

ROBERT KOCH INSTITUT



AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN  
ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

**16**  
**2024**

18. April 2024

# Epidemiologisches Bulletin

**Hygienische Aspekte in der  
außerklinischen Intensivpflege**

## Inhalt

### Hygienische Aspekte in der außerklinischen Intensivpflege

3

In Deutschland werden schätzungsweise 15.000 bis 30.000 Menschen im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege versorgt. Den lokalen Gesundheitsämtern sind teilweise Mängel hinsichtlich hygienischer Strukturen bekannt und es wurde bereits eine hohe Prävalenz multiresistenter Erreger festgestellt. Bisher gibt es jedoch nur wenige Informationen, die über die regional begrenzten Begehungsberichte hinausgehen. Vorgelegt werden die Ergebnisse von sechs kurzen Online-Umfragen unter Leserinnen und Lesern ausgewählter Fachzeitschriften, bei denen insbesondere Mitarbeitende in Intensivpflegediensten zu hygiene relevanten Themen befragt wurden, um einen Eindruck von der Versorgungssituation zu erhalten.

### Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten: 15. Woche 2024

12

## Impressum

### Herausgeber

Robert Koch-Institut  
Nordufer 20, 13353 Berlin  
Telefon: 030 18754-0  
E-Mail: [EpiBull@rki.de](mailto:EpiBull@rki.de)

### Redaktion

Dr. med. Jamela Seedorf  
(Ltd. Redakteurin)  
Dr. med. Maren Winkler  
(Stellv. Redakteurin)

### Redaktionsassistentz

Nadja Harendt

### Allgemeine Hinweise/Nachdruck

Die Ausgaben ab 1996 stehen im Internet zur Verfügung:  
[www.rki.de/epidbull](http://www.rki.de/epidbull)

Inhalte externer Beiträge spiegeln nicht notwendigerweise die Meinung des Robert Koch-Instituts wider.

Dieses Werk ist lizenziert unter einer [Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



ISSN 2569-5266



Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit.

# Hygienische Aspekte in der außerklinischen Intensivpflege

## Ergebnisse aus Online-Umfragen

### Zusammenfassung

In Deutschland werden schätzungsweise 15.000 bis 30.000 Menschen im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege (AIP) versorgt. Drei veröffentlichten Begehungsberichten von Gesundheitsämtern sind Mängel hinsichtlich hygienischer Strukturen zu entnehmen. Auch wurde eine hohe Prävalenz multi-resistenter Erreger (MRE) bei den Betroffenen festgestellt. Bisher gibt es wenige Informationen, die über die regional begrenzten Begehungsberichte hinausgehen.

Im Rahmen von sechs kurzen Online-Umfragen wurden die Leserinnen und Leser ausgewählter Fachzeitschriften, insbesondere Mitarbeitende in Intensivpflegediensten, zu hygiene relevanten Themen befragt, um einen Eindruck von der Versorgungssituation zu erhalten.

Die Ergebnisse aus den veröffentlichten Begehungsberichten der Gesundheitsämter konnten im Rahmen der Umfragen bestätigt werden. Es fehlt in der AIP oft an hygiene relevanten Strukturen. In einigen Teilbereichen fehlt dem Pflegepersonal auch das tiefgehende Fachwissen. Der flächendeckende Einsatz qualifizierter Hygienebeauftragte in den Intensivpflegediensten sollte gefördert werden.

### Hintergrund

Aufgrund medizinischer und technischer Fortschritte konnten die Prognosen von Patientinnen und Patienten mit chronischen und/oder kritischen Erkrankungen, insbesondere mit beatmungspflichtiger respiratorischer Insuffizienz, in den letzten Jahren stetig optimiert werden.<sup>1-3</sup> Diese Personen werden nach der Krankenhausbehandlung entweder in einem spezialisierten Pflegeheim, im eigenen häuslichen Umfeld (im Artikel als Einzelversorgung [EV] bezeichnet) oder in sogenannten Intensiv-Wohngemeinschaften (Intensiv-WGs) pflegerisch und medizinisch betreut.<sup>1,2</sup> Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) schätzt, dass im Jahr 2018

ungefähr 19.100 Patientinnen und Patienten in einer ambulanten Intensivpflege versorgt wurden.<sup>4</sup> Die Indikation für diese AIP zieht die Notwendigkeit einer dauerhaften Interventionsbereitschaft durch geschulte Pflegekräfte nach sich (Sozialgesetzbuch [SGB] V (§§132l)).<sup>5,6</sup> Die AIP unterscheidet sich von der traditionellen ambulanten Pflege vor allem darin, dass die zu Betreuenden im hohen Maß von unterschiedlichen medizinisch-technischen Geräten abhängig sind. In einer AIP wird oft eine „Heimbeatmung“ durchgeführt; es ist anzunehmen, dass etwa zwei Drittel der Patientinnen und Patienten in dieser Versorgung invasiv oder nicht invasiv beatmet werden.<sup>1,3,7,8</sup>

Pflegedienste, die Intensivpflege z. B. in Intensiv-WGs anbieten, werden seit 2017 gemäß §35 Infektionsschutzgesetz (IfSG) bei den pflegerischen Einrichtungen spezifisch adressiert. Das bringt mit sich, dass die Pflegedienste individuelle Hygienepläne aufstellen müssen und von Gesundheitsämtern auch direkt am Ort, an dem die Intensivpflege erbracht wird, überwacht werden können bzw. sollen.

Bisher gibt es nur wenige Veröffentlichungen zu den Hygienestandards in diesem Setting. Gleich et al. berichten von hohen MRE-Prävalenzen in den Intensiv-WGs.<sup>8</sup> Insbesondere bemängeln Gesundheitsämter bei ihren Begehungen bauliche und organisatorische Strukturen.<sup>7,9,10</sup> Diese Mängel könnten zu mehr MRE-Übertragungen und Infektionen bei den Patientinnen und Patienten führen.<sup>7,11</sup>

Um der Frage nach vorhandenen Strukturen sowie der gelebten Praxis in der AIP nachzugehen, wurden kurze, thematisch angelegte, jedoch nicht standardisierte Online-Umfragen durchgeführt. Im folgenden Artikel werden ausgewählte Ergebnisse dieser Umfragen berichtet. Dabei werden die Betroffenen nicht als Patientinnen und Patienten, sondern als Klientinnen und Klienten bezeichnet – so wie es in diesem Setting üblich ist. Beide Begriffe werden im Artikel synonym verwendet.

