



- Hygieneplan
- Reinigungs- und Desinfektionspläne
- Qualitätssicherung
- Schulung
- Textsammlung

NLGA-Hygienepaket für Hygienebeauftragte in Alten- und Pflegeeinrichtungen

Das im Jahre 2005 erschienene Regelwerk des Robert Koch-Institutes „Infektionsprävention in Heimen“ empfiehlt neben der Einrichtung eines bzw. einer Hygienebeauftragten die Erstellung eines Hygieneplanes und eines Infektionspräventionskonzeptes. Hierfür gibt es aus verschiedenen Quellen detaillierte Vorgaben, welche für die innerbetriebliche Anwendbarkeit entsprechend angepasst und in das bestehende Qualitätsmanagement integriert werden müssen. In der Praxis ist jedoch vielfach festzustellen, dass die dazu notwendige Erstellung oder Anpassung in unzureichender Weise erfolgt oder kaum mit den tatsächlich erfolgenden Betriebsabläufen in Einklang zu bringen ist. Ein Grund hierfür dürfte die Ermangelung eines entsprechenden Zeitkontingentes sein, welches Hygienebeauftragten in Altenpflegeeinrichtungen für die Erfüllung ihrer Aufgaben zur Verfügung steht.

Mit dem Hintergrund einer langjährigen Erfahrung als Fortbildungsstätte für Hygienebeauftragte möchte das NLGA mit dieser Materialzusammenstellung erstmals eine einfach zu nutzende Hilfe zur Schaffung und zum Erhalt einer angemessenen Hygienequalität in Altenpflegeeinrichtungen bieten.

Die auf der beiliegenden CD-ROM zusammengestellten Dateien können und sollen für die individuellen Bedürfnisse vor Ort mit den üblichen Office-Programmen verändert und angepasst werden.

- Kernstück ist hierbei ein ausführlicher Hygieneplan für Wohn- und Pflegebereiche, der zur Erleichterung der notwendigen Anpassungen mit zahlreichen Fußnoten versehen wurde, die mit hilfreichen Hinweisen verknüpft sind.
- Nach dem gleichen Muster lassen sich die beiliegenden Reinigungs- und Desinfektionspläne für Wohn- und Pflegebereiche sowie für Heim- und Pflegegruppenküche beliebig verändern.
- Zur Qualitätsüberprüfung steht ein auf den Hygieneplan abgestimmtes Begehungsprotokoll und stehen diverse Dokumentationsbögen für routinemäßige Kontrollen zur Verfügung.
- Zur einfachen Realisierung betriebsinterner Schulungen befinden sich auf der CD-ROM entsprechende Präsentationsdateien.
- Alle wichtigen Gesetze, Verordnungen, Vorschriften und Empfehlungen zur Heimhygiene wurden in einer Textsammlung zusammengefasst und sind direkt von der CD-ROM abrufbar.
- Darüber hinaus bieten wir zur Unterstützung für dieses Paket eine Workshopreihe an (siehe nächste Seite).

Es ist geplant, dass dieses Hygienepaket regelmäßig aktualisiert und gemäß Ihren Wünschen verändert wird. Hierzu benötigen wir Ihre Unterstützung in Form konstruktiver Kritik, die Sie uns gerne über die E-Mail-Adresse fortbildung@nlga.niedersachsen.de mitteilen können.

Workshop zum NLGA-Hygienepaket

Passend zum NLGA-Hygienepaket bieten wir Ihnen einen Workshop an, in welchem Sie den Hygieneplan, die Reinigungs- und Desinfektionspläne und die Dokumente zur Qualitätssicherung unter fachlicher Hilfe bei uns im Niedersächsischen Landesgesundheitsamt erstellen und bearbeiten können.

Termine und nähere Informationen zum Workshop und zur Anmeldung entnehmen Sie bitte der Internetseite

www.pflegehygiene.nlga.niedersachsen.de .

Informationen zu den Dateien des NLGA-Hygienepaketes

Die Dateien des NLGA-Hygienepaketes lassen sich in folgende Typen unterteilen:

- Textdateien mit der Endung .doc
- Präsentationsdateien mit der Endung .ppt
- Dokumentdateien mit der Endung .pdf

Dateien mit der Endung .doc oder .ppt besitzen keinen Schreibschutz. Um sie öffnen und bearbeiten zu können benötigen Sie die Programme Word und PowerPoint der Fa. Microsoft oder ein alternatives Office-Programmpaket wie Open Office 2.0, welches Sie kostenlos aus dem Internet herunterladen können (<http://de.openoffice.org>).

Dateien mit der Endung .pdf können zwar geöffnet und somit betrachtet aber nicht verändert (editiert) werden. Zum Öffnen und Betrachten benötigen Sie ein geeignetes Betrachtungsprogramm, wie das Programm Adobe Reader, welches Sie kostenlos aus dem Internet herunterladen können

(<http://www.adobe.com/de/products/acrobat/readstep2.html>).

Um das NLGA-Hygienepaket nutzen zu können müssen Sie die darin enthaltenen Dateien entsprechend Ihren Erfordernissen und Gegebenheiten anpassen. Dies setzt voraus, dass Sie über Basiskenntnisse in der Textverarbeitung und im Umgang mit Windows verfügen.

Bestellung des NLGA-Hygienepaketes

Das NLGA-Hygienepaket erhalten Sie als CD-ROM zusammen mit einer ausführlichen und farbigen Anleitung direkt vom Niedersächsischen Landesgesundheitsamt (NLGA) zum Unkostenpreis von 25,- Euro (incl. Porto). Die Bestellung kann erfolgen

- telefonisch unter der Nummer 0511-4505-101
- oder über das Internet unter der Adresse www.pflegehygiene.nlga.niedersachsen.de

Wenn Sie unser Bestell- und Anmeldeformular aus dem Internet benutzen tragen Sie bitte als Kursbezeichnung „Hygienepaket – Altenpflege“ ein.

Hinweise

Nachfolgend stellen wir Ihnen den Inhalt der CD-ROM, den Hygieneplan und den Reinigungs- und Desinfektionsplan für den Wohn- und Pflegebereich* in ungekürzter Fassung zur Ansicht zur Verfügung.

Beachten Sie bitte, dass sich der Gesamtumfang des Hygieneplanes erheblich verkürzt, wenn die Fußnoten abgearbeitet und wenn bereits hygienekonforme Pflegestandards vorhanden sind.

* Der Fa. Bode-Chemie danken wir herzlich für ihre Unterstützung, indem uns die Nutzung der firmeneigenen Piktogramme erlaubt wurde.

Inhalt der CD-ROM:

| | | |
|----------------------------|-------|---|
| Hygienepaket | | |
| Hygieneplan | _____ | ▪ Fragenkatalog Altenpflege.doc* ▪ Hygieneplan Altenpflege.doc* |
| Qualitaet | _____ | ▪ Begehungsprotokoll.doc* ▪ Bestaetigung Begehung.doc* ▪ Kenntnisnahme Hygieneplan.doc* ▪ Kontrolle Arzneimittelkuehlschrank.doc* ▪ Kontrolle Durchspuelung.doc* ▪ Kontrolle Filterwechsel.doc* ▪ Kontrolle Lebensmittelkuehlschrank.doc* ▪ Kontrolle Sterilgut.doc* |
| Reinigung und Desinfektion | _____ | ▪ Dosiertabelle.doc ▪ RD Pflege.doc* ▪ RD Pflege MP.doc* ▪ RD Pflegegruppenkueche.doc* ▪ RD Pflegegruppenkueche MP.doc* |
| Piktogramme | _____ | |
| Schulung | _____ | ▪ MRSA.ppt* ▪ MRSA.pdf* ▪ Noro.ppt* ▪ Noro.pdf* ▪ Personalhygiene.ppt* ▪ Personalhygiene.pdf* |
| Service und Hilfe | _____ | ▪ Anleitung Altenpflege.pdf |
| Textsammlung | | |
| BVR | _____ | ▪ BGR 189.pdf ▪ BGR 206.pdf ▪ BGR A1.pdf ▪ BGR-TRBA 250 |
| Empfehlungen | | |
| DGKH | _____ | ▪ Hygienebeauftragte.pdf ▪ Kleidung und Schutzausruestung.pdf |
| LAGuS M-V | _____ | ▪ Wechselrhythmen_von_MP.pdf |
| NLGA | _____ | ▪ Empfehlung MRSA Ambulant.pdf ▪ Empfehlung MRSA Behinderteneinrichtung.pdf ▪ Empfehlung MRSA Pflegeeinrichtung.pdf ▪ Empfehlung MRSA Rettungsdienst.pdf ▪ Merkblatt Hygieneverordnung.pdf ▪ Merkblatt Kopflaeuse.pdf ▪ Merkblatt Noro.pdf ▪ Merkblatt Scabies.pdf |
| RKI | _____ | ▪ Abfallbeseitigung.pdf ▪ Aufbereitung Medizinprodukte.pdf ▪ Desinfektionsmittelliste.pdf ▪ Haendehygiene.pdf ▪ Harnwegsinfektionen.pdf ▪ Infektionspraevention in Heimen.pdf ▪ Pneumonie.pdf |
| Gesetze | _____ | ▪ Biostoffverordnung.pdf ▪ Gefahrstoffverordnung.pdf ▪ Heimgesetz.pdf ▪ Infektionsschutzgesetz.pdf ▪ Medizinproduktebetriebsverordnung.pdf ▪ Medizinproduktegesetz.pdf ▪ Niedersaechsische Hygieneverordnung.pdf ▪ Trinkwasserverordnung.pdf |

* Urheberschaft: Niedersaechsisches Landesgesundheitsamt

| | | |
|--|--------------------|-------------------------|
| Logo der Institution | Hygieneplan | Seite 1 von 74 |
| Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft | Inhalt | Revision: Gültig ab: |

Hygieneplan

für den Wohn- und Pflegebereich

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | Personalhygiene | 1 |
| 1.1 | <i>Allgemeine Forderungen zur Personalhygiene</i> | 1 |
| 1.2 | <i>Händehygiene</i> | 1 |
| 1.2.1 | Handwaschplätze..... | 1 |
| 1.2.2 | Händewaschen..... | 1 |
| 1.2.3 | Waschen kontaminierter Hände..... | 1 |
| 1.2.4 | Hygienische Händedesinfektion..... | 2 |
| 1.2.5 | Handpflege..... | 3 |
| 1.2.6 | Verwendung von Handschuhen..... | 3 |
| 1.3 | <i>Dienstkleidung und Persönliche Schutzausrüstung</i> | 4 |
| 1.3.1 | Handhabung von Dienstkleidung..... | 4 |
| 1.3.2 | Handhabung von Persönlicher Schutzausrüstung..... | 4 |
| 1.4 | <i>Verletzungsprophylaxe</i> | 5 |
| 1.4.1 | Entsorgung von spitzen oder scharfen Gegenständen..... | 5 |
| 1.4.2 | Verhalten im Verletzungsfall..... | 5 |
| 2 | Umgebungshygiene | 7 |
| 2.1 | <i>Routinemäßige Reinigungs- und Desinfektionsarbeiten</i> | 7 |
| 2.1.1 | Organisation..... | 7 |
| 2.1.2 | Hausreinigung..... | 7 |
| 2.1.3 | Regeln zur Durchführung von Reinigungs- und Desinfektionsarbeiten:..... | 8 |
| 2.2 | <i>Aufbereitung von und Umgang mit Medizinprodukten</i> | 9 |
| 2.2.1 | Organisation..... | 9 |
| 2.2.2 | Aufbereitung von Pflegeutensilien..... | 10 |
| 2.2.3 | Aufbereitung kritischer Medizinprodukte..... | 11 |
| 2.2.4 | Lagerung von Sterilgut..... | 11 |
| 2.3 | <i>Abfallentsorgung</i> | 12 |
| 2.3.1 | Entsorgung von Siedlungsabfällen..... | 12 |
| 2.3.2 | Entsorgung kontaminierter Abfälle..... | 12 |
| 2.3.3 | Entsorgung infektiöser Abfälle..... | 12 |
| 2.3.4 | Entsorgung von Sonderabfällen..... | 13 |
| 2.4 | <i>Wäschever- und Entsorgung</i> | 13 |
| 2.4.1 | Hygienegerechter Umgang mit Frischwäsche..... | 13 |
| 2.4.2 | Hygienegerechter Umgang mit Schmutzwäsche..... | 13 |
| 2.4.3 | Hygienegerechter Umgang mit Matratzen..... | 14 |
| 2.5 | <i>Umgang mit Trinkwasser</i> | 14 |
| 3 | Hygiene im Umgang mit Arznei- und Lebensmitteln | 16 |
| 3.1 | <i>Umgang mit Arzneimitteln</i> | 16 |
| 3.1.1 | Lagerung von Arzneimitteln..... | 16 |
| 3.1.2 | Umgang mit Arzneimitteln und Utensilien..... | 17 |
| 3.2 | <i>Umgang mit Lebensmitteln</i> | 17 |
| 3.2.1 | Verteilen von Lebensmitteln und Abräumen von Geschirr..... | 17 |

| | | |
|---|--------------------|-------------------------|
| Logo der Institution | Hygieneplan | Seite 2 von 74 |
| Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft | Inhalt | Revision: Gültig ab: |

| | | |
|----------|--|-----------|
| 3.2.2 | Aufbewahrung und Lagerung von Lebensmitteln | 18 |
| 3.2.3 | Hygienemaßnahmen in Stations- und Wohngruppenküchen..... | 18 |
| 4 | Hygiene bei medizinisch-pflegerischen Maßnahmen..... | 20 |
| 4.1 | <i>Grundpflege</i> | 20 |
| 4.1.1 | Personalhygiene..... | 20 |
| 4.1.2 | Beachtungspunkte bei grundpflegerischen Maßnahmen..... | 20 |
| 4.2 | <i>Inhalation und Sauerstoffsufflation</i> | 21 |
| 4.3 | <i>Injektionen und Infusionen</i> | 22 |
| 4.3.1 | Allgemeines..... | 22 |
| 4.3.2 | Vorbereitung..... | 23 |
| 4.3.3 | Durchführung von s.c.-Injektionen | 23 |
| 4.3.4 | Durchführung von i.m.-Injektionen | 24 |
| 4.3.5 | Durchführung von s.c.-Infusionstherapien..... | 24 |
| 4.3.6 | Durchführung von i.v.-Infusionstherapien..... | 24 |
| 4.4 | <i>Verbandwechsel</i> | 25 |
| 4.4.1 | Allgemeines..... | 25 |
| 4.4.2 | Vorbereitung..... | 25 |
| 4.4.3 | Durchführung..... | 26 |
| 4.5 | <i>Stomata</i> | 26 |
| 4.5.1 | Allgemeines..... | 26 |
| 4.5.2 | Durchführung..... | 27 |
| 4.6 | <i>Harndrainagen</i> | 27 |
| 4.6.1 | Allgemeines..... | 27 |
| 4.6.2 | Einlegen transurethraler Langzeitkatheter..... | 28 |
| 4.6.3 | Umgang mit transurethralen Langzeitkathetern..... | 29 |
| 4.6.4 | Umgang mit suprapubischen Drainagen | 29 |
| 4.6.5 | Umgang mit Harnableitungssystemen | 30 |
| 4.7 | <i>Enterale Ernährung</i> | 30 |
| 4.7.1 | Allgemeines..... | 30 |
| 4.7.2 | Umgang mit PEG-Sonden | 31 |
| 4.7.3 | Umgang mit Sondennahrung..... | 31 |
| 4.7.4 | Durchführung der enteralen Ernährung..... | 32 |
| 4.7.5 | Stomatitisprophylaxe | 33 |
| 4.8 | <i>Tracheostomata und Trachealkanülen</i> | 34 |
| 4.8.1 | Allgemeines..... | 34 |
| 4.8.2 | Umgang mit dem Tracheostoma..... | 34 |
| 4.8.3 | Umgang mit Trachealkanülen | 35 |
| 4.9 | <i>Absaugen von Atemwegssekreten</i> | 35 |
| 4.9.1 | Allgemeines..... | 35 |
| 4.9.2 | Durchführung des Absaugens..... | 36 |
| 5 | Infektionsintervention | 37 |
| 5.1 | <i>Regelung der Meldepflicht</i> | 37 |
| 5.1.1 | Allgemeines..... | 37 |
| 5.1.2 | Durchführung von Meldungen..... | 37 |
| 5.2 | <i>Abklärung von Handlungsbedarf</i> | 38 |
| 5.3 | <i>Maßnahmen bei viralen Gastroenteritiden (Noro etc.)</i> | 38 |
| 5.3.1 | Allgemeines..... | 38 |
| 5.3.2 | Organisatorisches..... | 39 |
| 5.3.3 | Hygienemaßnahmen | 40 |
| 5.4 | <i>Maßnahmen bei Salmonellosen</i> | 42 |
| 5.4.1 | Allgemeines..... | 42 |
| 5.4.2 | Organisatorisches..... | 42 |
| 5.4.3 | Hygienemaßnahmen | 43 |

| | | |
|---|--------------------|-------------------------|
| Logo der Institution | Hygieneplan | Seite 3 von 74 |
| Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft | Inhalt | Revision: Gültig ab: |

| | | |
|------------|--|-----------|
| 5.5 | Maßnahmen bei MRSA | 43 |
| 5.5.1 | Allgemeines..... | 43 |
| 5.5.2 | Organisatorisches..... | 43 |
| 5.5.3 | Hygienemaßnahmen | 44 |
| 5.5.4 | Sanierung..... | 46 |
| 5.6 | Maßnahmen bei Ektoparasitenbefall | 47 |
| 5.6.1 | Allgemeines..... | 47 |
| 5.6.2 | Organisatorisches..... | 47 |
| 5.6.3 | Hygienemaßnahmen | 48 |
| 5.7 | Maßnahmen bei Influenza | 49 |
| 5.7.1 | Allgemeines..... | 49 |
| 5.7.2 | Organisatorisches..... | 49 |
| 5.7.3 | Hygienemaßnahmen | 50 |
| 5.8 | Maßnahmen bei weiteren Infektionserkrankungen | 50 |
| 6 | Verschiedenes | 63 |
| 6.1 | Hygieneorganisation | 63 |
| 6.1.1 | Beauftragte und Ansprechpartner | 63 |
| 6.1.2 | Hygiene Arbeitskreis | 63 |
| 6.1.3 | Hygieneplan | 63 |
| 6.1.4 | Hausinterne Begehungen | 64 |
| 6.2 | Umgang mit Haustieren | 64 |
| 6.2.1 | Allgemeine Maßnahmen..... | 64 |
| 6.2.2 | Umgang mit bewohnerbezogenen Haustieren | 65 |
| 7 | Anhangsteil | 66 |
| 7.1 | Kenntnisnahme des Hygieneplanes* | 67 |
| 7.2 | Isolierschilder | 68 |
| 7.3 | Desinfektionsmittelübersicht | 69 |
| 7.3.1 | Alkoholische Händedesinfektionsmittel | 69 |
| 7.3.2 | Alkoholische Hautdesinfektionsmittel | 69 |
| 7.3.3 | Flächendesinfektionsmittel allgemein..... | 69 |
| 7.3.4 | Flächendesinfektionsmittel sanitär | 69 |
| 7.3.5 | Spezielle Desinfektionsmittel | 70 |
| 7.4 | Quellen | 71 |

| | | |
|--|--------------------|-------------------------|
| Logo der Institution | Hygieneplan | Seite 1 von 74 |
| Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft | Personalhygiene | Revision: Gültig ab: |

1 Personalhygiene

1.1 Allgemeine Forderungen zur Personalhygiene

Für direkt am und mit Bewohnern arbeitende Personen gilt:

- Es wird ein sauberes, ordentliches Erscheinungsbild erwartet.
- Die Hände sollen in einem gepflegten Zustand sein; kurze und unlackierte Nägel werden erwartet.
- Bei der Durchführung medizinisch-pflegerischer Maßnahmen dürfen an Händen und Unterarmen keine Schmuckstücke oder Uhren getragen werden.
- Langes Haar ist so zu tragen, dass ein Herabhängen in den Arbeitsbereich unterbleibt.
- Mitarbeiter, die Krankheitserreger ausscheiden, müssen hierüber Ihren Vorgesetzten informieren, der daraufhin zur Abklärung weiterer Maßnahmen Kontakt mit dem Betriebsärztlichen Dienst  aufnimmt.
- Es ist eigenverantwortlich darauf zu achten, dass sich die Dienstkleidung in einem sauberen Zustand befindet und gemäß den Festlegungen für Dienstkleidung und Persönliche Schutzausrüstung getragen, gewechselt und aufbereitet wird (siehe Kap. 1.3).

1.2 Händehygiene

1.2.1 Handwaschplätze

Zum Waschen und Desinfizieren der Hände stehen an hygienerelevanten Orten wie Funktionsräumen, Handwaschplätze zur Verfügung, die mit Seifen-, Desinfektionsmittel- und Einmalhandtuchspendern ausgerüstet sind.

Die Wohnbereichsleitung  trägt dafür Sorge, dass die Spender ordnungsgemäß etikettiert und sauber sind und dass keine Zweckentfremdung der Handwaschplätze stattfindet.

