegerischen Betreuung bedürfen, welche durch einen hierfür engagierten Pflegedienst erfolgt.
Plus B5	Rehabilitationseinrichtungen, deren Klienten dort stationär untergebracht sind, z. T. erhebliche Dispositionen aufweisen und einer medizinisch-rehabilitativen Betreuung bedürfen. Nicht berücksichtigt sind Rehabilitationseinrichtungen mit psychosozialen Schwerpunkten und Einrichtungen der Frührehabilitation

Tab. 2: Verzeichnis der Checklisten zur Ermittlung des Handlungsbedarfs bzgl. interventionshygienischer Maßnahmen

4.3. Praktische Vorgehensweise

4.3.1. Betreffend Basishygiene

Die Ermittlung basishygienischer Gegebenheiten und Defizite kann jederzeit, unabhängig von einem aktuellen MRE-Fall, durchgeführt werden.

- Die Abarbeitung der Checkliste zur Basishygiene sollte idealerweise zu dritt erfolgen: durch eine kundige Person der Hygiene oder Qualität (z. B. Hygiene- oder Qualitätsbeauftragte), eine kundige Person des Arbeitsschutzes (z. B. Sicherheitsbeauftragte) und einer Leitungsperson (z. B. Pflegedienstleitung). Ggf. können weitere Personen mit einbezogen werden (Therapeuten, externe Dienstleister, Betreuer etc.).
- Empfehlenswert ist zunächst eine strukturierte Begehung aller hygienerlevanten Bereiche.
- Punkte wie z. B. „Händehygiene“ und „Hygiene medizinisch-pflegerischer Maßnahmen“ erfordern Gespräche mit den Beschäftigten und Audits der Betriebsabläufe.
- Erkennbare Defizite sind mögl. direkt vor Ort in die Liste einzutragen.
- Im Rahmen einer Auswertung ist zu entscheiden welche dieser Defizite unmittelbar, mittelfristig oder langfristig beseitigt werden sollen bzw. können. Vor allem Defizite der Händehygiene, des Gebrauchs von Schutzausrüstung oder bzgl. der Behandlungspflege verlangen eine unmittelbare Beseitigung.
- Verbleibende Defizite und der Grund für das Verbleiben müssen den Leitungspersonen und den Beschäftigten mitgeteilt werden. Ferner ist abzuklären, wie mit den verbleibenden Defiziten umzugehen ist.

4.3.2. Betreffend Interventionshygiene

Die Ermittlung interventionshygienischer Maßnahmen geht stets von einem aktuellen Fall aus. Zu Beginn der Überlegungen und Ermittlungen (z. B. durch einen korrekt ausgefüllten Übergabebogen) müssen die **Merkmale des MRE-positiven Klienten** bekannt sein, d. h.

- um welche(n) multiresistenten Erreger es konkret geht, d. h. die Bezeichnung des Erregers (z. B. Escherichia coli) und seine Zuordnung als MRE (z. B. 3MRGN),
- ob es sich um eine MRE-Kolonisation oder um eine MRE-bedingte Infektion handelt,
- welche Lokalitäten kolonisiert oder infiziert sind.
- welche Merkmale der MRE-positive Klient aufweist, die ihn zu einer „Keimquelle“ machen könnten:
 - Vorhandensein von Devices, offenen Wunden
 - Mangelnde Compliance z. B. aufgrund von Beeinträchtigungen des Bewusstseinszustandes bzw. eingeschränkter kognitiver Fähigkeiten
- ob diagnostische, therapeutische oder sanierende Maßnahmen angeordnet sind,
- und welche medizinisch-pflegerischen Maßnahmen bei dem MRE-positiven Klienten durchzuführen sind.

Nach Erlangung dieser Informationen soll die **Frage der Unterbringung** und der Teilnahme am Gemeinschaftsleben geklärt werden. Dieses ist maßgeblich davon abhängig, welche MRE-relevanten Dispositionen die weiteren Klienten aufweisen. Im Zuge dessen und zur **Abklärung weiterer Details** kommt die Checkliste zur Interventionshygiene zur Anwendung.

- Idealerweise soll auch hier zu dritt vorgegangen werden (Hygiene bzw. Qualität, Arbeitsschutz, Leitungsperson). Ggf. können weitere Personen punktuell mit einbezogen werden (Therapeuten, externe Dienstleister, Betreuer etc.). Empfehlenswert ist ein zeitnahes Treffen im jeweiligen Arbeits- oder Aufenthaltsbereich.

- Im Vordergrund steht die Abklärung von zusätzlichem Handlungsbedarf bzgl. Händehygiene, Persönliche Schutzausrüstung (PSA) und medizinisch-pflegerischer Maßnahmen. Diesbezügliche Defizite verlangen eine unmittelbare Beseitigung.
- Verbleibende Defizite bzw. Risiken und der Grund für das Verbleiben müssen den Leitungspersonen und den Beschäftigten vor Ort bekannt sein. Ebenso muss abgeklärt werden, wie mit den verbleibenden Defiziten umzugehen ist (siehe auch nachfolgendes Kapitel).