## Methoden

Im Zeitraum Juli 2018 bis November 2019 wurden folgende sechs Übersichtsartikel zu speziellen oder allgemeinen Hygienethemen in Fachzeitschriften für die AIP veröffentlicht:

- ▶ Aufbereitung von Trachealkanülen (TK): Mehrere Seiten einer Medaille,<sup>12</sup>
- ▶ Infektionshygienische Überwachung der ambulanten Pflege,<sup>13</sup>
- ▶ Was muss aus hygienischer Sicht beim endotrachealen Absaugen beachtet werden?,<sup>14</sup>
- ▶ Intensiv-WG-Hygiene am Beispiel des Steckbeckens,<sup>15</sup>
- ▶ Harnwegsinfektionen in der Außerklinischen vorbeugen,<sup>16</sup>
- ▶ Wäschehygiene – nicht einfach, aber lösbar.<sup>17</sup>

Die Artikel waren angelehnt an den Hygiene-Tipp des Monats der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene e. V. und sollten die gesetzlichen und fachlichen Grundlagen aus der infektionspräventiven Perspektive abbilden. Außerdem sollten den Zielgruppen der Zeitschriften – vor allem Pflegekräfte und andere Heilberufe, aber auch Klientinnen und Klienten und deren Angehörige – grundlegende Informationen zu dem jeweiligen Thema vermittelt werden. Die Themen für die Artikel ergaben sich aus Diskussionen mit hygienebeauftragten Pflegekräften, insbesondere in der Hygienesektion der Deutschen Interdisziplinären Gesellschaft für außerklinische Beatmung (DIGAB) e. V. Im Anschluss an diese sechs Übersichtsartikel wurden die Leserinnen und Leser gebeten, sich an kurzen, anonymen Umfragen zu beteiligen. Dazu wurden entsprechende Links angegeben, die zur jeweiligen Umfrage führten.

Die Online-Umfragen sollten möglichst niederschwellig erfolgen, deshalb wurden maximal zehn Fragen je Fragebogen gestellt und die Bearbeitungsdauer auf maximal fünf Minuten begrenzt. Ziel war es, den Aufwand für die Teilnehmenden (TN) möglichst gering zu halten und trotzdem einen Einblick in die Praxis zu erhalten. Die meisten Fragen konnten mit *ja*, *nein* und *sonstige* beantwortet werden. In jeder Umfrage zielte eine Frage grundsätzlich auf die Versorgungsstruktur der TN ab, weil von einem Unterschied zwischen ambulanter EV oder einer Intensiv-WG-Versorgung ausgegangen wurde. In der Einstiegsfrage wurde den TN die Gelegenheit

gegeben, ihre persönliche Meinung zu dem jeweiligen Artikelthema mitzuteilen. Als Software für den Fragebogen wurde SurveyMonkey ausgewählt. Aufgrund des kostenlosen Zugangs des Online-Tools war die Anzahl der möglichen TN auf 40 begrenzt. Die Ergebnisse wurden mit Excel deskriptiv ausgewertet.

## Ergebnisse

Von den insgesamt 225 TN waren etwa 55 % aus Intensiv-WGs, 34 % aus EV und 11 % aus anderen Langzeitpflegeeinrichtungen mit AIP-Versorgung (z. B. Tagespflege, betreutes Wohnen, Pflegeheime). Die maximale TN-Anzahl von 40 TN wurde nur bei der Umfrage zum IfSG nicht erreicht. Hier waren es 25 TN. Mehrfachnennungen waren möglich. Die Bearbeitungszeit des jeweiligen Fragebogens lag bei durchschnittlich drei Minuten.

### 1. Umfrage: Aufbereitung von TK in der häuslichen Pflege

Mehr als drei Viertel der TN bereitet regelmäßig oder gelegentlich TK auf (s. [Abb. 1](#)).

Circa 68 % der TN gaben an, sich bei der TK-Aufbereitung nach den Herstellervorgaben zu richten, ca. 15 % hatten interne Standards und die restlichen TN gaben sonstige Vorgaben an. Nur knapp 22 % der TN gaben an, eine entsprechende Einweisung zu den angewendeten TK erhalten zu haben.

Die Frage nach den praktischen Aufbereitungsverfahren beantworteten 26 TN. 69 % der Befragten gaben an, die Reinigung mit einer milden Reinigungslösung durchzuführen, wobei zwei TN dafür Geschirrspülmittel verwendeten. Eine Desinfektion wurde nur von fünf TN angegeben – davon verwendeten drei eine thermische Desinfektion (z. B. kochendes Wasser) und zwei eine chemische Desinfektion mit einem zugelassenen Desinfektionsmittel. Als Ort für die Aufbereitung wurde von 42 % das Badezimmer angegeben, 31 % das Klientenzimmer und 8 % die Küche. Die Lagerung der aufbereiteten TK erfolgt zu 72 % in einer speziellen Box, zu 12 % staub- und lichtgeschützt im Regal und zu 8 % in der Schublade. Eine TN schrieb im Freitext, dass sie die aufbereiteten TK in sterile Handschuhe einpacke und so lagere.

