



Bayerischer Rahmenhygieneplan für Infektionsprävention in stationären Einrichtungen für ältere Menschen und pflegebedürftige Volljährige

**i. S. d. Art. 2 Abs. 1 Bayerisches Pflege- und
Wohnqualitätsgesetz (PfleWoqG)**

Stand: Juni 2014

Bayerischer Rahmenhygieneplan für Infektionsprävention in stationären Einrichtungen für ältere Menschen und pflegebedürftige Volljährige i. S. des Art. 2 Abs. 1 Nr. 1 Bayerisches Pflege- und Wohnqualitätsgesetz (PfleWoqG) gemäß § 36 Infektionsschutzgesetz (IfSG) und in Anlehnung an die Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert-Koch-Institut

Herausgeber: Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit
Eggenreuther Weg 43
91058 Erlangen
Telefon: 09131 6808-0
Telefax: 09131 6808-2102
E-Mail: poststelle@lgl.bayern.de
Internet: www.lgl.bayern.de
Bildnachweis: Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit
Stand: Juni 2014

© Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, alle Rechte vorbehalten

Autoren des Berichts:

Silke Nickel
Dr. Verena Lehner-Reindl
Dr. Anna Schreff
Prof. Dr. Christiane Höller

Bei fachlichen Fragen wenden Sie sich bitte an:

Spezialeinheit Infektionshygiene
hygiene@lgl.bayern.de

Bei publizistischer Verwertung – auch von Teilen – Angabe der Quelle und Übersendung eines Belegexemplars erbeten.

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte sind vorbehalten. Die Publikation wird kostenlos abgegeben, jede entgeltliche Weitergabe ist untersagt.

abgestimmt mit:

Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMGP)
Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Familie und Integration (StMAS)

In Abstimmung mit:

Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassenverbände in Bayern
Bayerische Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Pflegeberufe (BayARGE)
Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)
Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)
Deutscher Caritasverband, Landesverband Bayern e. V.
Die Verbände der freien Wohlfahrtspflege Bayern
Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK), Arbeitskreis der Privaten Pflegeverbände
Medizinischer Dienst der Krankenversicherung in Bayern (MDK Bayern)

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	3
2	Hygienemanagement und Verantwortlichkeit	5
2.1	Risikobewertung.....	5
2.2	Verantwortlichkeit	5
2.3	Hygieneorganisation.....	6
3	Basishygiene	7
3.1	Hygieneanforderungen an Standort, Gebäude, Räume, Ausstattung	7
3.2	Personalhygiene.....	7
3.2.1	Händehygiene	7
3.2.2	Berufs- und Schutzkleidung	8
3.3	Flächenreinigung und -desinfektion.....	9
3.3.1	Unfallgefahren.....	10
3.4	Aufbereitung von Medizinprodukten und Pflegeartikeln	11
3.4.1	Pflegeartikel	12
3.4.2	Waschschüsseln, Sitz-, Dusch- und Badewannen.....	12
3.4.3	Steckbecken/Urinflaschen.....	12
3.4.4	Bettenaufbereitung.....	12
3.4.5	Wäscheaufbereitung	13
3.5	Abfallbeseitigung	14
4	Sanitärbereich	16
4.1	Sanitärausstattung	16
4.2	Wartung und Pflege	16
5	Lebensmittel- und Küchenhygiene	17
5.1	Allgemeine Anforderungen	17
5.2	Händehygiene und Schutzkleidung.....	17
5.3	Essgeschirr.....	18
5.4	Arbeitsschutzanforderungen.....	18
6	Trinkwasser	19
6.1	Hygieneregeln zum Umgang mit Trinkwasser	19
6.2	Legionellenprophylaxe.....	19
7	Anforderungen des Infektionsschutzgesetzes.....	20
7.1	Gesundheitliche Anforderungen	20
7.1.1	Personal im Küchen-/Lebensmittelbereich (§ 42 IfSG)	20
7.1.2	Bewohner	20
7.2	Belehrung von Personal im Küchen- und Lebensmittelbereich (§ 43 IfSG)	20
7.3	Mitwirkungs- bzw. Mitteilungspflicht.....	21
7.4	Schutzimpfungen.....	22
7.4.1	Personal	22
7.4.2	Bewohner	22
8	Hygiene bei speziellen Behandlungsmaßnahmen.....	23
8.1	Prävention von Harnwegsinfektionen	23
8.1.1	Harndrainage durch Katheterisierung der Harnblase	23
8.1.2	Umgang mit Harndrainagen	24
8.1.3	Alternativen zu Verweilkathetern	25
8.2	Prävention von Bakteriämien und Sepsis.....	25
8.2.1	Punktionen und Injektionen	25
8.2.2	Intravasale Katheter und Infusionstherapie.....	26
8.3	Prävention von Atemwegsinfektionen	26
8.3.1	Inhalation/Sauerstoffinsufflation	26
8.3.2	Tracheostomapflege	27
8.3.3	Wechsel der Trachealkanüle.....	27

8.3.4	Endotracheales Absaugen	27
8.4	Prävention von Haut- und Weichteilinfektionen.....	28
8.4.1	Wundverbände/Verbandwechsel	28
8.4.2	Stomapflege (Uro- und Enterostoma)	28
8.4.3	Dekubitusprophylaxe.....	28
8.5	Prävention von gastrointestinalen Infektionen.....	28
8.5.1	Sondenernährung	28
8.6	Mundhygiene / Mund- und Zahnpflege im Pflegebereich	29
8.7	Umgang mit Arzneimitteln	29
9	Maßnahmen beim Auftreten von Erregern mit besonderen Eigenschaften.....	30
9.1	Multiresistente Erreger (z.B. MRSA, VRE, MRGN)	30
9.1.1	Allgemeine Maßnahmen	31
9.1.2	Maßnahmen bei Bewohnern ohne besonderes Risiko.....	31
9.1.3	Maßnahmen bei Bewohnern mit besonderem Risiko (invasive Katheter, offene Wunden).....	31
9.1.4	Pflegerische Maßnahmen	31
9.1.5	Reinigung und Desinfektion	32
9.1.6	Maßnahmen bei Verlegung und Transport.....	32
9.1.7	Sanierung von Erregerträgern.....	33
9.1.8	Screeninguntersuchungen	34
9.2	Infektiöse Gastroenteritiden	34
9.3	Maßnahmen bei Influenza	35
9.4	Maßnahmen bei Ekto- und Endoparasitenbefall	36
10	Hygienische Untersuchungen	37
11	Erste Hilfe, Schutz des Ersthelfers.....	38
11.1	Erste-Hilfe-Material.....	38
11.2	Erste-Hilfe-Maßnahmen	38
11.2.1	Versorgung einer verletzten Person	38
11.2.2	Behandlung kontaminierter Flächen.....	38
11.3	Notrufnummern	38
12	Schädlingsprophylaxe und -bekämpfung.....	40
13	Tierhaltung.....	41
14	Umgang mit Verstorbenen	42
15	Literatur und Adressen.....	43

[Anlage 1](#) Reinigungs- und Desinfektionsplan (Muster)

[Anlage 2](#) Verhalten beim Auftreten Methicillinresistenter Staphylococcus-aureus-Stämme (MRSA)

1 Einleitung

Dieser Rahmenhygieneplan richtet sich an stationäre Einrichtungen für ältere Menschen und pflegebedürftige Volljährige gem. Art. 2 Abs. 1 Nr. 1 PflWoqG. Es handelt sich dabei um stationäre Einrichtungen, die dem Zweck dienen, ältere Menschen und pflegebedürftige Volljährige aufzunehmen, ihnen Wohnraum zu überlassen sowie Betreuungs- oder Pflegeleistungen zur Verfügung zu stellen oder vorzuhalten. Sie sind in ihrem Bestand von Wechsel sowie Zahl der Bewohner* unabhängig und werden entgeltlich betrieben. Im Folgenden werden sie als Heime bezeichnet, da - im Unterschied zu den Vorgaben des PflWoqG - in der einschlägigen hygienischen Fachliteratur bzw. in den Empfehlungen ausschließlich von dem Begriff der Heime ausgegangen wird.

Stationäre Einrichtungen im Sinne des PflWoqG sind durch das Zusammenleben und die Zusammenarbeit einer Vielzahl von Menschen von besonderer hygienischer Bedeutung. Sie bedürfen deshalb großer Aufmerksamkeit, um das Wohlbefinden und die Gesundheit - besonders auch im Hinblick auf Infektionskrankheiten und nosokomiale Infektionen - zu sichern.

Für ältere Menschen mit gemindertem Allgemeinzustand oder bei bestimmter medikamentöser Behandlung und Personen mit Vorerkrankungen oder Abwehr- und Immunschwäche besteht oft eine erhöhte Infektionsgefahr. Mit der gestiegenen Lebenserwartung nimmt besonders im Alter auch die Zahl der Personen mit chronischen Krankheiten, Behinderungen, Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit zu, vor allem auch durch die zunehmend frühere Verlegung noch betreuungsbedürftiger Personen.

Infektionen haben in Heimen eine wachsende epidemiologische Bedeutung hinsichtlich Morbidität und Mortalität. Eine Infektionsgefährdung der Bewohner kann auch in Formen des gemeinschaftlichen Wohnens und Betreuens durch das hygienebewusste Verhalten aller Mitarbeiter und Bewohner und die enge Zusammenarbeit zwischen Einrichtungsleitung, den behandelnden Ärzten und dem zuständigen Gesundheitsamt verringert werden. Die erforderlichen hygienischen, medizinischen und pflegerischen Maßnahmen sollten mit den Bedürfnissen der in den Einrichtungen lebenden Menschen nach Geborgenheit und physischem und psychischem Wohlbefinden in Einklang gebracht werden. Dabei müssen stets die Würde und Privatsphäre des Menschen gewahrt bleiben. Die soziale Betreuung ist ein wesentlicher Baustein der Lebensqualität, wichtiger Bestandteil der Betreuung und Versorgung in einer stationären Einrichtung sowie bei Pflegebedürftigen Bestandteil der Pflegeplanung. Dies ist sowohl bei Bewohnern, denen noch keine Pflegestufe zugesprochen wurde als auch den Schwerstpflegebedürftigen zu berücksichtigen. Aus hygienischer Sicht wird die überwiegend soziale Betreuung im Heimbereich von der überwiegend pflegerischen Betreuung im Pflegeheimbereich unterschieden.

Übertragbaren Krankheiten beim Menschen vorzubeugen, Infektionen frühzeitig zu erkennen und ihre Weiterverbreitung zu verhindern, ist Zweck des **Infektionsschutzgesetzes**. Das Gesetz setzt dabei in hohem Maße neben behördlichen Aufgaben und Zuständigkeiten auch auf die **Eigenverantwortung** der Träger und Leiter von Gemeinschaftseinrichtungen sowie jedes Einzelnen.

* Für eine bessere Lesbarkeit wurde bei den Personenbezeichnungen auf ein Ausschreiben der weiblichen Form verzichtet. Selbstverständlich sind in diesen Fällen Frauen und Männer gleichermaßen gemeint.

Nach § 36 Abs. 1 Infektionsschutzgesetz (IfSG) müssen Gemeinschaftseinrichtungen die innerbetrieblichen Verfahrensweisen zur Infektionshygiene in **Hygieneplänen** festlegen. Für die Inhalte der Pläne enthält das Gesetz keine speziellen Vorgaben. Im Hygieneplan sollten auch Maßnahmen der Gesundheitsförderung und -erhaltung angesprochen werden, die zur Prävention der übertragbaren Erkrankungen für Bewohner und Personal beitragen. Hygienepläne müssen auf einem aktuellen Stand gehalten werden.

Empfohlen wird, auf eine weitgehende Standardisierung der Pläne hinzuwirken. Der vorliegende Rahmenhygieneplan soll hierbei Unterstützung geben. Er soll als Grundlage vorwiegend für die Pflegebereiche in den Heimen dienen. Die aufgeführten Hygienemaßnahmen sind Beispielinhalte, die auf die Situation in der **jeweiligen Einrichtung angepasst** und durch einrichtungsspezifische Details und Festlegungen ergänzt werden müssen. Insbesondere die in den letzten Jahren neu entwickelten Betreuungskonzepte, wie z.B. Wohngruppen oder Pflegeoasen, erfordern eine Abstimmung im Detail, damit sie trotz Einhaltung der Basishygiene zum Wohl der Bewohner umgesetzt werden können. Im Gegensatz zum vorliegenden Rahmenplan, in dem steht, was auf Basis welcher Grundlagen zu regeln ist, muss im tatsächlichen Hygieneplan eingetragen werden, wie dies in der jeweiligen Einrichtung konkret geregelt wird. Ergeben sich bei der Anpassung des Hygieneplans an die Anforderungen der Einrichtung Detailfragen, so sollten die Gesundheitsämter* kontaktiert werden. Bei Fragen zur Aufbereitung von Medizinprodukten können die entsprechenden Stellen der jeweils zuständigen Gewerbeaufsicht wertvolle Hilfestellung bieten.

Die Ausarbeitung der Pläne soll in folgenden Schritten erfolgen:

- **Analyse der Infektionsgefahren**
 - im Bereich mit überwiegend sozialer Betreuung
 - im Bereich mit überwiegend pflegerischer Betreuung
 - bei der Aufbereitung von Medizinprodukten
 - im Sanitärbereich
 - im Lebensmittel- und Küchenbereich
- **Bewertung der Risiken**
 - niedrige Risiken, welche hingenommen werden können
 - hohe Risiken, welche risikominimierende Maßnahmen erforderlich machen
- **Risikominimierung (Beispiele)**
 - Festlegung von Reinigungs-/Desinfektionsmaßnahmen
 - Festlegung des Verfahrensablaufs bei der Aufbereitung von Medizinprodukten
 - Bereitstellung von Berufs- und Schutzkleidung
- **Festlegung von Überwachungsverfahren (z. B.)**
 - regelmäßige Überwachung der Aufbereitung von Medizinprodukten
 - Überwachung der Hausinstallation gemäß TrinkwV
- **Aktualisierung des Hygieneplans**
 - in vorher festzulegenden Zeitabschnitten
- **Dokumentation und Schulung**

* Der Rahmen-Hygieneplan verwendet in Anlehnung an das IfSG den Begriff des Gesundheitsamtes. In Bayern werden die Aufgaben des Gesundheitsamtes durch die unteren Behörden für Gesundheit, Ernährung und Verbraucherschutz wahrgenommen. Dies sind im Regelfall die Abteilungen Gesundheit der Landratsämter bzw. die kommunalen Gesundheitsämter.

2 Hygienemanagement und Verantwortlichkeit

2.1 Risikobewertung

Das Infektionsrisiko wird allgemein von der Anwesenheit primär wie fakultativ pathogener Keime, den Übertragungswegen dieser Erreger (direkte und indirekte natürliche wie künstliche Übertragungswege), der Abwehr- und Immunsituation der Bewohner und den erforderlichen pflegerischen, medizinischen und hygienischen Maßnahmen bestimmt.

Gemäß RKI werden Infektionsrisiken in solche bei „überwiegend sozialer Betreuung“ (Wohn- bzw. Gemeinschaftscharakter steht im Vordergrund) und solche bei „überwiegend pflegerischer Betreuung“ (z.B. Behandlungspflege) eingeteilt. Ähnliche Verhältnisse wie im Krankenhaus gelten insbesondere für die „Schwerst- und Langzeitpflege“ und für Bewohner mit Risikofaktoren für eine Besiedlung bzw. Infektion mit multiresistenten Erregern. Hier gelten häufig die gleichen Übertragungswege wie im Krankenhaus, in erster Linie die Hände des Personals sowie invasive Maßnahmen.

Von großer Bedeutung sind bei multiresistenten Erregern (z.B. MRSA) die Rückverlegungen zwischen Heimen und Akutkrankenhäusern. Insbesondere bei Bewohnern, die pflegerisch und invasiv betreut werden, sind einzelne nosokomiale Infektionen sowie Ausbrüche möglich. Dies soll verhindert werden.

2.2 Verantwortlichkeit

Der **Träger und die Leitung der Einrichtung** tragen nach dem **Bayerischen Pflege- und Wohnqualitätsgesetz** (PfleWoqG) die gleichrangige Verantwortung für die Sicherung der hygienischen Erfordernisse und nehmen ihre Verantwortung durch Anleitung und Kontrolle wahr.

Aufgabe des Trägers und der Leitung ist es, einen ausreichenden Schutz vor Infektionen zu gewährleisten, indem sie sicherstellen, dass die einschlägigen Anforderungen der Hygiene eingehalten werden. Wesentliche Voraussetzung hierzu ist u. a. die Beschäftigung einer **ausreichenden Anzahl persönlich und fachlich geeigneten Personals**.

So wäre es wünschenswert, wenn die Leitung der Einrichtung zu ihrer Unterstützung eine **hygienebeauftragte Pflegekraft** mit entsprechender Fortbildung benennen würde. Letztere wird von verschiedenen Bildungseinrichtungen angeboten. Bezüglich der Aufgaben, Ausbildungsinhalte und Ausbildungsdauer wird auf die 2002 veröffentlichte Leitlinie „Ausbildung von Hygienebeauftragten in Pflegeeinrichtungen“ der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH) verwiesen.