1.2.2 Händewaschen

Indikationen:

- Bei Arbeitsbeginn und Arbeitsende
- Bei Verschmutzung der Hände.

Durchführung:

- Hände unter Verwendung von Waschlotion waschen (keine Stückseife verwenden).
- Mit Einmalhandtuch abtrocknen.

1.2.3 Waschen kontaminierter Hände

Indikationen:

Bei Verschmutzung der Hände mit potentiell infektiösen Materialien (Sekrete, Exkrete, Fäkalien etc.).

Durchführung:

- Wenn möglich: Entfernung grober Verschmutzungen sofort an Ort und Stelle mittels Händedesinfektionsmittel-getränktem Einmalhandtuch, Zellstoff etc. / Anschließend Händedesinfektion durchführen, dann Händewaschung.

 Bitte ggf. Ihren Regelungen anpassen.

 Bitte ggf. Ihren Regelungen anpassen.

| | | |
|---|--------------------|-------------------------|
| Logo der Institution | Hygieneplan | Seite 2 von 74 |
| Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft | Personalhygiene | Revision: Gültig ab: |

- Anderenfalls: Nächstgelegenes Handwaschbecken nutzen / Hände mit Waschlotion waschen (keine Stückseife), gründlich abtrocknen und danach desinfizieren / Anschließend Waschbecken nach Vorgaben des Reinigungs- und Desinfektionsplanes wischdesinfizieren / Lösung antrocknen lassen, nicht Nachwischen.

1.2.4 Hygienische Händedesinfektion

Indikationen:

- Zum Dienstbeginn.
- Vor Tätigkeiten, die aseptisches Arbeiten erfordern (z. B. Bereitstellung von Infusionen, Zubereitung von Medikamenten, Anlage von Blasenkathetern, Punktionen), auch wenn dabei Handschuhe (egal, ob steril oder unsteril), getragen werden.
- Vor Kontakt mit Bewohnern, die im besonderen Maße infektionsgefährdet sind (z. B. Bewohner, die z.Zt. eine Chemotherapie bekommen).
- Vor und nach Kontakt mit Körperbereichen, die besiedelt sind aber auch vor Kontamination geschützt werden müssen (z.B. Wunden beim Verbandswechsel, Manipulationen an Venen- oder Blasenkathetern, Tracheostoma, PEG).
- Vor dem Kontakt mit Lebensmitteln (Zubereitung, Austeilung und Verabreichung).
- Nach Kontakt mit Blut, Exkreten oder Sekreten (z.B. Drainageflüssigkeit).
- Nach Kontakt mit infizierten oder kolonisierten Bewohnern, von denen Infektionen ausgehen können oder die mit Erregern von besonderer hygienischer Bedeutung besiedelt sind (z. B. MRSA).
- Nach Kontakt mit potenziell kontaminierten Gegenständen, Flüssigkeiten oder Flächen (z.B. Urinsammelsysteme, Absauggeräte, Trachealtuben, Drainagen, Schmutzwäsche).
- Nach Ablegen von Handschuhen, wenn diese bei tatsächlichem oder möglichem Erregerkontakt getragen wurden bzw. sichtbar verunreinigt sind.
- Nach dem Toilettengang, Naseputzen etc.
- Zum Dienstende.

Durchführung:

- Hohlhand mit Händedesinfektionsmittel füllen.
- Desinfektionsmittel über die trockenen Hände (Innen- und Außenflächen einschließlich Handgelenk) 30 Sek. lang verteilen und gründlich einreiben. Wichtig ist u.a. der Einbezug der Fingerkuppen, der Fingerzwischenräume, des Daumenbereiches, des Handrückens und der Nagelfalze.
- Wenn möglich sollte von Desinfektionsmittelpendern Gebrauch gemacht werden. Anderenfalls sind Kittelflaschen zu verwenden.

Besondere Beachtungspunkte:

- Benutzer von Kittelflaschen haben darauf selbst zu achten, dass die Flaschen sauber sind und die Beschriftung lesbar ist. Leere Kittelflaschen werden verworfen und dürfen nicht wiederbefüllt werden.
- Schutzhandschuhe können einmalig mit einem Händedesinfektionsmittel desinfiziert werden, sofern die Handschuhe nicht sichtbar (z.B. mit Blut, Urin etc.) kontaminiert sind .
- Im Infektionsfall kommen u.U. andere Händedesinfektionsmittel und Einwirkzeiten zur Anwendung.
- Mitarbeiter, die Probleme mit der Händedesinfektion haben teilen dies der Pflegedienstleitung mit, die sich an den Betriebsärztlichen Dienst wendet.

 Hier ist sicherzustellen, dass die betreffenden Handschuhe alkoholische Händedesinfektionsmittel vertragen (Anfrage an Hersteller) und zu überprüfen, ob diese Maßnahme tatsächlich sinnvoll und zweckdienlich ist.

| | | |
|--|--------------------|-------------------------|
| Logo der Institution | Hygieneplan | Seite 3 von 74 |
| Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft | Personalhygiene | Revision: Gültig ab: |

1.2.5 Handpflege

Zum Erhalt der Haut und zur Pflege Ihrer Hände stehen Ihnen 2 Arten von Handcremes zur Verfügung:

-  zur routinemäßigen Hautpflege zwischendurch.
-  zum Hautschutz vor Arbeiten mit Wasserkontakt und zum Dienstende.

Bitte beachten:

- Handcremes können sich bakteriell besiedeln, daher keine Dosen verwenden. Tuben müssen von jedem Benutzer sauber gehalten werden.
- Das Einkremen der Hände soll nicht unmittelbar nach einer Händedesinfektion erfolgen.

1.2.6 Verwendung von Handschuhen¹⁻⁶

Verwendung von Schutzhandschuhen

Schutzhandschuhe sind dünnwandige, keimarme Einmalhandschuhe. Sie dienen der Kontaminationsvermeidung und finden immer dann Anwendung, wenn durch sie ein Handkontakt mit potentiell infektiösen Substanzen vermieden werden kann:

- Intimpflege, Mundpflege und pflegerische Versorgung inkontinenter oder infektiöser Bewohner
- Ablassen von Urin- oder Sekretbeutel
- Beseitigung von Erbrochenem, Urin, Blut, Fäzes etc.

Verwendung von sterilen Handschuhen

Sterile Handschuhe sind dünnwandige, sterile Einmalhandschuhe. Sie dienen einerseits der Kontaminationsvermeidung im Sinne von Schutzhandschuhen und andererseits dem Schutz des Bewohners vor Hautflora des Personals. Sie finden Anwendung wenn medizinisch-pflegerische Maßnahmen eine aseptische Durchführung verlangen (z.B. Katheterismus, Handkontakte mit Wunden).

Verwendung von Haushaltshandschuhen¹⁻⁷

Haushaltshandschuhe sind dickwandige, mehrfach verwendbare Gummihandschuhe. Sie schützen die Hände vor Nässe und unerwünschten chemischen Einwirkungen und sollen bei Reinigungsarbeiten, Spülarbeiten, Flächendesinfektionen und der Aufbereitung von Medizinprodukten getragen werden.

- Die Verwendung von Haushaltshandschuhen erfolgt personengebunden, d.h. jeder betreffende Mitarbeiter hat „sein“ Paar, welches er an der Stulpeninnenseite mit seinem Namen kennzeichnet.¹⁻⁸
- Nach Desinfektionsarbeiten sollen die Handschuhe (angezogen) mit klarem Wasser abgespült werden, weil verbleibende Rückstände das Material schädigen können

¹⁻⁴ Hier bitte das bei Ihnen gebräuchliche Öl-in-Wasser-Produkt eintragen.

¹⁻⁵ Hier bitte das bei Ihnen gebräuchliche Wasser-in-Öl-Produkt eintragen.

¹⁻⁶ Wenn Sie einen Hautschutz- und Handschuh-Plan verwenden sollte nachfolgend ein Hinweis darauf gegeben werden.

¹⁻⁷ Gemäß TRBA 250 Punkt 4.2.5 sind „flüssigkeitsdichte und allergenarme Handschuhe mit verlängertem Schaft zum Stulpen für Reinigungsarbeiten..“ sowie „Baumwoll-Unterziehhandschuhe für Tätigkeiten mit längerer Tragezeit“ zur Verfügung zu stellen. Es muss sichergestellt sein, dass die Handschuhe der zu erwartenden mechanischen und chemischen Belastung standhalten. Haushaltshandschuhe entsprechen diesen Forderungen, normale Schutzhandschuhe dagegen nicht.

¹⁻⁸ Hier bitte eintragen, wo und wie die Handschuhe gelagert werden sollen.

| | | |
|--|--------------------|-------------------------|
| Logo der Institution | Hygieneplan | Seite 4 von 74 |
| Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft | Personalhygiene | Revision: Gültig ab: |

Beachtungspunkte:

- Handschuhe werden stets situativ, d.h. eng gebunden an die jeweilige Arbeitssituation getragen und sind danach unverzüglich auszuziehen.
- Wenn die Handschuhe während ihrer Nutzung kontaminiert wurden soll nach dem Ausziehen eine Händedesinfektion erfolgen.
- Benutzte Einmalhandschuhe sind als kontaminierter Abfall einzustufen und entsprechend zu entsorgen (siehe Kap. 2.3.2).
- Mitarbeiter, die Probleme mit dem Tragen von Handschuhen haben teilen dies der Pflegedienstleitung mit und wenden sich an den Betriebsärztlichen Dienst.

1.3 Dienstkleidung und Persönliche Schutzausrüstung

1.3.1 Handhabung von Dienstkleidung¹⁻⁹

Als Dienstkleidung wird die während des Dienstes an Stelle von Privatkleidung getragene Kleidung bezeichnet.

- Jedem pflegerischen Mitarbeiter werden¹⁻¹⁰ Garnituren (Kittel-Kasack-Kombinationen) gestellt, für deren Sauberkeit und Intaktheit der jeweilige Mitarbeiter verantwortlich ist.
- Pflegerische Mitarbeiter tragen während des Dienstes¹⁻¹¹
- Jedem hauswirtschaftlichen Mitarbeiter werden¹⁻¹² Schutzkittel gestellt, für deren Sauberkeit und Intaktheit der jeweilige Mitarbeiter verantwortlich ist.
- Hauswirtschaftliche Mitarbeiter tragen während des Dienstes¹⁻¹³
- Die Aufbereitung und Reparatur der Dienstkleidung erfolgt¹⁻¹⁴.
- Die Aufbewahrung von Dienstkleidung erfolgt getrennt von der Privatkleidung.
- Das Tragen dieser Dienstkleidung ist verpflichtend. Dienstkleidung darf während der Durchführung pflegerischer Tätigkeiten nicht durch private Kleidung (z.B. Strickjacken) ergänzt oder ersetzt werden.
- Kontaminierte Dienstkleidung ist sofort zu wechseln. Jeder Mitarbeiter hat selbst darauf zu achten, dass Kleidung zum Wechseln vor Ort verfügbar ist. Sonstige Wechsel liegen im Ermessen des jeweiligen Mitarbeiters, wobei ein sauberes, ordentliches Erscheinungsbild erwartet wird.

1.3.2 Handhabung von Persönlicher Schutzausrüstung¹⁻¹⁵

Als Persönliche Schutzausrüstung (PSA) bezeichnet man Utensilien und Kleidungsstücke, die vorrangig zum Schutz des Mitarbeiters in bestimmten Situationen als Ergänzung zur Dienstkleidung getragen wird. Unterschieden werden:

- Handschuhe in Form von Schutzhandschuhen, sterilen Handschuhen und Haushaltshandschuhen (siehe Kap. 1.2.5).

¹⁻⁹ Diesen Abschnitt bitte den Gegebenheiten vor Ort anpassen bzw. komplett löschen, wenn auch im Dienst Privatkleidung getragen wird.

¹⁻¹⁰ Hier bitte Anzahl der Garnituren bzw. der Kleidungsstücke eintragen.

¹⁻¹¹ Im Falle von privat zu stellender Dienstkleidung hier bitte eintragen, welche Eigenschaften diese Kleidung haben soll (z.B. weiße, bei 60°C waschbare Kasack-Hosen Kombinationen).

¹⁻¹² Hier bitte Anzahl der Schutzkittel eintragen.

¹⁻¹³ Im Falle von privat zu stellender Dienstkleidung hier bitte eintragen, welche Eigenschaften diese Kleidung haben soll (z.B. bei 60°C waschbare Haushaltskittel).

¹⁻¹⁴ Hier bitte eintragen, ob dies vor Ort, über einen Dienstleister oder im Privathaushalt erfolgt. Berücksichtigen Sie bitte, dass es einem Mitarbeiter nicht zugemutet werden kann, mit potentiell infektiösen Substanzen verschmutzte Kleidung (z.B. Kot) im Privathaushalt zu waschen.

¹⁻¹⁵ Vorgaben zur Nutzung von Persönlicher Schutzausrüstung sollten in Arbeits- und Betriebsanweisungen gemäß Biostoffverordnung zu finden sein. Diese werden wiederum nach einer Gefährdungsbeurteilung erstellt. Wenn solche Arbeits- und Betriebsanweisungen vorhanden sind sollte an dieser Stelle ein entsprechender Hinweis eingefügt werden.

| | | |
|--|--------------------|-------------------------|
| Logo der Institution | Hygieneplan | Seite 5 von 74 |
| Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft | Personalhygiene | Revision: Gültig ab: |

- Langärmelige Schutzkittel aus textilem Gewebe oder Einmalmaterial wenn mit einer Kontamination der Arme oder der Kleidung zu rechnen ist (z.B. bei der Pflege infektiöser Bewohner oder bei der Versorgung größerer infizierter Wunden) .
- Flüssigkeitsdichte Schürzen aus Plastikfolie (Einmalmaterial) als Spritz- und Kontaminationsschutz bei Vorbereitungsarbeiten (z.B. Vorbereitung von Waschschalen) oder pflegerischen Arbeiten mit Verschmutzungsgefahr (z.B. Versorgung inkontinenter Bewohner, Umgang mit Urindrainagesystemen, Wundversorgung).
- Mund-Nasenschutzmasken (mehrlagiges Einmalmaterial) zum Schutz der Pflegenden vor aerogenen Infektionsübertragungen (z.B. Norovirus-Infektionen oder beim Absaugen tracheotomierter Bewohner).
- Schutzbrillen (wiederverwendbar) zum Schutz der Augen bei Arbeiten mit Spritzgefahr (z.B. Anschließen von Desinfektionsmittelkanistern).¹⁵¹⁶

Regeln zur Verwendung von PSA

- Das Tragen von PSA erfolgt rein situativ und (im Rahmen der Pflege und Betreuung) strikt bewohnerbezogen, d.h. PSA wird kurz vor der Maßnahme angelegt und unmittelbar nach erfolgter Maßnahme bzw. Situation wieder abgelegt.
- Einmalmaterial wird als kontaminierter Abfall entsorgt (Kap. 2.3.2).
- Die Entsorgung flüssigkeitsdichter Schürzen erfolgt nach Beendigung der jeweiligen Arbeiten.
- Die Entsorgung von PSA erfolgt stets am Ort ihres Gebrauchs.
- Langärmelige Schutzkittel verbleiben nach Gebrauch im Bewohnerzimmer. Sie werden max. einen Tag lang verwendet und dann über die Schmutzwäsche entsorgt. Bei sichtbarer Kontamination erfolgt der Austausch sofort.

1.4 Verletzungsprophylaxe

1.4.1 Entsorgung von spitzen oder scharfen Gegenständen

- Alle mit Blut in Berührung kommenden spitzen oder scharfen Gegenstände wie Kanülen, Blutzuckerlanzetten etc. sind nach Gebrauch an Ort und Stelle in¹⁵¹⁷ zu entsorgen.
- Die Zwischenablage benutzter Kanülen hat ebenso wie das Aufstecken der Kanülenkappe (Recapping) zu unterbleiben.
- Bevor diese Behältnisse ganz voll sind, sollen sie verschlossen und der Abfallentsorgung (siehe Kap. 2.3) zugeleitet werden. Jegliches Nachstopfen ist unbedingt zu vermeiden.

1.4.2 Verhalten im Verletzungsfall

Wenn es zu einer Verletzung an einem kontaminierten Gegenstand gekommen ist, soll wie folgt verfahren werden:

- Blutfluss durch Druck auf das umliegende Gewebe fördern.
- Intensive Spülung des Wundgebietes mit Wasser.
- Desinfektion des Wundgebietes mit alkoholischem Hautdesinfektionsmittel.
- Danach verbinden oder mit einem Pflaster versehen.
- Jede Verletzung innerhalb der Dienstzeit ist ein Arbeitsunfall und soll auch als solches dokumentiert und behandelt werden¹⁵¹⁸. Bei infektiologischen Bedenken (HIV, HBV) soll

¹⁵¹⁶ Bitte ggf. Ihren Regelungen und Gegebenheiten anpassen. Beachten Sie bitte, dass die hier genannte Persönliche Schutzausrüstung zur Verfügung gestellt werden MUSS, wenn die entsprechenden Indikationen bestehen.

¹⁵¹⁷ Hier bitte die Art von durchstichfesten Behältnissen eintragen, die bei Ihnen zur Entsorgung von Kanülen und anderen spitzen bzw. scharfen Gegenständen verwendet werden. Beachten Sie bitte, dass hierzu in der TRBA250, Kap. 4.1.1.4 konkrete Vorgaben zur Beschaffenheit geeigneter Behältnisse genannt werden.

¹⁵¹⁸ Evtl. gibt es hierzu bei Ihnen sog. „Unfallbücher“, oder „Verletzungsbücher“, in welchen der Sachverhalt, welcher zu einer Verletzung oder einem Unfall geführt hat, dokumentiert wird. Wenn dies der Fall ist sollte an dieser Stelle ein Hinweis erscheinen.

| | | |
|---|--------------------|-------------------------|
| Logo der Institution | Hygieneplan | Seite 6 von 74 |
| Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft | Personalhygiene | Revision: Gültig ab: |

umgehend Kontakt mit einem Durchgangsarzt (Chirurgen, Ärzte für Unfallmedizin oder Krankenhausambulanzen haben meist eine entsprechende Zulassung) aufgenommen werden. Sofern vorhanden bitte Impfpass mitnehmen. 

| | | |
|--|--------------------|-------------------------|
| Logo der Institution | Hygieneplan | Seite 7 von 74 |
| Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft | Umgebungshygiene | Revision: Gültig ab: |

2 Umgebungshygiene

2.1 Routinemäßige Reinigungs- und Desinfektionsarbeiten

2.1.1 Organisation

Die routinemäßigen Reinigungs- und Desinfektionsarbeiten sind den vor Ort aushängenden Reinigungs- und Desinfektionsplänen entnehmbar.

Die jeweilige Wohnbereichsleitung²⁻¹ trägt dafür Sorge, dass je ein für diesen Bereich vorgesehener Reinigungs- und Desinfektionsplan (incl. Dosiertabelle²⁻²) in den unreinen Arbeitsräumen und im Dienstzimmer aushängt und dass die in diesen Plänen genannten Mittel vor Ort verfügbar sind. Ferner sorgt sie dafür, dass bei neuen Möbeln, Einrichtungsgegenständen, Medizinprodukten etc. die Frage der Materialverträglichkeit vor Anwendung von Reinigungs- und Desinfektionsmitteln geklärt ist.

Besondere Maßnahmen im Infektionsfall sind den Ausführungen in Kap. 5 zu entnehmen.

2.1.2 Hausreinigung

Die Hausreinigung wird von Mitarbeitern des Hauswirtschaftlichen Dienstes durchgeführt.²⁻³ Hierbei wird die Unterhaltsreinigung, die Grundreinigung und die Schlussdesinfektion²⁻⁴ unterschieden.

Durchführung der Unterhaltsreinigung

Die Unterhaltsreinigung wird²⁻⁵ durchgeführt und umfasst folgende Leistungen:²⁻⁶

- Reinigung der Bewohnerzimmer, d.h. reinigendes Wischen von glatten Böden, Tischen, Nachttischen und Stühlen, reinigendes Abwischen der Waschbecken und sonstigen Sanitäreinrichtungen, äußerliche Reinigung der Toilette.
- Reinigung der Funktionsräume, d.h. reinigendes Wischen von glatten Böden, reinigendes Abwischen der Waschbecken und sonstigen Sanitäreinrichtungen, äußerliche Reinigung der Toilette und Steckbeckenspülen, Auffüllen von Spendern.
- Reinigung der Flur- und Eingangsbereiche, d.h. Saugen von Auslegware, reinigendes Wischen von glatten Böden und Griffleisten.

Durchführung der Grundreinigung

Die Grundreinigung wird²⁻⁷ durchgeführt. Sie umfasst alle Leistungen der Unterhaltsreinigung und zusätzlich²⁻⁸:

- In Bewohnerzimmern: Saugen von Auslegware, Reinigendes Abwischen des Mobiliars, des Bettes, der Türen und der Fensterbänke.
- In den Funktionsräumen und den Flur- und Eingangsbereichen: Saugen von Auslegware, Reinigendes Abwischen des Mobiliars, der Türen und der Fensterbänke. Kühlschränke und Aufbewahrungsschränke werden ausgeräumt, reinigend ausgewischt und wieder eingeräumt. Seifen-, Desinfektionsmittel- und Handtuchspender werden gereinigt.