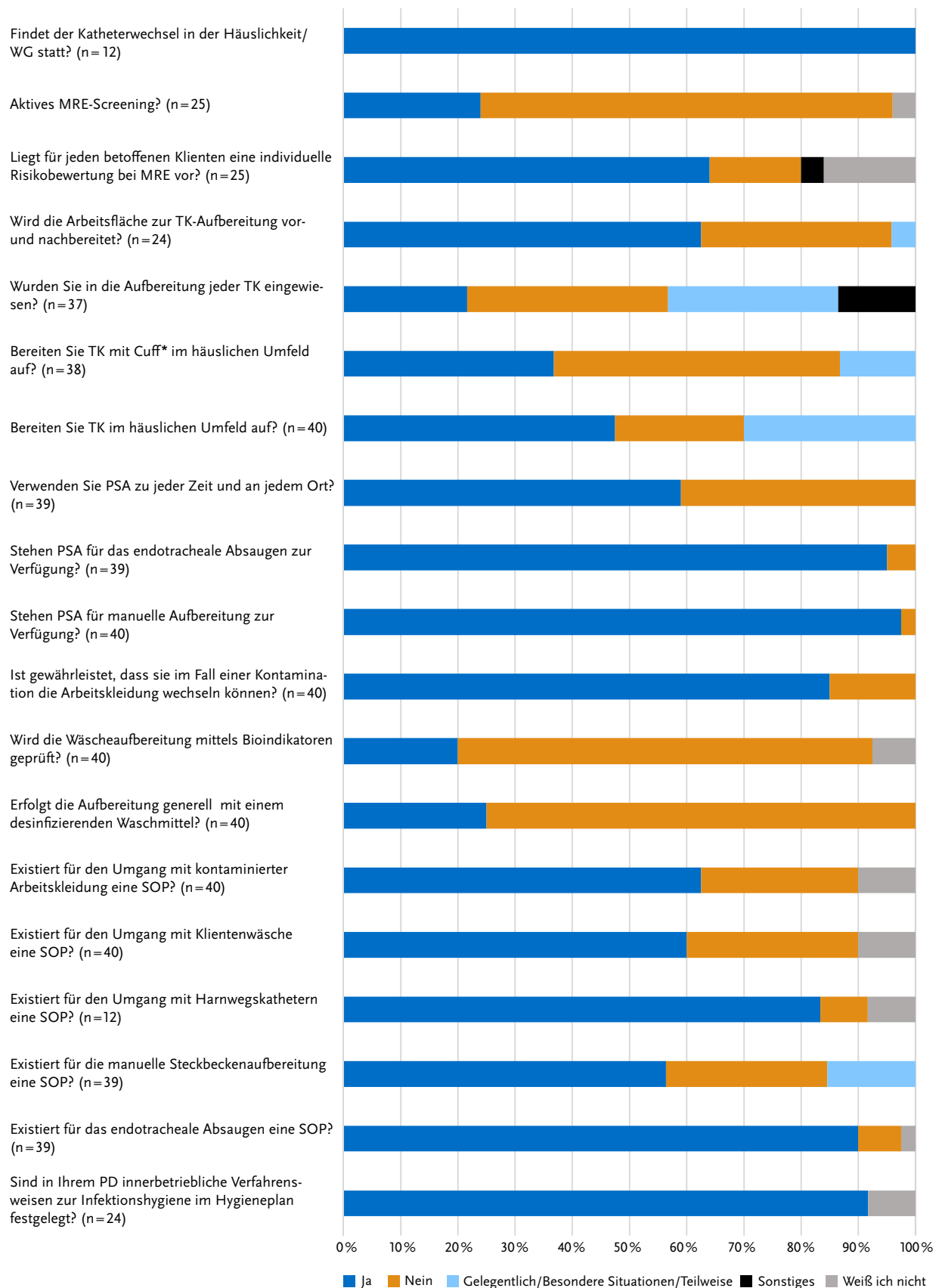


Abb. 1 | Übersicht zu den Fragen und Antworten, komprimiert aus den sechs Umfragen

PD = Pflegedienst; SOP = Standardarbeitsanweisungen; MRE = multiresistente Erreger; TK = Trachealkanüle; PSA = Persönliche Schutzausrüstung; WG = Wohngemeinschaft; \* Cuff ist eine aufblasbare Manschette aus Gummi, um den Tubus gegenüber der Trachea luftdicht abzuschließen.

## 2. Umfrage: Änderung des IfSG

Etwa 92 % der TN hatten einen Hygieneplan und 64 % hatten bereits Kontakt zum Gesundheitsamt. Diese Kontakte setzen sich aus acht Routineüberwachungen, fünf Begehungen wegen Neueröffnung der Intensiv-WGs und einer anlassbezogenen Überwachung zusammen. 76 % haben einen Hygienebeauftragten, der meist über eine entsprechende Grundqualifikation mit mehr als 40 Unterrichtseinheiten verfügt. Nur ein Hygienebeauftragter hatte weniger Stunden absolviert und ein Pflegedienst gab an, dass der Hygienebeauftragte die Qualifikation als Fachgesundheits- und Krankenpfleger für Hygiene und Infektionsprävention besitzt.

24 % der TN gaben an, ein aktives MRE-Screening durchzuführen (s. Abb. 1). Außerdem lagen 64 % der TN eine individuelle Risikobewertung für die betreuten Klientinnen und Klienten vor.

## 3. Umfrage: Endotracheales Absaugen in der AIP

In den Einrichtungen lagen zu 90 % Standardarbeitsanweisungen (SOP) zum endotrachealen Absaugen vor. In der Umfrage gaben 95 % der TN an, dass ihnen ausreichend persönliche Schutzausrüstung (PSA) zur Verfügung stünde, aber nur knapp 60 % verwenden diese auch beim endotrachealen Absaugen (s. Abb. 1).

Ein TN beschrieb es folgendermaßen: „Wenn ich mit dem Patienten in der Öffentlichkeit unterwegs bin und absaugen muss, suchen wir uns ein möglichst ungestörtes Plätzchen und verzichte ich [sic] auf den Kittel und bei bekannter Keimfreiheit des Patienten ggf. auf den Mundschutz, um nicht zu viel Aufsehen zu erregen [...], was dem Patienten unangenehm ist.“

Auf die Frage, ob sterile Handschuhe beim endotrachealen Absaugen verwendet werden, gaben knapp 58 % der TN *immer* an, 29 % der TN nutzen nur manchmal sterile Handschuhe und 13 % nie.

Ein TN schrieb: „Gilt das sterile Absaugen nur für Beatmungspatienten? Oder auch für Patienten, die mit nur einer TK versorgt sind? Bei Patienten werden von den Providern keine sterilen Handschuhe geliefert sondern den Pflegekräften empfohlen, Non-Touch abzusaugen.“

## 4. Umfrage: Steckbeckenaufbereitung in der AIP

64 % von 39 TN gaben an, die Steckbecken vorwiegend manuell aufzubereiten. 28 % haben eine maschinelle Aufbereitung und knapp 8 % gaben an, beide Verfahren (maschinell und manuell) einzusetzen. Eine SOP zur Steckbeckenaufbereitung hatten 56 % der TN. In 98 % der Fälle stellte der Arbeitgeber ausreichend PSA für den manuellen Prozess zur Verfügung.

Im Kommentarfeld zu der Umfrage wurde als Freitext angegeben, dass teilweise die Risikobeurteilung der Medizinprodukte (MP) sowie die Validierung der Aufbereitungsprozesse in den Pflegediensten fehlten.

## 5. Umfrage: Katheterassoziierte Harnwegsinfektionen in der AIP

Die Angaben zu den Prävalenzen der dauerhaften Harnwegskatheter können systembedingt nur aggregiert ausgewertet werden. Zehn TN beantworteten die Frage nach der Klientenzahl mit Dauerkathetern. Die Auswertung ergab, dass 68 % der Klientinnen und Klienten einen Dauerkatheter hatten, 60 % davon hatten einen transurethralen Harnwegskatheter. 83 % der TN gaben an, dass eine SOP zum Umgang mit Harnwegskathetern vorlag.

Von den TN wurde angegeben, dass die transurethralen Harnwegskatheter alle 28 Tage gewechselt werden. Suprapubische Blasenkateter wurden alle 28 Tage oder alle sechs Wochen gewechselt. Die Wechsel fanden zu 100 % in der Häuslichkeit der Klientinnen und Klienten statt. Zu 70 % erfolgten die Katheterwechsel durch Pflegekräfte des Pflegedienstes (nach ärztlicher Anordnung) und zu 30 % durch Mitarbeitende der ärztlichen Praxis (z. B. medizinische Fachangestellte).

Als medizinische Indikationen für einen Dauerkatheter wurden von 67 % eine genaue Bilanzierung der Urinausscheidung, von 42 % akute Harnretention, von 25 % Förderung der perinealen Wundheilung und von 8 % Sonstiges angegeben. Auf die Frage nach der Häufigkeit der medizinischen Indikationsüberprüfungen antwortete die Hälfte der TN, dass keine regelhafte Überprüfung erfolge. 33 % gaben monatliche und 8 % quartalsweise Überprüfungen an.

## 6. Umfrage: Wäschehygiene

Die Klientinnen- und Klientenwäsche wird zu 68 % in haushaltsüblichen Waschmaschinen und nur zu 30 % mit Industriewaschmaschinen aufbereitet. Die restlichen TN gaben entweder an, einen externen Dienstleister zu beauftragen oder „nicht bekannt“. Teilweise übernehmen die Angehörigen das Waschen der Klientinnen- und Klientenwäsche.