Da Infektionsprävention nur als eine Aufgabe der gesamten Einrichtung erfolgreich sein kann, ist auch die Bildung eines regelmäßig tagenden Kreises (i.S. einer **Hygienekommission**) bestehend aus Vertretern aus den Bereichen Träger, Verwaltung, ggf. Ärzte, Pflegepersonal, Bewohner und deren Angehörige sowie ggf. der Bewohnervertretung bzw. des Fürsprechers (Art. 9 PfleWoqG) oder eines beratenden Krankenhaushygienikers bzw. einer Hygienefachkraft zu empfehlen.

Weiterhin ist die **Kooperation mit den niedergelassenen Ärzten** für eine effiziente und koordinierte Infektionsprävention von entscheidender Bedeutung.

Nicht nur personelle, sondern auch materiell-technische und räumliche Voraussetzungen und das Betreiben eines Qualitätsmanagements liegen in der Verantwortlichkeit des jeweiligen Trägers.

2.3 Hygieneorganisation

Zu den **Aufgaben** des Hygienemanagements gehören unter anderem:

- Festlegung der Schwerpunkte der Infektionsprävention
- Erstellung und Aktualisierung des Hygieneplanes
- Kontrolle der Meldung von Infektionskrankheiten und -häufungen
- Erreichen einer breiten Akzeptanz der Hygienemaßnahmen bei den Mitarbeitern
- Überwachung der Einhaltung der im Hygieneplan festgelegten Maßnahmen
- Festlegung von hygienisch-mikrobiologischen Umgebungsuntersuchungen
- Durchführung und Dokumentation von Hygienebelehrungen
- Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt und der Lebensmittelüberwachungsbehörde

Der **Hygieneplan** soll hinsichtlich seiner Aktualität jährlich überprüft und ggf. angepasst werden.

Die Überwachung der Einhaltung der Hygienemaßnahmen erfolgt u. a. routinemäßig durch Begehungen der Einrichtung durch die zuständige Behörde gemäß § 36 IfSG, wie auch bei aktuellem Bedarf. Die Überwachung nach Art. 11 PflWoqG stellt auf die Einhaltung der dort für den Betrieb festgeschriebenen Anforderungen ab, vorliegend geht es aber um Infektionsschutz. Die Ergebnisse werden schriftlich dokumentiert.

Der Hygieneplan muss für alle Beschäftigten jederzeit zugänglich und einsehbar sein. Mindestens einmal pro Jahr sollte eine **Belehrung** hinsichtlich der erforderlichen Hygienemaßnahmen erfolgen. Diese Belehrung sollte schriftlich dokumentiert werden. Bei der Einweisung der Mitarbeiter von Fremdfirmen ist die besondere Art der Einrichtung zu beachten und in die vertraglichen Vereinbarungen einzuarbeiten. Für die Reinigung und Desinfektion von Flächen und der Wäsche gelten dabei die Vorgaben des Hygieneplanes.

3 Basishygiene

3.1 Hygieneanforderungen an Standort, Gebäude, Räume, Ausstattung

Gebäude, Räume und Ausstattungen müssen der Verordnung zur Ausführung des Bayerischen Pflege- und Wohnqualitätsgesetzes (AVPfleWoqG), den in Bayern geltenden baurechtlichen Anforderungen, den berufsgenossenschaftlichen Vorschriften sowie den Bestimmungen der Arbeitsstättenverordnung genügen.

Sowohl bei Baumaßnahmen als auch beim Betrieb sind die allgemein anerkannten Regeln der Technik zu berücksichtigen. Eine kontinuierliche planmäßige bauliche Instandhaltung und Renovierung ist notwendige Voraussetzung für jede effektive Reinigung und Desinfektion.

3.2 Personalhygiene

3.2.1 Händehygiene

Hände sind durch ihre vielfältigen Kontakte mit der Umgebung und anderen Menschen Hauptüberträger von Krankheitserregern. Händewaschen und ggf. Händedesinfektion gehören zu den wichtigsten Maßnahmen zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten. Daher ist im Rahmen des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements sicherzustellen, dass bei allen pflegerischen Maßnahmen Möglichkeiten zur hygienischen Händedesinfektion gegeben sind.

Voraussetzung sind ausreichend **Handwaschplätze** gemäß den staatlichen und berufsgenossenschaftlichen Vorschriften (TRBA 250/BGR 250), ausgestattet mit fließendem warmen und kaltem Wasser, Direktspender für Händedesinfektionsmittel, hautschonende Waschlotion und Einmalhandtücher, sowie geeignete Hautschutz- und -pflegemittel. Darüber hinaus ist in infektionsrelevanten Bereichen auf Armaturen zu achten, welche ohne Handkontakt bedient werden können. In Bereichen wie z.B. Gemeinschaftsküchen in stationären Hausgemeinschaften oder Gemeinschaftsräume beschränken sich die oben beschriebenen Waschplätze auf die für das Pflegepersonal vorgesehenen Zimmer.

Das Händewaschen ist eine Reinigungsmaßnahme, die routinemäßig durchzuführen ist:

- nach Reinigungsarbeiten
- nach jeder Verschmutzung
- nach Toilettenbenutzung
- vor dem Umgang mit Lebensmitteln (siehe [Punkt 5.2](#))

Die **hygienische Händedesinfektion** ist insbesondere in folgenden Situationen erforderlich

- zum Dienstbeginn, bei Dienstende
- vor und nach direktem Bewohnerkontakt (i.S. eines Körperkontaktes)
- vor aseptischen Tätigkeiten
- nach Kontakt mit potentiell infektiösem Material
- nach Kontakt mit Oberflächen in unmittelbarer Umgebung des Bewohners (beim immobilen Bewohner)
- vor der Zubereitung bzw. vor der Verabreichung von Arzneimitteln
- vor Essenszubereitung und Essensverteilung
- nach Toilettenbenutzung (bei Diarrhoe nach dem Naseputzen (bei Infekt)
- nach Tierkontakt
- nach dem Ablegen von Einmalhandschuhen

Voraussetzungen für eine sachgerechte Durchführung der hygienischen Händedesinfektion sind:

- kein Tragen von künstlichen Fingernägeln sowie Nagellack
- Tragen kurz- und rundgeschnittener Fingernägel
- kein Tragen von Schmuck und Uhren an den Händen und Unterarmen

Bei der hygienischen Händedesinfektion ist darauf zu achten, dass alle Innen- und Außenflächen einschließlich der Handgelenke, Fingerzwischenräume, Fingerspitzen, Nagelfalze und Daumen mit einbezogen werden. Das Desinfektionsmittel muss auf die trockenen Hände gegeben werden. Menge und Einwirkzeit (nach Herstellerangaben) müssen eingehalten werden. Es sollen nur geprüfte und für wirksam befundene Präparate eingesetzt werden. Im Falle der Händedesinfektionsmittel sind dies Präparate aus der Desinfektionsmittelliste des Verbundes für Angewandte Hygiene (VAH), ehemals Liste der Deutschen Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie (DGHM). Die Sicherheitsdatenblätter der verwendeten Desinfektionsmittel sollen vorgehalten werden.

Für detaillierte Hinweise wird auf die aktuellen Empfehlungen "**Händehygiene**" der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut verwiesen.

Die "AKTION Saubere Hände", eine nationale Kampagne zur Verbesserung der Compliance der Händedesinfektion in deutschen Gesundheitseinrichtungen stellt den bei der Aktion teilnehmenden Einrichtungen verschiedene Arbeitsmaterialien und Hilfestellungen zur Schulung der Händehygiene auch in Pflegeheimen zur Verfügung.

3.2.2 Berufs- und Schutzkleidung

Als Berufskleidung bezeichnet man Kleidung, die als Standes- oder Dienstkleidung, anstelle oder in Ergänzung der Privatkleidung bei der Arbeit getragen wird.

Persönliche Schutzkleidung muss bei allen Tätigkeiten getragen werden, bei denen damit zu rechnen ist, dass Berufs- oder Privatkleidung mit Krankheitskeimen kontaminiert werden kann.

In Bereichen wie z.B. Gemeinschaftsküchen in stationären Hausgemeinschaften oder Gemeinschaftsräumen oder im Rahmen der sozialen Betreuung ist zumindest aus Gründen der Hygiene und des Arbeitsschutzes das Tragen von Berufskleidung nicht gefordert. Im Gegensatz dazu ist bei der Pflege der Bewohner Berufs- und kann je nach Tätigkeit ggf. auch Schutzkleidung angebracht sein.

Soweit Berufskleidung getragen wird, muss diese geschlossen getragen werden. Berufskleidung ist in regelmäßigen Abständen und bei sichtbarer Verschmutzung zu wechseln. Falls Berufskleidung mit Krankheitserregern kontaminiert wird, ist sie sofort zu wechseln und vom Arbeitgeber wie Schutzkleidung zu desinfizieren und zu reinigen (TRBA 250). Da diese Möglichkeit immer bestehen kann, ist das Tragen privater Jacken usw. über der Berufskleidung im pflegerischen Bereich auf Grund der Kontaminationsgefahr abzulehnen.

Gemäß TRBA 250 ist dem Personal vom Arbeitgeber geeignete Schutzkleidung in ausreichender Stückzahl zur Verfügung zu stellen und für die Reinigung, Desinfektion und Instandhaltung zu sorgen.

Dabei richtet sich die Auswahl der persönlichen Schutzausrüstung (z. B. Überkittel, Handschuhe, Mund-Nasen-Schutz, Schutzbrille) nach der Art der Tätigkeit, dem damit verbundenen Kontaminationsrisiko, sowie nach der Art der potentiellen Keime sowie deren Übertragungswege.

Die Notwendigkeit der Maßnahmen ist durch eine Gefährdungsbeurteilung festzustellen.

Daraus ergeben sich folgende Empfehlungen:

- **Schutzkittel**, wenn mit einer Kontamination durch Krankheitserreger zu rechnen ist (z. B. Gastroenteritis, resistente Bakterien, infizierte Wunden). Bei Arbeiten, bei denen mit einer Durchfeuchtung zu rechnen ist, müssen flüssigkeitsdichte Überschürzen getragen werden.
- **Mund-Nasen-Schutz**, ggf. **Schutzbrille**, wenn mit einer Exposition mit infektiösen Aerosolen zu rechnen ist (z. B. Tracheostomapflege, Erbrechen bei Norovirusinfektionen)
- **Handschuhe**, wenn eine Exposition gegenüber Blut, Sekreten oder Exkreten zu erwarten ist (z. B. Verbandswechsel, Umgang mit Drainagesystemen).

Schutzkleidung ist bewohnerbezogen zu verwenden und nach Abschluss der Tätigkeit abzulegen.

Für Arbeiten mit aseptischen Anforderungen ist separate Schutzkleidung zu verwenden.

3.3 Flächenreinigung und -desinfektion

Die hygienisch einwandfreie Durchführung der Hausreinigung und ggf. der Flächendesinfektion dient sowohl der Sauberkeit als auch der Infektionsverhütung zum Schutz von Personal und Bewohnern. Die Gegebenheiten vor Ort sowie eine Bewertung des Infektionsrisikos bilden die Grundlage für die Festlegung des Umfangs der erforderlichen Maßnahmen.

In Einrichtungen oder Bereichen, in denen überwiegend soziale Betreuung erfolgt, ist in der Regel eine **rutinemäßige Nass-Reinigung** ausreichend. Für die Pflege textiler Beläge sollten Geräte mit wirkungsvollen Staubfiltern verwendet werden. Die textilen Beläge sollten in regelmäßigen Abständen staubgesaugt und in längeren Zeitabständen grundgereinigt werden.

In sensiblen Bereichen mit überwiegend pflegerischer Betreuung, Küchen, Sanitärbereichen, sowie bei Verunreinigungen mit potenziell infektiösem Material (Erbrochenem, Stuhl und Urin sowie mit Blut) können **desinfizierende Mittel und Verfahren** erforderlich werden. In diesem Fall sind geeignete Handschuhe zu tragen. (Medizinische Einmalhandschuhe sind allenfalls für punktuell Aufwischen von Kontaminationen geeignet, da die Beschaffenheit dieser Handschuhe nicht für den Einsatz bei Desinfektionsmitteln geeignet ist.) An die Grobreinigung mit einem Desinfektionsmittelgetränktem Einmalwischtuch ist eine Wischdesinfektion anzuschließen. Die verwendeten Reinigungstücher und Handschuhe sind gesondert zu entsorgen bzw. aufzubereiten.

Die verwendeten Desinfektionsmittel sollten je nach Anwendungsgebiet aus der Desinfektionsmittelliste des Verbundes für angewandte Hygiene (VAH) bzw. aus der Desinfektionsmittelliste der Deutschen Veterinärmedizinischen Gesellschaft (DVG) mit der entsprechenden Konzentration und Einwirkzeit auszuwählen.

In allen Bereichen ist bei den angewendeten Reinigungs- und ggf. Desinfektionsverfahren eine Schmutz- und Erregerverschleppung zu verhindern (mindestens Zwei-Eimer-Methode bzw. Nutzung industrieller Reinigungsgeräte). Alle wieder verwendbaren Reinigungsutensilien (Wischarm, Wischlappen) müssen in ausreichender Anzahl vorhanden sein, sind arbeitstäglich nach Gebrauch maschinell-thermisch aufzubereiten und bis zur erneuten Verwendung trocken zu lagern. Desinfektion und Reinigung werden in der Regel in einem Arbeitsgang ausgeführt. Ein selbständiges Mischen von Reinigungs- und Desinfektionsmitteln ist nicht erlaubt.

Für die Flächenreinigung und -desinfektion muss ein **fester Plan**, z. B. in Form einer Tabelle (siehe [Anlage 1](#)) erstellt werden. Dieser Plan sollte konkrete Festlegungen zur Reinigung und ggf. zur Desinfektion (was, wann, womit, wie, wer) sowie Aussagen zur Überwachung, besonders auch bei Vergabe der Reinigungsarbeiten an Fremdfirmen, enthalten (vertragliche Regelungen, Belehrung der Mitarbeiter über spezifische Belange).

Beim Auftreten meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten oder bei begründetem Verdacht einer solchen sind spezielle antiepidemische Maßnahmen notwendig, die vom zuständigen Gesundheitsamt veranlasst bzw. mit diesem abgestimmt werden. Sie sind nicht Gegenstand dieser Ausführungen.

3.3.1 Unfallgefahren

Bei Nassreinigung ist darauf zu achten, dass keine Pfützen auf dem Fußboden zurückbleiben (Rutschgefahr).

Reinigungs- und Desinfektionsmittel sind vor unberechtigtem Zugriff gemäß der GUV-Regel „Umgang mit Reinigungs- und Pflegemitteln“ (GUV-R 209) geschützt aufzubewahren.

Für detaillierte Hinweise wird auf die aktuellen Empfehlungen "**Anforderungen an die Hygiene bei der Reinigung und Desinfektion von Flächen**" der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut verwiesen.

3.4 Aufbereitung von Medizinprodukten und Pflegeartikeln

Gemäß Medizinproduktegesetz (MPG) und Medizinproduktebetrieberverordnung (MPBetreibV) ist die Aufbereitung von bestimmungsgemäß keimarm oder steril zur Anwendung kommenden Medizinprodukten unter Berücksichtigung der Angaben des Herstellers mit geeigneten validierten Verfahren so durchzuführen, dass der Erfolg dieser Verfahren nachvollziehbar gewährleistet ist und die Sicherheit und Gesundheit von Patienten, Anwendern oder Dritten nicht gefährdet wird. Aus diesem Grund ist für diese Medizinprodukte eine detaillierte Aufbereitungsvorschrift mit Festlegung von Verantwortlichkeit und Verfahrenskontrollen zu erarbeiten. Instrumentenaufbereitung einschließlich Sterilisation ist nur von **sachkundigem Personal** auszuführen und zu dokumentieren.

Für aufzubereitende Medizinprodukte oder Gruppen von Medizinprodukten ist eine **Risikobewertung und Einstufung nach den Empfehlungen der KRINKO** durchzuführen. Diese erfolgt entsprechend der Art der Anwendung in unkritisch, semikritisch und kritisch sowie nach Anforderung an die Aufbereitung in A (ohne besondere Anforderungen an die Aufbereitung) und B (mit erhöhten Anforderungen an die Aufbereitung).

Können die o. g. Anforderungen nicht eingehalten werden, wird für steril anzuwendende Medizinprodukte die Verwendung von Einmalprodukten empfohlen.

Für die **Desinfektion** sind vor allem aus Gründen der Verfahrenssicherheit, der Arbeitserleichterung und des Personalschutzes thermische und chemisch-thermische Verfahren in Reinigungs- und Desinfektionsgeräten (RDG) anstelle manueller Aufbereitung zu bevorzugen.