²⁻¹ Bitte ggf. Ihren Regelungen anpassen.

²⁻² Bitte löschen, wenn bei Ihnen Desinfektionslösungen über Dosiergeräte automatisch gemischt oder wenn Dosierbeutel verwendet werden.

²⁻³ Bitte korrigieren, wenn diese Arbeiten z.B. von Mitarbeitern eines externen Dienstleisters durchgeführt werden.

²⁻⁴ Bitte an die von Ihnen verwendeten Begriffe anpassen.

²⁻⁵ Hier bitte eintragen, wie oft bzw. an welchen Tagen die Unterhaltsreinigung erfolgt.

²⁻⁶ Nachfolgende Aussagen bitte Ihren Regelungen anpassen.

²⁻⁷ Hier bitte eintragen, wie oft bzw. an welchen Tagen die Grundreinigung erfolgt.

²⁻⁸ Nachfolgende Aussagen bitte Ihren Regelungen anpassen.

| | | |
|--|--------------------|-------------------------|
| Logo der Institution | Hygieneplan | Seite 8 von 74 |
| Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft | Umgebungshygiene | Revision: Gültig ab: |

Durchführung der Schlussdesinfektion

Eine Schlussdesinfektion wird durchgeführt, wenn das Zimmer bzw. der Bettenplatz eines infektiösen Bewohners wieder für andere Bewohner benutzbar gemacht werden soll. Die zu berücksichtigenden Flächen entsprechen denen der Grundreinigung; statt eines Reinigungsmittels wird jedoch ein Flächendesinfektionsmittel verwendet.

- Im Falle von MRSA werden die Mittel und Konzentrationen des Reinigungs- und Desinfektionsplanes verwendet; bei viralen Durchfallerkrankungen (z.B. Noro) und Hepatitis A²⁻⁹.
- Nach einer Stunde Einwirkzeit kann der betreffende Raum wieder benutzt werden.
- Die verwendeten Utensilien sind zu entsorgen bzw. der Aufbereitung zuzuleiten. Zum Abschluss der Maßnahme erfolgt eine Händedesinfektion.
- Zur Vorgehensweise bei weiteren Infektionserkrankungen siehe Kap. 5.

2.1.3 Regeln zur Durchführung von Reinigungs- und Desinfektionsarbeiten:

- Die Hände sind vor Kontakt mit Reinigungs- und Desinfektionsmitteln durch Verwendung von Haushaltshandschuhen zu schützen (siehe Kap. 1.2.5).
- ²⁻¹⁰Zur Unterhalts- oder Grundreinigung des Fußbodens wird die Halbnass-Einstufenmethode angewandt. Je ein getränkter Mopp wird für ein Bewohnerzimmer oder für einen Funktionsraum oder für den Flur- und Eingangsbereich verwendet. Bewohnerzimmer mit infektiösen Bewohnern werden zum Schluss gereinigt.
- Zur Unterhalts- oder Grundreinigung des Fußbodens wird mit der Zwei-Eimer-Methode gearbeitet. Ein Mopp wird für die Bewohnerzimmer, ein weiterer für die Funktionsräume und ein weiterer für die Flur- und Eingangsbereiche verwendet. Mit dem Moppwechsel findet auch ein Wechsel des Wisch- und des Spülwassers statt.
- Zur Flächenreinigung werden getränkte Vliestücher, sog. „Wipes“ verwendet. Neue Wipes befinden sich in einem Behälter, der mit ²⁻¹¹ aufgegossen wird. Es wird in der Reihenfolge Inventar, Sanitär und WC gearbeitet. Benutzte Wipes werden vor Ort als Hausmüll verworfen. Benutzte Wipes dürfen nicht zimmerübergreifend verwendet werden. Die Innenseite von Toiletten wird ausschließlich mit der WC-Bürste gereinigt.
- Zur Flächenreinigung wird in vorgegebener Reihenfolge mit drei Eimern und drei verschiedenen Lappen gearbeitet:
 - ²⁻¹²Eimer und Lappen für Inventar, Möbel, Türen etc.
 - ²⁻¹³Eimer und Lappen für Sanitärkacheln, Waschbecken Duschen etc.
 - ²⁻¹⁴Eimer und Lappen für die Reinigung der WC-Außenseite (die Innenseite wird ausschließlich mit der WC-Bürste gereinigt).
- Ein Satz Wischlappen wird für die Bewohnerzimmer, ein weiterer für die Funktionsräume und ein weiterer für die Flur- und Eingangsbereiche verwendet. Mit dem Lappenwechsel findet auch ein Wechsel des Wisch- und des Spülwassers statt.
- Benutzte wieder verwendbare Lappen werden über die Schmutzwäsche entsorgt; Einmal-lappen als Siedlungsmüll (Hausmüll) verworfen (siehe Kap. 2.3.1).

²⁻⁹ Hier bitte bei Ihnen gebräuchliche virensichere Flächendesinfektionsmittel incl. Konzentration eintragen. Bitte wählen Sie die Konzentration so, dass sie einer Einwirkzeit von 60 Min. entspricht.

²⁻¹⁰ Nachfolgend werden je 2 Möglichkeiten zur Fußboden und zur Flächenreinigung zur Auswahl gestellt, wobei Sie bitte die unzutreffenden Absätze löschen.

²⁻¹¹ Hier bitte eintragen, mit welchem Mittel, in welcher Konzentration und welcher Menge das Behältnis aufgegossen wird. Bei Verwendung von Wipes erübrigen sich die beiden nachfolgenden Punktabsätze, die Sie dann bitte löschen.

²⁻¹² Hier bitte Farbe für Inventar-Eimer und Lappen eintragen.

²⁻¹³ Hier bitte Farbe für Sanitär-Eimer und Lappen eintragen.

²⁻¹⁴ Hier bitte Farbe für WC-Eimer und Lappen eintragen.

| | | |
|--|--------------------|-------------------------|
| Logo der Institution | Hygieneplan | Seite 9 von 74 |
| Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft | Umgebungshygiene | Revision: Gültig ab: |

- Desinfektionslösungen dürfen nur die Reinigungsmittel bzw. Reinigungsverstärker hinzugegeben werden, die vom Hersteller dafür zugelassen sind und im Reinigungs- und Desinfektionsplan genannt werden.
- ²⁻¹⁵ Desinfektions- oder Reinigungslösungen werden fertig zugemischt dem jeweiligen Desinfektionsmittelzumischgerät bzw. der Zumisanlage vor Ort entnommen. Die Zumischgeräte bzw. -anlagen werden ²⁻¹⁶ gewartet und überprüft.
- Desinfektions- oder Reinigungslösungen werden aus Konzentrat und Wasser unter Verwendung eines Dosierbechers und einer Dosiertabelle angesetzt. Um Schaumbildung zu vermeiden wird erst die erforderliche Menge an kaltem Wasser in den Eimer gelassen und danach die vorgesehene Konzentratmenge zugegeben.
- Desinfektions- oder Reinigungslösungen werden unter Verwendung von Dosierbeuteln angesetzt. Hierbei wird erst die erforderliche Menge an kaltem Wasser in den Eimer gelassen und dann der Beutel im Wasser geöffnet.
- Zur Flächendesinfektion werden getränkte Vliestücher, sog. „Wipes“ verwendet. Neue Wipes befinden sich in einem Behälter, der mit ²⁻¹⁷ aufgegossen wird. Benutzte Wipes werden vor Ort als Siedlungsmüll verworfen. Ein „Wipe-Eimer“ ist nach der Desinfektionsmittel-Befüllung ²⁻¹⁸ Tage verwendungsfähig und ist mit einem MHD zu beschriften. Nach Überschreitung dieser Frist sind der Eimer als Hausmüll zu entsorgen.
- Offen angesetzte Desinfektionslösungen sind mindestens täglich zu wechseln. Wenn eine Lösung mit sichtbaren Rückständen von Blut, Erbrochenem, Fäkalien etc. belastet ist muss sie unverzüglich gewechselt werden. Die zum Aufwischen solcher Substanzen verwendeten Lappen sind entweder als kontaminierter Abfall zu verwerfen (Kap. 2.3.2) oder umgehend als Schmutzwäsche zu entsorgen (Kap. 2.4.2).

2.2 **Aufbereitung von und Umgang mit Medizinprodukten**

Medizinprodukte (MP) sind meist Gegenstände, die der Erkennung, Verhütung, Überwachung, Behandlung oder Linderung (bzw. Kompensation) von Krankheiten, Verletzungen oder Behinderungen dienen. Insofern reicht die Bandbreite vom Thermometer über Pumpen zur Sondenernährung bis hin zu Gehhilfen, Wechseldruckmatratzen und Lagerungsschienen.

Mit dem Gebrauch von Medizinprodukten sind vielfältige gesetzliche Forderungen verbunden, von denen hier lediglich die Frage der hygienegerechten Aufbereitung behandelt wird.

2.2.1 **Organisation**

Ansprechpartner für Aufbereitungsfragen ist ²⁻¹⁹

Für jedes durch das Pflegepersonal aufzubereitende MP muss in Verantwortung der Pflegedienstleitung ²⁻²⁰ abgeklärt worden sein

- wer der Betreiber ist (Bewohner oder Heim),
- welches die vom Hersteller vorgesehenen Aufbereitungsmittel und Methoden sind und
- welche Personalmitglieder mit der Aufbereitung betraut sein sollen.

Auf Basis dessen sorgt die Pflegedienstleitung ²⁻²⁰ dafür, dass

²⁻¹⁵ Nachfolgend werden 4 Möglichkeiten zum Ansetzen von Desinfektions- oder Reinigungslösungen vorgegeben, wobei Sie bitte unzutreffende Absätze löschen und die Aussagen Ihren Verhältnissen entsprechend modifizieren.

²⁻¹⁶ Hier bitte eintragen, in welchen Intervallen und durch wen die Steckbeckenspülen gewartet und überprüft werden.

²⁻¹⁷ Hier bitte eintragen, mit welchem Desinfektionsmittel, in welcher Konzentration und welcher Menge das Behältnis aufgegossen wird.

²⁻¹⁸ Hier bitte die max. Standzeit der verwendeten Desinfektionsmittellösung eintragen.

²⁻¹⁹ Hier bitte Ihren Ansprechpartner für Aufbereitungsfragen eintragen. Evtl. gibt es bei Ihnen einen Medizinprodukte-Beauftragten oder eine externe Institution, die in diesem Punkt die Sachkompetenz hat. Es können natürlich sowohl interne, als auch externe Personen oder Institutionen eingetragen werden.

²⁻²⁰ Bitte ändern, wenn bei Ihnen hierfür andere Personen verantwortlich oder zuständig sind.

²⁻²⁰ Bitte ändern, wenn bei Ihnen hierfür andere Personen verantwortlich oder zuständig sind.

| | | |
|--|--------------------|-------------------------|
| Logo der Institution | Hygieneplan | Seite 10 von 74 |
| Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft | Umgebungshygiene | Revision: Gültig ab: |

- die vom Hersteller vorgesehenen Mittel verfügbar und die Methoden umsetzbar sind,
- die mit der Aufbereitung betrauten Personen fachkundig sind,
- bei hauseigenen MP die Aufbereitungsregeln in den Hygieneplan bzw. in die Reinigungs- und Desinfektionspläne integriert sind,
- bei bewohnereigenen und hauseigenen MP die herstellerseitigen Gebrauchs- und Aufbereitungsanweisungen vor Ort einsehbar sind und
- bei energetischen Medizinprodukten (z.B. Nährsondenpumpen) eine geregelte Einweisung und das Führen eines Gerätepasses erfolgt.
- ggf. die vom Hersteller vorgegebenen messtechnischen und sicherheitstechnischen Kontrollen frist- und fachgerecht durchgeführt werden.

2.2.2 Aufbereitung von Pflegeutensilien

Bewohnergebundene Verwendung²⁻²¹

Folgende Utensilien und Geräte sollen grundsätzlich bewohnerbezogen verwendet werden:

- Kämme und Bürsten
- Mundpflegezubehör
- Waschschalen
- Steckbecken und Urinflaschen
- Toilettenstühle
- Sets und Instrumente zur Maniküre oder Pediküre
- elektrische Rasierapparate
- Geräte zur Inhalation und Sauerstoffinsufflation

Aufbereitung von Steckbecken und Urinflaschen²⁻²²

Beim Umgang mit Steckbecken oder Urinflaschen werden Schutzhandschuhe getragen.

Steckbecken und Urinflaschen werden unmittelbar nach Gebrauch in der Steckbeckenspüle thermisch aufbereitet. Die Steckbeckenspülen werden²⁻²³ gewartet und überprüft.

Aufbereitung unkritischer Medizinprodukte

Utensilien wie Gehhilfen, Lagerungsschienen, Stethoskope, Blutdruckmanschetten, also Gegenstände, die bei der zweckbestimmten Verwendung lediglich mit intakter Haut in Berührung kommen sind sog. „unkritische Medizinprodukte“. Auch Waschschalen werden wie unkritische Medizinprodukte aufbereitet.

- Wenn diese Artikel bewohnergebunden verwendet werden genügt eine Reinigung.
- Lediglich bei einer Kontamination (Blut, Fäzes etc.), bewohnerübergreifender Verwendung, Rückgabe an das Sanitätshaus, vor einer Reparatur etc. ist eine reinigende Wischdesinfektion gemäß den Vorgaben des Reinigungs- und Desinfektionsplanes bzw. der Herstellerangaben notwendig.
- In jedem Fall ist darauf zu achten, dass die aufbereiteten Gegenstände nach der Aufbereitung trocken sind und dass evtl. verbleibende Restfeuchte abdunsten kann.

²⁻²¹ Bitte ggf. Ihren Regelungen anpassen.

²⁻²² Es wird davon ausgegangen, dass die Reinigung und Desinfektion thermisch-maschinell erfolgt. Bei manueller Aufbereitung wäre dieser Satz zu löschen und eine entsprechende Beschreibung der Durchführung einzufügen. Generell sollte der maschinellen Aufbereitung der Vorzug gegeben werden. Unabhängig davon wird von einer bewohnergebundenen Verwendung von Steckbecken oder Urinflaschen ausgegangen; ggf. bitte ändern. Bei chemothermischen Steckbeckenspülen ist keine umfassende Desinfektion zu erwarten. Je nach Art der Steckbeckenspüle und bei manueller Reinigung wäre bei Infektionsausbrüchen (z.B. Noro) ein zusätzliches Auswischen mit einem viruziden Desinfektionsmittel notwendig.

²⁻²³ Hier bitte eintragen, in welchen Intervallen und durch wen die Steckbeckenspülen gewartet und überprüft werden.

| | | |
|--|--------------------|-------------------------|
| Logo der Institution | Hygieneplan | Seite 11 von 74 |
| Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft | Umgebungshygiene | Revision: Gültig ab: |

Aufbereitung semikritischer Medizinprodukte

Semikritische Medizinprodukte sind Artikel, die bei bestimmungsgemäßer Verwendung Kontakte mit Schleimhäuten oder krankhaft veränderter Haut haben, wie z.B. Trachealkanülen.

- Wiederaufbereitbare semikritische Medizinprodukte müssen vor einer erneuten Anwendung gereinigt, desinfiziert, gespült und getrocknet und ggf. sterilisiert werden.
- Die genaue Vorgehensweise erfolgt gemäß den Herstellerangaben unter Beachtung der in Kap. 2.2.1 genannten Punkte durch eingewiesenes Personal. Insbesondere muss ausgeschlossen werden, dass die bei der Aufbereitung verwendeten chemischen Stoffe den Bewohner schädigen können.

2.2.3 Aufbereitung kritischer Medizinprodukte

Kritische Medizinprodukte sind Artikel wie chirurgische Instrumente, Knopfkanülen, Infusionsbestecke, Katheter etc., bei deren bestimmungsgemäßer Verwendung es zur Durchdringung der Haut bzw. zum Kontakt mit Blut, inneren Geweben oder Wunden kommt.²⁻²⁴

²⁻²⁵ Kritische Medizinprodukte werden in unserer Einrichtung grundsätzlich nicht aufbereitet, sondern entweder als Einmalmaterial verwendet oder durch den Hausarzt gestellt, entsorgt und aufbereitet.

²⁻²⁶ Aufbereitbare kritische Medizinprodukte (wie z.B. Pinzetten oder Knopfkanülen) werden zur Aufbereitung am Ort ihrer Verwendung in geschlossenen Behältnissen gesammelt. Die Zwischenlagerung dieser Behältnisse erfolgt²⁻²⁷, die Aufbereitung durch²⁻²⁸

²⁻²⁹ Aufbereitbare kritische Medizinprodukte (wie z.B. Pinzetten oder Knopfkanülen) werden zur Aufbereitung am Ort ihrer Verwendung in geschlossenen Behältnissen gesammelt und der Aufbereitung zugeleitet. Bei der Aufbereitung sind die Vorgaben des Qualitätshandbuchs „Aufbereitung“ einzuhalten.

2.2.4 Lagerung von Sterilgut

- Sterilgut soll staubfrei, trocken und möglichst in Schubladen und Schränken gelagert werden. Sterilgut darf auch in Umverpackungen (z.B. Spritzenkartons) nicht direkt auf dem Fußboden lagern.
- Es ist bis zur unmittelbaren Verwendung in den Verpackungen zu belassen. Auch Sterilgut-Umverpackungen sollen so lange wie möglich geschlossen bleiben.
- Sterilgut aus angebrochenen, defekten oder feuchten Verpackungen gilt als unsteril und ist daher zu verwerfen bzw. der Aufbereitung zuzuleiten.
- Die Lagerung erfolgt nach dem „first in / first out“-Prinzip: d.h. dass neues Sterilgut hinter dem älteren eingelagert wird. Grundsätzlich soll eine bedarfsgerechte „schlanke“ Lagerung angestrebt werden.
- Die Lagerdauer richtet sich nach dem Verfallsdatum. Bei Überschreitung muss das Sterilgut verworfen oder neu aufbereitet werden.

²⁻²⁴ Nachfolgend werden 3 Möglichkeiten vorgestellt, wobei Sie Unzutreffendes bitte löschen.

²⁻²⁵ Dieser Absatz sollte verwendet werden, wenn Ihre Einrichtung kritische Medizinprodukte nicht aufbereitet und auch nicht einer Aufbereitung zuleitet.

²⁻²⁶ Dieser Absatz sollte verwendet werden, wenn Ihre Einrichtung kritische Medizinprodukte einer Aufbereitung (z.B. durch eine Klinik) zuleitet.

²⁻²⁷ Hier bitte eintragen, in welchem Raum bzw. in welchem Bereich diese Zwischenlagerung erfolgt. Nachfolgend bitte eintragen, wie sich die Logistik gestaltet (z.B. Abholung, Anlieferung).

²⁻²⁸ Hier bitte eintragen, wer die Aufbereitung durchführt.

²⁻²⁹ Dieser Absatz sollte verwendet werden, wenn Ihre Einrichtung kritische Medizinprodukte selbst aufbereitet. Es wird auf einen, im Hygieneplan nicht integrierten Standard in Form eines Qualitätshandbuchs verwiesen, welches zumindest auf folgende Punkte Bezug nehmen sollte: zur Aufbereitung berechnigte Personen / Räume und Bereiche in denen die unreinen Aufbereitungsschritte und in denen die reinen Aufbereitungsschritte vollzogen werden / Durchführung der unreinen Schritte Reinigung, Zwischenspülung, Desinfektion, Schlusspülung / Durchführung der reinen Schritte, Trocknung, Überprüfung, Verpackung, Sterilisation und Freigabe / Tägliche und intervallmäßige Überprüfungen der Aufbereitungsgeräte, wie z.B. von Sterilisatoren / Aufbereitung der Sammelgefäße / Personal- und Arbeitsschutz. Bitte orientieren Sie sich bei der Beschreibung dieser Schritte an der RKI-Empfehlung „Aufbereitung von Medizinprodukten“, an der TRBA 250 und an den Herstellerangaben der aufzubereitenden Produkte.

| | | |
|--|--------------------|-------------------------|
| Logo der Institution | Hygieneplan | Seite 12 von 74 |
| Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft | Umgebungshygiene | Revision: Gültig ab: |

- ²⁻³⁰ wird eine dokumentierte Kontrolle des Sterilgutes durch ²⁻³¹ durchgeführt.

2.3 Abfallentsorgung²⁻³²

Ansprechpartner für Abfallfragen ist ²⁻³³

²⁻³⁴

2.3.1 Entsorgung von Siedlungsabfällen²⁻³⁵

Unter "Siedlungsabfälle" versteht man Abfälle, wie sie in ganz normalen Haushalten entstehen, z.B. alte Zeitungen, Essensreste, Verpackungsmüll.

Bei der Entsorgung und Sortierung sind lediglich die für den Hausmüll üblichen Vorgaben zu beachten: ²⁻³⁶.