Hinsichtlich der Arbeitskleidung erfolgte bei 25 % keine generelle Aufbereitung mit einem desinfizierenden Waschverfahren. 30 von 40 TN gaben an, ein desinfizierendes Waschverfahren für die Arbeitskleidung einzusetzen, wobei 35 % angaben, dass die Aufbereitung direkt durch den Arbeitgeber (z. B. im Pflegestützpunkt) erfolge. 22,5 % gaben an, dass das Personal die Arbeitskleidung zu Hause aufbereitet und 17,5 % in einer externen Wäscherei.

## Diskussion

Die 2018 und 2019 durchgeführten (sechs thematisch getrennten) Online-Umfragen ergänzen die bisherigen Eindrücke bei der praktischen Umsetzung hygienerelevanter Prozesse in der AIP. Die dort gestellten Fragen basieren auf Diskussionen mit Hygienebeauftragten in der AIP sowie veröffentlichten Erfahrungsberichten von einzelnen zuständigen Gesundheitsämtern.<sup>7-10</sup>

## Hygienestrukturen

In den sechs Umfragen gaben vor allem die TN aus den Intensiv-WGs an, bereits Kontakt zum Gesundheitsamt gehabt zu haben. Das lässt sich damit erklären, dass bisher der Fokus der infektionshygienischen Überwachungen gemäß IfSG auf der Intensiv-WG-Versorgung lag. In den Begehungen der Gesundheitsämter werden oft organisatorische Strukturen geprüft. Daher überrascht es nicht, dass der überwiegende Teil der TN einen Hygieneplan und einen Hygienebeauftragten haben. Diese Ergebnisse decken sich mit denen aus aktuellen Veröffentlichungen.<sup>10</sup>

Die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut empfiehlt den flächendeckenden Einsatz von Hygienebeauftragten in der AIP.<sup>18</sup> Aktuell fehlt den Gesundheitsämtern jedoch eine entsprechende

Rechtsgrundlage gemäß § 35 IfSG, um den Einsatz von qualifizierten Hygienebeauftragten sowie die Beratung durch Hygienefachkräfte durch Rechtsverordnungen der Landesregierungen einzufordern. In der vorliegenden Umfrage gaben die TN an, dass jährlich Hygieneschulungen für das Personal angeboten werden. Dieses Ergebnis deckt sich grundsätzlich mit den Ergebnissen von Berger et al., die den Wissensstand der Mitarbeitenden in der AIP untersuchten.<sup>19</sup> In den Berichten der Gesundheitsämter wurden jedoch Wissensdefizite bei speziellen Hygienethemen identifiziert.<sup>7,9</sup>

## MP-Aufbereitung

Auch Berger et al. konnten spezielle Fortbildungsbedarfe u. a. zum Umgang mit Angehörigen sowie zur MP-Aufbereitung in der AIP herausarbeiten.<sup>19</sup> Auf die MP-Aufbereitung wurde auch bei der Themenauswahl fokussiert, weil hier Unsicherheiten erwartet wurden. Die Eindrücke von Berger et al. konnte auch in der vorliegenden Umfrage bestätigt werden, immerhin 35 % der TN hatten keine Einweisung in die TK-Aufbereitungen erhalten. Ein Blick in das aktuelle Curriculum des Basiskurses zur Pflegefachkraft für AIP zeigt, dass zwar vier Unterrichtseinheiten Hygiene vermittelt werden sollen, die MP-Aufbereitung dabei jedoch fehlt.<sup>20</sup>

Die Ergebnisse dieser Umfrage machen deutlich, dass viele Pflegedienste TK im häuslichen Umfeld (einschließlich Intensiv-WGs) aufbereiten. Mehr als zwei Drittel der TN gaben an, sich dabei nach den Herstellervorgaben zu richten. Für die Reinigung kommen vor allem milde Reinigungslösungen bzw. Geschirrspülmittel zum Einsatz. Bereits in anderen Publikationen wurde darauf hingewiesen, dass die TK-Hersteller oft haushaltsübliche Reinigungsmittel empfehlen.<sup>21,22</sup> Dass die Aufbereitung vorwiegend im Badezimmer erfolgt, ergibt sich oft durch fehlende bauliche und technische Alternativen, wie bereits im Rahmen behördlicher Überwachungen festgestellt wurde.<sup>7,9,10</sup> Immerhin wird inzwischen auch seitens der Krankenkassen auf eine geeignete Lagerung von MP hingewirkt.<sup>23</sup>

Nach den vorliegenden Daten werden die gesetzlichen Vorgaben teilweise nicht eingehalten. Gemäß § 8 Abs. 1 Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) soll die Aufbereitung von bestimm-

mungsgemäß keimarm oder steril zur Anwendung kommenden MP unter Berücksichtigung der Herstellerangaben mit geeigneten validierten Verfahren so durchgeführt werden, dass der Erfolg dieser Verfahren nachvollziehbar gewährleistet ist und die Sicherheit und Gesundheit von Patientinnen und Patienten, Anwendenden oder Dritten nicht gefährdet wird.<sup>24</sup> Es besteht Handlungsbedarf von verschiedenen beteiligten Institutionen und Akteuren.<sup>22</sup>

Das gilt auch für die Empfehlungen zu Steckbeckenspülgeräten oder Industriewaschmaschinen, die bisher mit dem Verweis auf den privaten Wohnbereich seitens der Pflegedienste ignoriert wurden. Steckbeckenspülgeräte waren in der Vergangenheit kaum vorhanden.<sup>9</sup> Auch hier formuliert die Rahmenempfehlung gemäß § 132l Abs. 1 SGB V einen höheren Standard, in dem sie ein Reinigungs- und Desinfektionsgerät für Steckbecken in Intensiv-WGs vorsieht, sofern die Klientinnen und Klienten nicht direkt das WC benutzen können.<sup>23</sup>

### Harnwegskatheter

Die Rate der dauerhaften Harnwegskatheter in der vorliegenden Umfrage liegt mit 68 % deutlich höher als in anderen Veröffentlichungen zur Versorgungssituation in der AIP beschrieben, die bei 32 % oder 46 % lagen.<sup>7,9</sup> Im Vergleich mit Alten- und Pflegeheimen liegt die ermittelte Rate sogar um das sechsfache höher.<sup>25</sup> Die Frage nach den medizinischen Indikationen von Harnwegskathetern orientierte sich an der KRINKO-Empfehlung, die die regelmäßige Indikationsprüfung in Krankenhäusern als Teil einer Präventionsstrategie gegen Harnwegsinfektionen sieht.<sup>26</sup> Die TN gaben am häufigsten eine genaue Bilanzierung der Urinausscheidung an. Die Hälfte der TN gab an, dass keine regelmäßigen Überprüfungen der medizinischen Indikationen stattfanden.

Zukünftige Studien und Projekte sollten sich mit der angemessenen und zielgerichteten Prävention von Harnwegsinfektionen beschäftigen.