Bei der **Sterilisation** sind Verpackungen entsprechend dem angewandten Verfahren zu verwenden. Eine Setverpackung (anwendungsgerechte Sets) ist zu bevorzugen. Die vorgeschriebene Kennzeichnung und Dokumentation ist vorzunehmen (z.B. Inhalt, Charge, Sterilisierdatum).

Die **Lagerfristen** für Sterilgut nach DIN 58953:2010, Teil 8 sind zu beachten:

Lagerfristen				
Verpackung	Lagerung von selbst hergestelltem Sterilgut*		Lagerung von industriell hergestelltem Sterilgut	
	ungeschützt	geschützt**	ungeschützt	geschützt**
Einfachverpackung oder Zweifachverpackung	alsbaldiger brauch***	Ver- 6 Monate	alsbaldiger brauch***	Ver- 6 Monate
Lagerverpackung	entfällt		nach Herstellerangaben, i. d. R. 5 Jahre	
* DIN-gerechte Sterilisierverpackung ** in Schränken oder Schubladen *** innerhalb von 48 Stunden				

Für Sterilgutcontainer gilt die DIN 58953:2010 Teil 9. Die Lagerfrist beträgt in der Regel 6 Monate.

Die Entnahme des Sterilguts hat unter aseptischen Bedingungen unmittelbar vor dem Gebrauch zu erfolgen.

Für detaillierte Hinweise wird auf die aktuellen Empfehlungen " **Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten** " der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut verwiesen.

Nachfolgend werden zu speziellen Medizinprodukten und Pflegeartikeln Empfehlungen formuliert:

3.4.1 Pflegeartikel

Je nach Einrichtung und Bewohner können bestimmte Pflegeartikel, insbesondere nicht personengebundene Pflegeartikel (z. B. Pediküre- und Maniküre-Set) zur Verbreitung von Krankheitserregern beitragen. Deshalb sind bei jedem Bewohner **eigene Sets** zu verwenden oder geeignete Maßnahmen zur Desinfektion zu ergreifen.

3.4.2 Waschschüsseln, Sitz-, Dusch- und Badewannen

Badewannen oder Waschschüsseln gelten als kontaminiert und sind grundsätzlich **nach Gebrauch** desinfizierend zu reinigen, da Infektionsgefahren auch von Bewohnern ausgehen können, bei denen eine Infektion noch nicht bekannt ist.

Zusätzlich sollte bei Bewohnern **mit erhöhtem Infektionsrisiko** (z. B. nicht intakte Haut, Dekubitus) sowohl **vor als auch nach der Benutzung** eine Desinfektion erfolgen.

Die für die Reinigung verwendeten Lappen sind mindestens täglich aufzubereiten bzw. zu erneuern.

3.4.3 Steckbecken/Urinflaschen

Bevorzugte Aufbereitung ist die thermische Desinfektion in Reinigungs- und Desinfektionsgeräten, die den Anforderungen der DIN EN ISO 15883 entsprechen.

3.4.4 Bettenaufbereitung

Bei Vorliegen bestimmter Risikofaktoren (siehe Tabelle) ist es sinnvoll, eine desinfizierende Aufbereitung der Betten vorzunehmen. Die Aufbereitung von Matratzen wird erheblich erleichtert, wenn sie mit Schutzbezügen, die atmungsaktiv und desinfektionsmittelbeständig sind, ausgestattet sind. Kissen und Decken sollen dampfdurchlässig und waschbar sein.

Aufbereitung von Betten in Heimen			
	Gestell	Matratze	Bettzeug
Routineverfahren	Reinigung in regelmäßigen Intervallen und bei Verschmutzung	Aufarbeitung in der Regel nicht erforderlich Reinigung bei Verschmutzung	Aufbereitung in der Regel nicht erforderlich Reinigung bei Verschmutzung
Kontamination mit infektiösem Material	Wischdesinfektion	Desinfektion bei Verwendung eines desinfektionsmittelbeständigen Schonbezugs Wischdesinfektion	Desinfektion (thermisch oder chemothermisch)

Wechsel des Nutzers/Bewohners ohne besonderes Risiko	Reinigung	Reinigung	Reinigung
Wechsel des Nutzers/ Bewohners mit besonderem Risiko*	Wischdesinfektion	Desinfektion bei Verwendung eines desinfektionsmittelbeständigen Schonbezugs Wischdesinfektion	Desinfektion (thermisch oder chemothermisch)
* Bewohner mit bekannter Infektionserkrankung oder bekannter Kolonisation mit multiresistentem Erreger			

3.4.5 Wäscheaufbereitung

Da die **Bettwäsche** in der Regel nicht bewohnerbezogen verwendet wird und eine Mischung der Wäsche während des Aufbereitungsprozesses stattfindet, muss ein desinfizierendes Verfahren gewählt werden (z. B. Kochwäsche oder Waschen bei 60°C und Verwendung eines desinfizierenden Waschmittels).

Bewohnereigene Wäsche (z. B. Kleidung) kann in der Regel wie Wäsche im Privathaushalt gewaschen werden.

Während eines Ausbruchs von Erkrankungen mit Erregern, die durch Kontakt übertragen werden (z. B. Enteritiserreger) oder multiresistenten Erregern, ist darauf zu achten, dass Leibwäsche, Handtücher und Waschlappen der betroffenen Personen ebenfalls desinfizierend gewaschen werden.

Die Entsorgung der Wäsche erfolgt unmittelbar am Bett in reißfesten, ausreichend keimdichten Textilsäcken bzw. Wäschebehältern. Infektiöse Wäsche und durchnässte Wäsche wird in reißfesten und flüssigkeitsundurchlässigen Plastiksäcken gesammelt und transportiert und darf wegen der damit verbundenen Infektionsgefahr nicht nachträglich sortiert werden.

Bei einer Lagerung bzw. Zwischenlagerung von Wäsche ist auf eine strikte Trennung von sauberer und Schmutzwäsche zu achten. Saubere Wäsche ist staubgeschützt zu lagern (im Schrank, verpackt oder abgedeckt).

Wird die Wäsche in hauseigenen Wäschereien gewaschen, müssen die Anforderungen der BGR 500 Kapitel 2.6 (Betreiben von Wäschereien) sowie die Anforderungen der Anlage 4.4.3 der RKI-Richtlinie „Anforderungen an die Wäsche aus Einrichtungen des Gesundheitswesens“ eingehalten werden. Diese betreffen v. a. die Waschverfahren und die räumlichen Verhältnisse. (Eine zentrale Forderung der BGR 500 ist die z. B. **räumliche Trennung in reine und unreine Seite**).

Aus hygienischer Sicht ist für das „Waschen wie in einem Privathaushalt“ (KRINKO-Empfehlung) auch die Verwendung einer Haushaltswaschmaschine möglich. Allerdings sollten hier Durchsatz und Laufleistung beachtet werden.

Allerdings sind Haushaltswaschmaschinen nicht für den nachvollziehbaren Prozess eines desinfizierenden Waschverfahrens geeignet, da weder die erreichte Temperatur noch die Haltezeit abgelesen oder die exakte Dosierung des Desinfektionsmittels zur Wassermenge durchgeführt werden kann. Als Konsequenz muss z. B. dann im Rahmen eines Ausbruchsgeschehens die bewohnereigene Wäsche der Erkrankten entweder extern

vergeben werden oder es muss eine für die industrielle Wäscheaufbereitung konzipierte Waschmaschine vorhanden sein.

Auf Grund der hohen Anforderungen wird daher von der überwiegenden Zahl der Pflegeeinrichtungen die anfallende Wäsche aus den Pflegebereichen zur Aufbereitung an geeignete Wäschereien gegeben.

Diese müssen durch **schriftlichen** Vertrag die Einhaltung der in den o. g. Vorschriften enthaltenen Anforderungen garantieren.

Bei Einhaltung der von der Gütegemeinschaft sachgemäße Wäschepflege e. V. aufgestellten Qualitätsnormen (RAL-GZ 992) erhält die entsprechende Wäscherei ein Hygienezeugnis, welches eine **Gültigkeit von jeweils einem Jahr** besitzt.

3.5 Abfallbeseitigung

Der in den Einrichtungen anfallende Abfall ist nicht gewerblich und unterliegt der kommunalen Abfallsatzung.

Es sind Maßnahmen der **Abfallvermeidung** festzulegen. Die Abfallentsorgung einschließlich der Küchenabfälle ist so zu betreiben, dass Belästigungen, insbesondere durch Gerüche, Insekten und Nagetiere vermieden werden. Aus diesem Grund sind Abfälle innerhalb der Einrichtung in Abfalltüten in gut schließenden, gut zu reinigenden Behältnissen zu sammeln. Diese sind mindestens einmal täglich in die **Abfallsammelbehälter** an den zentralen Abfallsammelplätzen zu entleeren.

Grundsätzlich sollte ein einrichtungsspezifisches Konzept in Form eines Entsorgungsplanes in Anlehnung an die Vorgaben der Länderarbeitsgemeinschaft Abfall (LAGA) erstellt werden.

Gemäß des Europäischen Abfallkataloges (EAK) werden die Abfälle je nach Art, Beschaffenheit, Zusammensetzung und Menge verschiedenen Abfallarten zugeordnet:

- **Verschiedene Abfallschlüssel (AS) – früher Gruppe A:**

Dem Hausmüll entsprechende Abfälle, an deren Entsorgung aus infektionspräventiver und umwelthygienischer Sicht keine besonderen Anforderungen zu stellen sind.

Die Sammlung, der Transport und die Beseitigung erfolgt in Mehrweg- oder Einwegbehältnissen mit dem Restmüll. Ein Recycling ist möglich.

- **Abfallschlüssel AS 18 01 01 und 18 01 04 – früher Gruppe B:**

Abfälle, an deren Sammlung und Entsorgung außerhalb von Einrichtungen des Gesundheitsdienstes aus infektionspräventiver Sicht keine besonderen Anforderungen zu stellen sind.

- **AS 18 01 01 – spitze und scharfe Gegenstände (außer 18 01 03)**

Abfälle wie Kanülen, Skalpelle und Gegenstände mit ähnlichem Risiko für Schnittverletzungen müssen in stich- und bruchfesten Einwegbehältnissen gesammelt, fest verschlossen, sicher vor unbefugtem Zugriff gelagert, transportiert und entsorgt werden. Eine gemeinsame Entsorgung mit Abfällen nach AS 18 01 04, unter Beachtung der Belange des Arbeitsschutzes, ist unter seuchenhygienischen Gesichtspunkten möglich.

- **AS 18 01 04 - mit Blut, Sekreten, Körperausscheidungen verunreinigter Abfall (außer 18 01 03)**

Bei diesen Abfällen handelt es sich um mit Blut, Sekreten oder Exkreten kontaminierte Abfälle wie Wundverbände, Wäsche, Windeln etc. Diese sind am Ort ihres Anfallens in reißfesten, feuchtigkeitsbeständigen und dichten Behältnissen zu sammeln und ohne Umfüllen oder Sortieren in sicher verschlossenen Behältnissen zur Sammelstelle zu transportieren. Beseitigung nach Vorgaben der Kommune.

- **Abfallschlüssel AS 18 01 03 – früher Gruppe C:**

Infektiöse Abfälle, an deren Sammlung und Entsorgung aus infektionspräventiver Sicht besondere Anforderungen zu stellen sind. Diese ergeben sich aus der bekannten oder aufgrund medizinischer Erfahrung zu erwartenden Kontamination mit Erregern, wenn dadurch eine Verbreitung der Krankheiten zu befürchten ist (z. B. Abfälle die mit erregerhaltigem Blut, Sekret oder Exkret behaftet sind, oder Blut in flüssiger Form enthalten).

Diese Abfälle sind unmittelbar am Ort ihres Anfallens in reißfesten, feuchtigkeitsbeständigen und dichten Behältnissen zu sammeln und ohne Umfüllen oder Sortieren in sicher verschlossenen Behältnissen zur Sammelstelle zu transportieren. Eine Kontamination des Außenbereiches ist in jedem Falle zu vermeiden.

Die Abfälle sind ohne vorheriges Verdichten oder Zerkleinern in den für die Sammlung verwendeten Behältnissen gemäß dem Abfallwirtschaftsplan Bayern der GSB Sonderabfall-Entsorgung Bayern GmbH oder der AVA Abfallverwertung Augsburg GmbH zu überlassen. Sofern keine TSE Erreger enthalten sind, können sie mit RKI gelisteten Verfahren desinfiziert werden und unter Beachtung des weiter bestehenden Verletzungsrisikos durch spitze oder scharfe Gegenstände zusammen mit Abfällen gemäß AS 18 01 04 entsorgt werden.

Für detaillierte Hinweise einschl. Erregerliste wird auf die **Richtlinie über die ordnungsgemäße Entsorgung von Abfällen aus Einrichtungen des Gesundheitswesens** beim Robert Koch-Institut und der Länderarbeitsgemeinschaft Abfall (LAGA) verwiesen. Im Hinblick auf die in der Empfehlung genannte Erregerliste ist anzumerken, dass für den Bereich der Heime nur einzelne der genannten Erreger in Ausnahmefällen relevant werden könnten (s. auch Abfallschlüssel AS 18 01 03 – früher Gruppe C).

4 Sanitärbereich

4.1 Sanitärausstattung

Die Ausstattung der Sanitärbereiche hängt gemäß VDI-Richtlinie 6000 Blatt 5 von der Art und Nutzung ab. In überwiegend sozial betreuten Bereichen genügt eine sanitäre Ausstattung wie im häuslichen Bereich. Gemeinschaftssanitärräume sollten mit Spendervorrichtungen für Flüssigseife und Einmalhandtücher ausgestattet sein. Ausreichend dimensionierte Abfallbehälter (mit Plastiksäcken) für Papierabfälle sind bereitzustellen. Es ist darauf zu achten, dass es sich um stabile Vorrichtungen mit einer leicht zu reinigenden Oberfläche handelt.

4.2 Wartung und Pflege

Die Sanitäreinrichtungen und deren Ausstattung sind regelmäßig zu warten. Eine zeitnahe Reparatur von Defekten und sorgfältige Pflege muss sichergestellt sein. Die Wartungsvorgaben der Hersteller sind zu beachten.

Stark frequentierte Bereiche, wie Sanitärbereiche, sollten täglich gereinigt werden.

Eine routinemäßige Desinfektion von Sanitäreinrichtungen ist in Heimen nicht indiziert und wird nur im Falle einer Kontamination oder bei infektiösen Bewohnern durchgeführt.

Zimmer mit infektiösen Bewohnern sollten im Reinigungsplan ans Ende gestellt werden. In diesem Fall können die verwendete Desinfektionslösung und Reinigungslappen nicht zimmerübergreifend verwendet werden.

5 Lebensmittel- und Küchenhygiene

5.1 Allgemeine Anforderungen

Zur Vermeidung von lebensmittelbedingten Erkrankungen und Erkrankungshäufungen in Heimen müssen an den Umgang mit Lebensmitteln besonders hohe Anforderungen gestellt werden. Die Vorgaben der **EU-Verordnungen zur Lebensmittelhygiene** und anderer lebensmittelrechtlicher Vorschriften sind einzuhalten. Die EU Hygieneverordnung 852/2004 verlangt die Dokumentation von betriebseigenen Hygienemaßnahmen und die Einführung eines **HACCP-Systems**.

Personen, die an einer Infektionserkrankung im Sinne des § 42 IfSG erkrankt oder dessen verdächtig sind, an infizierten Wunden oder an Hautkrankheiten erkrankt sind, bei denen die Möglichkeit besteht, dass deren Krankheitserreger über Lebensmittel übertragen werden können oder Personen, die Krankheitserreger im Sinne des § 42 IfSG ausscheiden, dürfen in Küchen nicht tätig sein oder beschäftigt werden. Weiterhin dürfen sie nicht tätig sein oder beschäftigt werden beim Herstellen, Behandeln oder Inverkehrbringen der in § 42 Abs. 2 genannten Lebensmittel, wenn sie dabei mit diesen in Berührung kommen. Vor erstmaliger Aufnahme der Tätigkeit muss Personal, das im Lebensmittelbereich arbeiten will, gemäß § 43 IfSG durch das Gesundheitsamt oder durch einen vom Gesundheitsamt beauftragten Arzt über Tätigkeitsverbote und Verpflichtungen belehrt werden. Nach Aufnahme der Tätigkeit und anschließend alle zwei Jahre ist das angestellte Personal im gesamten Lebensmittelbereich vom Arbeitgeber über die Tätigkeitsverbote und Verpflichtungen zu belehren und darüber hinaus gemäß § 4 Lebensmittelhygieneverordnung (LMHV) einmal regelmäßig lebensmittelhygienisch zu schulen. Entsprechende Bescheinigungen des zuständigen Gesundheitsamtes sind beim Arbeitgeber aufzubewahren.

Ein eigener **Hygieneplan** für den Küchenbereich ist in Abstimmung mit der Lebensmittelüberwachungsbehörde zu erstellen.