2.3.2 Entsorgung kontaminierter Abfälle

Kontaminierte Abfälle sind Abfälle, die mit potentiell infektiösen bzw. infektiösen Substanzen (z.B. Fäzes, Atemwegssekret, Urin, Blut etc.) behaftet sind und die vor allem im Zusammenhang mit der pflegerischen Versorgung von Bewohnern entstehen. Zu den kontaminierten Abfällen zählen u.a. benutzte Urinbeutel, Wundverbände, Inkontinenzsysteme, Spritzen etc. Bei unsachgemäßer Handhabung innerhalb des Heimes können durch kontaminierte Abfälle Infektionsübertragungen entstehen.

Bei ihrer Entsorgung sind folgende Vorgaben zu beachten:

- Kontaminierte Abfälle sind getrennt von Siedlungsabfällen am Ort ihrer Entstehung zu sammeln (z.B. in 10 – 20-Liter-Beuteln); geschlossene Beutel mit kontaminierten Abfällen können jedoch den Beuteln mit den Siedlungsabfällen zugegeben werden (= „Doppelsackmethode“).
- Kontaminierte Abfälle dürfen nicht in Bewohnerzimmern verbleiben und dürfen nicht umgefüllt oder nachsortiert werden.
- Zur Entsorgung von spitzen oder scharfen Gegenständen siehe Kap. 1.4.1.

2.3.3 Entsorgung infektiöser Abfälle

Von infektiösen Abfällen wird gesprochen, wenn Abfälle mit Erregern meldepflichtiger Infektionserkrankungen (§6 IfSG), wie z.B. Tuberkulose, Typhus oder Diphtherie behaftet sind. Bei unsachgemäßer Handhabung innerhalb und außerhalb des Heimes können durch infektiöse Abfälle Infektionsübertragungen entstehen.

Infektiöse Abfälle sind in einem Alten- und Pflegeheim eine Rarität (Abfälle im Zusammenhang mit MRSA oder viralen Gastroenteritiden zählen zu den kontaminierten Abfällen). Das Sammeln verlangt das Vorhandensein spezieller Entsorgungsbehältnisse und erfolgt separat

²⁻³⁰ Bitte die Intervalle eintragen (z.B. vierteljährlich).

²⁻³¹ Bitte eintragen, wer bei Ihnen die routinemäßige Sterilgutkontrolle durchführt, evtl. auf Formular verweisen. Es ist auch möglich, dass eine Kontrolle des Sterilgutes im Zuge der Kontrollen des Vertragsapothekers integriert ist, so dass Sie ggf. keinen Handlungsbedarf haben.

²⁻³² Die hier getroffenen Vorgaben entsprechen der allgemeinen Vorgehensweise. Zur Abklärung von Details, wie z.B. der Entsorgung von kontaminierten, verletzungsträchtigen Materialien sollte vor der Festlegung der konkreten Vorgehensweise Kontakt mit dem kommunalen Entsorger aufgenommen werden. Zur Beantwortung häufig vorkommender Fragen werden oft Merkblätter zur Verfügung gestellt.

²⁻³³ Hier bitte Ihren Ansprechpartner für Abfallfragen eintragen. Meist ist es der Hausmeister. In größeren Institutionen gibt es evtl. einen Abfallbeauftragten. Ggf. kann auch ein Ansprechpartner des kommunalen Entsorgers genannt werden.

²⁻³⁴ Festlegungen zur Entsorgung von Abfällen und Schmutzwäsche können auch in einem tabellenartigen Abfall- und Wäscheentsorgungsplan zusammengefasst werden, der dann laminiert in Entsorgungsräumen aushängt. In diesem Fall können die Kapitel 2.3.1 bis 2.3.4 und 2.4.2 durch einen Hinweis auf diesen Plan ersetzt werden.

²⁻³⁵ Die nachfolgenden Ausführungen sind zu besserer Verständlichkeit bewusst einfach gehalten und geben nur indirekt die Forderungen der Abfallgesetzgebung wieder. Wenn es bei Ihnen einen Abfallentsorgungsplan gibt kann auf diesen verwiesen und der gesamte Abschnitt stark gekürzt werden.

²⁻³⁶ Hier bitte hinschreiben, wie gemäß den kommunalen Vorgaben der Siedlungsmüll getrennt wird (Verpackungsmüll, Papier, Biotonne, Restmüll etc.).

| | | |
|---|--------------------|-------------------------|
| Logo der Institution | Hygieneplan | Seite 13 von 74 |
| Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft | Umgebungshygiene | Revision: Gültig ab: |

von den Siedlungs- und den kontaminierten Abfällen. Sollte die Notwendigkeit zum Sammeln von infektiösen Abfällen auftreten werden die Details zwischen der Pflegedienstleitung²⁻³⁷ und dem Gesundheitsamt abgesprochen.

2.3.4 Entsorgung von Sonderabfällen

Als Sonderabfälle bezeichnet man Abfälle, die auf Grund ihrer speziellen Eigenschaften und enthaltenen Gefahrenstoffe besondere Maßnahmen der Abfallsammlung und –entsorgung notwendig machen:²⁻³⁸

Altmedikamente:

Neonröhren:

Batterien:

2.4 Wäschever- und Entsorgung

Ansprechpartner für Wäscheaufbereitung und Schmutzwäscheentsorgung²⁻³⁹

2.4.1 Hygienegerechter Umgang mit Frischwäsche

- Der Umgang mit Frischwäsche erfolgt mit desinfizierten Händen.
- Frischwäsche darf nicht in unreinen Funktionsräumen z.B. zusammen mit Schmutzwäsche oder Abfällen gelagert werden.
- Die Lagerung von Frischwäsche erfolgt in²⁻⁴⁰. Die Pflegearbeitswagen sollen lediglich den Tagesvorrat beinhalten.
- Mängel wie Defekte, Verfärbungen, Stockflecken²⁻⁴¹

2.4.2 Hygienegerechter Umgang mit Schmutzwäsche

Durch Schmutzwäsche können innerhalb des Heimes und innerhalb der Wäscherei Infektionen übertragen werden.

Sortierung²⁻⁴²

Flachwäsche: Sack

Privatwäsche 60°C: Sack

Privatwäsche bunt: Sack

Kissen, Inletts und Decken: Sack

Berufskleidung:

Hygieneregeln

- Schmutzwäschesäcke, bzw. entsprechend ausgestattete Pflegearbeitswagen dürfen mit in die Bewohnerzimmer genommen werden, wobei infektiöse Bewohner möglichst zum Schluss eines Programms versorgt werden sollen.
- Schmutzwäsche darf nicht nachsortiert werden.
- Bei stark verschmutzter Wäsche (z.B. bei der Versorgung Inkontinenter) sind Schutzhandschuhe zu verwenden.

²⁻³⁷ Bitte korrigieren, wenn bei Ihnen hierfür eine andere Person zuständig ist.

²⁻³⁸ Tragen Sie hier bitte ein, wer diese Artikel entsorgt und welche Maßnahmen zum Sammeln, Zwischenlagern etc. getroffen werden müssen.

²⁻³⁹ Tragen Sie hier bitte Ihren Ansprechpartner für die Wäschever- und entsorgung ein.

²⁻⁴⁰ Tragen Sie hier bitte ein, wo die Frischwäschelagerung erfolgen sollen. Es wird erwartet, dass hierfür geschlossene Schränke, Rollwagen etc. zur Verfügung stehen.

²⁻⁴¹ Hier bitte eintragen, wie in solchen Fällen verfahren werden soll. Bitte die Vorgehensweise im Falle Frischwäsche und bei Schmutzwäsche beschreiben.

²⁻⁴² Bitte Ihren Regelungen anpassen und evtl. ergänzen (z.B. wenn Sie auch Säcke für infektiöse Wäsche haben). Die Farben der Säcke sollten jeweils eingetragen werden.

| | | |
|--|--------------------|-------------------------|
| Logo der Institution | Hygieneplan | Seite 14 von 74 |
| Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft | Umgebungshygiene | Revision: Gültig ab: |

- Kissen, Inletts oder Decken werden nur im Falle einer Kontamination, im Rahmen einer Schlussdesinfektion oder im Falle eines Bewohnerwechsels aufbereitet.
- Verfleckte oder reparaturbedürftige Schmutzwäsche muss zum Infektionsschutz vor weiteren Maßnahmen erst gewaschen werden und ist daher ²⁻⁴³
- Volle Wäschesäcke sind stets verschlossen zu lagern und zu transportieren und dürfen (bei Verwendung von Wickelsäcken) nicht gestaucht werden.
- Die Zwischenlagerung voller Säcke erfolgt ²⁻⁴⁴
- Die Aufbereitung von Flachwäsche erfolgt unter Anwendung eines desinfizierenden Waschverfahrens (60°C oder Kochwäsche).

2.4.3 Hygienegerechter Umgang mit Matratzen

- Für alle Bewohnerbetten wird ein Matratzenschutz verwendet ²⁻⁴⁵.
- Wenn es zu einer massiven Kontamination der Matratze kommt muss diese als kontaminierter Abfall entsorgt werden. ²⁻⁴⁶
- Matratzenschonbezüge sind routinemäßig bei einem Bewohnerwechsel oder im Rahmen einer Schlussdesinfektion ²⁻⁴⁷
- Defekte Schutzbezüge sind unverzüglich auszutauschen.

2.5 Umgang mit Trinkwasser

Grundsätzlich gilt:

- Trinkwasser ist keimarm aber nicht keimfrei. Für bestimmte Verwendungszwecke, wie z.B. das Durchspülen enteraler Sonden soll daher frisches abgekochtes Wasser oder Sterilwasser verwendet werden.
- Bei stagnierendem Wasser oder bei unzulänglichen Armaturen besteht die Gefahr einer vermehrten, u.U. gefährlichen Keimbesiedelung. Leitungswasser sollte zwar den Anforderungen an Trinkwasser entsprechen; dies ist in der Praxis aber nicht immer der Fall.

Hygieneregeln zum Umgang mit Trinkwasser

- Alle Wasserzapfstellen sollen möglichst engmaschig durchspült werden. Wenn eine Wasserzapfstelle erfahrungsgemäß seltener als zweimal in der Woche durchspült wird muss eine systematische Durchspülung durch das Pflegepersonal erfolgen. Die betreffenden Wasserzapfstellen (jeweils kalt und warm) sind in diesen Fällen mind. ²⁻⁴⁸ durch ²⁻⁴⁹ dokumentiert zu durchspülen. Die Durchspülung wird für die Dauer einer Minute (bei Vorhandensein von Kalt- und Warmwasserhähnen je eine Minute) vorgenommen, nachdem das Wasser gleichbleibend kalt, bzw. heiß aus dem Hahn kam.

²⁻⁴³ Hier bitte eintragen, wie mit dieser Wäsche verfahren werden soll (z.B. sammeln in gesondertem Sack, Benachrichtigung der Wäscherei etc.).

²⁻⁴⁴ Schreiben Sie hier bitte hin, wo bei Ihnen volle Wäschesäcke gelagert und wie oft sie abgeholt werden.

²⁻⁴⁵ Tragen Sie bitte hier den bei Ihnen praktizierten Matratzenschutz ein (z.B. Einmalschutzbezug, wieder verwendbarer Hygienebezug etc.). Wenn ein Matratzenschutz nur bei bestimmten Bewohnern verwendet wird sollte das hier beschrieben werden.

²⁻⁴⁶ Matratzen können nur thermisch mittels Dampf oder Heißluft in speziell dafür ausgerichteten Anlagen desinfiziert werden; Methoden wie Einsprühen oder Abwischen haben keine ausreichende Wirkung. Wenn Sie auf solche Desinfektionsanlagen nicht zurückgreifen können bleibt nur die geregelte Entsorgung der Matratze. Bitte eintragen, wie das konkret erfolgen soll.

²⁻⁴⁷ Tragen Sie hier bitte ein, ob der Bezug wischdesinfiziert (mit welchen Mittel und in welcher Konzentration) oder (im Falle von Einmalmaterial) ausgetauscht wird.

²⁻⁴⁸ Tragen Sie hier bitte ein, wie oft die routinemäßige Durchspülung selten genutzter Zapfstellen erfolgen soll (z.B. 2x wöchentlich). Welche Intervalle und Spülzeiten in Ihrem Hause sinnvoll sind kann z.B. unter Beratung des örtlichen Gesundheitsamtes festgelegt werden.

²⁻⁴⁹ Tragen Sie hier bitte ein, durch wen die routinemäßige Durchspülung selten genutzter Zapfstellen erfolgen soll (z.B. Hauswirtschaftskräfte vor Ort).

| | | |
|---|--------------------|-------------------------|
| Logo der Institution | Hygieneplan | Seite 15 von 74 |
| Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft | Umgebungshygiene | Revision: Gültig ab: |

- Wasserstrahlregler (Perlatoren) und Duschköpfe werden ²⁻⁵⁰ durch ²⁻⁵¹ ausgetauscht bzw. gereinigt.
- Eine regelmäßige Untersuchung des Trinkwassers erfolgt durch das Gesundheitsamt bzw. durch entsprechend akkreditierte Firmen bzw. Labore. Die Befunde gehen an die Heimleitung, welche sie an das Gesundheitsamt weiterleitet. Bei Befunden außerhalb der Normbereiche wird zur Abklärung der weiteren Vorgehensweise Kontakt mit dem Gesundheitsamt aufgenommen.
- ²⁻⁵² Endständige Wasserfilter sind an folgenden Orten vorhanden: ⁵⁻⁵³. Der Austausch dieser Filter erfolgt ⁵⁻⁵⁴ durch ⁵⁻⁵⁵ und wird entsprechend dokumentiert. Benutzte Filter sind als Siedlungsmüll zu entsorgen.

²⁻⁵⁰ Tragen Sie hier bitte ein, wie oft der routinemäßige Austausch bzw. die Reinigung von Wasserstrahlreglern erfolgen soll (z.B. halbjährlich).

²⁻⁵¹ Tragen Sie hier bitte ein, wer den routinemäßigen Austausch bzw. die Reinigung von Wasserstrahlreglern durchführen soll (z.B. Hausmeister).

²⁻⁵² Der folgende Absatz ist zu verwenden, wenn Sie endständige Wasserfilter verwenden (= Wasserfilter, die direkt an den Wasserhahn montiert werden). Dies bietet sich z.B. zur schnellen Herstellung von Spülwasser im Rahmen der Enteralen Ernährung an (siehe Kap. 4.7.3).

⁵⁻⁵³ Hier bitte eintragen, an welchen Orten Sie diese Filter verwenden.

⁵⁻⁵⁴ Tragen Sie hier bitte ein, wie oft diese Filter getauscht werden müssen (z.B. wöchentlich).

⁵⁻⁵⁵ Tragen Sie hier bitte ein, wer den Filteraustausch vornimmt (z.B. Hausmeister).

| | | |
|--|---|-------------------------|
| Logo der Institution | Hygieneplan | Seite 16 von 74 |
| Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft | Hygiene im Umgang mit Arznei- und Lebensmitteln | Revision: Gültig ab: |

3 Hygiene im Umgang mit Arznei- und Lebensmitteln

3.1 Umgang mit Arzneimitteln

Ansprechpartner in Fragen zu Arzneimitteln ist ³⁻¹

3.1.1 Lagerung von Arzneimitteln

- Grundsätzlich ist sicherzustellen, dass die Lagerung von Medikamenten gemäß den Vorgaben des Herstellers (Beipackzettel) erfolgt.
- Eine routinemäßige Kontrolle der Arzneimittellagerung durch einen Vertragsapotheker findet ³⁻² statt.

Lagerung zu kühlender Medikamente

- Zu kühlende Arzneimittel werden von Lebensmitteln und Untersuchungsmaterialien getrennt bei einer Temperatur zwischen +2° und +8°C in einem Medikamentenkühlschrank gelagert.
- Die Medikamente sollen mit der Rückwand keinen Kontakt haben (Gefahr des Einfrierens) und auch nicht in den Türfächern gelagert werden.
- Medikamentenkühlschränke sind dokumentiert durch das Pflegepersonal ³⁻³ zu kontrollieren. Kontrollpunkte sind:
 - Temperatur, Ordnung, Sauberkeit und Funktion (z.B. Eisrückstände)
 - Mindesthaltbarkeitsdaten
 - sachgemäße Positionierung der Medikamente (weder an der Rückwand, noch in den Türfächern).
 - sachgemäßer Umgang mit Stammampullen (siehe unten)
- Beim Anbruch von Ampullen zur Mehrfachentnahme (Stammampullen) ist das Datum und die Uhrzeit des Anbruchs auf dem Behältnis vermerken. Die höchstmögliche Lagerdauer dieser Medikamente ist mit dem Apotheker abzuklären bzw. den Herstellerangaben zu entnehmen und als gut sichtbare Notiz in unmittelbarer Nähe des Medikamentenkühlschranks zu hinterlegen. Sofern zur Entnahme keine speziellen Entnahmekanülen („Spikes“) verwendet werden, darf bei der Lagerung die Entnahmekanüle nicht stecken gelassen werden, so dass für jede Entnahme eine neue Kanüle und eine neue Spritze genommen wird.
- Eine routinemäßige Reinigung der Medikamentenkühlschränke findet ³⁻⁴ durch ³⁻⁵ statt. Sichtbare Verunreinigungen müssen sofort entfernt werden.

Lagerung von Medikamenten, die nicht gekühlt werden müssen:

- Das Anbruchsdatum von Tropfenflaschen ist auf der Flasche zu vermerken. Die Mindesthaltbarkeitsgrenze (bezogen auf angebrochene Behältnisse) ist dem Beipackzettel entnehmbar.
- Medikamente wie Kapseln, Dragees oder Tabletten werden in ihren Verpackungen gelagert und nicht umgefüllt.
- Die Lagerung erfolgt grundsätzlich lichtgeschützt, trocken, kühl und geschlossen in einem verschließbaren Medikamentenschrank. ³⁻⁶

³⁻¹ Tragen Sie bitte hier den Namen des Vertragsapothekers ein.

³⁻² Tragen Sie hier bitte ein, wie oft eine routinemäßige Medikamentenkontrolle durch den Vertragsapotheker durchgeführt wird (meist halbjährlich).

³⁻³ Hier bitte eintragen, wie häufig dies erfolgen soll (z.B. wöchentlich).

³⁻⁴ Tragen Sie hier bitte ein, wie oft Medikamentenkühlschränke von innen gereinigt werden sollen (z.B. monatlich).

³⁻⁵ Tragen Sie hier bitte ein, durch wen die Reinigung erfolgt (z.B. Hauswirtschaftspersonal).

| | | |
|--|---|-------------------------|
| Logo der Institution | Hygieneplan | Seite 17 von 74 |
| Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft | Hygiene im Umgang mit Arznei- und Lebensmitteln | Revision: Gültig ab: |

- Eine Sichtung und Kontrolle des stationären Medikamentenbestandes durch das Pflegepersonal findet ³⁻⁷ statt. Kontrolliert wird auf
 - Mindesthaltbarkeit
 - Indikation (z.B. Restmedikamente verstorbener Bewohner)
 - Verwendungsfähigkeit (z.B. Beschädigung von Kapseln, Feuchtigkeit)

3.1.2 Umgang mit Arzneimitteln und Utensilien

- Medikamente werden stets bewohnerbezogen und gemäß ärztlicher Anordnung verwendet. Zur Sicherstellung dieser Identität werden Medikamentenbehältnisse und Dispenser mit dem Namen des Bewohners beschriftet.
- Die Entnahme und Handhabung von Medikamenten erfolgt mit desinfizierten Händen.
- ³⁻⁸ Bei Dauermedikationen werden die Dispenser und weiteren Medikamentenbehältnisse von der Vertragsapotheke bestückt und aufbereitet.
- Benutzte Medikamentenbecher oder –gläser werden nach Gebrauch im Geschirrspüler aufbereitet; Dispenser wöchentlich. Utensilien dieser Art müssen nach der Aufbereitung trocken sein. Zum Abtrocknen (sofern notwendig) ist ein frisches Geschirrhandtuch zu verwenden. ³⁻⁹

3.2 Umgang mit Lebensmitteln

Für das Personal ist das Rauchen und die Nahrungsaufnahme in Bewohnerbereichen untersagt; statt dessen sind die entsprechenden Personalräume aufzusuchen.

³⁻¹⁰ Innerhalb der Wohnbereiche werden Lebensmittel lediglich verteilt aber nicht zubereitet.

Innerhalb der Wohnbereiche werden Lebensmittel sowohl verteilt, als auch zubereitet. Die Zubereitung erfolgt jedoch nur innerhalb der dafür ausgewiesenen Stations- und Wohngruppenküchen und nur durch entsprechend eingewiesene Personen.