### PSA

Im Rahmen der Umfrage wurde erfasst, ob ausreichend PSA vom Arbeitgeber zur Verfügung gestellt wird. Die Frage ist in erster Linie subjektiv und setzt u. a. den korrekten Einsatz seitens der Mitarbeiten-

den voraus. Dennoch könnte ein subjektiv wahrgenommener Mangel Einfluss auf die Verwendung durch die Mitarbeitenden haben. Das Gesundheitsamt München stellte bei den Begehungen fest, dass flächendeckend in den Intensiv-WGs ausreichend PSA zur Verfügung stand.<sup>10</sup>

Der korrekte Einsatz von PSA ist auch bei anderen Standardprozessen in der AIP hoch relevant. Das endotracheale Absaugen ist gemäß Technischer Regeln für biologische Arbeitsstoffe (TRBA) 250 mindestens der Schutzstufe 2 zuzuordnen und erfordert in der Regel die Verwendung geeigneter PSA, einschließlich FFP2-Masken (FFP: filtering face piece der Schutzklasse 2).<sup>27</sup> Daher erscheint das Umfrageergebnis bemerkenswert, dass weniger als zwei Drittel der TN PSA beim endotrachealen Absaugen verwenden. In den Kommentaren wurden vor allem Situationen beschrieben, in denen man sich mit den Klientinnen und Klienten in der Öffentlichkeit befindet (z. B. Restaurant, Supermarkt, Spaziergang). In diesen Situationen werde oftmals auf die Verwendung der PSA verzichtet.

Am beschriebenen Fallbeispiel wird deutlich, dass die Umsetzung hygienerelevanter Maßnahmen in der AIP deutlich komplizierter ist, als beispielsweise auf einer Intensivstation, wo die Umgebung klar definierbar ist.

Hinsichtlich der Verwendung steriler Handschuhe wurde in den Kommentaren angegeben, dass im Notfall auch mal darauf verzichtet werde oder teilweise geschlossene Absaugsysteme verwendet werden. Ein weiterer Kommentar beschreibt ein weitverbreitetes Vorgehen, dass u. a. aus ökonomischen Erwägungen auf sterile Handschuhe beim endotrachealen Absaugen verzichtet wird. Auch in den Diskussionen mit in der AIP tätigen Pflegekräften wird dieses Vorgehen regelmäßig beschrieben, obwohl es nach Kenntnis des Autors in keiner Empfehlung und keinem Lehrbuch beschrieben wird.

### Aufbereitung von Wäsche

Die Klientinnen- und Klientenwäsche wurde zum Großteil in haushaltsüblichen Waschmaschinen gewaschen. Diese Ergebnisse decken sich mit den Erfahrungsberichten der Gesundheitsämter.<sup>7,9</sup> Die Rahmenempfehlung sieht inzwischen eine desinfi-



zierende Aufbereitung der Wäsche vor – entweder durch den Einsatz eigener Industriewaschmaschinen oder durch externe Wäschereien.<sup>23</sup> Schwerdtner et al. berichten von multifunktionell genutzten Bädern für Bewohnende, in denen u. a. die Wäsche aufbereitet wird.<sup>7</sup> In einem Scoping-Review stellten Höppchen et al. fest, dass das Thema der Wäschehygiene bisher wenig beachtet wurde.<sup>28</sup>

Neben der Klientinnen- und Klientenwäsche bemängelten die Gesundheitsämter auch die Aufbereitung der Reinigungsutensilien sowie der Arbeitskleidung.<sup>7,9</sup> In der vorliegenden Umfrage bereitete nur ein Drittel der Arbeitgeber die Arbeitskleidung direkt auf. Gemäß TRBA 250 soll auch in der ambulanten Pflege die Arbeitskleidung desinfizierend durch den Arbeitgeber aufbereitet werden, wenn eine Kontamination vermutet wird. Allerdings fehlen in der AIP häufig geeignete bauliche Strukturen. Gleich et al. fanden in ca. zwei Drittel der Intensiv-WGs eine separate Personalumkleide.<sup>9</sup>

## Limitationen

Aufgrund des Studiendesigns ergeben sich einige Limitationen. Zum einen ergibt sich eine Selektion der TN u. a. durch die Zielgruppe der Zeitschriften sowie des Interesses für Hygienethemen. Bei den TN ist auch nicht klar, ob es sich dabei um ausgebildete Pflegekräfte, Betroffene bzw. ihre Angehörigen oder um andere Personengruppen handelt. Auch Mehrfachantworten aus einem Pflegedienst oder nicht wahrheitsgemäße Antworten wären grundsätzlich möglich. Der Zugang erfolgte durch einen Medienwechsel – von einem analogen Zeitschriftenartikel zu einer Online-Umfrage, was die Teilnahme möglicherweise erschwerte. Sozial erwünschtes Antwortverhalten ist aufgrund des gewählten Studiendesigns grundsätzlich möglich, sollte aber wegen der Anonymisierung kein großes Problem darstellen. Etwas schwerer einzuschätzen ist die Motivation der TN und damit die Selektion der Stichprobe.

Auch Limitationen seitens des verwendeten Umfrage-Tools können zu einer Verzerrung der Ergebnisse geführt haben. Aufgrund der zwischenzeitlichen Änderungen der allgemeinen Geschäftsbedingungen seitens des Softwareherstellers und der damit verbundenen Limitationen der TN-Anzahl

sind einige Daten verloren gegangen. Daraus ergibt sich in den Umfragen die maximale TN-Anzahl von 40. Rückblickend betrachtet hätte die Wahl auf ein anderes Tool fallen sollen.

Trotz der vielen Einschränkungen, die sich bereits aus dem Studiendesign ergeben, bestätigen die Ergebnisse die Eindrücke aus den Begehungen der Gesundheitsämter, dass in den AIP-Pflegediensten Optimierungsbedarf bei der Umsetzung hygienischer Anforderungen besteht.<sup>7,9,10</sup>

Die Ergebnisse sind nicht repräsentativ für die gesamte AIP, sondern stellen aufgrund der kleinen Fallzahlen und des limitierten Studiendesigns bestenfalls Einzelfälle dar. Trotzdem geben die Ergebnisse einen Einblick in die Versorgungssituation und die praktische Umsetzung hygienerelevanter Fragestellungen in der AIP.

## Schlussfolgerung

Es bedarf dringend einer interdisziplinären Diskussion zu angemessenen Hygienemaßnahmen, die die Besonderheiten der AIP berücksichtigen. Die Rahmenempfehlungen gemäß §132l Abs.1 SGBV von 2023 beinhalten einige hygienerelevante Punkte, die in Umfragen bereits thematisiert wurden.<sup>23</sup> Auch die KRINKO-Empfehlungen aus den vergangenen Jahren enthalten bereits Empfehlungen zur Hygiene in der AIP, die jedoch bisher noch nicht ausreichend spezifisch die Besonderheiten in der AIP aufgreifen. Bei zukünftigen Aktualisierungen der KRINKO-Empfehlungen für Einrichtungen der Langzeitpflege sollten die genannten sowie weitere spezifische Probleme der AIP mitberücksichtigt werden.<sup>29</sup> Um die Umsetzung von Hygienevorgaben in der AIP zu verbessern, sollten hygienebeauftragte Pflegekräfte flächendeckend in jeder Intensiv-WG eingesetzt werden. Auch die regelmäßige Beratung durch externes Hygienefachpersonal würde die Infektionsprävention bei Klientinnen und Klienten sowie des Personals verbessern.