5.2 Händehygiene und Schutzkleidung

Die Händehygiene ist im Küchenbereich die wichtigste Maßnahme zur Kontaminations- und Infektionsprävention.

Für die Durchführung der Händereinigung und Händedesinfektion im Küchenbereich sind an den dafür vorgesehenen Waschbecken Wandspender für Seife, Desinfektionsmittel und Einmalhandtücher anzubringen. Seifen- und Desinfektionsmittelspender sind arbeits-täglich auf deren Füllstand hin zu überprüfen. Vorzugsweise sollten für Flüssigseifen Originalgebinde verwendet werden, Händedesinfektionsmittel dürfen nicht umgefüllt werden. Die Verwendung von Kombinationsprodukten, die sowohl der Reinigung, als auch Desinfektion der Hände dienen, ist kritisch zu sehen, da die von den Herstellern vorgegebene Einwirkdauer in der Praxis meist nicht eingehalten wird.

Hand- und Armschmuck sowie jeglicher nicht permanent unter der Arbeitskleidung befindlicher Schmuck muss vor Arbeitsbeginn abgelegt werden.

Eine Händewaschung für die in der Küche Beschäftigten ist in folgenden Fällen erforderlich:

- bei Arbeitsantritt
- grundsätzlich vor Lebensmittelkontakt
- grundsätzlich nach sichtbarer Verunreinigung der Hände

Eine Händedesinfektion wird erforderlich:

- vor und nach Arbeiten mit kritischen Rohwaren z.B. Fleisch, Geflügel, Hackfleisch, Fisch, Eier bzw. Produkte/Speisen, die solche Bestandteile enthalten.
- beim Wechsel vom **unreinen** zum **reinen** Bereich
- nach Husten oder Niesen in die Hand, nach jedem Gebrauch des Taschentuches
- nach jedem Toilettenbesuch
- nach Kontakt mit Auftauflüssigkeit

Hinweise zur Durchführung der Händedesinfektion finden sich unter [Punkt 3.2.1](#).

Weiterhin ist beim Umgang mit Lebensmitteln einschließlich der Essensausgabe vom **Personal** geeignete und saubere Arbeitskleidung bzw. Schürzen zu tragen.

Fragestellungen zu Reinigung und Desinfektion, sowie zur Lebensmittelhygiene und zur Abfallbeseitigung sind mit der zuständigen Lebensmittelüberwachung abzusprechen.

5.3 Essgeschirr

In der Regel kann Geschirr wie im Haushalt in einem Geschirrspüler mit 65°C-Programm gereinigt werden.

Der maschinelle Reinigungsprozess muss allerdings so ausgelegt sein, dass vom Geschirr keine Infektionsgefahr für den Essensteilnehmer ausgeht. Dies kann in Eintank-, bei hohem Geschirraufkommen in Mehrtankgeschirrspülmaschinen unter Beachtung der Normen 10510 und 10512 erfolgen.

5.4 Arbeitsschutzanforderungen

Die Arbeitsschutzanforderungen der GUV-Regel „Arbeiten in Küchenbetrieben“ (GUV-R 111), einschließlich der dort beschriebenen Hygieneanforderungen, sind einzuhalten.

6 Trinkwasser

Das in den Heimen verwendete Warm- und Kaltwasser für den menschlichen Gebrauch (Trinken, Waschen, Duschen) muss der **Trinkwasserverordnung** entsprechen. Über die Pflichten eines Betreibers einer Hausinstallation und die Notwendigkeit regelmäßiger Untersuchungen einschließlich Legionellen berät Sie das Gesundheitsamt.

6.1 Hygieneregeln zum Umgang mit Trinkwasser

Installationen sind nach den allgemein **anerkannten Regeln der Technik** durch Fachfirmen auszuführen und zu warten, dabei ist darauf zu achten, dass Kaltwasserleitungen vor Erwärmung geschützt, stagnierendes Wasser vermieden und ein ausreichender Wasseraustausch gewährleistet wird.

Herkömmliche Perlatoren und Überläufe in Waschbecken sollen in Pflege- und Funktionsbereichen nicht vorhanden sein. Anstelle der Perlatoren sollten Laminarstrahlregler verwendet werden.

6.2 Legionellenprophylaxe

Warmwasseranlagen müssen so betrieben werden, dass eine gesundheitsgefährdende Vermehrung von Legionellen vermieden wird. Um dies zu gewährleisten, müssen die allgemein anerkannten Regeln der Technik (siehe DVGW Arbeitsblatt W 551) eingehalten werden. Zur Legionellenprophylaxe wären der Einsatz von aerosolarmen Duschköpfen und selbstentleerenden Armaturen zweckdienlich. Weiterhin sind Duschen, die selten genutzt werden, in regelmäßigen Abständen durch ca. 5-minütiges Ablaufenlassen von Warmwasser (maximale Erwärmungsstufe einstellen) zu spülen. Kalkablagerungen an den Duschköpfen sind in den erforderlichen Zeitabständen zu entfernen.

7 Anforderungen des Infektionsschutzgesetzes

7.1 Gesundheitliche Anforderungen

7.1.1 Personal im Küchen-/Lebensmittelbereich (§ 42 IfSG)

Personen, die

- an Typhus, Paratyphus, Cholera, Shigellenruhr, Salmonellose, einer anderen infektiösen Darmerkrankung oder Virushepatitis A oder E (infektiöse Gelbsucht) erkrankt oder dessen verdächtig sind,
- an infizierten Wunden oder Hauterkrankungen erkrankt sind, bei denen die Möglichkeit besteht, dass deren Krankheitserreger über Lebensmittel übertragen werden können,
- die Krankheitserreger Shigellen, Salmonellen, enterohämorrhagische *Escherichia coli* oder Choleravibrionen ausscheiden,

dürfen im Küchen- bzw. Lebensmittelbereich von Einrichtungen mit und zur Gemeinschaftsverpflegung nicht tätig sein oder beschäftigt werden (für Einzelheiten siehe § 42 IfSG).

7.1.2 Bewohner

Neu aufzunehmende Bewohner müssen nach § 36 Abs. 4 IfSG durch ein ärztliches Zeugnis nachweisen, dass keine Anhaltspunkte für eine ansteckungsfähige Lungentuberkulose vorliegen.

Der Impfstatus sollte überprüft werden (siehe dazu [Punkt 7.4.2](#)). Hinweise des Hausarztes bzw. des überweisenden Krankenhauses über Grundkrankheiten einschließlich eines eventuellen Trägerstatus (z.B. HBV, MRSA) sind zu beachten.

7.2 Belehrung von Personal im Küchen- und Lebensmittelbereich (§ 43 IfSG)

Zu belehren sind in jedem Fall Personen, die in Küchen von Gaststätten und sonstigen Einrichtungen mit oder zur Gemeinschaftsverpflegung gewerbsmäßig tätig sind. Darüber hinaus sind diejenigen Personen zu belehren, die außerhalb des privaten hauswirtschaftlichen Bereiches beim Herstellen, Behandeln oder Inverkehrbringen bestimmter Lebensmittel tätig sind und dabei mit diesen in Berührung kommen.

Die DGKH- Sektion „Hygiene in der ambulanten und stationären Kranken- und Altenpflege/ Rehabilitation“ schreibt zum Thema „Erstbelehrung nach § 43 IfSG durch das Gesundheitsamt“: Zu belehren sind „...Vor der ersten Tätigkeitsaufnahme alle mit der Lebensmittelversorgung befassten MA durch das Gesundheitsamt bzw. zuständige Behörde mit Erhalt des Belehrungsnachweises. Dies gilt nicht für examiniertes Pflegepersonal (Epi. Bull. 18/2001). Nach § 43 IfSG müssen die Belehrten vor der erstmaligen Ausübung der Tätigkeit „schriftlich erklärt haben, dass keine Tatsachen für ein Tätigkeitsverbot bei ihnen bekannt sind.“

Treten nach Tätigkeitsaufnahme Hinderungsgründe auf, so hat der Beschäftigte dieses unverzüglich dem **Arbeitgeber mitzuteilen**.

Der Arbeitgeber hat für die Beschäftigten im Küchen- bzw. Lebensmittelbereich nach Aufnahme der Tätigkeit und im Weiteren alle zwei Jahre gemäß § 43 Abs. 4 IfSG über die

o.g. Tätigkeitsverbote und Verpflichtungen zu belehren, den Nachweis über die Belehrung zu dokumentieren und der zuständigen Behörde auf Verlangen vorzulegen.

Betreuungspersonen (z. B. in Wohngruppen) üben nur dann keine belehrungspflichtige Tätigkeit nach § 43 IfSG aus, wenn im konkreten Einzelfall familienähnliche Verhältnisse herrschen und die zu Betreuenden selbst an der Speissherstellung mitwirken bzw. direkten Einfluss auf diese nehmen können.

7.3 Mitwirkungs- bzw. Mitteilungspflicht

Das IfSG verpflichtet die in Heimen tätigen Personen, **die** beim Herstellen, Behandeln oder Inverkehrbringen von sensiblen Lebensmitteln mit diesen in Berührung kommen oder in Küchen zur Gemeinschaftsverpflegung tätig sind, der Einrichtung **unverzüglich mitzuteilen**, wenn sie von einem der in § 42 IfSG geregelten Krankheitsfälle betroffen sind.

Damit der **Informationspflicht** nachgekommen werden kann, sind **Belehrungen** durchzuführen.

Nach § 6 IfSG sind u.a. der Krankheitsverdacht, die Erkrankung und der Tod an bestimmten Infektionskrankheiten bzw. nach § 7 der Nachweis bestimmter Infektionserreger meldepflichtig. Insbesondere ist nach § 8 IfSG der **feststellende Arzt** verpflichtet, das Auftreten bzw. den Verdacht der in § 6 Abs.1 und Abs. 2 IfSG genannten Erkrankungen bzw. der Leiter des diagnostizierenden Labors die in § 7 Abs. 1 und 2 IfSG verzeichneten Erreger **unverzüglich** dem zuständigen **Gesundheitsamt namentlich** zu melden.

In Einrichtungen der stationären Pflege sind nach § 8 Abs. 1 Nr. 7 IfSG auch die **Leiter der Einrichtung** bzw. nach § 8 Abs. 1 Nr. 5 IfSG auch die Angehörigen eines anderen Pflegeberufs, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung oder Anerkennung erfordert (z.B. Altenpflegerin) zur Meldung bzw. Mitteilung an das Gesundheitsamt verpflichtet, wenn kein Arzt hinzugezogen wurde. Dies gilt insbesondere bei Krankheitsverdacht, Erkrankung sowie Tod an einer Krankheit gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 1 IfSG sowie bei Verdacht auf und Erkrankung an einer mikrobiell bedingten Lebensmittelvergiftung oder an einer akuten infektiösen Gastroenteritis nach § 6 Abs. 1 Nr. 2 IfSG, wenn eine Person betroffen ist, die eine Tätigkeit im Sinne des § 42 Abs. 1 IfSG ausübt (Umgang mit Lebensmitteln) oder wenn zwei oder mehr gleichartige Erkrankungen auftreten, bei denen ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet wird. Ebenso gilt nach § 6 Abs. 1 Nr. 5 IfSG eine Meldepflicht für das Auftreten einer bedrohlichen Krankheit oder von zwei oder mehr gleichartigen Erkrankungen, bei denen ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet wird, wenn dies auf eine schwerwiegende Gefahr für die Allgemeinheit hinweist und Krankheitserreger als Ursache in Betracht kommen, die nicht in § 7 IfSG genannt sind durch Angehörige eines Heil- oder Pflegeberufs, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung oder Anerkennung erfordert. Wenn dem Meldepflichtigen ein Nachweis vorliegt, dass der gleiche Sachverhalt bereits gemeldet wurde, entfällt die Meldepflicht (§ 8 Abs. 3 IfSG).

Das gehäufte Auftreten nosokomialer Infektionen, bei denen ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet wird, muss gemäß § 6 Abs. 3 IfSG dem **Gesundheitsamt als Ausbruch nicht namentlich** gemeldet werden, um den öffentlichen Gesundheitsdienst und ggf. einen beratenden Krankenhaushygieniker so früh wie möglich einzubeziehen.

7.4 Schutzimpfungen

Den besten Schutz vor vielen Infektionskrankheiten bieten Impfungen. Sie können zum einen den Impfling selbst vor Infektion, Erkrankung und Tod schützen, führen andererseits beim Erreichen hoher Durchimpfungsraten in der Bevölkerung (> 90 %) durch Herdenimmunität auch zum Schutz der Allgemeinheit.

7.4.1 Personal

Der Arbeitgeber hat gemäß § 4 ArbMedVV mit Anhang Teil 2 und gemäß § 12 BioStoffV vor Aufnahme der Tätigkeit eine arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchung zu veranlassen. Besteht kein ausreichender Immunschutz, ist dem Beschäftigten eine Impfung (möglich für Hepatitis A und B, *Bordetella pertussis* und Influenza) anzubieten.

Die wirksamen in Deutschland zugelassenen Impfstoffe werden vom Paul-Ehrlich-Institut veröffentlicht (www.pei.de), die Impfeempfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) sind unter www.rki.de zu finden.

Die Beschäftigten sollten darauf hingewiesen werden, den Impfschutz für Diphtherie und Tetanus regelmäßig auffrischen zu lassen.

7.4.2 Bewohner

Es existiert in Deutschland keine Impfpflicht. Die wichtigsten Impfeempfehlungen für die Bevölkerung werden von der STIKO veröffentlicht und von den Länderbehörden öffentlich empfohlen.

Für Bewohner in Heimen ist ein Impfschutz gegen folgende Infektionskrankheiten sinnvoll:

- Tetanus
- Diphtherie
- Pneumokokken
- Influenza
- Bordetella pertussis

Während des Aufenthaltes ist an entsprechende Auffrischimpfungen zu denken.

8 Hygiene bei speziellen Behandlungsmaßnahmen

Im Folgenden werden Hinweise zu den wichtigsten medizinischen und pflegerischen Maßnahmen unter Berücksichtigung von hygienischen Schwerpunkten dargelegt.

Eine gute Darstellung der einzelnen Maßnahmen ist in der aktuellen Empfehlung „**Infektionsprävention in Heimen**“ der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert-Koch-Institut gegeben.

Nachfolgend werden die Empfehlungen des RKI kategorisiert. Diese Kategorisierung basiert auf der wissenschaftlich abgesicherten Beweiskraft der jeweiligen Aussagen oder deren nachvollziehbarer theoretischer Begründung. Gesetzliche Vorgaben, Verordnungen oder sonstiges verbindliches Recht werden in einer eigenen Kategorie berücksichtigt.

- Kat. I Nachdrückliche Empfehlung (IA gut konzipierte Studien, IB Konsensus-Beschluss unter Experten)
- Kat. II Eingeschränkte Empfehlung (Hinweise aus Studien, theoretische Begründung)
- Kat. III keine Empfehlung / ungelöste Frage
- Kat. IV rechtliche Vorgaben

8.1 Prävention von Harnwegsinfektionen

Infektionen der Harnwege sind in Heimen die häufigsten Infektionen, überwiegend bedingt durch transurethrale Katheter. Harnableitungen müssen wegen dieses Infektionsrisikos auf das unvermeidliche Minimum und damit auf die medizinische Indikation, diagnostiziert durch den behandelnden Arzt, reduziert bleiben.

8.1.1 Harndrainage durch Katheterisierung der Harnblase

Für alle Formen der Harnwegskatheterisierung gilt (alle Kat.IB):

- Blasenkateter dürfen nur nach strenger ärztlicher Indikationsstellung unter aseptischen Bedingungen angewendet werden und sind so bald wie möglich zu entfernen. Die durchführenden Personen müssen mit der Technik und den Erfordernissen der Aseptik und Antiseptik vertraut sein.
- Manipulationen am geschlossenen Harndrainagesystem (z. B. Urinabnahme) erfordern streng aseptische Handhabung und sollen auf das notwendige Minimum reduziert werden.
- Vor und nach jeder Manipulation am Blasenverweilkatheter oder Harndrainagesystem ist eine hygienische Händedesinfektion erforderlich.
- Spülungen und Instillationen sind nur bei spezieller urologischer Indikation, aber nicht zur Infektionsprophylaxe durchzuführen. Spülungen mit Antiseptika oder Antibiotika sind obsolet.
- Bei länger wählender Drainage (>5 Tage) sollten unter Beachtung der Kontraindikationen suprapubische Blasenverweilkatheter bevorzugt werden.

8.1.1.1 Transurethraler Katheter

- Die Anlage des Katheters muss unter aseptischen Bedingungen von geschultem Personal möglichst mithilfe eines Katheterisierungssets durchgeführt werden (Kat. IB).
- Es dürfen nur sterile, geschlossene Ableitungssysteme eingesetzt werden (Kat. IA).