3.2.1 Verteilen von Lebensmitteln und Abräumen von Geschirr

- Für den Transport von Lebensmitteln sind grundsätzlich saubere, geschlossene Behältnisse zu verwenden.
- Das Verteilen von Lebensmitteln erfolgt stets mit desinfizierten Händen. Bei Verletzungen an den Händen und für das direkte Berühren von Lebensmitteln sind Schutzhandschuhe zu tragen.
- Werden bei der Verteilung von aus der Küche stammenden Lebensmitteln Mängel festgestellt (z.B. Schimmelbildung, defekte Joghurtbecher etc.) muss das betreffende Lebensmittel sichergestellt und ersetzt werden. Der Vorfall ist unverzüglich ³⁻¹¹ zu melden.
- Bei Verteilen von Lebensmitteln und dem Abräumen von Geschirr werden infektiöse Bewohner (z.B. MRSA) zum Schluss versorgt.
- Beim Abräumen des Geschirrs ist zu beachten, dass keine Essensreste in den Bewohnerzimmern und den Wohnbereichen verbleiben sollen.

³⁻⁶ Eine Lagerung von Medikamenten auf Regalen ist möglich, wenn gewährleistet ist, dass sich die Medikamente in einer Umverpackung befinden und der Zugriff nur durch befugte Personen erfolgt.

³⁻⁷ Tragen Sie hier bitte ein, wie oft kontrolliert wird (z.B. vierteljährlich). Wenn Sie es lediglich bei der Kontrolle durch einen Vertragsapotheker belassen möchten löschen Sie diesen Absatz bitte.

³⁻⁸ Das nachfolgend genannte Vorgehen ist eine relativ neue Variante der Medikamentenverteilung. Wenn zutreffend: bitte eine kurze Beschreibung der Entsorgungslogistik anfügen. Wenn unzutreffend: Absatz bitte löschen.

³⁻⁹ Ggf. Ihren Regelungen anpassen.

³⁻¹⁰ Hier werden lediglich 2 Möglichkeiten berücksichtigt: 1. Der vollständige Verzicht auf die stationäre Essenszubereitung. 2. Die Möglichkeit einer Essenszubereitung in einer Stations- und Wohngruppenküche. Wenn bei Ihnen darüber hinaus im stationären Bereich gekocht wird (z.B. Milchsuppen) unterliegt dies den Regelungen des Lebensmittelrechts. In diesem Fall muss das Personal gemäß §43 IfSG eingewiesen sein und es sollte auch ein Eigenkontrollkonzept vorliegen. Den unzutreffenden Absatz bitte löschen.

³⁻¹¹ Hier bitte eintragen, wem solche Zwischenfälle gemeldet werden müssen (bei eigener Küche normalerweise dem Küchenchef).

| | | |
|--|---|-------------------------|
| Logo der Institution | Hygieneplan | Seite 18 von 74 |
| Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft | Hygiene im Umgang mit Arznei- und Lebensmitteln | Revision: Gültig ab: |

3.2.2 Aufbewahrung und Lagerung von Lebensmitteln³⁻¹²

Die angelieferten Lebensmittel sind zum sofortigen Verteilen und Verzehren gedacht und werden nur im Ausnahmefall aufbewahrt bzw. zwischengelagert. Für diese und mitgebrachte Speisen gilt:

- Tiefzukühlende Lebensmittel werden innerhalb von Wohnbereichen nicht gelagert.
- Mitgebrachte Lebensmittel werden mit dem Namen des Bewohners beschriftet.
- Gegarte Speisen, belegte Brote, Aufschnitt- oder Käsereste können bis zum Ende des Tages im Lebensmittelkühlschrank abgedeckt (Klarsichtfolie, Alufolie oder Plastikdose) und getrennt von Arzneimitteln bei max.7°C gelagert werden.
- Verpackte und mit einem MHD gekennzeichnete Speisen (z.B. Joghurt) können unter Sicherstellung der erforderlichen Lagerungsbedingungen (z.B. Kühltemperatur) bis zum Erreichen des MHD verwendet werden. Angebrochene Packungen dieser Art werden vor der Lagerung mit Datum und Uhrzeit beschriftet sind bis Ende des Folgetages zu verbrauchen.
- Lebensmittelkühlschränke sind³⁻¹³ dokumentiert durch³⁻¹⁴ zu kontrollieren. Kontrollpunkte sind:
 - Temperatur, Ordnung, Sauberkeit und Funktion (z.B. Eisrückstände)
 - Mindesthaltbarkeitsdaten und Unversehrtheit von Verpackungen
 - auszusortierende Lebensmittel (z.B. am Folgetag angetroffene gegarte Speisen)
- Eine routinemäßige Reinigung der Lebensmittelkühlschränke findet³⁻¹⁵ durch³⁻¹⁶ statt. Sichtbare Verunreinigungen müssen sofort entfernt werden.
- Bei nicht zu kühlenden Lebensmitteln ist zu gewährleisten, dass die Lagerung nicht in Umverpackungen (Außenkartons etc.) und an den dafür vorgesehenen Orten kühl, trocken und staubgeschützt erfolgt.

3.2.3 Hygienemaßnahmen in Stations- und Wohngruppenküchen³⁻¹⁷

Organisatorische Maßnahmen

Die jeweilige Wohnbereichsleitung³⁻¹⁸ trägt dafür Sorge, dass die Speisenzubereitung innerhalb der Stations- und Wohngruppenküchen stets unter Aufsicht und Mitwirkung von Personal erfolgt, welches gemäß §43 IfSG belehrt worden ist. Infektiöse Bewohner haben zu Stations- und Wohngruppenküchen keinen Zutritt.

Folgende Lebensmittel sollen grundsätzlich nicht in den Stations- und Wohngruppenküchen verarbeitet werden:³⁻¹⁹

Personalhygienische Anforderungen

- Das Arbeiten in der Stations- und Wohngruppenküche erfolgt in der dafür vorgesehenen Dienstkleidung (pflegerische Mitarbeiter müssen sich ggf. umziehen) incl. Haarschutz.
- Vor Beginn der Arbeiten ist eine Händedesinfektion durchzuführen. Eine Händedesinfektion ist auch beim Wechsel von unreinen (z.B. Gemüse putzen) zu reinen Arbeiten (z.B. Portionieren) durchzuführen.
- Bei Verletzungen an den Händen und für das direkte Berühren von Lebensmitteln sind Handschuhe zu tragen.

³⁻¹² Bitte Ihren Regelungen anpassen.

³⁻¹³ Tragen Sie hier bitte ein, wie oft Lebensmittelkühlschränke bei Ihnen kontrolliert werden (z.B. täglich).

³⁻¹⁴ Tragen Sie hier bitte ein, durch wen die Kontrolle erfolgen soll (z.B. Hauswirtschaftspersonal)

³⁻¹⁵ Tragen Sie hier bitte ein, wie oft Lebensmittelkühlschränke von innen gereinigt werden sollen (z.B. monatlich).

³⁻¹⁶ Tragen Sie hier bitte ein, durch wen die Reinigung erfolgen soll (z.B. Hauswirtschaftspersonal)

³⁻¹⁷ Wenn Sie keine Stations- und Wohngruppenküchen haben kann das gesamte Kapitel gelöscht werden.

³⁻¹⁸ Ggf. ändern, wenn die Verantwortung bzw. Zuständigkeit bei Ihnen anders geregelt ist.

³⁻¹⁹ Hier bitte aufzählen, welche Lebensmittel das sind (z.B. Hackfleisch, Rohmilch, Frischei – bzw. Frischeiprodukte, Feldkartoffeln etc.)

| | | |
|---|--|-------------------------|
| Logo der Institution | Hygieneplan | Seite 19 von 74 |
| Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft | Hygiene im Umgang mit Arznei- und Lebensmitteln | Revision: Gültig ab: |

Zu beachtende Hygienemaßnahmen

- Von den hergestellten Speisen werden Rückstellproben gesichert. Diese werden für die Dauer einer Woche aufbewahrt und dann verworfen. ³⁻²⁰
- Es muss gesichert werden, dass zu garende Speisen eine Kerntemperatur von 70°C erreicht haben und bei 65°C serviert wurden. Auf Grund der ungleichmäßigen Wärmeverteilung sollen Mikrowellengeräte nur zum Erwärmen und nicht zum Garen verwendet werden.
- Nach Beendigung der Arbeiten findet eine Aufbereitung der Utensilien und Flächen nach den Vorgaben des Reinigungs- und Desinfektionsplanes für Stations- und Wohngruppenküchen statt. Alle Abfälle werden aus der Küche entfernt. Die Abfalleimer werden mit frischen Tüten ausgestattet. Die verwendeten Geschirr- und Putztücher werden entsorgt und gegen frische ausgetauscht.
- Für die Lagerung der zu verarbeitenden Lebensmittel (z.B. Milch, Margarine, Senf etc.) gelten die Aussagen von Kap. 3.2.2.

³⁻²⁰ Rückstellproben sind nicht zwingend erforderlich, können aber sinnvoll sein. Wenn Sie keine Rückstellproben sichern kann dieser Absatz gelöscht werden.

| | | |
|--|---|-------------------------|
| Logo der Institution | Hygieneplan | Seite 20 von 74 |
| Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft | Hygiene bei medizinisch-pflegerischen Maßnahmen | Revision: Gültig ab: |

4 Hygiene bei medizinisch-pflegerischen Maßnahmen

4-1

4.1 Grundpflege

4.1.1 Personalhygiene

- Vor und nach grundpflegerischen Maßnahmen ist eine Händedesinfektion durchzuführen.
- Zur Versorgung inkontinenter Pflegebedürftiger, zur Intimpflege und zur Mundpflege werden jeweils Einmalhandschuhe getragen. Je nach abzuschätzender Kontaminationsgefahr ist weitere persönliche Schutzausrüstung, wie z.B. eine flüssigkeitsdichte Schürze zu verwenden.

4.1.2 Beachtungspunkte bei grundpflegerischen Maßnahmen

- Utensilien wie Mundpflegezubehör, Kämmen, Bürsten, Nagelpflegesets oder Elektrorasierer werden bewohnerbezogen verwendet⁴⁻². Ggf. ist nach Gebrauch eine Reinigung notwendig.
- Bewohnerübergreifend genutzte Utensilien oder Einrichtungen wie z.B. Waschschalen oder Badewannen werden nach Gebrauch gemäß den Vorgaben des Reinigungs- und Desinfektionsplanes desinfizierend aufbereitet.
- Bei Bewohnern mit erhöhtem Infektionsrisiko (z.B. Bewohner mit nichtintakter Haut bzw. Dekubitus) sind Badewannen sowohl vor, als auch nach der Benutzung gemäß den Vorgaben des Reinigungs- und Desinfektionsplanes desinfizierend aufzubereiten.

Ganzwaschung

- Routinemäßig erfolgt eine Ganzwaschung einmal täglich, wobei der Erhalt und die Förderung der Eigenständigkeit des Bewohners im Vordergrund stehen soll.
- Bei einer Ganzwaschung wird die Reihenfolge Gesicht, Oberkörper, Extremitäten, Intimbereich eingehalten. Vor der Waschung des Intimbereiches erfolgt ein Waschwasserwechsel.
- Die Durchführung erfolgt mit frischen Waschlappen und Handtüchern (bei Einhaltung der Reihenfolge ist ein Wechsel nicht notwendig), die nach Gebrauch in die Schmutzwäsche gegeben werden.⁴⁻³
- Zur pflegerischen Versorgung inkontinenter Pflegebedürftiger werden Einmalwaschlappen verwendet.⁴⁻⁴
- Im Rahmen der Ganzwaschung ist das Verbleiben von Feuchtigkeits- und Seifenresten zu vermeiden (vor allem bei Körperarealen, bei denen Haut auf Haut liegt, wie z.B. Zehenzwischenräume, Bereich unter den Brüsten, Leistengegend etc.).

⁴⁻¹ Bei den nachfolgenden Vorgaben zu medizinisch-pflegerischen Maßnahmen bitte prüfen, ob Pflegestandards zu diesen Themen vorhanden sind und ggf. für einen Abgleich sorgen. Bei vorhandenen, abgeglichenen Pflegestandards bitte Überschrift 4. stehen lassen, Hinweise auf die vorhandenen Pflegestandards geben und die jeweiligen Unterkapitel von Kapitel 4. löschen, so dass es bei Kap. 5. weitergeht.

⁴⁻² Bitte Ihren Regelungen anpassen.

⁴⁻³ Bitte Ihren Regelungen anpassen.

⁴⁻⁴ Bitte Ihren Regelungen anpassen.

| | | |
|--|---|-------------------------|
| Logo der Institution | Hygieneplan | Seite 21 von 74 |
| Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft | Hygiene bei medizinisch-pflegerischen Maßnahmen | Revision: Gültig ab: |

Mundpflege

- Routinemäßig erfolgt eine Mundpflege zweimal täglich (vor dem Frühstück und nach dem Abendbrot), wobei der Erhalt und die Förderung der Eigenständigkeit des Bewohners im Vordergrund stehen soll.
- Zur Aspirationsprophylaxe wird die Mundpflege in Oberkörperhochlagerung durchgeführt.
- Harte Kanten von Mundpflege-Utensilien wie Klemmen oder Pinzetten werden mit Kompressen so umwickelt, dass die Mundschleimhaut und das Zahnfleisch vor Verletzungen geschützt sind.
- Die Mundpflege wird mit frischem Trinkwasser, Kamillentee oder Kochsalzlösung (nicht aber mit roten Teesorten) durchgeführt. Bei PEG-Trägern soll die Mundpflege mit frisch abgekühltem Wasser oder frisch zubereitetem Tee oder sterilem Aqua dest. erfolgen. Antiseptische Substanzen wie z.B. Chlorhexedin werden nur gemäß ärztlicher Anordnung verwendet.
- Im Zuge der Mundpflege wird die Mundhöhle auf Veränderungen des Zahnfleisches und der Schleimhäute, insbesondere auf Entzündungszeichen kontrolliert. Bei Anzeichen von Soorbefall oder einer Mundhöhlenentzündung ist unverzüglich der Hausarzt zu benachrichtigen.
- Zahnprothesen werden routinemäßig täglich, z.B. durch Einlegen in ein Reinigungsbad (Reinigungsmittel und –behälter stellt der Bewohner) bzw. mittels einer Zahnbürste und einer schleifmittelfreien Zahnpasta gereinigt. Im Zuge dessen wird die Prothese auf korrekten Sitz, sowie auf Plaque und Rückstände kontrolliert; ggf. ist eine professionelle Prothesenreinigung über den Zahnarzt des Bewohners zu veranlassen.

4.2 Inhalation und Sauerstoffinsufflation

Geräte und Utensilien zur Inhalation und Sauerstoffinsufflation sind Eigentum des jeweiligen Bewohners und werden grundsätzlich bewohnergebunden verwendet⁴⁵. Es gelten die unter Kap. 2.2.1 getroffenen Aussagen zu Medizinprodukten.

- Die Durchführung dieser Maßnahmen bedingt, dass eine ordnungsgemäße schriftliche ärztliche Anordnung vorliegt und dass der betreffende Bewohner über die jeweilige Maßnahme durch den Hausarzt in Kenntnis gesetzt wurde, so dass ein Einverständnis vorausgesetzt werden kann.
- Der Umgang mit Geräten, Inhalaten oder Befeuchtungssystemen erfolgt mit desinfizierten Händen.
- Zur Inhalation und Sauerstoffbefeuchtung dürfen nur sterile Flüssigkeiten wie z.B. sterile Kochsalzlösung oder Sterilwasser Verwendung finden.
- Die Beschickung dieser Geräte hat unter Berücksichtigung der Herstellerangaben so zu erfolgen, dass weder das Inhalat, noch die inhalatführenden Flächen kontaminiert werden.
- Die Aufbereitungsmaßnahmen werden gemäß den Herstellerangaben durchgeführt. Geräteteile sind nach ihrer Aufbereitung trocken und staubgeschützt zu lagern.
- Hinsichtlich der Befeuchtung sind Sterilwassersysteme (z.B. Respiflo® oder Aquapac®) vorteilhaft, da sie hygienisch sicher sind und ohne Wechsel restlos verbraucht werden können (sofern sich dies mit den Herstellerangaben deckt).
- Sauerstoffmasken werden⁴⁶ sowie bei Verschmutzung unter warmen fließenden Wasser gereinigt und mit einem Einmaltuch oder einem frischen Geschirrtuch abgetrocknet.
- Sauerstoffbrillen werden alle⁴⁷ sowie bei Verschmutzung gewechselt. Benutzte Sauerstoffbrillen sind als kontaminierter Abfall zu entsorgen (siehe Kap. 2.3.2).

⁴⁵ Bitte ändern, wenn in Ihrer Einrichtung derartige Geräte bewohnerübergreifend verwendet werden (was Konsequenzen in der Aufbereitung hat).

⁴⁶ Hier bitte eintragen, wie oft Sauerstoffmasken routinemäßig gereinigt werden sollen (z.B. wöchentlich) und ggf. die Angaben zur Aufbereitung Ihren Regelungen anpassen.

⁴⁷ Hier bitte eintragen, wie oft Sauerstoffbrillen routinemäßig gewechselt werden sollen (z.B. 2 x wöchentlich). Eine hygienisch sichere Aufbereitung von Sauerstoffbrillen ist normalerweise nicht möglich.

| | | |
|--|---|-------------------------|
| Logo der Institution | Hygieneplan | Seite 22 von 74 |
| Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft | Hygiene bei medizinisch-pflegerischen Maßnahmen | Revision: Gültig ab: |

- Mundstücke von Dosieraerosolen (Pumpsprayflaschen) werden nach Gebrauch gereinigt, indem sie mit Trinkwasser abgespült und abgetrocknet werden.
- Die mit Speichel, Nasensekret oder Atemfeuchte kontaminierten Materialien (z.B. Sauerstoffbrillen) werden nach den Vorgaben des Kapitels 2.3.2 als kontaminierter Abfall entsorgt.

4.3 Injektionen und Infusionen

4.3.1 Allgemeines

Injektionen und Infusionen sind mit Komplikationsmöglichkeiten wie Fehlinjektion (z.B. Ischiasnerv-Verletzung), Fehlmedikation (z.B. versehentliche i.m.-Applikation eines zur s.c.-Applikation bestimmten Medikamentes), Infektion (z.B. Spritzenabszess) und der Selbstgefährdung (Kanülenstichverletzung) verbunden.

- Die Durchführung bleibt daher bestimmten Personengruppen vorbehalten⁴⁻⁸:
 - Die Durchführung von i.v.- Injektionen, von Blutentnahmen oder des Legens von Venenzugängen wird grundsätzlich nicht vom Personal übernommen und erfolgt durch den Hausarzt⁴⁻⁹.
 - Subkutane Injektionen dürfen nur von darin erfahrenem Alten- oder Krankenpflegepersonal durchgeführt werden.
 - Die Verwendung von Insulinpens und das Austauschen von Insulinpen-Patronen erfolgt durch eingewiesenes Alten- oder Krankenpflegepersonal⁴⁻¹⁰.
 - Die Durchführung von i.m.-Injektionen⁴⁻¹¹, sowie die Überwachung von i.v.- oder s.c.-Infusionstherapien⁴⁻¹² oder Infusionstherapien via Portzugängen⁴⁻¹³ erfolgt durch darin erfahrenes examiniertes Krankenpflegepersonal. Bei i.m.-Injektionen und s.c.-Infusionstherapien muss sichergestellt sein, dass der betreffende Bewohner keine Gerinnungsstörungen hat oder gerinnungshemmende Medikamente (z.B. Marcumar®) einnimmt.
- Die Durchführung dieser Maßnahmen bedingt, dass eine ordnungsgemäße schriftliche ärztliche Anordnung vorliegt und dass der betreffende Bewohner über die jeweilige Maßnahme durch den Hausarzt in Kenntnis gesetzt wurde, so dass ein Einverständnis vorausgesetzt werden kann.
- Die Identität der vorzubereitenden Substanzen muss unter Verwendung der Originaldokumentation zu jedem Zeitpunkt des Handlungsablaufes nachvollziehbar sein.
- Einzelampullen sind Mehrfachentnahmebehältern („Stammampullen“) vorzuziehen.

⁴⁻⁸ Hier bitte eintragen, welche Berufsgruppen berechtigt sind die in Kap. 4.3 beschriebenen Maßnahmen durchzuführen.

⁴⁻⁹ Ggf. Ihren Regelungen anpassen.

⁴⁻¹⁰ Entsprechende Einweisungen kann z.B. der Vertragsapotheker vornehmen.

⁴⁻¹¹ i.m.-Injektionen sind sehr viel komplikationsbehafteter, als s.c.-Injektionen. Die Übernahme durch das Pflegepersonal verlangt eine entsprechende Erfahrung. Ggf. sollte die Übernahme von i.m.-Injektionen von der PDL abgelehnt werden. In diesem Fall bitte korrigieren und das Kap. 4.3.4 löschen.

⁴⁻¹² Infusionstherapien bergen erhebliche Gefahren. Bei der i.v.-Gabe ist es die Thrombophlebitis und die Sepsis, bei der s.c.-Gabe die Entstehung von Ödemen, Hämatomen und Funktionseinschränkungen. Hinzu kommt, dass Infusionslösungen herstellerseitig nur für die i.v.-Gabe vorgesehen sind. Ggf. sollte die Übernahme von Infusionsüberwachungen von der PDL abgelehnt werden. In diesem Fall bitte korrigieren und die Kap. 4.3.5 bzw. 4.3.6 löschen.