Die Gesundheitsämter wirken im Rahmen ihrer infektionshygienischen Überwachung auf die Einhaltung notwendiger Standards hin und unterstützen die Pflegedienste dabei, fachliche Empfehlungen in der AIP umzusetzen.

## Literatur

- 1 Isfort M, Hüskens J-M, Sachs S, Tucman D. Pflege-Thermometer 2022: Situation und Versorgung von Menschen in der häuslichen Intensivversorgung in Deutschland. Köln; 2022 [Stand: 30.08.2022]. Verfügbar unter: [https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/Pressemitteilungen\\_Institut/Pflege-Thermometer\\_2022\\_Studie.pdf](https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/Pressemitteilungen_Institut/Pflege-Thermometer_2022_Studie.pdf)
- 2 Lehmann Y, Stark S, Ewers M. Versorgung invasiv langzeitbeatmeter Patienten unter regionalen Gesichtspunkten: VELA-Regio. Teil 1. Berlin; 1.1.2016 [Stand: 28.06.2017].
- 3 Windisch W, Dreher M, Geiseler J, Siemon K, Brambring J, Dellweg D et al. S2k-Leitlinie: Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz – Revision 2017. Pneumologie 2017; 71(11):722–95. Verfügbar unter: 29139100.
- 4 Bundestag D. Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung: Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG; 2020 [Stand: 31.05.2021].
- 5 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung: SGB V; 2021.
- 6 GKV-Spitzenverband, Hrsg. Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V zur Versorgung mit Häuslicher Krankenpflege. Berlin; 28.10.2021 [Stand: 02.03.2022]. Verfügbar unter: [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/ambulante\\_leistungen/haeusliche\\_krankenpflege/20211028\\_HKP\\_Rahmenempfehlungen\\_132a\\_Abs\\_1\\_SGB\\_V.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/haeusliche_krankenpflege/20211028_HKP_Rahmenempfehlungen_132a_Abs_1_SGB_V.pdf)
- 7 Schwerdtner N-L, Trommer S, Dietsch S, Stein C, Weise A, Popp A et al. Herausforderungen im Umgang mit MRE in außerklinischen Intensivpflege-Wohngemeinschaften. Erfahrungsbericht und Ergebnisse einer Prävalenzerhebung zu multi-resistenten Erregern im Stadtgebiet Jena 2020. DOI: 10.25646/7042.
- 8 Gleich S, Böhm D, Horvath L. Außerklinische Intensivpflege: Aktuelle Herausforderungen im Hygienemanagement: Ergebnisse einer Prävalenzerhebung multiresistenter Erreger im November 2014 – Erfahrungsbericht aus dem Gesundheitsamt München. Epidemiologisches Bulletin 2015. DOI 10.17886/EpiBull-2015-009.2.
- 9 Gleich S, Fulle W, Linner M-T, Perugia S, Heimstädt V, Kaser M et al. Hygienemanagement in der außerklinischen Intensivpflege – Anforderungen an Struktur- und Prozessqualität. Hygiene & Medizin 2009; 34(11):443–53.
- 10 Horvath L, Böhm D, Gleich S. Schwerpunktüberprüfung ambulanter Wohngemeinschaften der außerklinischen Intensivpflege im Stadtgebiet München – Ergebnisse und Rückschlüsse. Gesundheitswesen 2019; 81(10):808–12. DOI: 10.1055/s-0043-125146.
- 11 Trommer S, Dietsch S, Weise A, Schwerdtner NL. Ein Ausbruchsgeschehen mit 4 MRGN A. baumannii in einer Wohngruppe für außerklinische Intensivpflege – Möglichkeiten und Grenzen der Intervention durch den ÖGD. In: 69. Wissenschaftlicher Kongress des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (BVÖGD) und des Bundesverbandes der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (BZÖG) in Zusammenarbeit mit der Gesellschaft Hygiene, Umweltmedizin und Präventivmedizin (GHUP): Georg Thieme Verlag KG; 2019 (Das Gesundheitswesen).
- 12 Ziech P, Schubert B. Trachealkanülenaufbereitung: Mehrere Seiten einer Medaille. gepflegt durchatmen 2019; (45):60–3 [Stand: 19.02.2024]. Verfügbar unter: [https://www.gepflegt-durchatmen.de/fileadmin/user\\_upload/Fachzeitung/GD\\_45\\_web.pdf](https://www.gepflegt-durchatmen.de/fileadmin/user_upload/Fachzeitung/GD_45_web.pdf).
- 13 Ziech P. Infektionshygienische Überwachung der ambulanten Pflege. beatmet leben 2019; (6):46–8.
- 14 Ziech P. Was muss aus hygienischer Sicht beim endotrachealen Absaugen beachtet werden? [Die DIGAB-Sektion Hygiene beantwortet häufig gestellte Fragen aus der Praxis (FAQ)]. gepflegt durchatmen 2019; (44):38–42 [Stand: 19.02.2024]. Verfügbar unter: [https://www.gepflegt-durchatmen.de/fileadmin/user\\_upload/Fachzeitung/GD\\_44\\_WEB.pdf](https://www.gepflegt-durchatmen.de/fileadmin/user_upload/Fachzeitung/GD_44_WEB.pdf).
- 15 Ziech P. WG-Hygiene am Beispiel des Steckbeckens! beatmet leben 2019; (2):74–5.
- 16 Ziech P. Harnwegsinfektionen in der Außerklinischen vorbeugen. beatmet leben 2019; (5):58–60.
- 17 Ziech P, Schimmelpfennig M. Wäschehygiene – nicht einfach, aber lösbar. beatmet leben 2019; (4):20–2.