- Vor der sorgfältigen Vorbereitung aller benötigten Materialien müssen die Hände desinfiziert werden (Kat. IA).
- Die Schleimhautantiseptik erfolgt mit sterilen Tupfern und einem geeigneten Schleimhautantiseptikum z. B. auf Basis von PVP-Iod oder Octenidin. Nach Auflegen eines sterilen Schlitztuches wird steriles Gleitmittel instilliert und der Blasenkatheter vorsichtig unter sterilen Bedingungen (einschl. Pinzette, Handschuhe) eingeführt (Kat. IB).
- Das Blocken des Ballons erfolgt mit sterilem Aqua dest. oder vorzugsweise mit einer sterilen 8- bis 10%igen Glycerin-Wasserlösung (nicht mit NaCl oder Leitungswasser) (Kat. IB).
- Danach erfolgen der Anschluss eines geschlossenen Drainagesystems mit Rückflussventil und die sichere Fixation (Kat. IB).
- Bei der täglichen Körperpflege erfolgt die Reinigung des Genitales mit Wasser und Seifenlotion ohne Zusatz antiseptischer Substanzen; dabei ist jeder Zug am Katheter zu vermeiden (Kat. IB).

8.1.1.2 Suprapubische Katheter

Bei länger andauernder Harndrainage (> 5 Tage) sollten unter Beachtung der Kontraindikationen suprapubische Blasenverweilkatheter bevorzugt werden.

- Eine tägliche Inspektion der Einstichstelle ist erforderlich, um eine Infektion an der Eintrittsstelle rechtzeitig zu erkennen. In der Regel kann die Punktionsstelle bei lange liegendem suprapubischen Katheter offen gelassen werden oder bedarf lediglich der Bedeckung durch ein kleines Pflaster (Kat. IB).

8.1.2 Umgang mit Harndrainagen

- Kein intermittierendes Abklemmen des Katheters (sog. Blasentraining) (Kat. IB). Um den Harnabfluss zu sichern, muss ein Abknicken von Katheter und Ableitungssystem vermieden werden.
- Der Auffangbeutel muss immer freihängend ohne Bodenkontakt unter Blasenniveau positioniert sein (Kat. IB).
- Der Katheter und der Drainageschlauch sollten nicht diskonnektiert werden (Kat. IA).
- Ist eine Diskonnektion nicht zu vermeiden (bzw. nach versehentlicher kurzzeitiger Diskonnektion), ist kein Wechsel von Katheter oder Drainagesystem erforderlich. Die erneute Verbindung von Katheter und Konus des Drainageschlauchs darf nur unter aseptischen Kautelen nach Wischdesinfektion mit einem alkoholischen Präparat wieder zusammengefügt werden (Kat. IB).
- Der Auffangbeutel ist rechtzeitig zu entleeren, bevor der Harn mit der Rückflusssperre in Kontakt kommt. Dazu sind Einmalhandschuhe zu tragen (Kat. IB).
- Das Auffanggefäß wird nach Gebrauch desinfizierend gereinigt (z. B. im Steckbeckenspülautomaten) (Kat. III).
- Nach dem Ausziehen der Einmalhandschuhe ist eine Händedesinfektion erforderlich (Kat. IB).
- Ein Wechsel des geschlossenen Harndrainagesystems ist nicht routinemäßig in festen Intervallen erforderlich, sondern soll bei Bedarf nach individuellen Gesichtspunkten (z. B. bei Inkrustation, Obstruktion, Verstopfung, Katheterinduzierter symptomatischer Harnwegsinfektion) und Herstellerangaben erfolgen (Kat. IB).

8.1.3 Alternativen zu Verweilkathetern

Bei der Versorgung von Personen mit neurologischen Störungen hat sich die **intermittierende Katheterisierung** bewährt, da infektiologische Komplikationen reduziert werden können.

Bei Inkontinenz männlicher Bewohner können ggf. Kondom-Urinale eingesetzt werden.

Eine weitere Alternative sind Urostomata.

Für detaillierte Hinweise wird auf die aktuellen „**Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle Katheter-assoziiertes Harnwegsinfektionen**“ der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut verwiesen.

8.2 Prävention von Bakteriämien und Sepsis

8.2.1 Punktionen und Injektionen

- Das mit der Vorbereitung von Punktionen und Injektionen betraute Personal ist in regelmäßigen Abständen in den hygienischen Arbeitstechniken, zu schulen.
- Vor dem Beginn des Herrichtens von Medikamenten und Materialien für Punktionen oder Injektionen ist eine hygienische Händedesinfektion durchzuführen (Kat. IA), ebenso vor jeder Punktion oder Injektion.
- Wenn eine Arbeitsfläche zur Vorbereitung benötigt wird, so ist diese vor Umgebungskontamination, z. B. Spritzwasser, zu schützen (Kat. II). Diese muss leicht zu reinigen und zu desinfizieren sein (Kat. II). Wenn die Vorbereitung des Zubehörs für Punktionen oder Injektionen auf einer Arbeitsfläche erfolgt, muss diese vorher wischdesinfiziert werden.
- Die Zubereitung von Medikamenten zur Injektion erfordert die Überprüfung des Verfallsdatums und hat unmittelbar vor der geplanten Applikation zu erfolgen (Kat. II).
- Zumischung von Arzneimitteln bzw. Herstellung von Arzneimittelmischungen erst unmittelbar vor Injektion. Standzeiten und Lagerungsbedingungen sind den Herstellerangaben zu entnehmen (Kat. IV).
- Vor Applikation eines Arzneimittels müssen Injektions- bzw. Infusionsflaschen und Ampullen durch Sichtprüfung auf Verfärbungen, Trübungen und Defekte überprüft werden. Bei Auffälligkeiten dürfen die Gefäße nicht verwendet werden.
- Das Gummiseptum von Injektions- und Infusionsflaschen ist vor dem Einführen einer Kanüle mit einem alkoholischen Desinfektionsmittel zu desinfizieren. Die Desinfektion kann durch Abwischen mit einem desinfektionsmittelgetränkten keimarmen Tupfer oder mittels Einsprühen erfolgen. Eine Ausnahme stellen Gummisepten dar, bei denen der Hersteller die Sterilität unter der Abdeckung garantiert (Kat. IV).
- Werden Teilmengen aus einem Mehrdosenbehältnis mittels einer Einmalkanüle entnommen, ist für jede Entnahme eine neue Spritze und Kanüle zu verwenden. Einmalkanülen dürfen nicht im Mehrdosenbehältnis verbleiben (Kat. II). Werden Teilmengen aus einem Mehrdosenbehältnis mithilfe einer Mehrfachentnahmekanüle (Spike) entnommen, ist für jede Entnahme eine neue Spritze zu verwenden (Kat. II).
- Auf angebrochenen Mehrdosenbehältnissen sind das Anbruchdatum und die Verwendungsdauer zu vermerken (Kat. IV).
- Insbesondere bei der Verwendung von lipid- und proteinhaltigen Lösungen müssen die Herstellerangaben strikt beachtet werden (Kat. IV).

- Bei allen Tätigkeiten mit möglichem Blutkontakt sind Einmalhandschuhe zu verwenden (Kat. IV).
- Unmittelbar vor der Punktion ist eine Hautantiseptik unter Beachtung der vom Hersteller angegebenen (Mindest-)Einwirkzeit des Hautantiseptikums vorzunehmen.
- Die Maßnahmen zur Desinfektion der Punktionsstelle und die Barrieremaßnahmen des (der) Durchführenden müssen in einem einrichtungsspezifischen Hygieneplan festgelegt werden (Kat. IV).

Für detaillierte Hinweise wird auf die aktuellen „**Empfehlungen zu den Anforderungen an die Hygiene bei Punktionen und Injektionen**“ der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut verwiesen.

Besonderheiten bei Insulininjektionen mit PEN-Nadeln:

- Bei Vornahme **durch das Personal** ist aus haftungsrechtlichen Gründen eine Hautdesinfektion durchzuführen. Die Kanüle ist vor jeder neuen Injektion zu wechseln.
- Führt der Bewohner die Injektion selbst durch, kann eine Hautdesinfektion unterbleiben. Die Kanülen können mehrfach benutzt werden, soweit diese laut Hersteller dafür vorgesehen sind.
Zur Lagerung der PENs sind die Herstellerangaben zu beachten.

8.2.2 Intravasale Katheter und Infusionstherapie

- Beachtung insbesondere folgender Hygienemaßnahmen: Händedesinfektion, Hautantiseptik vor Punktionen und Non-Touch-Technik beim Bandwechsel.
- Diskonnektionen sind auf ein absolutes Minimum zu beschränken (Kat. IB).
- Nach jeder Diskonnektion muss ein neuer, steriler Verschlussstopfen verwendet werden (Kat. IB).
- Venenverweilkanülen können so lange liegen bleiben, wie sie klinisch benötigt werden und keine Komplikationszeichen feststellbar sind (Kat. IB).

Für detaillierte Hinweise wird auf die aktuellen „**Empfehlungen zur Prävention Gefäßkatheter-assoziiertes Infektionen**“ der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut verwiesen.

8.3 Prävention von Atemwegsinfektionen

8.3.1 Inhalation/Sauerstoffinsufflation

- Konsequenter aseptischer Arbeit bei der Inhalationstherapie.
- Händedesinfektion vor Manipulationen an den Geräten.
- Vollständige Aufbereitung von Inhalationsgeräten und Verneblern nach jedem Gebrauch.
- Ausschließliche Verwendung steriler Flüssigkeiten.
- Angaben des Herstellers bei der Aufbereitung von Inhalationsgeräten beachten.

8.3.2 Tracheostomapflege

- frische Tracheotomie (noch nicht abgeheilte Wunde, 2 bis 4 Wochen nach Anlage)
 - Anforderungen wie an die Pflege einer OP-Wunde.
 - Händedesinfektion, Tragen von Einmalhandschuhen, aseptisches Vorgehen (Non-Touch-Technik).
- alte Tracheotomie (abgeheilte Wunde, ausgebildeter Stomakanal)
 - Personal: Einmalhandschuhe; Bewohner, die sich selbst versorgen: Händewaschen.
 - mehrmals täglich feuchtes Reinigen der Umgebung des Tracheostomas mit einem frischen Waschlappen, Mullkompressen oder Reinigungstüchern.
 - Krusten bzw. Borken mit Pinzette oder mit einem in physiologischer Kochsalzlösung getauchten Tuch entfernen.
 - Hautschädigung vermeiden durch Schützen des Stomas vor Feuchtigkeit und Schleim.

8.3.3 Wechsel der Trachealkanüle

- Trachealkanülenwechsel ausschließlich durch entsprechend geschultes Fachpersonal.
- Abhusten durch den Bewohner oder Absaugen falls erforderlich.
- Vor und nach Manipulationen am Tracheostoma bzw. an der Trachealkanüle erfolgt eine hygienische Händedesinfektion (Kat. IB). Einmalhandschuhe müssen getragen werden.
- Bei frischem Tracheostoma muss beim Wechsel der Trachealkanüle eine sterile Kanüle unter aseptischen Bedingungen eingesetzt werden (Kat. IA).
- Bei Trachealkanülen-Wechsel bei Langzeit-Tracheostoma ist die Verwendung einer desinfizierten Trachealkanüle (nach Herstellerangaben) ausreichend (Kat. II).
- Aufbereitung der entfernten Kanüle gemäß Herstellerangaben (Kat. IB).

8.3.4 Endotracheales Absaugen

- Endotracheale Absaugung unter aseptischen Bedingungen durchführen (Kat. IB).
- Hygienische Händedesinfektion vor und nach dem endotrachealen Absaugen (Kat. IA).
- Bei Anwendung des offenen Absaugverfahrens sind sterile Einmalkatheter und sterile Handschuhe zu verwenden. (Kat. IB) und nach der Benutzung zu werfen.
- Zur Mobilisierung von Atemwegssekret sind sterile Flüssigkeiten zu verwenden.
- Beim geschlossenen Absaugen muss das gesamte System nach Gebrauch mit steriler Flüssigkeit gespült werden.

Für detaillierte Hinweise wird auf die aktuellen „**Empfehlungen zur Prävention der nosokomialen Pneumonie**“ der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut verwiesen.

8.4 Prävention von Haut- und Weichteilinfektionen

8.4.1 Wundverbände/Verbandwechsel

- Besteht das Risiko der Kontamination der Arbeitskleidung, wird bei großen Wundflächen eine Einmalschürze/Kittel getragen (Kat. IV).
- Vor dem Verbandwechsel müssen die Hände desinfiziert und ggf. keimarme Einmalhandschuhe (z. B. bei durchfeuchtetem Verband) angezogen werden (Kat. IB).
- Nach Abnehmen des Wundverbandes (festklebende wundabdeckende Kompressen mit steriler Pinzette entfernen) werden die Einmalhandschuhe entsorgt (Kat. IB).
- Erneute Händedesinfektion (Kat. IB).
- Die Wundbehandlung erfolgt nach hygienischer Händedesinfektion in Not-Touch-Technik mit sterilen Instrumenten oder mit sterilen Handschuhen nach den Vorgaben der behandelnden Ärzte (Kat. IB).
- Zum Spülen von Wunden dürfen nur sterile Lösungen verwendet werden (Kat. IB), Leitungswasser ist nicht frei von Mikroorganismen.
- Hinsichtlich der Haltbarkeit der für die Spülungen verwendeten Lösungen müssen die Angaben des Herstellers beachtet werden (Kat. IV).
- Benutztes Instrumentarium muss unmittelbar nach Gebrauch unter Vermeidung der Kontamination des Umfeldes auf kürzestem Wege sicher entsorgt werden (Kat. IV).

8.4.2 Stomapflege (Uro- und Enterostoma)

- Bei der Versorgung von Stomata muss zwischen frischen und abgeheilten Stomawunden unterschieden werden.
- Maßnahmen an frischen Wunden erfolgen stets unter aseptischen Bedingungen.
- Nach Abheilung der Stomawunde führt ein selbstständiger Bewohner die Versorgung nach Einweisung und nach Waschen der Hände selbst durch.
- Bei pflegebedürftigen Bewohnern erfolgt die Stomaversorgung durch das Pflegepersonal nach vorheriger und anschließender Händedesinfektion (Kat. IB).
- Bei der Stomapflege muss das Pflegepersonal Einmalhandschuhe tragen (Kat. IV).

8.4.3 Dekubitusprophylaxe

- Erstellung eigener Pflegestandards auf der Basis der Empfehlungen der einschlägigen Fachgesellschaften.
- Rechtzeitige Verwendung von Spezialbetten/-Matratzen zur Verhinderung von Decubitalulcera.

Für detaillierte Hinweise wird auf die aktuellen „**Empfehlungen zur Prävention von postoperativen Wundinfektionen**“ der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut verwiesen.

8.5 Prävention von gastrointestinalen Infektionen

8.5.1 Sondenernährung

- Bei Bewohnern, die über eine enterale Sonde oder PEG-Sonde ernährt werden, soll die Mundpflege mit frisch abgekochtem und abgekühltem Wasser oder frisch zubereitetem Tee (siehe oben) oder sterilem Aqua dest. durchgeführt werden (Kat. IB).

- Hygienische Händedesinfektion vor Verabreichung der Nahrung bzw. vor Spülen der Sonden (Kat. IB).
- Bei intermittierender Nahrungsgabe jeweils Verwendung entweder einer neuen oder mittels validiertem Verfahren aufbereiteten Spritze (Kat. IB).
- Wechsel von Plastikbeutel mit angeschweißtem Überleitungssystem nach Herstellerangaben, spätestens jedoch nach 24 Stunden (Kat. IV).
- Lagerung von angebrochenen Sondenkostflaschen im Kühlschrank; Reste spätestens nach 24 Stunden verwerfen, sofern keine anderen Herstellerangaben vorliegen (Kat. IB). Sondenkost unterliegt der Diätverordnung 2003 (Kat. IV).
- Zubereitung von Tee mit kochendem Wasser (Kat. IB).
- Herstellerangaben bezüglich der Zubereitung der Sondennahrung sind zu beachten (Kat. IV).
- Schüttelbecher, Messlöffel etc. müssen bei erneutem Gebrauch mit geeigneten Verfahren (z.B. Geschirrspülmaschinen bei $\geq 60^{\circ}\text{C}$ oder in Reinigungs-Desinfektions-Geräten) thermisch desinfizierend aufbereitet werden (Kat. IB).
- Bei transnasaler Sonde tägliche Reinigung von Naseneingang und Sonde (Kat. III).

8.6 Mundhygiene / Mund- und Zahnpflege im Pflegebereich

- Anleitung der Bewohner zur effektiven Mundhygiene bzw. Hilfestellung oder Übernahme der Pflege bei Bewohnern, die nicht mehr dazu in der Lage sind.
- Zähne sollten am besten nach jeder Mahlzeit, mindestens aber 2-mal pro Tag geputzt werden.
- Prothesen regelmäßig auf Plaque und Pilzbefall inspizieren und ggf. professionelle Reinigung veranlassen.

8.7 Umgang mit Arzneimitteln

Gemäß Art. 3 Abs. 2 Nr. 11 PflWoqG müssen Träger und Leitung einer Einrichtung sicherstellen, dass die Arzneimittel bewohnerbezogen und ordnungsgemäß aufbewahrt und die in der Pflege tätigen Mitarbeiter mindestens einmal im Jahr über den sachgerechten Umgang mit Arzneimitteln beraten werden.