⁴⁻¹³ Portzugänge finden vor allem bei Schmerzpatienten Verwendung. Die Handhabung ist mit zahlreichen Regeln verbunden und verlangt neben entsprechender Erfahrung auch einer besondere Einweisung in das jeweilige Portsystem. Wenn dies nicht gewährleistet werden kann sollte die PDL die Übernahme solcher Tätigkeiten ablehnen. In diesem Fall bitte den Text entsprechend korrigieren. Die Anforderungen der Hygiene bei der Verwendung von Ports werden hier nicht beschrieben, da die Beachtungspunkte hinsichtlich der verschiedenen Systeme unterschiedlich sind. Ggf. wäre ein entsprechender Standard als Kap. 4.3.7 einzufügen.

| | | |
|--|---|-------------------------|
| Logo der Institution | Hygieneplan | Seite 23 von 74 |
| Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft | Hygiene bei medizinisch-pflegerischen Maßnahmen | Revision: Gültig ab: |

- Jede vom Personal übernommene Injektion wird mit sterilen Instrumenten durchgeführt. Für jede Injektion wird eine neue Kanüle verwendet (gilt auch für Insulinpens). Jede Injektion wird nur nach einer zuvor erfolgten Hautdesinfektion durchgeführt. 4-14

4.3.2 Vorbereitung

- Zu nutzende Arbeitsflächen werden zuvor wischdesinfiziert. Nach dem Antrocknen können die Flächen verwendet werden.
- Zu Beginn der Arbeiten erfolgt eine Händedesinfektion.
- Die Vorbereitung von Injektions- oder Infusionslösungen, die Zumischung von Arzneimitteln bzw. die Herstellung von Arzneimittelmischungen erfolgt unmittelbar (max. eine Stunde) vor der Applikation.
- Vor der unmittelbaren Vorbereitung ist das Behältnis auf das MHD, sowie auf Intaktheit (Nässe, klebrige Rückstände, defekter Verschluss?) und der Inhalt auf Abweichungen wie Trübung, Ausflockung, Verfärbung oder Kristallisation zu überprüfen.
- Die Herstellerangaben zur Vorbereitung und Applikation der betreffenden Medikamente sind zu beachten.
- Zum Aufziehen von Injektionslösungen wird eine gesonderte Kanüle („Aufziehkanüle“) verwendet.
- Beim Anbruch von Ampullen zur Mehrfachentnahme (Stammampullen) ist das Datum und die Uhrzeit des Anbruchs auf dem Behältnis vermerken. Die höchstmögliche Lagerdauer dieser Medikamente ist mit dem Apotheker abzuklären bzw. dem Beipackzettel zu entnehmen und als gut sichtbare Notiz in unmittelbarer Nähe des Medikamentenkühlschranks zu hinterlegen. Sofern zur Entnahme keine speziellen Entnahmekanülen („Spikes“) verwendet werden darf bei der Lagerung die Entnahmekanüle nicht stecken gelassen werden, so dass für jede Entnahme eine neue Kanüle und eine neue Spritze genommen wird.
- Bei Behältnissen mit einer aufzulösenden Trockensubstanz („Trockenampullen“) dürfen nur die in der Packungsbeilage vorgeschriebenen Lösungsmittel zum Einsatz kommen.
- Vor der Entnahme von Lösungen aus Stamm- oder Trockenampullen und vor dem Einstechen eines Infusionsbesteckes ist zuvor der Stopfen mit einem alkoholischen Hautdesinfektionsmittel zu desinfizieren (mit desinfektionsmittelgetränktem Tupfer abreiben und 15 Sek. Einwirkzeit abwarten).
- Die komplette Vorbereitung von Zytostatika erfolgt ausschließlich in der Apotheke. 4-15

4.3.3 Durchführung von s.c.-Injektionen

- Händedesinfektion
- Ermittlung der Einstichstelle. Sicherstellung, dass die Einstichstelle frei von Entzündungen, Verletzungen, Ödemen oder Hämatomen ist.
- Hautdesinfektion: mit desinfektionsmittelgetränktem Tupfer (sterilisiert 4-16) abreiben und 15 Sek. Einwirkzeit abwarten.
- Bei Insulinpens 1-2 Einheiten zur Prüfung der Durchgängigkeit durchlassen.
- Injektion

4-14 Das Personal ist durch die Forderungen des Medizinprodukterechts und der RKI-Empfehlungen an diese Vorgaben gebunden; für Bewohner gilt dies nicht.

4-15 Die in Kap. 4.3.2 genannten Vorgaben wurden größtenteils den entsprechenden RKI-Empfehlungen bzw. den Vorgaben des Arzneimittelrechts entnommen, entsprechen aber erfahrungsgemäß nicht in allen Punkten der praktischen Vorgehensweise. Ggf. sind Korrekturen in Ihren Betriebsabläufen vorzunehmen.

4-16 Sterilisiert bedeutet nicht „steril“. Bei s.c.-Injektionen genügt es, wenn die Tupfer (z.B. Celletten®) einem Sterilisationsprozess unterzogen wurden. Sie können danach von der Rolle verwendet werden. Bei i.m.-Injektionen sollten die Tupfer steril sein (separate Verpackung notwendig).

| | | |
|--|---|-------------------------|
| Logo der Institution | Hygieneplan | Seite 24 von 74 |
| Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft | Hygiene bei medizinisch-pflegerischen Maßnahmen | Revision: Gültig ab: |

4.3.4 Durchführung von i.m.-Injektionen⁴⁻¹⁷

- Händedesinfektion, Verwendung von Einmalhandschuhen
- Ermittlung der Einstichstelle. Sicherstellung, dass die Einstichstelle frei von Entzündungen, Verletzungen, Ödemen oder Hämatomen ist.
- Hautdesinfektion: mit desinfektionsmittelgetränktem Tupfer (steril⁴⁻¹⁸) abreiben und 15 Sek. Einwirkzeit abwarten.
- Injektion
- Ggf. einsetzende Nachblutungen werden durch Andrücken eines sterilen Tupfers gestillt.
- Wenn es zu einer Nachblutung kam ist nach dem Ausziehen der Einmalhandschuhe eine Händedesinfektion durchzuführen.

4.3.5 Durchführung von s.c.-Infusionstherapien⁴⁻¹⁹

Die Applikation der Infusionslösung erfolgt meist über eine Butterfly-Kanüle, die in den Oberschenkel oder in das Bauch-Unterhautfettgewebe eingeschoben wird. Die Kanüle wird typischerweise mit einem sterilen Flächenpflaster (Transparent- oder Vlies-Pflaster) fixiert.

- Das Legen und Wechseln von Kanülen und das Anhängen der ersten Infusionslösung erfolgt durch den Hausarzt.
- Ein Wechsel des Pflasters und der Kanüle ist notwendig, wenn das Pflaster durchfeuchtet bzw. kontaminiert ist oder seine Funktion nicht mehr erfüllt. Ein Wechsel in festgelegten Abständen ist nicht sinnvoll.
- Die Einstichstelle ist mindestens täglich, sowie bei jedem Infusionswechsel auf Entzündungszeichen (Rötung, Schwellung, Schmerz) visuell und mittels Abtasten zu kontrollieren (Dokumentation). Die weitere Umgebung der Einstichstelle soll auf Ödem- bzw. Hämatombildung kontrolliert werden (Dokumentation). Bei Entzündungszeichen und Hämatombildung ist der zuständige Arzt unverzüglich zu informieren. Eine Ödembildung ist zu erwarten, verlangt aber eine mittelfristige ärztliche Beurteilung.
- Trennungen des Infusionssystems von der Kanüle (Diskonnektionen) sind auf das Minimum zu beschränken.
- Für jedes Abstöpseln der Kanüle ist ein neuer steriler Verschlussstopfen zu verwenden.

4.3.6 Durchführung von i.v.-Infusionstherapien⁴⁻²⁰

Die i.v.-Applikation von Infusionslösungen erfolgt meist über eine Venenverweilkanüle. Die Kanüle wird typischerweise mit einem sterilen Flächenpflaster (Transparent- oder Vlies-Pflaster) fixiert.

- Das Legen und Wechseln der Kanüle und das Anhängen der ersten Infusionslösung erfolgt durch den Hausarzt.
- Ein Wechsel des Pflasters ist notwendig, wenn das Pflaster durchfeuchtet bzw. kontaminiert ist oder seine Funktion nicht mehr erfüllt. Das Wechseln des Pflasters erfolgt nach den Regeln eines Verbandwechsels (siehe Kap. 4.4).
- Ein Wechsel der Kanüle ist notwendig, wenn sich Entzündungszeichen ergeben haben, wenn sich die Kanüle nicht mehr in ihrer korrekten Position befindet oder wenn der Durchfluss nicht mehr gegeben ist. Ein Wechsel in festgelegten Abständen ist nicht sinnvoll.

⁴⁻¹⁷ Wenn bei Ihnen grundsätzlich keine i.m.-Injektionen durch das Pflegepersonal vorgenommen werden kann dieses Kapitel gelöscht werden.

⁴⁻¹⁸ Sterilisiert bedeutet nicht „steril“. Bei s.c.-Injektionen genügt es, wenn die Tupfer (z.B. Celletten®) einem Sterilisationsprozess unterzogen wurden. Sie können danach von der Rolle verwendet werden. Bei i.m.-Injektionen sollten die Tupfer steril sein (separate Verpackung notwendig).

⁴⁻¹⁹ Wenn bei Ihnen grundsätzlich keine s.c.-Infusionstherapien durch das Pflegepersonal vorgenommen werden kann dieses Kapitel gelöscht werden.

⁴⁻²⁰ Wenn bei Ihnen grundsätzlich keine i.v.-Infusionstherapien durch das Pflegepersonal vorgenommen werden kann dieses Kapitel gelöscht werden.

| | | |
|--|---|-------------------------|
| Logo der Institution | Hygieneplan | Seite 25 von 74 |
| Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft | Hygiene bei medizinisch-pflegerischen Maßnahmen | Revision: Gültig ab: |

- Die Einstichstelle ist mindestens täglich, sowie bei jedem Infusionswechsel auf Entzündungszeichen (Rötung, Schwellung, Schmerz) visuell und mittels Abtasten zu kontrollieren (Dokumentation). Bei Entzündungszeichen oder im Falle eines notwendigen Kanülenwechsels ist der zuständige Arzt unverzüglich zu informieren.
- Für jedes Abstöpseln des Venenzuganges ist ein neuer steriler Verschlussstopfen zu verwenden.

4.4 Verbandwechsel

4.4.1 Allgemeines

Bei einem Verbandwechsel kann es aus unterschiedlichen Gründen zu Infektionsübertragungen und Keimverschleppungen kommen, indem Hautflora oder Atemtröpfchen des Personals auf die Wunde übertragen werden, indem kontaminierte Instrumente, Wundauflagen oder Medikamente übertragbare Keimpotentiale bilden oder indem von kontaminierten oder infizierten Wunden ausgehend Keime auf weitere Bewohner übertragen werden.

- Die Durchführung von Verbandwechseln bleibt daher examiniertem Alten- und Krankenpflegepersonal oder Mitarbeiter von beauftragten Pflegeservicediensten vorbehalten, die mit der No-Touch-Technik vertraut sind.⁴⁻²¹
- Die Durchführung bedingt, dass eine ordnungsgemäße schriftliche ärztliche Anordnung (Häufigkeit, Vorgehensweise, Medikamente und Wundauflagen) vorliegt und dass der betreffende Bewohner über die jeweilige Maßnahme durch den Hausarzt in Kenntnis gesetzt wurde, so dass ein Einverständnis vorausgesetzt werden kann.
- Im Zuge eines Verbandwechsels erfolgt eine Dokumentation in Bezug auf die zu beobachtenden Wundverhältnisse, durchgeführten Maßnahmen und angewendeten Medikamente.⁴⁻²² Beim Vorliegen von Entzündungszeichen, auffälligen Sekretveränderungen oder Schmerzáußerungen ist eine baldige ärztliche Abklärung zu veranlassen.
- Alle mit der Wundfläche in Berührung kommenden Gegenstände, Medikamente und Spüllösungen müssen steril zu Anwendung kommen. Die Einhaltung des MHD ist zu sichern.⁴⁻²³
- Die im Zuge eines Verbandwechsels anzuwendenden Medikamente, Antiseptika oder Desinfektionslösungen werden ausschließlich bewohnerbezogen verwendet.⁴⁻²⁴
- Hinsichtlich der Reihenfolge sind Verbandwechsel kolonisierter und infizierter Wunden (z.B. MRSA) stets zum Schluss durchzuführen.
- Verbände sollten so bemessen sein, dass die zu erwartenden Sekretmengen aufgenommen werden können, ohne dass vor dem nächsten Wechsel zu einer Durchfeuchtung kommt.
- Aufwändige Verbandwechsel sollten zu zweit, mit der Rollenverteilung Durchführender und Assistent, durchgeführt werden.
- Wundsekret ist stets als potentiell infektiös einzustufen und bei chronischen Wunden meist stark keimhaltig (häufig multiresistente Infektionserreger). Der Umgang mit Wundsekreten verlangt daher entsprechende Maßnahmen des Personal- und Infektionsschutzes.

4.4.2 Vorbereitung

- Zu nutzende Arbeitsflächen werden zuvor wischdesinfiziert. Nach dem Antrocknen können die Flächen verwendet werden.

⁴⁻²¹ Hier bitte eintragen, welche Berufsgruppen zur Durchführung von Verbandwechseln berechtigt sind. Wenn Sie über ausgebildete Wundmanager verfügen wäre die Aufgabenverteilung zu differenzieren.

⁴⁻²² Wenn Sie über spezielle Dokumentationsformulare zum Verbandwechsel verfügen sollte hier ein Hinweis darauf erscheinen.

⁴⁻²³ Normales Leitungswasser ist zum Spülen von Wunden laut RKI-Empfehlung nicht geeignet.

⁴⁻²⁴ Wenn Sie diesbezüglich ein besonderes Organisationssystem haben (z.B. Bewohner-Tablets) auf denen sich die jeweiligen Utensilien befinden) sollte an dieser Stelle ein entsprechender Hinweis erscheinen.

| | | |
|--|---|-------------------------|
| Logo der Institution | Hygieneplan | Seite 26 von 74 |
| Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft | Hygiene bei medizinisch-pflegerischen Maßnahmen | Revision: Gültig ab: |

- Zu Beginn der Arbeiten erfolgt eine Händedesinfektion.
- Die zur Durchführung benötigten Gegenstände werden so bereitgelegt, dass sterile und unsterile Materialien separat voneinander liegen.
- Im Allgemeinen werden folgende Materialien benötigt:
 - Unsterile Materialien wie Hautdesinfektionsmittel, ggf. Händedesinfektionsmittel (wenn kein Spender verfügbar ist), Fixierpflaster oder -binden, Schutzhandschuhe, ggf. Schutzschürze, Salbentuben, etc.
 - Sterile Materialien wie sterile Instrumente, Kompressen, Wundauflagen, ggf. sterile Handschuhe, ggf. sterile Spüllösungen etc.
- Wenn mit Sets gearbeitet wird soll das Set geöffnet und alle steril zu verwendenden (also auch äußerlich sterilen) Materialien griffbereit auf der sterilen Fläche des Sets platziert werden. Wenn mit einzeln verpackten Sterilgütern gearbeitet wird sind diese zu öffnen und griffbereit zu platzieren.
- In unmittelbarer Nähe des Durchführungsortes wird eine Abfall-Entsorgungsmöglichkeit und eine Instrumenten-Entsorgungsmöglichkeit⁴⁻²⁵ bereitgestellt (z.B. Abfallkorb mit Tüte), so dass eine Zwischenlagerung kontaminierter Abfälle unterbleibt.

4.4.3 Durchführung

- Händedesinfektion.
- Entfernung des alten Verbandes mit Schutzhandschuhen. Festklebende Verbände mit steriler Kochsalzlösung anfeuchten und mit steriler Pinzette entfernen.
- Beurteilung des Wundsekretes.
- Schutzhandschuhe und ggf. Pinzette entsorgen, erneute Händedesinfektion
- Reinigende Wischdesinfektion der Wundränder mittels steriler Kompressen und Hautdesinfektionsmittel unter Verwendung von sterilen Handschuhen oder einer sterilen Pinzette.
- Sterile Handschuhe und bzw. Pinzette entsorgen.
- Reinigung des Wundgrundes mittels steriler Kompressen und ggf. Spüllösungen unter Verwendung von sterilen Handschuhen oder einer sterilen Pinzette.
- Beurteilung der Wundumgebung, der Wundränder und des Wundgrundes.
- Ggf. Applikation von Medikamenten (z.B. Antiseptika).
- Auflegen neuer Wundauflagen unter Verwendung steriler Handschuhe oder einer sterilen Pinzette.
- Sterile Handschuhe bzw. Pinzette entsorgen.
- Aufräumen und Wischdesinfizieren der genutzten Arbeitsflächen. Benutztes Instrumentarium wird nach jedem Verbandwechsel unter Vermeidung der Kontamination des Umfeldes sicher entsorgt⁴⁻²⁶. Abfälle sind als kontaminierte Abfälle zu entsorgen (siehe Kap. 2.3.2).
- Abschließende Händedesinfektion.⁴⁻²⁷

4.5 Stomata

4.5.1 Allgemeines

Bei einer unsachgemäßen Versorgung von Stomata (Enterostoma oder Urostoma) kann es u.a. zu Entzündungen der Stomaöffnung kommen. Ebenso ist es möglich, dass Keime von einem Stoma bzw. den vorhandenen Sekreten auf Mitbewohner übertragen werden und dort unterschiedliche Infektionen auslösen.

⁴⁻²⁵ Wenn Sie ausschließlich Einmalinstrumente verwenden kann diese Einfügung gelöscht werden.

⁴⁻²⁶ Falls Sie wieder verwendbare Instrumente benutzen: bitte konkret beschreiben, was mit den benutzten Instrumenten geschehen soll und den letzten Satz bitte löschen.

⁴⁻²⁷ Ggf. die Kapitel 4.4.2 und 4.4.3 Ihren Regelungen anpassen.

| | | |
|--|---|-------------------------|
| Logo der Institution | Hygieneplan | Seite 27 von 74 |
| Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft | Hygiene bei medizinisch-pflegerischen Maßnahmen | Revision: Gültig ab: |

Die Durchführung der Stomapflege obliegt daher dem darin erfahrenen examinierten Alten- und Krankenpflegepersonal, sowie Mitarbeiter von beauftragten Pflegeservicediensten.⁴⁻²⁸

4.5.2 Durchführung

- Frische Stomawunden werden nach den zuvor beschriebenen Regeln eines aseptisch durchzuführenden Verbandwechsels (Kap. 4.4) versorgt.
- Etablierte Stomaöffnungen werden täglich sowie bei Bedarf mit feuchten Kompressen oder einem frischen Waschlappen und einer pH-neutralen Waschlotion gereinigt. Ggf. ist das Bett mittels einer Unterlage von Kontaminationen zu schützen. Die Waschrichtung erfolgt bei der Reinigung von innen nach außen (also vom Stoma weg).
- Bei der Stomaversorgung werden Schutzhandschuhe und ggf. eine flüssigkeitsdichte Schürze getragen. Vor und nach der Maßnahme ist eine Händedesinfektion notwendig. Wenn möglich sollte der Bewohner ggf. auch die Angehörigen in die Stomapflege eingewiesen sein.
- Bei jeder Versorgung ist die Stomaöffnung und die umgebende Haut auf Entzündungszeichen (Rötungen, Defekte, Schwellungen, Schmerzen) sowie auf Mazeration (Hautweichung, die sich durch weiße, aufgequollene Hautstellen darstellt) zu kontrollieren. Bei Komplikationen dieser Art ist eine baldige Abklärung durch den zuständigen Pflegeservicedienst oder Arzt erforderlich.
- Ferner ist im Zuge der Versorgung die Funktion und Intaktheit der Klebeflächen, Verbindungsstellen und Beutel zu überprüfen. Ggf. sind entsprechende Korrekturmaßnahmen durchzuführen.
- Vor dem Anbringen von Klebeflächen ist ggf. eine schonende Haarkürzung vorzunehmen.
- Um ein vorzeitiges Ablösen von Klebeflächen zu vermeiden sollen Sekretbeutel schon dann entleert werden, wenn sie nur zu einem Drittel gefüllt sind.
- Abfälle werden als kontaminierte Abfälle gemäß Kap. 2.3.2 entsorgt.
- Nach Durchführung der genannten Maßnahmen erfolgt eine abschließende Händedesinfektion.⁴⁻²⁹

4.6 Harndrainagen

4.6.1 Allgemeines

Als Harndrainagen werden künstliche Harnableitungen in Form kurz- und langzeitiger transurethraler Katheter und suprapubischer Drainagen bezeichnet. Harndrainagen sind mit der Gefahr lokaler oder aufsteigender Harnwegsinfektionen verbunden. Gefährdet sind vor allem Bewohner mit transurethralen Langzeitdrainagen. Infektionsübertragungen können durch Fehler in der Asepsis beim Legen der Drainage, durch unsachgemäßen mit Harnableitungssystemen und endogen durch Einwandern eigener Floraanteile in das Harnsystem erfolgen. Ebenso ist es möglich, dass Keime von einer Harndrainage bzw. von keimhaltigem Urin auf Mitbewohner übertragen werden und dort unterschiedliche Infektionen auslösen.