- 18 Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention. Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen : Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut. Bundesgesundheitsbl 2023; 66(3):332–51. DOI: 10.1007/s00103-022-03647-3.
- 19 Berger S, Brandauer A, Freywald N, Höppchen I, Kutschar P, Strobl A et al. Wissensstand und Informationsbedarfe von Pflegefachkräften zum Hygienemanagement in Wohngemeinschaften der außerklinischen Intensivpflege. HBSscience 2022. DOI: 10.1007/s16024-022-00380-4.
- 20 ArGe Fachgesellschaften. Curriculum der ArGe Fachgesellschaften: Basiskurs: Pflegefachkraft für außerklinische Intensivpflege; 2022 [Stand: 09.01.2024]. Verfügbar unter: [https://digab.de/wp-content/uploads/2023/05/Curriculum\\_der\\_Fachgesellschaften\\_24.01.2023.pdf](https://digab.de/wp-content/uploads/2023/05/Curriculum_der_Fachgesellschaften_24.01.2023.pdf).
- 21 Assadian O, Leonhard M. Infektionsrisiken durch Trachealkanülen sowie deren Aufbereitung. In: Schneider-Stickler B, Kress P, Hrsg. Tracheotomie und Tracheostomaversorgung: Indikationen, Techniken & Rehabilitation. Vienna: Springer Vienna; 2018. S. 287–93.
- 22 Ziech P, Schwarz S. Aufbereitung von Trachealkanülen im außerklinischen Bereich. intensiv 2023; 31(04):202–14. DOI: 10.1055/a-2068-6312.
- 23 GKV-Spitzenverband, Hrsg. Rahmenempfehlungen nach § 132l Abs. 1 SGB V zur Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege vom 03.04.2023. Berlin; 3.4.2023 [Stand: 02.05.2023]. Verfügbar unter: [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/ambulante\\_leistungen/ausserklinische\\_intensivpflege/AKI-Rahmenempfehlung-2023-04-03.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/ausserklinische_intensivpflege/AKI-Rahmenempfehlung-2023-04-03.pdf).
- 24 Verordnung über das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten: Medizinprodukte-Betreiberverordnung -MPBetreibV; 2002.
- 25 Ruscher C, Schaumann R, Mielke M. Herausforderungen durch Infektionen und mehrfach-resistente Bakterien bei alten Menschen in Heimen. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2012; 55(11-12):1444–52. DOI: 10.1007/s00103-012-1555-7.
- 26 Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention. Prävention und Kontrolle Katheter-assoziiierter Harnwegsinfektionen: Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2015; 58(6):641–50. DOI: 10.1007/s00103-015-2152-3.
- 27 Technischen Regeln für Biologische Arbeitsstoffe. Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege: TRBA 250; 2018.
- 28 Hoepfchen I, Walter C, Berger S, Brandauer A, Freywald N, Kutschar P et al. Hygiene management for long-term ventilated persons in the home health care setting: a scoping review. BMC Health Serv Res 2022; 22(1):244. DOI: 10.1186/s12913-022-07643-w.
- 29 Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention. Infektionsprävention in Heimen. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2005; 48(9):1061–80. DOI: 10.1007/s00103-005-1126-2.

---

#### Autor

Dr. Patrick Ziech

Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (NLGA)

**Korrespondenz:** [Patrick.Ziech@nlga.Niedersachsen.de](mailto:Patrick.Ziech@nlga.Niedersachsen.de)

---

#### Vorgeschlagene Zitierweise

Ziech P: Hygienische Aspekte in der außerklinischen Intensivpflege – Ergebnisse aus Online-Umfragen

Epid Bull 2024;16:3-11 | DOI 10.25646/12025

---

#### Interessenkonflikt

Der Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

# Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

15. Woche 2024 (Datenstand: 17. April 2024)

## Ausgewählte gastrointestinale Infektionen

	Campylobacter-Enteritis			Salmonellose			EHEC-Enteritis			Norovirus-Gastroenteritis			Rotavirus-Gastroenteritis		
	2024		2023	2024		2023	2024		2023	2024		2023	2024		2023
	15.	1.–15.	1.–15.	15.	1.–15.	1.–15.	15.	1.–15.	1.–15.	15.	1.–15.	1.–15.	15.	1.–15.	1.–15.
Baden-Württemberg	32	703	683	5	198	150	4	53	52	125	1.959	1.662	65	375	423
Bayern	65	1.111	1.071	19	244	223	4	45	37	202	5.141	3.254	59	715	1.244
Berlin	25	422	375	5	96	62	0	17	26	49	2.527	1.680	39	329	318
Brandenburg	24	351	278	5	93	123	2	23	19	112	2.604	1.267	73	601	728
Bremen	10	69	59	2	16	8	1	1	1	6	168	158	8	39	70
Hamburg	4	201	232	0	40	66	0	5	14	15	1.079	760	5	136	294
Hessen	23	609	503	5	111	109	3	38	13	64	1.597	1.039	26	454	392
Mecklenburg-Vorpommern	17	227	180	4	87	73	1	29	6	60	1.127	1.152	23	160	322
Niedersachsen	59	861	666	25	241	189	7	137	96	156	3.021	2.145	46	510	762
Nordrhein-Westfalen	135	2.137	1.675	33	387	445	11	198	170	333	8.026	5.360	89	1.109	1.196
Rheinland-Pfalz	38	534	514	6	82	108	1	27	24	102	1.544	974	36	247	278
Saarland	7	145	145	0	14	17	0	3	5	12	367	321	5	79	108
Sachsen	47	762	629	8	176	131	8	58	41	211	3.889	2.214	89	660	1.083
Sachsen-Anhalt	19	292	192	7	95	85	1	32	19	224	2.045	1.241	30	201	821
Schleswig-Holstein	18	286	270	0	49	68	1	43	35	63	1.323	621	16	234	238
Thüringen	32	351	281	12	232	105	1	27	8	93	1.855	1.145	59	648	862
<b>Deutschland</b>	<b>555</b>	<b>9.061</b>	<b>7.753</b>	<b>136</b>	<b>2.161</b>	<b>1.962</b>	<b>45</b>	<b>736</b>	<b>566</b>	<b>1.827</b>	<b>38.272</b>	<b>24.993</b>	<b>668</b>	<b>6.497</b>	<b>9.139</b>

## Ausgewählte Virushepatitiden und respiratorisch übertragene Krankheiten

	Hepatitis A			Hepatitis B			Hepatitis C			Tuberkulose			Influenza		
	2024		2023	2024		2023	2024		2023	2024		2023	2024		2023
	15.	1.–15.	1.–15.	15.	1.–15.	1.–15.	15.	1.–15.	1.–15.	15.	1.–15.	1.–15.	15.	1.–15.	1.–15.
Baden-Württemberg	0	26	23	39	721	864	24	343	441	8	173	217	104	23.051	6.532
Bayern	0	20	38	68	1.200	1.244	24	469	534	5	154	189	212	44.493	11.578
Berlin	1	12	22	14	395	380	10	147	162	2	73	97	41	5.554	2.463
Brandenburg	0	18	7	4	122	106	1	51	55	3	36	27	50	6.744	2.056
Bremen	0	1	0	4	98	113	5	51	47	0	24	19	2	748	172
Hamburg	2	10	4	17	346	292	3	106	131	1	59	71	38	3.746	1.462
Hessen	0	18	15	31	531	561	11	201	169	10	126	128	77	11.401	3.889
Mecklenburg-Vorpommern	0	6	3	7	69	59	3	39	32	2	15	22	88	6.288	1.108
Niedersachsen	0	16	16	51	681	434	10	250	267	1	71	104	51	11.934	3.349
Nordrhein-Westfalen	5	73	72	89	1.472	1.787	40	690	854	18	233	295	118	28.110	10.180
Rheinland-Pfalz	2	12	14	33	491	610	7	104	172	1	50	57	46	9.961	3.229
Saarland	0	5	3	7	107	136	4	64	53	1	16	11	4	1.533	459
Sachsen	1	8	8	6	123	155	2	75	97	0	38	40	178	19.658	3.960
Sachsen-Anhalt	0	3	3	4	106	98	3	47	65	5	26	22	82	11.695	1.595
Schleswig-Holstein	0	7	7	8	184	160	8	127	103	2	23	37	57	4.240	923
Thüringen	1	7	5	6	56	84	1	36	36	1	26	28	74	8.135	1.510
<b>Deutschland</b>	<b>12</b>	<b>242</b>	<b>240</b>	<b>388</b>	<b>6.702</b>	<b>7.083</b>	<b>156</b>	<b>2.800</b>	<b>3.218</b>	<b>60</b>	<b>1.143</b>	<b>1.364</b>	<b>1.222</b>	<b>197.291</b>	<b>54.465</b>