In Bereichen mit überwiegend sozialer Betreuung ist jeder Bewohner im Rahmen seiner individuellen Fähigkeiten für seine eigene Medikation verantwortlich.

Bei Bewohnern, denen dies nicht möglich ist, sollten die Arzneimittel nach Herstellerangabe zentral gelagert werden. Dabei gelten die gleichen Anforderungen wie in medizinischen Einrichtungen.

9 Maßnahmen beim Auftreten von Erregern mit besonderen Eigenschaften

Eine stationäre Einrichtung im Sinne des PflWoqG stellt den häuslichen Lebensraum eines Menschen dar. Daher muss die Verhältnismäßigkeit - insbesondere unter Berücksichtigung der Würde und der Lebensqualität des Bewohners - zwischen einerseits einer in Erwägung zu ziehenden Einschränkung der Bewegungsfreiheit und andererseits dem Schutz der Mitbewohner differenziert und situationsabhängig abgewogen werden. Deshalb ist eine individuelle Risikoeinschätzung für die Weiterverbreitung möglicher Infektionserreger unter Berücksichtigung bestehender Grunderkrankungen oder medizinischer Maßnahmen zusammen mit dem behandelnden Arzt für jede(n) betroffene(n) Bewohner(in) bzw. Mitbewohner(in) durchzuführen und mit ggf. erforderlichen Präventionsmaßnahmen zu dokumentieren. Die einrichtungsspezifischen Präventionsmaßnahmen sind mit dem beratenden Krankenhaushygieniker oder dem Gesundheitsamt unter Einbeziehung der behandelnden Ärzte im Hygieneplan schriftlich festzulegen.

Im Hinblick auf die Vermeidung der Weiterverbreitung sollen alle Mitarbeiter eines Heimes über die in Frage kommenden Erreger, deren Übertragungswege und die notwendigen Maßnahmen bei der Betreuung und Pflege von Personen, die mit speziellen Erregern besiedelt bzw. infiziert sind, ausreichend informiert sein.

9.1 Multiresistente Erreger (z.B. MRSA, VRE, MRGN*)

Das Auftreten von multiresistenten Erregern in Heimen ist als Folge des Vorkommens und der Zunahme von diesen in Krankenhäusern anzusehen, denn es gibt laut Studien einen engen Zusammenhang zwischen der Besiedlung von Bewohnern mit diesen Erregern und zurückliegenden Krankenhausaufenthalten. Die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) am RKI veröffentlicht regelmäßig Empfehlungen für den Umgang mit resistenten Erregern. So gibt es beispielsweise auch eine Empfehlung bzgl. multiresistenter gramnegativer Bakterien, die v. a. auf den Klinikbereich abzielt, aber dennoch wertvolle Hinweise über Gefährdungspotential, Übertragungswege und Umgang auch für den Heimbereich entnommen werden können.

Bei den Maßnahmen, die beim Nachweis von multiresistenten Erregern zur Vermeidung ihrer Weiterverbreitung zu ergreifen sind, müssen die Art der Betreuung und Pflege der Bewohner, sowie das individuelle Risiko berücksichtigt werden. Ältere Menschen haben aufgrund verschiedener Ursachen (Bettlägerigkeit, Dekubitus, Harnwegskatheter, Diabetes mellitus, offene Wunden, hoher Pflegebedarf u. a.) eine erhöhte Disposition gegenüber Infektionen.

Die wichtigste Schutzmaßnahme gegen eine Weiterverbreitung von multiresistenten Erregern und zur Vorbeugung von Ausbrüchen sind die **strikte Einhaltung der Händehygiene des Personals** bei Pflege- und Behandlungsmaßnahmen, sowie weitere notwendige Hygienemaßnahmen, die im Folgenden am Beispiel von **MRSA** dargestellt sind (siehe auch [Anlage 2](#)).

* MRSA: Methicillinresistenter *Staphylococcus-aureus*-Stämme; VRE: Vancomycin-resistente Enterokokken; MRGN: multiresistente gramnegative Bakterien

9.1.1 Allgemeine Maßnahmen

- Das Personal und die behandelnden Ärzte müssen über MRSA informiert sein. Dabei soll nur eingewiesenes, informiertes Personal MRSA-positive Bewohner betreuen.
- Patienten mit MRSA-Nachweis im Krankenhaus müssen, deren Einwilligung vorausgesetzt, den behandelnden Ärzten in Heimen und dem Hausarzt als solche mitgeteilt und von diesen erfasst werden.

9.1.2 Maßnahmen bei Bewohnern ohne besonderes Risiko

Bei MRSA-Besiedelung von Bewohnern ohne chronische Hautläsionen (z. B. Ekzeme, Wunden) und ohne invasive Zugänge (z. B. Harnwegskatheter, PEG-Sonde) unterscheidet sich das Infektionsrisiko für Mitbewohner zunächst nicht von dem in einer häuslichen Lebensgemeinschaft.

Mitbewohner im gleichen Zimmer sollten keine offenen Wunden und invasive Zugänge haben. Wenn dies nicht möglich ist, muss darauf geachtet werden, dass die bei der Pflege notwendige Schutzkleidung bewohnerbezogen entsprechend dem jeweiligen Bewohner zugeordnet verwendet wird.

9.1.3 Maßnahmen bei Bewohnern mit besonderem Risiko (invasive Katheter, offene Wunden)

9.1.3.1 Einzelzimmer

- Einzelzimmer sind nicht generell erforderlich, Mitbewohner im selben Zimmer sollten jedoch kein erhöhtes Risiko haben, an einer evtl. Besiedelung an MRSA zu erkranken.
- Ein Zusammenlegen mehrerer MRSA-Besiedelter ist möglich.

9.1.3.2 Soziale Kontakte

- Soziale Kontakte zu Angehörigen, Besuchern und Mitbewohnern unterliegen keinen Einschränkungen. Besucher müssen keine Schutzkleidung und keine Einmalhandschuhe tragen.
- Mobile Menschen können am Gemeinschaftsleben teilnehmen, wenn kolonisierte/infizierte Hautläsionen, Wunden oder Tracheostomaöffnungen abgedeckt sind.
- Bei medizinischer Indikation zur Harnableitung muss diese über ein geschlossenes System erfolgen.
- Besucher und Bewohner sollen zur regelmäßigen Händehygiene angeleitet werden.
- Vor Gemeinschaftsaktivitäten sollte eine Händedesinfektion erfolgen.

9.1.4 Pflegerische Maßnahmen

- Pflegerische Maßnahmen dürfen bei MRSA-Trägern nicht von Personal **mit chronischen Hauterkrankungen** durchgeführt werden, da diese selbst ein erhöhtes Risiko für eine Besiedelung haben.
- Die Pflege muss **im Zimmer des Bewohners** durchgeführt werden, möglichst nachdem alle anderen Mitbewohner versorgt wurden.

- Eine **hygienische Händedesinfektion** muss nach pflegerischem Kontakt mit einem MRSA-besiedelten bzw. -infizierten Bewohner, wie auch vor der Pflege bei Bewohnern mit offenen Wunden oder invasiven Zugängen erfolgen. Außerdem immer nach dem Ausziehen von Einmalhandschuhen.
- Beim Umgang mit kontaminierter Bettwäsche, der Versorgung von Blasenkathetern und beim Verbandwechsel müssen **Einmalhandschuhe und Schutzkittel** bzw. Einmalschürzen getragen werden.
- Ein Mund-Nasen-Schutz ist beim endotrachealen Absaugen unabhängig vom Nachweis des MRSA im Trachealsekret aus Personenschutzgründen zu verwenden.
- Pflegehilfsmittel sind bewohnerbezogen zu verwenden und im Zimmer zu belassen.

Als Grundlage für die Festlegung situationspezifischer Maßnahmen in Schwer- und Schwerstpflegeeinrichtungen wird auf die aktuellen „**Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten *Staphylococcus-aureus*-(MRSA)-Stämmen in Krankenhäusern und anderen Einrichtungen**“ der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut hingewiesen.

9.1.5 Reinigung und Desinfektion

- Der Reinigungsdienst muss sich an die von der Einrichtung im Hygieneplan festgelegten Hygienemaßnahmen halten.
- Die Reinigung unterscheidet sich prinzipiell nicht von der in anderen Zimmern, sollte jedoch am Ende eines Durchgangs erfolgen um Kreuzkontaminationen zu vermeiden.
- Eine tägliche Wischdesinfektion patientennaher Flächen (insbesondere bei pflegerischer Betreuung) senkt durch eine Verminderung der Keimlast die Möglichkeit einer unbeabsichtigten Weiterverbreitung des Erregers.
- Eine gezielte Desinfektion ist immer bei Kontamination mit Blut, Sekreten oder Exkreten erforderlich.

Wäsche und Abfälle werden wie üblich behandelt (siehe [Punkt 3.4.5](#), [3.5](#) und [9.1.4](#) (4. Spiegelstrich)).

9.1.6 Maßnahmen bei Verlegung und Transport

- Bei Einweisung ehemals oder bestehender MRSA-kolonisierter bzw. -infizierter Bewohner und deren Kontaktpersonen in ein Krankenhaus wird dringend empfohlen, dass der einweisende Arzt dem weiterbehandelnden Arzt im Krankenhaus über den Kolonisierungs- bzw. Infektionsstatus des Patienten unterrichtet.
- Wunden und Läsionen sind abzudecken.
- Bei Besiedelung im Mund-Rachen-Raum ist das Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes seitens des Bewohners empfehlenswert.
- Gemäß dem Bayerischen Rettungsdienstgesetz (BayRDG) sind Besteller rettungsdienstlicher Leistungen verpflichtet, der Integrierten Leitstelle oder dem Unternehmer bei der Bestellung das Vorliegen oder den Verdacht einer Infektionskrankheit oder einer Besiedelung mit multiresistenten Erregern sowie Informationen über Maßnahmen, die zu deren Verhütung und Bekämpfung erforderlich sind, mitzuteilen. Weiterhin wird der Unternehmer des Transports dazu verpflichtet, diese Informationen an die Einrichtung weiterzugeben, an die er den Patienten übergibt. Hier sei auf den Informationsweitergabebogen „Sektorenübergreifender Informationsaustausch“ der Landesarbeitsgemeinschaft Resistente Erreger (LARE) verwiesen:
http://www.lgl.bayern.de/gesundheits/hygiene/lare/lare_downloads.htm

9.1.7 Sanierung von Erregerträgern

- Die Sanierung von MRSA-Trägern ist zwar epidemiologisch wünschenswert, kann jedoch nicht generell gefordert werden. Unter bestimmten Umständen werden die Kosten für Screening und Sanierung von der Kassenärztlichen Vereinigung übernommen:

So muss der MRSA-Risikopatient in den letzten 6 Monaten stationär (zusammenhängend mindestens 4 Tage Verweildauer) behandelt worden sein und zusätzlich die folgenden Kriterien erfüllen:

- Patient mit bekannter MRSA-Anamnese

und/oder

- Patienten mit zwei oder mehr der nachfolgenden Risikofaktoren:
 - Chronische Pflegebedürftigkeit (mindestens Stufe 1)
 - Antibiotika-Therapie in den zurückliegenden 6 Monaten
 - Liegende Katheter (z.B. Harnblasenkatheter, PEG-Sonde)
 - Dialysepflichtigkeit
 - Hautulcus, Gangrän, chronische Wunde/n, tiefe Weichgewebe-Infektion/en
- Sanierungshemmende Faktoren bestehen v. a. für Bewohner mit besiedelten chronischen Wunden und dauerhaft invasiven Maßnahmen (wie z. B. PEG, Harnwegskatheter oder Tracheostoma). Mehr als zwei Sanierungsversuche unter diesen Voraussetzungen sind i. A. nicht sinnvoll. Hier sollte zuerst die Wundheilung bzw. die Beseitigung der sanierungshemmenden Faktoren im Vordergrund stehen.
- Die Entscheidung für eine Sanierungsbehandlung sollte nach Rücksprache mit dem behandelnden Arzt nach Abwägung der individuellen Gefährdung des Bewohners und der epidemiologischen Gesamtsituation erfolgen und ausreichende Nachuntersuchungen einschließen.
- Zur Sanierung einer nasalen MRSA-Besiedlung ist die Applikation von Mupirocin®-Nasensalbe (dreimal täglich in beide Nasenvorhöfe) sowie ggf. Rachenspülungen (z. B. mit chlorhexidinhaltigen Präparaten) zu empfehlen.
Besiedelte intakte Haut (unter Einschluss der Haare) wird mit antiseptisch wirkenden Seifen und Lösungen mit nachgewiesener Wirksamkeit behandelt (tägliche Ganzkörperwaschung).
Die Dauer der Behandlungsphase liegt i. d. R. zwischen 5 und 7 Tagen.
Während des Sanierungszeitraums sind Körperwäsche, Bettwäsche und persönliche Gegenstände (z. B. Zahnbürste, Kamm, Rasierapparat) täglich zu wechseln bzw. zu desinfizieren. Der Einsatz von Einmalartikeln (wie Einmalzahnbürste oder Einmalrasierer) ist zu bevorzugen.
Eine regelmäßige (mindestens einmal tägliche) Wischdesinfektion aller bewohnernahen Handkontaktstellen mit einem VAH-gelisteten Flächendesinfektionsmittel ist durchzuführen.
- Die Kosten für die Kontrollabstriche werden von der KV übernommen, wenn sie nachfolgendem Schema folgen:
 1. Kontrollabstriche frühestens am 4. Tag nach Abschluss der Dekolonisierung („vorläufiger Sanierungserfolg“)
 2. Kontrollabstriche: nach 3-6 Monaten

3. Kontrollabstriche: nach 11-13 Monaten („Langzeit-Sanierungserfolg“)

- Vor geplanten operativen Eingriffen oder längeren Krankenhausbehandlungen kann die Durchführung einer Sanierung auch bei vorliegenden sanierungshemmenden Faktoren dazu beitragen, die MRSA-Last des Bewohners/Patienten zu senken.

Für mit MRSA besiedelte Mitarbeiter gilt, dass Träger und Leitung einer stationären Einrichtung im Sinne des PflWoqG einen ausreichenden Schutz der Bewohner vor Infektionen gewährleisten und sicherstellen müssen, dass von den Beschäftigten die für ihren Aufgabenbereich einschlägigen Anforderungen der Hygiene eingehalten werden (Art. 3 Abs. 2 Nr. 10 PflWoqG).

9.1.8 Screeninguntersuchungen

Routinemäßige Screeninguntersuchungen von Bewohnern und Personal werden nicht empfohlen. Im Rahmen eines Ausbruchsgeschehens kann dies notwendig werden, wenn ein Bewohner oder ein Mitglied des Personals als Quelle in Betracht kommt (siehe auch [Punkt 9.1.4](#)).

9.2 Infektiöse Gastroenteritiden

Bei den infektiösen Gastroenteritiden handelt es sich meist um fäkal-oral übertragene Durchfallerkrankungen. Ursache können sowohl bakterielle als auch virale Erreger sein. Die wichtigsten Bakterien sind Salmonellen und bestimmte Staphylokokken-Stämme. Bei den Viren sind in erster Linie Rota-, Adeno- und Noroviren zu nennen.

Erkrankte Personen und solche, bei denen der Verdacht besteht, die im Lebensmittelbereich tätig sind, unterliegen den Vorschriften des § 42 IfSG.

Bei Epidemien kommt es meist erst zu vereinzelt, dann nach einigen Tagen Abstand zu massenhaften Infektionsfällen. Bei einem gehäuftem Auftreten von infektiösen Gastroenteritiden sind die erforderlichen Maßnahmen mit dem Gesundheitsamt abzusprechen.

- Einer **hygienischen Händedesinfektion** nach jedem pflegerischen Kontakt mit einem infizierten Bewohner kommt besondere Bedeutung zu. Weiterhin sollen Einmalhandschuhe und ein Schutzkittel getragen werden.
- Eine räumliche Absonderung für den Zeitraum der Ansteckungsgefahr kann insbesondere bei hochkontagiösen viralen Gastroenteritiden (z.B. Noroviren) eine Weiterverbreitung verhindern. Eine Kohortenbildung ist möglich.
- Wenn nicht bereits vorhanden, sollte dem Bewohner ein eigener Toiletten-/Sanitärbereich zugeordnet werden.
- Der Sanitärbereich und weitere potentiell kontaminierte Flächen sind zu desinfizieren.
- Bei Kontakt mit Stuhl oder Erbrochenem ist besonders auf die Händedesinfektion zu achten.
- Insbesondere bei hochkontagiösen viralen Gastroenteritiden (wie z.B. Noroviren) müssen Desinfektionsmittel mit nachgewiesener viruzider Wirksamkeit für die Hände- und Flächendesinfektion verwendet werden.