- Harndrainagen verlangen eine strenge ärztliche Indikationsstellung und sind baldmöglichst zu entfernen. Wenn möglich sind Alternativen wie Kontinenztraining, Inkontinenzsysteme oder Kondomkatheter anzuwenden. Die Harninkontinenz ist keine Indikation für das Legen einer Harndrainage.
- Das Einlegen und Wechseln transurethraler Katheter bleibt examiniertem Krankenpflegepersonal vorbehalten, welches mit der korrekten Einlegetechnik vertraut ist.⁴⁻³⁰ Die Durchführung zu zweit, mit der Rollenverteilung Durchführender und Assistent, ist vorteilhaft.

⁴⁻²⁸ Ggf. bitte gemäß Ihren Regelungen anpassen.

⁴⁻²⁹ Ggf. das Kapitel 4.5.2 Ihren Regelungen anpassen.

⁴⁻³⁰ Das Einlegen transurethraler Katheter ist eine primär ärztliche Aufgabe. Vor allem, wenn die Rahmenbedingungen wie das Vorhandensein der notwendigen Materialien nicht gewährleistet werden können ist anzuraten, dass die PDL die Übernahme solcher Tätigkeiten ablehnt. In diesem Fall bitte korrigieren und Kap. 4.6.2 löschen

| | | |
|--|---|-------------------------|
| Logo der Institution | Hygieneplan | Seite 28 von 74 |
| Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft | Hygiene bei medizinisch-pflegerischen Maßnahmen | Revision: Gültig ab: |

- Die Durchführung von transurethralen Katheterisierungen bedingt, dass eine ordnungsgemäße schriftliche ärztliche Anordnung (u.a. Art und Material des einzulegenden Katheters) vorliegt und dass der betreffende Bewohner über die jeweilige Maßnahme durch den Hausarzt in Kenntnis gesetzt wurde, so dass ein Einverständnis vorausgesetzt werden kann.
- Das Anlegen und Wechseln suprapubischer Drainagen muss unter klinischen Bedingungen erfolgen und ist nicht delegierbar.
- Spülungen und Instillationen sind nur bei speziellen urologischen Indikationen auf ärztliche Anordnung durchzuführen.
- Katheterurin ist stets als potentiell infektiös einzustufen und in der Regel stark keimhaltig. Der Umgang mit Urin verlangt daher entsprechende Maßnahmen des Personal- und Infektionsschutzes.

4.6.2 Einlegen transurethraler Langzeitkatheter⁴⁻³¹

Vorbereitung

- Zu nutzende Arbeitsflächen werden zuvor wischdesinfiziert. Nach dem Antrocknen können die Flächen verwendet werden.
- Zu Beginn der Arbeiten erfolgt eine Händedesinfektion.
- Die zur Durchführung benötigten Gegenstände werden so bereitgelegt, dass sterile und unsterile Materialien separat voneinander liegen.
- Im Allgemeinen werden folgende Materialien benötigt, wobei Sets zu bevorzugen sind:
 - Unsterile Materialien wie Schutzhandschuhe, Schutzschürze, Bettschutz-Unterlage, Schleimhautantiseptikum ggf. Händedesinfektionsmittel (wenn kein Spender verfügbar ist)
 - Sterile Materialien wie Katheter (Größe entsprechend der Harnröhrenöffnung), geschlossenes Ableitungssystem, Kompressen, Schlitztuch, Pinzette, Nierenschale, sterile Handschuhe (zwei Paar), Schleimhautantiseptikum, in Einmalspritze aufgezogene Blockierflüssigkeit (bevorzugt sterile 8-10% Glycerin-Wasserlösung, keine Kochsalzlösung, kein Leitungswasser), Gleitmittel (in steriler Einzelverpackung).
- Sets werden vor der Durchführung so geöffnet, dass die betreffenden Materialien steril entnommen werden können. Die Verpackung des Katheters, des Ableitungssystems und evtl. einzeln verpackter Sterilgüter werden so geöffnet und platziert, dass eine sterile Entnahme möglich ist.
- In unmittelbarer Nähe des Durchführungsortes wird eine Abfall-Entsorgungsmöglichkeit bereitgestellt (z.B. Abfallkorb mit Tüte).

Durchführung

- Unter das Gesäß Unterlage (z.B. Handtuch) als Bettschutz legen.
- Nierenschale vor das Genitale platzieren. Ca. 4 Kompressen in Schale legen und mit Antiseptikum tränken.
- Händedesinfektion, 2 Paar sterile Handschuhe übereinander anziehen
- Schlitztuch so platzieren, dass das Genitale frei bleibt, die umgebende Haut aber abgedeckt ist.
- Genitale, insbesondere die Harnröhrenöffnung mit den getränkten Kompressen abwischen. Kompressen in Abwurf.
- 1. Paar Handschuhe ausziehen und in Abwurf.

⁴⁻³¹ Nachfolgend wird eine von mehreren korrekten Methoden des Einlegens knapp beschrieben (2-Handschuh-Methode), ggf. sind die Ausführungen Ihren Gepflogenheiten anzupassen. Es wird weder auf den Einmalkatheterismus noch auf die intermittierende Katheterisierung eingegangen. Wenn dies aber bei Ihnen durchgeführt wird sollten Sie nachfolgend die entsprechenden Erläuterungen einfügen.

| | | |
|--|---|-------------------------|
| Logo der Institution | Hygieneplan | Seite 29 von 74 |
| Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft | Hygiene bei medizinisch-pflegerischen Maßnahmen | Revision: Gültig ab: |

- Gleitmittel installieren und Harnröhrenöffnung für ca. 30 Sek. zudrücken.
- Katheter einlegen, bis Urin läuft.
- Katheter ca. 2 cm weiter vorschieben in Position belassen und mit erforderlicher Flüssigkeitsmenge blocken. Durch Zurückziehen Blockung überprüfen.
- Katheter und Ableitungssystem verbinden. Ableitungssystem fixieren.
- Ggf. Genitalien reinigen.
- Schlitztuch in Abwurf, Unterlage in Schmutzwäsche.
- Handschuhe ausziehen und Hände desinfizieren.
- Die Abfälle sind als kontaminierte Abfälle zu entsorgen (siehe Kap. 2.3.2)
- Abschließende Händedesinfektion.

4.6.3 Umgang mit transurethralen Langzeitkathetern

- Die Reinigung des Genitale bei liegendem Katheter erfolgt im Rahmen der üblichen Grundpflege mit Wasser und Seife, ohne hierbei Zug auf den Katheter auszuüben. Mobile Bewohner sollten dies möglichst selbst ausführen. Bei pflegerischer Übernahme sind hierzu Schutzhandschuhe zu tragen. Die Verwendung von antiseptischen Substanzen soll nur auf ärztliche Verordnung erfolgen.
- Im Zuge der Reinigung bzw. täglich (bei eigenständiger Versorgung durch den Bewohner) ist zu überprüfen, ob der Katheter intakt, in korrekter Position, durchgängig und frei von Inkrustationen ist. Eine geringe Absonderung von Schleim an der Harnröhrenöffnung ist normal.
- Wenn allgemeine Infektionszeichen wie Fieber, Schmerzen, übelriechende und/oder massive Sekretabsonderungen, trüber und/oder übelriechender Urin festzustellen sind oder wenn der Katheter nicht mehr funktionsfähig erscheint ist eine baldige ärztliche Abklärung bzw. ein Wechsel des Katheters zu veranlassen. Ein Wechsel in festgelegten Abständen ist nicht sinnvoll.

Entfernung transurethraler Katheter

- Zum Entfernen transurethraler Katheter ist wie folgt vorzugehen:
 - Händedesinfektion durchführen, Schutzhandschuhe anziehen.
 - Bettschutz unter Gesäß legen, Auffangschale zwischen die Beine stellen.
 - Katheter entblocken und unter leichtem Zug entfernen.
 - Handschuhe ausziehen und Händedesinfektion durchführen.
 - Katheter, Ableitungssystem, Handschuhe und Bettschutz als kontaminierte Abfälle entsorgen (siehe Kap. 2.3.2).
 - Ggf. anschließend Intimpflege durchführen (hierzu neue Handschuhe anziehen).
 - Abschließende Händedesinfektion.

4.6.4 Umgang mit suprapubischen Drainagen

- Ein aseptischer Verbandwechsel an der Einstichstelle erfolgt am ersten Tag nach dem Einlegen ärztlicherseits. Wenn danach weitere Verbandwechsel notwendig sind (meist für ca. eine Woche) erfolgt dies gemäß den in Kap. 4.4 festgelegten Vorgaben.
- Wenn die Einstichstelle nicht mehr sekretiert und frei von Entzündungszeichen ist kann sie offen gelassen und innerhalb der Körperpflege mit einem frischen Waschlappen und frischem Wasser gereinigt werden.
- Mehrmals täglich und in Verbindung mit dem Verbandwechsel bzw. der Reinigung ist darauf zu achten, dass der Drainageschlauch freigängig bleibt.
- Die Einstichstelle ist täglich auf Veränderungen insbesondere auf Infektionszeichen, wie Rötung, Schwellung, Schmerz und Sekretbildung zu überprüfen. Im Zuge dessen wird überprüft, ob die Drainage frei von Abknickungen, Verstopfungen, Inkrustationen und

| | | |
|--|---|-------------------------|
| Logo der Institution | Hygieneplan | Seite 30 von 74 |
| Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft | Hygiene bei medizinisch-pflegerischen Maßnahmen | Revision: Gültig ab: |

Materialschäden ist. Bei Auffälligkeiten dieser Art ist eine baldige ärztliche Abklärung und ggf. ein (klinisch durchzuführender Wechsel) der Drainage zu veranlassen.

- Nach der Entfernung eines suprapubischen Katheters ist zu erwarten, dass sich die Einstichstelle innerhalb von 3 Tagen spontan verschließt. Bis dahin wird die Wunde täglich mit einem sterilen Wundpflaster und ggf. einer sterilen Kompresse gemäß den in Kap. 4.4 beschriebenen Vorgaben versorgt und kontrolliert. Wenn aus der Wunde Urin austritt bzw. wenn die Wunde nach mehr als einer Woche immer noch Sekret bildet und wenn Entzündungszeichen erkennbar sind ist eine baldige ärztliche Abklärung zu veranlassen.

4.6.5 Umgang mit Harnableitungssystemen

Zur Harnableitung werden ausschließlich geschlossene Systeme verwendet. Dies sieht vor, dass die Verbindung Katheter und Ableitungssystem dauerhaft und ohne eine zwischenzeitliche Trennung (Diskonnektion) beibehalten bleibt.

- Wenn eine Diskonnektion unvermeidlich ist müssen die Anschlussstellen vor der erneuten Verbindung mit einem alkoholischen Hautdesinfektionsmittel desinfiziert werden.
- Urinproben werden aus der dafür vorgesehenen Entnahmestelle entnommen (Schutzhandschuhe benutzen). Die Entnahmestelle ist zuvor mit einem alkoholischen Hautdesinfektionsmittel zu desinfizieren.
- Um den freien Harnabfluss zu sichern ist mehrmals täglich darauf zu achten, dass der Ableitungsschlauch nicht abknickt. Auch ein intermittierendes Abklemmen (sog. „Blasentraining“) ist aus hygienischer Sicht abzulehnen.⁴⁻³²
- Um ein Abstöpseln aus Mobilitätsgründen zu vermeiden sollen ggf. Beinbeutel (evtl. kombiniert mit großvolumigen Anschlussbeutel) bevorzugt werden.
- Der Auffangbeutel soll stets unterhalb des Blasenniveaus, freihängend und ohne Bodenkontakt positioniert sein.
- Bei mobilen Bewohnern kann der Auffangbeutel (mögl. eigenständig) direkt in die Toilette entleert werden. Eine Entleerung ist vorzunehmen, ehe der Urin mit der Rückflusssperre des Ableitungssystems in Kontakt kommt. Bei immobilen Bewohnern ist wie folgt vorzugehen:
 - Schutzhandschuhe tragen
 - Spritzschutz (z.B. Zeitungsblatt) auf den Boden legen, Auffanggefäß draufstellen.
 - Urin in das Gefäß ablassen, ohne dass der Ablassstutzen mit dem Gefäß in Berührung kommt.
 - Nach dem Ablassen Stutzen mit Hautdesinfektionsmittel einsprühen und in Rücksteckflasche platzieren.
 - Auffanggefäß in nächstgelegene Toilette entleeren.
 - Auffanggefäß gemäß den Vorgaben des Reinigungs- und Desinfektionsplanes desinfizieren.⁴⁻³³
 - Schutzhandschuhe entsorgen und Hände desinfizieren.

4.7 Enterale Ernährung

4.7.1 Allgemeines

Bei der enteralen Ernährung handelt es sich um die direkte Zuführung von Nahrung mittels einer Sonde in den Magen (PEG) oder (selten) in den Dünndarm (FNKJ oder PEJ).⁴⁻³⁴ Bei der

⁴⁻³² Hier wäre es ggf. sinnvoll, wenn eine Stellungnahme der PDL darüber vorliegen würde, ob das Pflegepersonal Maßnahmen dieser Art durchführen soll.

⁴⁻³³ Wenn Sie über eine thermische Steckbeckenspüle verfügen sollte kann diese evtl. auch zur Aufbereitung von Auffanggefäßen genutzt werden. Wenn dies nicht möglich ist können diese Gefäße auch chemisch durch Einlegen desinfiziert werden.

⁴⁻³⁴ Normalerweise werden Nasensonden zur enteralen Ernährung nicht mehr verwendet. Sollte dies bei Ihnen anders sein sollte ein erläuternder Abschnitt eingeführt werden.

| | | |
|--|---|-------------------------|
| Logo der Institution | Hygieneplan | Seite 31 von 74 |
| Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft | Hygiene bei medizinisch-pflegerischen Maßnahmen | Revision: Gültig ab: |

enteralen Ernährung via PEG-Sonde gibt es Infektionsgefahren in Form von Entzündungen der Eintrittsstelle (PEG-Stoma), Lebensmittelvergiftungen und Entzündungen der Mundhöhle. Die funktionspflegerische Betreuung dieser Bewohner bleibt daher examinierendem Kranken- und Altenpflegepersonal sowie Mitarbeitern von beauftragten Pflegeservicediensten vorbehalten, welche(s) mit den jeweiligen Durchführungsmaßnahmen vertraut ist bzw. sind.⁴⁻³⁵

4.7.2 Umgang mit PEG-Sonden

Das Einlegen und Wechseln von PEG-Sonden ist eine klinisch durchzuführende Maßnahme, die nicht innerhalb des Heimes durchgeführt werden kann.

Es muss davon ausgegangen werden, dass ein PEG-Stoma, die unmittelbare Hautumgebung und evtl. auch die Sonde massiv mit Keimen besiedelt ist, die sowohl Mitbewohner, als auch das Personal gefährden können. Der Umgang mit PEG-Stomata und PEG-Sonden verlangt daher entsprechende Maßnahmen des Personal- und Infektionsschutzes.

- Innerhalb der ersten 7 - 10 Tage nach Anlage einer PEG-Sonde ist die Eintrittsstelle vom behandelnden Arzt⁴⁻³⁶ aseptisch zu verbinden (siehe Kap. 4.4), um trockene, keimarme Wundverhältnisse herbeizuführen. Bis sich nach weiteren 3 - 4 Wochen ein unempfindlicher Stomakanal ausgebildet hat ist ca. alle 2 – 3 Tage ein aseptisch durchzuführender Verbandwechsel notwendig.
- Bei Verbandwechseln an der Einstichstelle können sich Desinfektionsmittel und Salben nachteilig auswirken und sollen nur auf ausdrückliche ärztliche Anordnung Verwendung finden. Die Einstichstelle und deren nähere Umgebung muss vor dem Auflegen neuer Verbandmaterialien vollkommen trocken sein.
- Im Zuge der Verbandwechsel ist das PEG-Stoma auf Entzündungszeichen (Rötung, Schwellung, Schmerz), Hämatombildung und Sekretion zu kontrollieren. In der ersten Woche nach Neuanlage sind geringe Ablagerungen von Blut und Blutserum („seröses Sekret“) sowie eine Rötung der Einstichstelle normal. Massive Blutansammlungen, eitriges bzw. übel riechendes Sekret, Pustelbildung, Gewebsveränderungen oder Druckschmerzhaftigkeit an der Stoma-Umgebung, Bauchschmerzen und Temperaturanstieg verlangen dagegen eine baldige ärztliche Abklärung.
- Wenn sich das PEG-Stoma nach Monaten entzündungsfrei etabliert hat kann die Einstichstellenumgebung ganz normal gewaschen werden; ein Verbandwechsel erübrigt sich und der Bewohner kann dies evtl. selbst durchführen. Bei der pflegerischen Übernahme werden Schutzhandschuhe getragen. Vor und nach der Maßnahme erfolgt eine Händedesinfektion.
- Bei jeder pflegerischen PEG-Versorgung wird die Einstichstelle, sowie die Position, die Beschaffenheit und Durchgängigkeit der Sonde kontrolliert. Wenn die Position, Intaktheit oder Funktion der Sonde in Frage steht ist eine baldige ärztliche Abklärung und ggf. ein Sondenwechsel zu veranlassen. Eine sorgfältig gepflegte PEG-Sonde kann 2–5 Jahre in situ verbleiben.

4.7.3 Umgang mit Sondennahrung⁴⁻³⁷

Innerhalb von Sondennahrung können sich Keime bei Handhabungsfehlern und/oder bei Verwendung von kontaminierten Utensilien schnell vermehren und Lebensmittelvergiftungen verursachen. Im Umgang mit Sondennahrung und bei der Durchführung der enteralen Ernährung sind daher eine Reihe von Hygienemaßnahmen zu beachten.

⁴⁻³⁵ Ggf. Ihren Regelungen anpassen. Wenn diese Aufgaben bei Ihnen ausschließlich durch Betreuungsdienste wahrgenommen werden sollten die Kapitel 4.7.2 bis 4.7.4 auf die Belange Ihres Personals gekürzt werden.

⁴⁻³⁶ Auch hier sollte seitens der PDL entschieden werden, ob diese Verbandwechsel an das Pflegepersonal delegiert werden können.

⁴⁻³⁷ Nachfolgend wird davon ausgegangen, dass Sie Sondennahrung nicht selbst herstellen, sondern entweder aus Pulver anrühren oder fertig konfektioniert verwenden. Wenn auch die Verwendung pulverförmiger Nahrung bei Ihnen nicht stattfindet können die entsprechenden Passagen gelöscht werden.

| | | |
|--|---|-------------------------|
| Logo der Institution | Hygieneplan | Seite 32 von 74 |
| Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft | Hygiene bei medizinisch-pflegerischen Maßnahmen | Revision: Gültig ab: |

Umgang mit Wasser im Zusammenhang mit der enteralen Ernährung

Zum Anrühren pulverförmiger Nahrung und zum Durchspülen von Sonden wird keimarmes oder steriles Wasser benötigt. ⁴⁻³⁸

- Hierzu wird zweimal täglich Wasser abgekocht und in einen sauberen, (im Geschirrspüler) desinfizierten Krug geschüttet.
- Hierzu wird Wasser vom einem Filter-bestückten Wasserhahn entnommen und in einen sauberen, (im Geschirrspüler) desinfizierten Krug geschüttet.
- Bei enteral zu ernährenden Bewohner wird ein gefüllter Krug (mit Deckel) ⁴⁻³⁹ ins Zimmer gestellt, um Wasser zum Durchspülen der Sonde zur Verfügung zu haben. Bei der Anwendung soll das Wasser ca. Raumtemperatur haben. Die Krüge werden während der Frühstücks- und während der Abendbrot-Zeit ausgetauscht und im Geschirrspüler desinfiziert.
- Wasserfilter werden als Einwegmaterial nach ⁴⁻⁴⁰ Tagen vom Pflegepersonal dokumentiert gewechselt und als kontaminierter Abfall entsorgt (siehe Kap. 2.3.2).

Zubereitung pulverförmiger Nahrung ⁴⁻⁴¹

- Vor der Zubereitung ist eine Händedesinfektion durchzuführen.
- Pulverförmige Nahrung soll kontaminationsfrei in portionsgerechten Mengen zum sofortigen Verbrauch zubereitet und mit keimarmen Wasser gemäß den Herstellerangaben angerührt werden.
- Die dazu verwendeten Utensilien und Behältnisse müssen sauber und (im Geschirrspüler) desinfiziert worden sein.
- Die Aufbereitung der Utensilien (wie z.B. Schüttelbecher, Messbecher) erfolgt in der Geschirrspülmaschine bei $\geq 60^{\circ}\text{C}$. Nach der Aufbereitung bzw. vor der Lagerung soll keine Restfeuchte mehr bestehen. Kontaminationen der Geschirrinneisen und der mit den Lebensmitteln in Kontakt kommenden Flächen müssen vermieden werden.