5. Verbleibende Risiken und Grenzsituationen

5.1. Zu akzeptierende Restrisiken

Erfahrungsgemäß gelingt einigen Einrichtungen nicht, die ermittelten und notwendigen Maßnahmen vor Ort einzuhalten. Defizite in der Basis- und Interventionshygiene können u. a. daraus resultieren, dass

- anderen Aspekten (z. B. der Wohn- und Lebensqualität oder dem Betreuungs- bzw. Behandlungskonzept) eine größere Priorität zugemessen wird,
- zur Umsetzung von Hygienemaßnahmen die entsprechenden finanziellen, personellen, baulichen oder einrichtungstechnischen Ressourcen fehlen,
- Kompetenzmängel zu verzeichnen sind,
- es an der erforderlichen Compliance der Beschäftigten mangelt.

Das Risiko einer Übertragung von Biostoffen und damit das einer Kolonisation oder Infektion verhält sich analog zu den Hygienedefiziten: je mehr Defizite, umso höher die Risiken. Als besonders gravierend erweisen sich Mängel der Personalhygiene.

Davon abgesehen ist zu vermerken, dass...

- ...bei MRE-positiven Klienten mit Beeinträchtigung des Bewusstseinszustandes bzw. mit eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten direkte und indirekte Kontaktübertragungen nur schwer minimiert werden können.
- ...die Sicherung des ungehinderten Gemeinschaftslebens und die rechtlich fehlende Möglichkeit einer räumlichen Isolierung dazu führt, dass Sozialkontakte zwischen den MRE-positiven und – negativen Klienten stattfinden, wobei MRE-Übertragungen nicht auszuschließen sind.
- ...das auch das normale menschliche Zusammenleben immer wieder mit einem Austausch von Mikroorganismen einhergeht, wobei i. d. R. keine Kenntnis darüber besteht, mit welchen (potentiellen) Infektionserregern das Gegenüber besiedelt ist.

Somit gehören, nach Ausschöpfung der gebotenen Präventionsmaßnahmen, die verbleibenden Übertragungsmöglichkeiten zu den „Risiken des täglichen Lebens“ innerhalb der betreffenden Einrichtungen. Dies sollte den Klienten, deren Angehörigen bzw. Betreuer und auch den Beschäftigten bewusst sein.

5.2. Ausnahmesituationen

Die zu akzeptierenden Restrisiken finden ihre Grenzen in drei Ausnahmesituationen:

- Infektionsausbrüche unter Beteiligung von MRE, d. h. das Auftreten von 2 oder mehr Infektionsfällen in einem örtlichen und zeitlichen Zusammenhang. Auch eine auffällige Häufung von MRE-Kolonisationen gilt als Ausnahmesituation, sofern anzunehmen ist, dass die Ursache dieser Häufung mit dem Aufenthalt in der betreffenden Einrichtung in Verbindung steht.
- Das Vorhandensein von Klienten mit 4MRGN, 3MRGN *Klebsiella pneumoniae* oder 3MRGN *Acinetobacter baumannii* und gleichzeitiger Gegenwart von Klienten mit MRE-relevanten Dispositionen.

- Das Vorhandensein von Klienten, die PVL-bildende Staphylokokken vorweisen; unabhängig davon, ob diese multiresistent sind (CA-MRSA) und unabhängig von der gleichzeitigen Gegenwart von Klienten mit MRE-relevanten Dispositionen.

In diesen Fällen sollte das zuständige örtliche Gesundheitsamt bzw. in medizinischen Pflegeeinrichtungen der zuständige ärztliche Ansprechpartner unverzüglich hinzugezogen werden, um die weiteren Entscheidungen und Anordnungen treffen zu können. Insbesondere die Anordnung von Separationsmaßnahmen (räumliche Isolierung, Ausschluss vom Gemeinschaftsleben) in Einrichtungen gemäß §1 des Niedersächsischen Gesetzes über unterstützende Wohnformen (NuWG) erfordert eine behördliche Entscheidung.

Danksagung

Die Entwicklung des Konzeptes MRE / BasisPlus begann im Herbst 2015. Seitdem hat das Engagement von Heimleitungen, Pflegefachkräften, Qualitätsbeauftragten, Hygienefachkräften und KrankenhaushygienikerInnen entscheidend zum Gelingen beigetragen. Allen beteiligten Personen und KollegInnen sei herzlich gedankt. Ein besonderer Dank geht an Frau Prof. Dr. Simone Scheithauer (Universitätsmedizin Göttingen Georg-August-Universität) und Herrn Olaf Hübner (Franziskus-Hospital Harderberg Georgsmarienhütte) für zahlreiche Hilfen und Diskussionen

Ansprechpartner:

Jörg Vasentin-Lewedei
Niedersächsisches Landesgesundheitsamt
Roesebeckstr. 4 – 6
30449 Hannover

Tel.: 0511-4505-208
Fax: 0511-4505-140
E-Mail:

joerg.vasentin-lewedei@nlga.niedersachsen.de