9.3 Maßnahmen bei Influenza

Hochkontagiöse Viruserkrankungen der Atemwege können bei abwehrgeschwächten Personen und alten Menschen schwere Krankheitsbilder mit einer hohen Letalität hervorrufen. Aus diesem Grund empfiehlt die STIKO für alle Menschen ab dem 60. Lebensjahr und für Bewohner von Heimen die jährlich zu wiederholende Gripeschutz-Impfung.

Maßnahmen des Hygienemanagements sollten bei Ausbrüchen unter Berücksichtigung der lokalen Gegebenheiten und ggf. in Absprache mit dem zuständigen Gesundheitsamt erfolgen.

- Möglichkeiten der Isolierung/Kohortenbildung erkrankter Bewohner sollten in Erwägung gezogen werden.
- Der Kreis von Kontaktpersonen, welcher für die Versorgung der erkrankten Bewohner eingesetzt wird, sollte definiert und begrenzt sein.
- Vor dem Betreten des Patientenzimmers ist ein Mund-Nasen-Schutz anzulegen (siehe Tabelle). Schutzkittel sollen im Patientenzimmer angelegt und vor dem Verlassen dort belassen werden. Vor möglichem Kontakt mit potentiell infektiösem Material sind Einweghandschuhe anzulegen, welche vor dem Verlassen in einem geschlossenen Behälter zu entsorgen sind.

Auszug der Tabelle in der Anlage des ABAS Beschlusses 609

Tätigkeit	MNS	FFP1 ¹	FFP2	FFP3
Ambulante Versorgung und Pflege von Verdachtsfällen	Patient (wenn zumutbar)	Medizinisches Personal		
Rettungstransport: Tätigkeiten am Patienten	Patient (wenn zumutbar)		Personal im Rettungstransport	
Tätigkeiten im Patientenzimmer	Patient (wenn zumutbar)	alle		
Tätigkeiten, bei denen Beschäftigte Hustenstößen ausgesetzt sein können	Patient (wenn zumutbar)		Medizinisches Personal	
Tätigkeiten mit Hustenprovokation z.B. Bronchoskopieren, Intubieren, Absaugen				Medizinisches Personal

¹ Geeignet ist auch ein MNS, wenn er die Anforderungen an die Geräteklasse FFP1 nach DIN EN 149 erfüllt. (Abscheidegrad, modellierbarer Nasenbügel, mehrlagiges Filtervlies, Gesamtleckage)

- Nach direktem Patientenkontakt, Kontakt mit erregerrhaltigem Material oder kontaminierten Objekten sowie nach Ablegen der Handschuhe ist noch vor dem Verlassen des Zimmers eine Händedesinfektion, mit einem Desinfektionsmittel mit nachgewiesener Wirksamkeit für das Wirkungsspektrum „begrenzt viruzid“, erforderlich.
- Patientennahe Handkontakt- Flächen sind täglich mit einem Desinfektionsmittel mit nachgewiesener Wirksamkeit für das Wirkungsspektrum „begrenzt viruzid“ zu desinfizieren.
- Alle Geräte/ Medizinprodukte mit direktem Kontakt zum Patienten (z.B. EKG-Elektroden, Stethoskope usw.) sind patientenbezogen zu verwenden bzw. müssen nach Gebrauch bzw. vor Anwendung bei einem anderen Patienten desinfiziert werden.
- Eine zentrale Aufbereitung von Geräten und Medizinprodukten ist möglich, sofern diese in geschlossenen Behältern transportiert werden.
- Geschirr-, Wäsche- und Bettenaufbereitung erfolgt wie unter [Punkt 3.4](#)

9.4 Maßnahmen bei Ekto- und Endoparasitenbefall

Beim Befall mit Ekto- und Endoparasiten ist in erster Linie an Krätzmilben (*Sarcoptes scabiei*) zu denken. In seltenen Fällen kann es auch zu einem Befall von Läusen und Flöhen kommen.

Die **Skabies** ist eine ausschließlich durch die Krätzmilbe verursachte Hauterkrankung des Menschen, die in der Regel mit einem starken Juckreiz einhergeht.

Ausbrüche in Heimen erfordern eine spezielle Bekämpfungsstrategie, bewährt haben sich:

- Sobald der Verdacht auf Skabies festgestellt wird, sollte das zuständige Gesundheitsamt benachrichtigt werden.
- Alle Verdachtspersonen, deren Kontaktpersonen und das betroffene Pflegepersonal sollten einer hautärztlichen Untersuchung zugeführt werden, um die Ermittlung und Isolierung von sog. Indexpatienten sicherzustellen.
- Alle Betroffenen und Kontaktpersonen sind einer Behandlung mit einem geeigneten Antiskabiosum zu unterziehen.
- Zur sicheren Unterbrechung von Infektketten kann eine Isolierung notwendig werden.
- Bei allen pflegerischen Maßnahmen sind Schutzhandschuhe und ggf. Schutzkittel zu tragen.
- Bei den betroffenen Personen sind die Leibwäsche sowie die Bettwäsche und Handtücher regelmäßig zu wechseln und bei mindestens 60°C zu waschen.
- Teppichböden und Polstermöbel sind mit leistungsstarken Staubsaugern zu reinigen.

Auf das aktuelle Merkblatt „**Krätzmilbenbefall (Skabies)**“ des Robert Koch-Institutes und des Umweltbundesamtes wird verwiesen.

Bei einem Verdacht auf ein epidemisches Auftreten bestimmter Erreger oder Parasiten sollte unverzüglich Kontakt mit dem Gesundheitsamt und ggf. einem Krankenhaushygieniker aufgenommen werden. Die Meldepflichten des Infektionsschutzgesetzes sind zu beachten (siehe [Punkt 7.3](#)).

10 Hygienische Untersuchungen

Die Einrichtungsleitung legt im Rahmen ihres Qualitätsmanagements gemeinsam mit den Hygieneverantwortlichen einrichtungsspezifische Verfahrensvorschriften fest.

Folgende Untersuchungen sind zu empfehlen:

- Gemäß den entsprechenden DIN-Normen routinemäßige Funktionsprüfungen und hygienische Überprüfung von Desinfektionsgeräten sowie Geräten, die der Wiederaufbereitung von Materialien dienen (Steckbeckenautomaten, Reinigungs- und Desinfektionsautomaten, Waschmaschinen, Geschirrspüler u. a.).
- Gemäß den entsprechenden DIN-Normen routinemäßige Funktionsprüfungen und hygienische Prüfung der Sterilisation nach Herstellerangaben.
- Untersuchung des Wassers aus der Hausinstallation einschl. der Untersuchung auf Legionellen nach Trinkwasserverordnung (TrinkwV).
- Wartung von dezentralen Desinfektionsmittel-Dosiergeräten.
- Im Rahmen von Ausbruchgeschehen ggf. anlassbezogene Umgebungsuntersuchungen in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt.

11 Erste Hilfe, Schutz des Ersthelfers

Durch den Träger/Einrichtungsleiter ist zu veranlassen, dass das Personal entsprechend der staatlichen Arbeitsschutzvorschriften i. V. m. der Unfallverhütungsvorschrift **GUV-V A1** „Grundsätze der Prävention“ vor Beginn der Tätigkeit und danach mindestens jährlich zu Gefahren und Maßnahmen zum Schutz einschließlich der Ersten Hilfe unterwiesen wird.

Er hat dafür zu sorgen, dass zur Ersten Hilfe und zur Rettung von Personen die erforderlichen Einrichtungen, Sachmittel und geeignete Personen verfügbar sind.

11.1 Erste-Hilfe-Material

Entsprechend den aktuellen DIN-Normen für Verbandkästen wird folgendes Erste-Hilfe-Material empfohlen:

- großer Verbandkasten mit Füllung nach DIN 13169
- kleiner Verbandkasten mit Füllung nach DIN 13157

Die Entnahme von Verbandsmaterial ist im Verbandbuch zu dokumentieren. Verbrauchte Materialien (z.B. Einmalhandschuhe oder Pflaster) sind umgehend zu ersetzen, regelmäßige **Bestandskontrollen** der Erste-Hilfe-Kästen sind durchzuführen.

11.2 Erste-Hilfe-Maßnahmen

11.2.1 Versorgung einer verletzten Person

Der Ersthelfer hat bei Kontakt mit Körperflüssigkeiten und Ausscheidungen Einmalhandschuhe zu tragen und sich nach der Hilfeleistung die Hände zu desinfizieren.

Parallel zur Erstversorgung ist vom Ersthelfer zu entscheiden, ob sofortige **ärztliche Hilfe** zur weiteren Versorgung des Verletzten hinzuzuziehen ist.

11.2.2 Behandlung kontaminierter Flächen

Mit Blut, Erbrochenem oder anderen potentiell infektiösen Körperflüssigkeiten kontaminierte Flächen sind unter Verwendung von Einmalhandschuhen mit einem desinfektionsmittelgetränktem Tuch grob zu reinigen und die betroffene Fläche anschließend nochmals zu desinfizieren.

11.3 Notrufnummern

In zentraler Lage und zusätzlich in Bereichen mit erhöhter Gefährdung soll ein Aushang mit folgenden Rufnummern angebracht werden:

- Ersthelfer
- Rettungsleitstelle
- Ärztlicher Notdienst
- Polizei/Feuerwehr
- Giftnotruf

Für den Giftnotruf gelten in Bayern folgende Telefonnummern:

089 19240 Giftnotruf München, Klinikum rechts der Isar

0911 398-2451 Giftinformationszentrale Nürnberg, Klinikum Nord

12 Schälingsprophylaxe und -bekämpfung

In stationären Einrichtungen im Sinne des PflWoqG ist dafür Sorge zu tragen, dass durch bauliche, logistische und präventive Maßnahmen ein Schälingsbefall verhindert wird. Dazu gehören das Unterbinden von Zugangs- bzw. Zuflugsmöglichkeiten für Schälinge, das Vermeiden von Verbergeorten, das Beseitigen baulicher Mängel und die Einhaltung von Ordnung und Sauberkeit im Gebäude.

Es sind regelmäßig Befallskontrollen durchzuführen und zu dokumentieren.

Die Küche nimmt in der Schälingsvorsorge und Bekämpfung einen besonderen Stellenwert ein, da hier die Gefahr eines Schälingsbefalls besonders groß ist. Daher sind im Küchenbereich in Rahmen des dort etablierten HACCP-Konzeptes nach Erarbeitung einer Gefahrenanalyse Kontrollpunkte festzulegen, die regelmäßig zu überwachen sind (Dokumentation).

Bei Feststellung von Schälingsbefall ist unverzüglich ein sachkundiger Schälingsbekämpfer mit der Bekämpfung zu beauftragen.

13 Tierhaltung

Die Haltung von Haustieren kann für Gesundheit und Wohlbefinden der Bewohner förderlich sein. Grundsätzlich ist das Halten von Tieren möglich, wenn Unfällen und Infektionsgefährdungen hinreichend vorgebeugt wird und keine Allergie bei Mitbewohnern gegen Tierhaltung spricht. Die Kriterien für die Aufnahme und Haltung von Tieren sollten schriftlich geregelt werden.

Kriterien für die Tierhaltung:

- Sauberkeit der Räume, Käfige, Volieren, der Trink- und Futterbehälter.
- artgerechte Haltung, regelmäßige Fütterung und Pflege.
- regelmäßige tierärztliche Überwachung (Impfung, Parasitenbehandlung).
- hygienische Händedesinfektion des Personals nach Tierkontakt, nach Reinigen von Käfigen, Fressnapfen etc.

Bei ungeklärten fieberhaften Erkrankungen müssen vor allem bei Tierhaltern und Mitbewohnern durch Tiere übertragbare Erkrankungen (Zoonosen) in die Diagnostik einbezogen werden.

14 Umgang mit Verstorbenen

Bei Verstorbenen ist die gebotene Ehrfurcht vor dem toten Menschen zu wahren.

Von Verstorbenen geht grundsätzlich keine andere Infektionsgefahr aus, als dies bei Lebenden der Fall wäre.

Ein Leichenraum wie er noch in § 15 Abs. 1 Nr. 4 Heimmindestbauverordnung gefordert wurde, ist laut der seit 1. September 2011 geltenden AVPfleWoqG nicht mehr vorgesehen. Eine Einrichtung, die Wohnplätze für zwei Personen vorhält, muss mindestens einen zusätzlichen Wohn-Schlaf-Raum für eine Person zur vorübergehenden Nutzung bereitstellen (§ 4 Abs. 4 AVPfleWoqG). Ferner sollen solche Einrichtungen einen Abschiedsraum vorhalten.

Beim Umgang mit dem Verstorbenen (Waschen, Frisieren, Einkleiden, Einsargen usw.) sind stets Schutzbekleidung und Einmalschutzhandschuhe zu tragen. Nach Abschluss aller Tätigkeiten an dem Verstorbenen ist eine gründliche Desinfektion der Hände und Unterarme mit anschließender Reinigung erforderlich.

Hochkontagiöse Leichen (z.B. Affenpocken, humane Pocken, Milzbrand, virale hämorrhagische Fieber) und solche mit offener Tuberkulose bedürfen besonderer Handhabung. Laut § 7 BestV darf eine Leiche nicht behandelt, insbesondere nicht gewaschen, rasiert, frisiert oder umgekleidet werden, soweit bei Vornahme der Behandlung die konkrete Gefahr der Übertragung von gefährlichen Erregern beim Umgang mit der Leiche oder der Verdacht einer solchen Krankheit besteht. In einem solchen Fall ist die Leiche unverzüglich in ein mit einem geeigneten Desinfektionsmittel getränktes Tuch einzuhüllen und einzusargen. Der Sarg darf nicht geöffnet werden und am Sarg ist ein entsprechender Hinweis anzubringen.

Verstorbene, die an anderen nach Infektionsschutzgesetz (IfSG) meldepflichtigen Krankheiten erkrankt waren, stellen aus hygienischer Sicht keine über die allgemeine Infektionsgefährdung hinausgehende, zusätzliche Gefahr für den Umgang mit der Leiche dar, solange die jeweils geltenden Arbeitsschutzbestimmungen und die Standardhygienemaßnahmen beim Umgang mit Leichen eingehalten werden. Hier ist nach den Vorgaben der Bestattungsverordnung (BestV) zu verfahren.

Mit infektiösem Material kontaminierte Flächen und Materialien sind b. B. unverzüglich mit Desinfektionsmitteln der RKI-Liste in den dort angegebenen Konzentrationen zu behandeln.

15 Literatur und Adressen

Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz - IfSG)

vom 20.07.2000 (BGBl. I. 1045), das zuletzt durch Artikel 4 Absatz 21 des Gesetzes vom 07. August 2013 (BGBl. I S. 3154) geändert worden ist

<http://www.gesetze-im-internet.de/>

Gesetz zur Regelung der Pflege-, Betreuungs- und Wohnqualität im Alter und bei Behinderung (Pflege- und Wohnqualitätsgesetz - PflWoqG)

vom 8. Juli 2008, das zuletzt zum 22. Mai 2013 geändert worden ist

<http://www.gesetze-bayern.de/>

Verordnung zur Ausführung des Pflege- und Wohnqualitätsgesetzes (AVPflWoqG)

vom 27. Juli 2011, das zuletzt am 17. Juli 2013 geändert worden ist

<http://www.gesetze-bayern.de/>

Heimgesetz (HeimG)

in der Fassung der Bekanntmachung vom 5. November 2001 (BGBl. I S. 2970), das zuletzt durch Artikel 3 Satz 2 des Gesetzes vom 29. Juli 2009 (BGBl. I S. 2319) geändert worden ist

<http://www.gesetze-im-internet.de/>

Gesetz über Medizinprodukte - Medizinproduktegesetz (MPG)

in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. August 2002 (BGBl. I S. 3146), das zuletzt durch Artikel 4 Absatz 62 des Gesetzes vom 7. August 2013 (BGBl. I S. 3154) geändert worden ist

<http://www.gesetze-im-internet.de/>

Medizinprodukte-Betreiber-Verordnung (MPBetreibV)

in der Fassung der Bekanntmachung vom 21. August 2002 (BGBl. I S.3396), die zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 29. Juli 2009 (BGBl. I S. 2326) geändert worden ist

<http://www.gesetze-im-internet.de/>

Verordnung über die Qualität von Wasser für den menschlichen Verbrauch (Trinkwasserverordnung – TrinkwV 2001)

in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. August 2013 (BGBl. I S. 2977), die zuletzt durch Artikel 4 Absatz 22 des Gesetzes vom 7. August 2013 (BGBl. I S. 3154) geändert worden ist

<http://www.gesetze-im-internet.de/>

Lebensmittel-, Bedarfsgegenstände- und Futtermittelgesetzbuch LFGB – Lebensmittel- und Futtermittelgesetzbuch

in der Fassung der Bekanntmachung vom 3. Juni 2013 (BGBl. I S. 1426) das zuletzt durch Artikel 4 Absatz 20 des Gesetzes vom 7. August 2013 (BGBl. I S. 3154) geändert worden ist