## Ausgewählte impfpräventable Krankheiten

	Masern			Mumps			Röteln			Keuchhusten			Windpocken		
	2024		2023	2024		2023	2024		2023	2024		2023	2024		2023
	15.	1.–15.	1.–15.	15.	1.–15.	1.–15.	15.	1.–15.	1.–15.	15.	1.–15.	1.–15.	15.	1.–15.	1.–15.
Baden-Württemberg	1	7	1	2	15	11	0	0	0	74	645	75	64	1.050	1.032
Bayern	2	13	3	2	21	14	0	2	0	60	728	281	88	1.382	1.344
Berlin	18	37	1	0	9	5	0	1	1	9	69	33	16	422	223
Brandenburg	0	1	0	0	2	3	0	0	1	13	159	82	22	223	166
Bremen	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	8	1	1	46	14
Hamburg	1	5	1	2	6	5	0	1	0	6	45	43	26	173	114
Hessen	0	8	1	1	16	3	0	0	0	4	81	40	8	271	264
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	16	42	9	80	52
Niedersachsen	4	7	0	1	11	5	0	0	0	12	108	48	33	385	392
Nordrhein-Westfalen	0	34	0	3	37	23	0	0	0	30	401	130	77	930	913
Rheinland-Pfalz	0	5	0	1	9	8	0	1	0	16	133	38	7	176	130
Saarland	1	6	0	0	0	4	0	0	0	5	37	10	2	39	15
Sachsen	0	14	0	0	3	0	0	0	0	24	125	46	45	695	590
Sachsen-Anhalt	0	1	0	1	3	2	0	0	0	14	95	101	7	58	60
Schleswig-Holstein	1	1	0	0	9	2	0	0	0	10	67	27	5	151	164
Thüringen	0	2	0	0	1	3	0	0	0	22	189	239	19	133	143
<b>Deutschland</b>	<b>28</b>	<b>141</b>	<b>7</b>	<b>13</b>	<b>144</b>	<b>90</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>299</b>	<b>2.906</b>	<b>1.236</b>	<b>429</b>	<b>6.214</b>	<b>5.616</b>

Erreger mit Antibiotikaresistenz und *Clostridioides-difficile*-Erkrankung und COVID-19

	<i>Acinetobacter</i> <sup>1</sup>			Enterobacterales <sup>1</sup>			<i>Clostridioides difficile</i> <sup>2</sup>			MRSA <sup>3</sup>			COVID-19 <sup>4</sup>		
	2024		2023	2024		2023	2024		2023	2024		2023	2024		2023
	15.	1.–15.	1.–15.	15.	1.–15.	1.–15.	15.	1.–15.	1.–15.	15.	1.–15.	1.–15.	15.	1.–15.	1.–15.
Baden-Württemberg	2	25	17	15	259	175	1	23	35	1	21	20	57	6.316	102.756
Bayern	2	27	26	18	350	235	12	64	60	5	38	43	105	12.874	148.025
Berlin	4	35	23	12	186	154	1	11	13	0	21	16	19	1.874	34.105
Brandenburg	0	4	7	2	57	65	2	28	20	0	9	14	18	1.411	25.067
Bremen	0	0	0	0	10	9	0	1	1	0	1	1	4	347	8.278
Hamburg	0	5	9	5	100	91	0	11	8	2	13	6	26	1.186	13.315
Hessen	2	18	12	17	317	215	4	38	14	2	29	24	51	4.714	86.542
Mecklenburg-Vorpommern	0	3	3	5	43	31	0	4	19	0	4	8	11	1.487	17.189
Niedersachsen	2	26	11	19	231	136	2	44	41	1	33	30	52	4.215	120.248
Nordrhein-Westfalen	1	50	38	35	543	525	12	157	122	3	82	105	145	12.413	276.474
Rheinland-Pfalz	0	4	5	13	123	61	3	18	23	0	6	10	26	3.141	55.369
Saarland	0	0	0	0	14	14	0	7	2	0	6	1	5	985	15.853
Sachsen	0	6	4	4	56	87	1	49	37	2	22	26	29	3.436	31.461
Sachsen-Anhalt	0	3	5	6	51	35	1	23	25	0	11	10	23	1.695	19.327
Schleswig-Holstein	0	10	14	4	75	44	3	16	13	1	7	18	22	1.647	23.018
Thüringen	0	4	2	3	36	24	1	19	9	0	10	14	8	1.575	14.083
<b>Deutschland</b>	<b>13</b>	<b>220</b>	<b>176</b>	<b>158</b>	<b>2.451</b>	<b>1.901</b>	<b>43</b>	<b>513</b>	<b>442</b>	<b>17</b>	<b>313</b>	<b>346</b>	<b>601</b>	<b>59.316</b>	<b>991.110</b>

1 Infektion und Kolonisation

(*Acinetobacter* spp. mit Nachweis einer Carbapenemase-Determinante oder mit verminderter Empfindlichkeit gegenüber Carbapenemen)

2 *Clostridioides-difficile*-Erkrankung, schwere Verlaufsform

3 Methicillin-resistenter *Staphylococcus aureus*, invasive Infektion

4 Coronavirus-Krankheit-2019 (SARS-CoV-2)

## Weitere ausgewählte meldepflichtige Infektionskrankheiten

Krankheit	2024		2023
	15.	1.–15.	1.–15.
Adenovirus-Konjunktivitis	2	129	381
Botulismus	0	2	32
Brucellose	0	3	11
Chikungunyavirus-Erkrankung	2	10	9
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit	0	25	49
Denguefieber	59	520	137
Diphtherie	0	17	26
Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)	2	21	18
Giardiasis	37	742	670
<i>Haemophilus influenzae</i> , invasive Infektion	48	644	820
Hantavirus-Erkrankung	5	116	34
Hepatitis D	2	30	40
Hepatitis E	62	1.302	1.363
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	0	9	20
Kryptosporidiose	29	415	360
Legionellose	32	476	373
Lepra	0	0	1
Leptospirose	0	40	36
Listeriose	15	182	158
Meningokokken, invasive Erkrankung	1	105	93
Ornithose	0	10	2
Paratyphus	0	13	10
Q-Fieber	1	27	25
Shigellose	30	468	143
Trichinellose	0	1	0
Tularämie	1	32	20
Typhus abdominalis	2	17	28
Yersiniose	27	801	617
Zikavirus-Erkrankung	1	20	4

In der wöchentlich veröffentlichten aktuellen Statistik werden die gemäß IfSG an das RKI übermittelten Daten zu meldepflichtigen Infektionskrankheiten veröffentlicht. Es werden nur Fälle dargestellt, die in der ausgewiesenen Meldewoche im Gesundheitsamt eingegangen sind, dem RKI bis zum angegebenen Datenstand übermittelt wurden und die Referenzdefinition erfüllen (s. [www.rki.de/falldefinitionen](http://www.rki.de/falldefinitionen)).