<http://www.gesetze-im-internet.de/>

Lebensmittelhygienepaket

VO (EG) Nr. 852/2004, VO (EG) Nr. 853/2004 und VO (EG) Nr. 854/2004

<http://eur-lex.europa.eu/homepage.html?locale=de>

Lebensmittelhygieneverordnung (LMHV)

vom 8. August 2007 (BGBl. I S. 1816, 1817), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 14. Juli 2010 (BGBl. I S. 929) geändert worden ist

<http://www.gesetze-im-internet.de/>

Verordnung zur Durchführung des Bestattungsgesetzes (Bestattungsverordnung - BestV)

vom 1. März 2001 (GVBl S. 92, ber. S. 190, BayRS 2127-1-1-G), zuletzt geändert durch Verordnung vom 8.4.2013 (GVBl S. 174)

<http://www.gesetze-bayern.de/>

Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) am Robert Koch Institut (RKI)

jeweils gültige Empfehlungen

http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/kommission_node.html

Aktuelle Liste der vom Robert-Koch-Institut geprüften und anerkannten Desinfektionsmittel und -verfahren

jeweils gültige Empfehlungen

www.rki.de

Desinfektionsmittel-Liste des Verbundes für Angewandte Hygiene (VAH)

jeweils gültige Ausgabe

Bezugsadresse: mhp-Verlag GmbH, Ostring 13, 65205 Wiesbaden

Desinfektionsmittelliste der Deutschen Veterinärmedizinischen Gesellschaft (DVG) für den Lebensmittelbereich

Stand Mai 2013

Bezugsadresse: DVG-Geschäftsstelle, Frankfurter Str. 89, 35392 Gießen

DGKH-Leitlinie „Hygienebeauftragter in Pflegeeinrichtungen“

Stand: 2002

HygMed 6: 271 – 272

Impfempfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO)

jeweils gültige Empfehlungen

www.rki.de

VDI 6022 Blatt 1 „Hygiene-Anforderungen an raumluftechnische Anlagen und Geräte“

Bezugsadresse: Beuth-Verlag GmbH, 10772 Berlin

VDI 6000 Blatt 5 „Ausstattung von und mit Sanitärräumen - Seniorenwohnungen, Seniorenheime, Seniorenpflegeheime“

Bezugsadresse: Beuth-Verlag GmbH, 10772 Berlin

VDI 6023 „Hygienebewusste Planung, Ausführung, Betrieb und Instandhaltung von Trinkwasseranlagen“

Bezugsadresse: Beuth-Verlag GmbH, 10772 Berlin

DIN 58953-8 „Sterilisation – Sterilgutversorgung – Teil 8: Logistik von sterilen Medizinprodukten“

Bezugsadresse: Beuth-Verlag GmbH, 10772 Berlin

DIN 58953-9 „Sterilisation – Sterilgutversorgung – Teil 9: Anwendungstechnik von Sterilisierbehältern“

Bezugsadresse: Beuth-Verlag GmbH, 10772 Berlin

DIN EN ISO 15883 „Reinigungs-Desinfektionsgeräte- Teil 1 bis 6“

Bezugsadresse: Beuth-Verlag GmbH, 10772 Berlin

DIN 10510 „Lebensmittelhygiene- Gewerbliches Geschirrspülen mit Mehrtank-Transportgeschirrspülmaschinen- Hygienische Anforderungen, Verfahrensprüfung“

Bezugsadresse: Beuth-Verlag GmbH, 10772 Berlin

DIN 10512 „Lebensmittelhygiene - Gewerbliches Geschirrspülen mit Eintank-Geschirrspülmaschinen- Hygienische Anforderungen, Typprüfung“

Bezugsadresse: Beuth-Verlag GmbH, 10772 Berlin

Technische Regel Arbeitsblatt W 551 „Trinkwassererwärmungs- und Trinkwasserleitungsanlagen; Technische Maßnahmen zur Verminderung des Legionellenwachstums; Planung, Errichtung, Betrieb und Sanierung von Trinkwasser-Installationen vom April 2004

Bezugsadresse: Wirtschafts- und Verlagsgesellschaft Gas und Wasser mbH, Josef-Wirmer-Str. 3, 93123 Bonn

Leitlinie von DGKH, DGSV und AKI für die Validierung und Routineüberwachung maschineller Reinigungs- und Desinfektionsprozesse für thermostabile Medizinprodukte und zu Grundsätzen der Geräteauswahl

Stand: Oktober 2008

www.dgkh.de

(DGKH) Sektion Sterilisation der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene e.V. (DGKH) Validierung und Routineüberwachung von Sterilisationsprozessen für Medizinprodukte

Stand: Juli 2009

Bezugsadresse: mhp-Verlag, Wiesbaden

Krätzmilbenbefall (Skabies)

RKI-Ratgeber für Ärzte

Stand: Mai 2009

<http://www.rki.de/>

Erkrankungen durch Noroviren

RKI-Ratgeber für Ärzte

Stand Juli 2008

<http://www.rki.de/>

Norovirusinfektionen

Merkblatt des Bayerischen Landesamtes für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit

Stand: Oktober 2008

<http://www.lgl.bayern.de>

Verordnung über Sicherheit und Gesundheitsschutz bei Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen (Biostoffverordnung – BioStoffV)

vom 15. Juli 2013 (BGBl. I S. 2514)

<http://www.gesetze-im-internet.de/>

Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV)

vom 18. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2768), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 23. Oktober 2013 (BGBl. I S. 3882) geändert worden ist

<http://www.gesetze-im-internet.de/>

Technische Regel für Biologische Arbeitsstoffe (TRBA) 250: Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege

Ausgabe: November 2003, zuletzt geändert und ergänzt: GMBI Nr. 15-20 vom 25. April 2012, S. 380-382

<http://www.baua.de/>

Grundsätze der Prävention (BGV/GUV-VA 1)

Gemeindeunfallversicherungsverband (GUVV)

Stand: Juli 2004

<http://regelwerk.unfallkassen.de/regelwerk/index.jsp>

Umgang mit Reinigungs- und Pflegemitteln (GUV-R 209)

Gemeindeunfallversicherungsverband (GUVV)

Stand: August 2001

<http://regelwerk.unfallkassen.de/regelwerk/index.jsp>

Arbeiten in Küchenbetrieben (GUV-R 111)

Gemeindeunfallversicherungsverband (GUVV)

Stand: Mai 2007

<http://regelwerk.unfallkassen.de/regelwerk/index.jsp>

Richtlinie über die ordnungsgemäße Entsorgung von Abfällen aus Einrichtungen des Gesundheitswesens (LAGA Merkblatt) beim Robert Koch-Institut und der Länderarbeitsgemeinschaft Abfall

Stand: September 2009

http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/kommission_node.html

Länder-Arbeitskreis zur Erstellung von Hygieneplänen nach § 36 IfSG: Rahmenhygieneplan für Alten- und Altenpflegeheime, November 2006

www.ihph.de/vah-online/uploads/PDF/Rhpl_Altenheim_2006.pdf

Bergen, P.: Hygiene in Altenpflegeeinrichtungen, Urban und Fischer Verlag, 1. Auflage 2004

BGR 500 Kapitel 2.6: Betreiben von Wäschereien

Wischnewski N.; 2011; Umgang mit Wäsche aus Alten- und Pflegeheimen; Hyg Med 36-7/8; 306-308

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB): FAQs zu MRSA; www.kvb.de

Anlage 1 (Muster) - Reinigungs- und Desinfektionsplan für stationäre Einrichtungen im Sinne des PflWoqG

Was?	Wann?	Womit?	Wie?	Wer?
Händewaschen	<ul style="list-style-type: none"> - nach Reinigungsarbeiten - nach jeder Verschmutzung - nach Toilettenbenutzung - vor dem Umgang mit Lebensmitteln 	Waschlotion in Spendern	<ul style="list-style-type: none"> - auf die feuchte Haut geben und mit Wasser aufschäumen - gut trocknen - auf die feuchte Haut geben und mit Wasser aufschäumen - mit Einmalhandtüchern gut trocknen 	Bewohner Personal
Händedesinfektion	<ul style="list-style-type: none"> - zum Dienstbeginn, bei Dienstende - vor und nach direktem Bewohnerkontakt (i.S. eines direkten Körperkontaktes) - vor aseptischen Tätigkeiten - nach Kontakt mit potentiell infektiösem Material - nach Kontakt mit Oberflächen in unmittelbarer Umgebung des Bewohner (beim immobilen Bewohner) - vor der Zubereitung bzw. vor der Verabreichung von Arzneimitteln - vor Essenszubereitung und Essensverteilung - nach Toilettenbenutzung (bei Diarrhoe) - nach dem Naseputzen (bei Infekt) - nach Tierkontakt - nach dem Ablegen von Einmalhandschuhen 	Händedesinfektionsmittel in Spendern	<ul style="list-style-type: none"> - ausreichende Menge, mind. 3 - 5 ml auf der trockenen Haut gut verreiben - Einwirkzeit des Herstellers beachten 	Personal ggf. Bewohner
Händepflege	<ul style="list-style-type: none"> - bei Arbeitsbeginn und Arbeitsende - bei Bedarf 	Hautcreme aus Tuben oder Spendern	<ul style="list-style-type: none"> - auf trockenen Händen gut verreiben 	Personal ggf. Bewohner

Bayerischer Rahmenhygieneplan für Infektionsprävention in Heimen
Stand Juni 2014

Was?	Wann?	Womit?	Wie?	Wer?
Flächendesinfektion	<ul style="list-style-type: none"> - nach Kontamination mit potentiell infektiösen Materialien - in sensiblen Bereichen mit überwiegend pflegerischer Betreuung 	Flächendesinfektionsmittel	<ul style="list-style-type: none"> - Einmalhandschuhe tragen - Grobreinigung mit desinfektionsmittelgetränktem Einmalwisch Tuch - Wischdesinfektion - gesonderte Entsorgung von Reinigungstüchern und Handschuhen in Plastiksack 	Reinigungspersonal
Fußboden Flure, Zimmer	täglich ggf. anlassbezogen	Reinigungslösung	<ul style="list-style-type: none"> - feucht wischen - lüften 	Reinigungspersonal
Fußboden Sanitärbereich	täglich ggf. anlassbezogen	Reinigungslösung ggf. Desinfektionsmittel	<ul style="list-style-type: none"> - feucht wischen - ggf. desinfizieren (siehe oben) - lüften 	Reinigungspersonal
Teppichböden	in regelmäßigen Abständen abhängig vom Verschmutzungsgrad	Bürstenstaubsauger Industrie-Staubsauger	<ul style="list-style-type: none"> - Staubsauger mit wirkungsvollen Staubfiltern - Feuchtreinigung mit anschl. Absaugen 	Reinigungspersonal
Arbeitsflächen in Funktionsräumen bzw. Bewohnerzimmern	<ul style="list-style-type: none"> - täglich - vor Zubereitung von Injektionen, Infusionen, etc. - nach Kontamination mit potentiell infektiösen Material 	Flächendesinfektionsmittel	<ul style="list-style-type: none"> - Einmalhandschuhe tragen - Grobreinigung mit desinfektionsmittelgetränktem Einmalwisch Tuch - Wischdesinfektion 	Personal
Handläufe Türklinken sonstige Kontaktflächen Pflegebereich	<ul style="list-style-type: none"> - regelmäßig - bei Verschmutzung 	Reinigungslösung ggf. Desinfektionsmittel	<ul style="list-style-type: none"> - feucht wischen - ggf. desinfizieren (siehe oben) 	Reinigungskräfte
Bettgestelle und Nachttische	<ul style="list-style-type: none"> - regelmäßig - bei Verschmutzung - bei Benutzerwechsel ohne besonderem Risiko - nach Kontamination mit potentiell infektiösen Material - bei Benutzerwechsel mit besonderem Risiko 	Reinigungslösung Desinfektionsmittel	<ul style="list-style-type: none"> - Feuchtreinigung - Wischdesinfektion 	Personal

Bayerischer Rahmenhygieneplan für Infektionsprävention in Heimen
Stand Juni 2014

Was?	Wann?	Womit?	Wie?	Wer?
Gemeinschaftssani- täreinrichtungen WC Waschbecken Kontaktflächen	<ul style="list-style-type: none"> - täglich - nach Kontamination mit potentiell infektiösen Material - bei infektiösen Bewohnern <p>Für diesen Bereich eigene Reinigungsutensilien verwenden.</p>	Reinigungslösung Desinfektionsmittel	<ul style="list-style-type: none"> - feucht wischen - Wischdesinfektion 	Reinigungspersonal Reinigungspersonal Personal
Gemeinschaftssani- täreinrichtungen Waschschüsseln Sitz-, Dusch- und Badewannen	<ul style="list-style-type: none"> - nach Gebrauch - bei Bewohnern mit bekannten Infektionen bzw. Trägern multiresistenter Keime nach Gebrauch - bei Bewohnern mit erhöhtem Infektionsrisiko vor und nach Gebrauch 	Reinigungslösung Desinfektionsmittel	<ul style="list-style-type: none"> - feucht wischen - Wischdesinfektion 	Reinigungspersonal Reinigungspersonal Personal
Steckbecken, Urinflaschen	nach Benutzung	RDG	thermisch	Personal
Nackenrollen, Knie- rollen	<ul style="list-style-type: none"> - bei Nutzerwechsel - bei Bewohnern mit bekannten Infektionen bzw. Trägern multiresistenter Keime nach Gebrauch - bei Bewohnern mit erhöhtem Infektionsrisiko vor und nach Gebrauch 	Reinigungslösung Desinfektionsmittel	<ul style="list-style-type: none"> - feucht wischen - Wischdesinfektion 	Personal
Reinigungsgeräte Reinigungstücher und Wischbezüge	bei Bedarf, mindestens 1 x wöchentlich arbeitstäglich	maschinell- thermische oder chemo-thermische Aufbereitung und vollständige Trock- nung	Reinigen Reinigungstücher u. Wischbezüge nach Gebrauch entsprechend (Kochwaschgang oder 60°-Waschgang und desinfizierendes Waschmittel lt. VAH-Liste) waschen und trocknen	Reinigungspersonal
Küche	täglich	nach Anweisung	nach Anweisung	Reinigungspersonal

Anlage 2 Verhalten beim Auftreten Methicillinresistenter *Staphylococcus-aureus*-Stämme (MRSA)*

Orientierende Übersicht über Maßnahmen beim Umgang mit MRSA-positiven Bewohnern in Abhängigkeit von der Art und Intensität der Betreuung		
Art der Betreuung / Betroffene Person	Überwiegend sozial	Überwiegend pflegerisch
MRSA-positiver Bewohner	<ul style="list-style-type: none"> • Unterbringung wie im häuslichen Lebensraum • Händedesinfektion vor Gemeinschaftsaktivitäten 	<ul style="list-style-type: none"> • Spezielle Maßnahmen bis hin zur Einzelzimmerunterbringung oder Kohortierung
	<ul style="list-style-type: none"> • Sanierung nicht routinemäßig; abhängig von der epidemiologischen Situation und dem individuellen Risiko 	
Mitbewohner ohne Risikofaktoren	<ul style="list-style-type: none"> • in der Regel keine Einschränkung bezüglich der Unterbringung 	<ul style="list-style-type: none"> • ein Übertragungs- und Infektionsrisiko muss ausgeschlossen sein
Mitbewohner mit Risikofaktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Unterbringung in Abhängigkeit von der Risikobeurteilung • Händedesinfektion vor Gemeinschaftsaktivitäten 	<ul style="list-style-type: none"> • Besondere Maßnahmen können bei offenen Wunden, Sonden, Katheter und Tracheostoma erforderlich sein
Personal	<ul style="list-style-type: none"> • Händedesinfektion nach direktem Kontakt mit MRSA-positiven Bewohnern und nach dem Ablegen von Einmalhandschuhen 	nach jedem direkten Bewohnerkontakt, insbesondere vor und nach spezifischen pflegerischen Maßnahmen <ul style="list-style-type: none"> • vor Verlassen des Zimmers • nach Ausziehen von Einmalhandschuhen
	<ul style="list-style-type: none"> • Einmalhandschuhe bei möglichem Kontakt mit erregerehaltigem Material • Schutzkleidung bei engem pflegerischen Kontakt • Mund-Nasen-Schutz bei möglichem Kontakt mit infektiösen Aerosolen 	
Besucher	<ul style="list-style-type: none"> • in der Regel Händewaschen ausreichend 	<ul style="list-style-type: none"> • Händedesinfektion vor Verlassen des Zimmers
Umgebung	<ul style="list-style-type: none"> • in der Regel Flächenreinigung ausreichend • gezielte Flächendesinfektion wenn erforderlich 	<ul style="list-style-type: none"> • Flächenreinigung und -desinfektion gemäß Reinigungs- und Desinfektionsplan • gezielte Desinfektion wenn erforderlich • Desinfektion von Flächen mit häufigem Hand- und Hautkontakt

*gemäß Tabelle 3 der aktuellen Empfehlung „Infektionsprävention in Heimen“ der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention des Robert-Koch-Institutes