Lagerung von Sondennahrung

- Verschlossene Flaschen mit Sondennahrung oder Packungen mit Pulver werden vor Staub, Wärme und direkter Sonneneinstrahlung geschützt unter Wahrung der Mindesthaltbarkeitsdaten gelagert.
- Die Lagerung von angerührter Nahrung bzw. von Sondenkost in angebrochenen Flaschen erfolgt im Kühlschrank bei 4 - 6°C erfolgen. Angebrochene Behältnisse werden mit Datum und Uhrzeit beschriftet und sind innerhalb von 24 Std. zu verbrauchen.
- Eine Lagerung bei Zimmertemperatur ist in angebrochenen aber geschlossenen Behältnissen für max. 4 Std. (bzw. gemäß Herstellerangaben) möglich.

4.7.4 Durchführung der enteralen Ernährung

- Vor der Applikation von Sondennahrung und vor dem Durchspülen von Sonden ist eine Händedesinfektion erforderlich.
- Die Applikation von Sondennahrung soll zimmerwarm erfolgen; lediglich bei einer pumpengesteuerten Applikation mit niedriger Laufrate kann kalt appliziert werden. Die nicht kühlungspflichtige konfektionierte Nahrung kann also ohne weitere Maßnahmen verabreicht werden. Zu kühlende Nahrung (z.B. bei angebrochenen Behältnissen) soll ca.

⁴⁻³⁸ Um diese Forderung zu erfüllen gibt es 2 empfohlene Möglichkeiten, auf welche nachfolgend Bezug genommen wird: Verwendung von frisch abgekochtem Wasser oder von filtriertem Wasser (siehe Kap. 2.5). Bitte unzutreffende Absätze löschen. Wenn Sie Tees verwenden (kein Schwarz- oder Früchte-Tee) sollten Sie hier darauf hinweisen. Die häufig praktizierte Variante, stilles Mineralwasser für diese Zwecke zu verwenden, muss aufgrund der oft mangelhaften mikrobiologischen Qualität dieser Wässer abgelehnt werden.

⁴⁻³⁹ Hierzu eignen sich bevorzugt flache Edelstahl-Kannen mit einem fest verbundenen Klappdeckel. Ggf. diese Passage Ihren Regelungen anpassen.

⁴⁻⁴⁰ Hier bitte die vom Hersteller vorgegebenen Wechselintervalle eintragen.

⁴⁻⁴¹ Bitte diesen Abschnitt löschen, wenn bei Ihnen keine pulverförmige Nahrung verwendet wird.

| | | |
|--|---|-------------------------|
| Logo der Institution | Hygieneplan | Seite 33 von 74 |
| Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft | Hygiene bei medizinisch-pflegerischen Maßnahmen | Revision: Gültig ab: |

2 Std. vor Applikationsbeginn aus dem Kühlschrank genommen werden. Ggf. kann eine Anwärmung der Nahrung in der Mikrowelle bis max. 40°C erfolgen (Temperaturkontrolle erforderlich), soll dann aber innerhalb der nächsten 4 – 5 Std. appliziert werden⁴⁻⁴².

- Verklumpungen und Ausfällungen (Flockenbildung) können ein Anzeichen für Verkeimung sein. Derartige Nahrung darf nicht appliziert werden.
- Überleitungssysteme, Applikationsbeutel und Blasenspritzen sind zur Einmalverwendung bestimmt und dürfen max. 24 Std. lang verwendet werden.
- Nach jeder Nahrungsgabe soll die Sonde mit keimarmen Wasser durchspült werden, um Verstopfungen vorzubeugen.
- Die Bedienung von Ernährungspumpen gestaltet sich je nach Modell unterschiedlich und darf nur von eingewiesenen Personen und gemäß der Bedienungsanleitung erfolgen.

Hygienemaßnahmen bei Bolusgaben

- Nach einer Bolusgabe wird die verwendete Blasenspritze mit warmen Wasser ausgespült, mit einem Einmalhandtuch abgetrocknet.
- Die zwischenzeitliche Lagerung erfolgt zum Abdunsten von Restfeuchte in einem offenen, mit einem sauberen Tuch abgedeckten Behältnis⁴⁻⁴³.
- Die Spritze kann für max. 24 Std. verwendet werden und ist danach als Siedlungsabfall zu entsorgen.

Medikamentengaben via Sonde

- Sollte der Bewohner in der Lage sein, Medikamente trotz Sonde zu schlucken, ist dieser Weg zu bevorzugen.
- Wenn Medikamente über die Sonde appliziert werden sollen muss hierüber eine detaillierte schriftliche ärztliche Anordnung vorliegen. Via Sonde zu applizierende Tabletten sind fein und jeweils gesondert zu zermörsern. Inhalte von Kapseln können in der Regel nicht über eine PEG-Sonde appliziert werden. Bei Unklarheiten ist vor der Applikation der Hausarzt bzw. der Vertragsapotheker zu kontaktieren.
- Zur Verdünnung dickflüssiger und stark konzentrierter Medikamente ist keimarmes Wasser zu verwenden.
- Vor der Medikamentengabe wird die Sonde mit ca. 20 ml keimarmen Wasser gespült.
- Jedes Medikament muss gesondert appliziert werden. Danach wird die Sonde mit 5 ml gespült. Dies vorausgesetzt können während einer Durchführung mehrere Medikamente hintereinander mit einer Spritze appliziert werden. Nach der Medikamenten-Applikation erfolgt eine Schlusspülung mit 20 ml.

4.7.5 Stomatitisprophylaxe

Bei enteral zu ernährenden Bewohnern besteht auf Grund mangelnder Kautätigkeit die Gefahr, dass sich Infektionen der Mundschleimhaut (Stomatitis) ergeben.

- Wenn möglich ist daher bei sondenernährten Bewohnern die normale orale Nahrungsaufnahme weiterhin zu nutzen und zu fördern. Ebenso soll eine engmaschige Anfeuchtung der Mundhöhle erfolgen, die ggf. pflegerisch übernommen werden muss.
- Der betreffende Bewohner soll sich die Zähne möglichst nach jeder Mahlzeit, mindestens aber 2-mal pro Tag putzen. Es ist sicherzustellen, dass er zur Durchführung einer effektiven Mundhygiene angeleitet und über die Prothesenpflege aufgeklärt wurde.
- Sollte der Bewohner dazu nicht in der Lage sein muss pflegerischerseits die Mundpflege gemäß Kap. 4.1.2 übernommen werden. Hierbei soll die Mundpflege mit frisch abgekühltem Wasser oder frisch zubereitetem Tee oder sterilem Aqua dest. durchgeführt werden.

⁴⁻⁴² Für die Mikrowellenerwärmung ist eine Kontrolle mit einem Lebensmittelthermometer (Temperatursonde) notwendig, was jedoch nicht der gängigen Praxis entspricht. Es wäre zu entscheiden, ob ein solches Thermometer angeschafft oder die Mikrowellenerwärmung abgeschafft wird.

⁴⁻⁴³ Ggf. einfügen, welche Art von Behältnis hierzu verwendet werden soll.

| | | |
|--|---|-------------------------|
| Logo der Institution | Hygieneplan | Seite 34 von 74 |
| Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft | Hygiene bei medizinisch-pflegerischen Maßnahmen | Revision: Gültig ab: |

- Vor diesen Maßnahmen ist sorgfältig zu überprüfen, ob und inwiefern eine Aspirationsgefahr gegeben ist und wie sie vermieden bzw. gemindert werden kann. Die Durchführung in Oberkörperhochlage ist obligatorisch.

4.8 Tracheostomata und Trachealkanülen

4.8.1 Allgemeines

Als Tracheostoma bezeichnet man die operativ angelegte Öffnung der Luftröhre (Tracheotomie) nach außen. Mit einer Trachealkanüle wird das Zuwachsen des Tracheostomas verhindert und somit ein dauerhafter Zugang von außen zur Luftröhre geschaffen. Trachealkanülen können aus Metall oder Kunststoff bestehen. Meist werden zweiteilige Trachealkanülen verwendet, bei denen man eine Außenkanüle (verbleibt im Tracheostoma) und eine Innenkanüle (wird in die Außenkanüle geschoben) unterscheidet. Um ein Austrocknen der Atemwege zu verhindern gibt es sog. „feuchte Nasen“: Filteraufsätze, die auf Trachealkanülen gesteckt werden und die Atemfeuchte zurückhalten.

Bei Vorhandensein eines Tracheostomas und Verwendung einer Trachealkanüle kann es zu Komplikationen wie Entzündungen, Druckstellen, Aspirationen, Lumenverlegung und Austrocknung der unteren Atemwege kommen.

Die funktionspflegerische Betreuung dieser Bewohner bleibt daher examiniertem Kranken- und Altenpflegepersonal sowie den Mitarbeitern von beauftragten Pflegeservicediensten vorbehalten, welche(s) mit den jeweiligen Durchführungsmaßnahmen vertraut ist bzw. sind. 4-44

Es muss davon ausgegangen werden, dass bei einem Tracheostoma, die unmittelbare Hautumgebung und auch die Trachealkanüle massiv mit Keimen besiedelt ist, die sowohl bei Mitbewohnern, als auch für beim Personal Infektionen auslösen können. Der Umgang mit Tracheostomata und Trachealkanülen verlangt daher entsprechende Maßnahmen des Personal- und Infektionsschutzes.

4.8.2 Umgang mit dem Tracheostoma

Ziel der Tracheostomapflege ist es, das Tracheostoma sauber, trocken und entzündungsfrei zu halten und Hautläsionen zu vermeiden. Wenn möglich sollte die Pflege des Tracheostomas vom Bewohner selbst durchgeführt werden, der hierzu jedoch eingewiesen sein muss.

- Ein frisch angelegtes Tracheostoma (d.h. 2 – 4 Wochen nach Anlage) bzw. ein Tracheostoma mit Wundanteilen muss, wie jede andere Wunde auch, aseptisch verbunden werden (siehe Kap. 4.4). Die Verwendung antiseptischer Lösungen darf nur auf ärztliche Anordnung erfolgen. Als Trachealkanülen werden sterile Einmalkanülen verwendet, deren Wechsel unter aseptischen Bedingungen mit sterilen Handschuhen erfolgt. 4-45
- Bei einem etablierten, von Hautläsionen oder Entzündungen freien Tracheostoma genügt die tägliche Reinigung mit seifenfreiem Wasser im Rahmen der Grundpflege, unter Verwendung eines nicht flusenden Einmaltuches. Vorhandene Sekretreste, Inkrustierungen etc. werden mit einer desinfizierten bzw. sterilen Pinzette oder mit einem mit physiologischer Kochsalzlösung getränkten Tuch entfernt. Für diese Arbeiten werden Schutzhandschuhe getragen. Vorher und nachher erfolgt eine Händedesinfektion.
- Das Eindringen von jeglicher Flüssigkeiten in das Tracheostoma bei der Tracheostoma- oder Körperpflege muss (evtl. unter Verwendung von speziellem Zubehör für die Trachealkanüle) ausgeschlossen werden.
- Im Zuge der Tracheostomapflege erfolgt eine dokumentierte Kontrolle auf Entzündungszeichen, Läsionen des Tracheostomas, sowie auf Verlegungen oder Materialschäden der Trachealkanüle. Entzündungszeichen und Läsionen verlangen eine baldige ärztliche Abklärung.

4-44 Ggf. bitte Ihren Regelungen anpassen.

4-45 Das Verbinden eines frischen Tracheostomas und der aseptische Austausch von Trachealkanülen verlangt eine entsprechende Erfahrung, die auch bei examinierten Krankenpflegekräften nicht vorausgesetzt werden kann. Ggf. sollte seitens der PDL entschieden werden, ob diese Versorgung an das Pflegepersonal delegiert werden können.

| | | |
|--|---|-------------------------|
| Logo der Institution | Hygieneplan | Seite 35 von 74 |
| Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft | Hygiene bei medizinisch-pflegerischen Maßnahmen | Revision: Gültig ab: |

4.8.3 Umgang mit Trachealkanülen

Trachealkanülen sind semikritische Medizinprodukte, bei welchen der Hersteller die Vorgehensweisen und Mittel zur Aufbereitung festlegt (siehe Kap. 2.2).

Die zuständige Wohnbereichsleitung trägt dafür Sorge, dass vor dem pflegerischen Umgang mit Trachealkanülen abgeklärt ist, ob die betreffende Kanüle aufbereitet werden kann, mit welcher Methodik und unter Verwendung welcher Mittel dies möglich ist und wie oft eine Aufbereitung erfolgen soll (max. Anzahl der Aufbereitungszyklen).⁴⁻⁴⁶ Bei Außenkanülen muss zudem abgeklärt worden sein, ob und unter welchen Vorkehrungen sie dem Tracheostoma entnommen werden kann und wie oft dies routinemäßig erfolgen soll.

Allgemein gilt:

- Wenn möglich sollte das Wechseln der Trachealkanüle vom Bewohner selbst durchgeführt werden, der hierzu jedoch kompetent sein muss.
- Jeder manuelle Umgang von Trachealkanülen durch das Pflegepersonal erfordert das Tragen von Schutzhandschuhen. Vor und nach dem Ausziehen ist eine Händedesinfektion durchzuführen.
- Innenkanülen werden zweimal täglich und bei Bedarf mit Trinkwasser gereinigt und wieder eingesetzt (Desinfektion nicht notwendig).
- Der Austausch von Außenkanülen bzw. von einteiligen Kanülen gegen eine aufbereitete Kanüle erfolgt nach individuell festzusetzenden Intervallen und bei Bedarf. Der Bewohner befindet sich hierzu in Oberkörperhochlagerung und sollte zuvor abgehustet haben; ggf. muss endotracheal abgesaugt werden (siehe Kap. 4.9). Die benutzte Außenkanüle wird zusammen mit der Innenkanüle gereinigt, desinfiziert, gespült, getrocknet und zur späteren Verwendung aufbewahrt.
- Um eine geregelte Aufbereitung durchführen zu können benötigt der Patient Kanülen zum Austausch. Ferner ist sicherzustellen, dass alle hierzu verwendeten Gegenstände strikt bewohnerbezogen verwendet, aufbereitet und gelagert werden.
- Die Lagerung aufbereiteter Trachealkanülen erfolgt zum Abdunsten von Restfeuchte in offenen, sauberen Schälchen, die staub- und kontaminationsgeschützt in einem Schrank separat und trocken aufbewahrt werden.⁴⁻⁴⁷
- „Feuchte Nasen“ sind nicht aufzubereiten und müssen –je nach Herstellerangabe und Sekretaufkommen gewechselt werden.
- Haltebändchen verschmutzen leicht. Sie sollen täglich sowie bei Bedarf gewechselt werden. Dem entsprechend müssen genügend Austauschbändchen vorhanden sein. Zur Aufbereitung genügt eine Reinigung gemäß den Herstellerangaben.

4.9 Absaugen von Atemwegssekreten

4.9.1 Allgemeines

Beim Absaugen von Atemwegssekreten ist das orale Absaugen (von Sekreten der Mundhöhle und des Rachens bis zum Kehlkopf über den geöffneten Mund) bzw. das nasale Absaugen (von Sekreten der Nase und des oberen Rachanteils) vom endotrachealen Absaugen (von Sekreten des unteren Rachenanteils, der Luftröhre und ggf. der Hauptbronchien meist über ein Tracheostoma bzw. eine Trachealkanüle) zu unterscheiden. Speziell das endotracheale Vorgehen ist mit Komplikationsgefahren, wie Aspiration von Sekreten, Verletzungen der unteren Atemwege und Atemwegsinfektionen verbunden.

Die Durchführung des oralen oder des nasalen Absaugens bleibt daher Kranken- und Altenpflegepersonal sowie den vom Bewohner beauftragten Betreuungsdiensten vorbehalten, welche(s) mit den jeweiligen Durchführungsmaßnahmen vertraut ist bzw. sind.

⁴⁻⁴⁶ Da Trachealkanülen aus verschiedenen Materialien bestehen und zudem unterschiedliche Konstruktionsmerkmale aufweisen können ist die Beschreibung eines einheitlichen Vorgehens bei der Aufbereitung überdenkenswert. Ggf. kann ein bestimmter Standard formuliert werden, der dann von Fall zu Fall modifiziert wird. Unabhängig davon sind auch hier auf schriftliche Anweisungen zur Sicherung einer einheitlichen Vorgehensweise notwendig.

⁴⁻⁴⁷ Evtl. näher beschreiben, wie dies bei Ihnen erfolgen soll.

| | | |
|--|---|-------------------------|
| Logo der Institution | Hygieneplan | Seite 36 von 74 |
| Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft | Hygiene bei medizinisch-pflegerischen Maßnahmen | Revision: Gültig ab: |

Die Durchführung des endotrachealen Absaugens bleibt daher examiniertem Krankenpflegepersonal sowie den Mitarbeitern von beauftragten Pflegeservicediensten vorbehalten, welche(s) mit den jeweiligen Durchführungsmaßnahmen vertraut ist bzw. sind. ⁴⁻⁴⁸

Die Bedienung von Absauggeräten gestaltet sich je nach Modell unterschiedlich und darf nur von ausgewiesenen Personen und gemäß den Angaben der Bedienungsanleitung erfolgen.

Atemwegssekrete sind keimhaltig. Diese Keime stellen eine Infektionsgefährdung für Mitbewohner und für das Personal dar. Der Umgang mit diesen Sekreten und damit auch das Absaugen verlangt daher entsprechende Maßnahmen des Personal- und Infektionsschutzes.

4.9.2 Durchführung des Absaugens

- Für den Absaugvorgang werden sterile Einmal-Absaugkatheter verwendet, die über einen Verlängerungsschlauch mit dem Absauggerät verbunden werden.
- Zum zwischenzeitlichen Durchspülen der Absaugkatheter und des Verlängerungsschlauches kann beim oral-nasalen Vorgehen Trinkwasser und muss beim endotrachealen Vorgehen steriles Wasser verwendet werden. Das Wasser wird zweimal täglich zusammen mit der Spülflasche ausgetauscht. Spülflaschen müssen sich vor ihrer Verwendung in einem sauberen und (im Geschirrspüler) desinfizierten Zustand befinden. ⁴⁻⁴⁹
- Das Absaugen erfolgt unter Verwendung von Schutzhandschuhen und einer Mund-Nasenschutz-Maske. Vor und nach dem Absaugen ist eine Händedesinfektion durchzuführen.
- Der Bewohner befindet sich während des Absaugens zur Aspirationsprophylaxe in Oberkörperhochlagerung.
- Absaugkatheter können während einer Absaug Sitzung mehrfach eingeführt und zwischenzeitlich durchspült werden.
- Zum Schluss der Sitzung wird der Katheter und damit auch der Verlängerungsschlauch gründlich durchspült. Danach wird der Katheter um die behandschuhte Hand gewickelt. Der Handschuh wird übergestreift und zusammen mit dem Katheter als kontaminierter Abfall entfernt (siehe Kap. 2.3.2).
- Auf den freien Verlängerungsschlauch wird ein neuer Katheter gesteckt, der zunächst in der geöffneten Verpackung belassen wird.

⁴⁻⁴⁸ Ggf. bitte gemäß Ihren Regelungen anpassen.

⁴⁻⁴⁹ Wenn keine Aufbereitung im Geschirrspüler möglich ist sollte an dieser Stelle ein entsprechendes Aufbereitungsverfahren beschrieben werden.

| | | |
|---|------------------------|-------------------------|
| Logo der Institution | Hygieneplan | Seite 37 von 74 |
| Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft | Infektionsintervention | Revision: Gültig ab: |

5 Infektionsintervention

5.1 Regelung der Meldepflicht

5.1.1 Allgemeines

Personen mit bestimmten Infektionserkrankungen müssen dem Gesundheitsamt gemäß §§6-8 Infektionsschutzgesetz unverzüglich (d.h. innerhalb von 24 Std.) namentlich gemeldet werden. Vorrangig soll dies durch den jeweils behandelnden Arzt und ggf. durch die Heimleitung erfolgen.

Sofern die Meldung nicht bereits ärztlicherseits erfolgte ist sie (gemäß §8 IfSG) durch die Heimleitung⁵⁻¹ vorzunehmen, wenn eine (gemäß §6 IfSG) zu meldende Infektionserkrankung vorliegt.

Meldepflicht besteht bei

- Krankheitsverdacht, Erkrankung oder Tod bei Botulismus, Cholera, Diphtherie, humaner spongiformer Enzephalopathie (außer familiär-hereditärer Formen), akuter Virushepatitis, enteropathischem hämolytisch-urämischem Syndrom (HUS), virusbedingtem hämorrhagischen Fieber, Masern, Meningokokken-Meningitis oder –Sepsis, Milzbrand, Poliomyelitis, Pest, Tollwut und Typhus abdominalis/Paratyphus.
- Erkrankung und Tod an einer behandlungsbedürftigen Tuberkulose, auch wenn ein bakteriologischer Nachweis nicht vorliegt.
- Infektionen des Verdauungstraktes bzw. Lebensmittelvergiftungen bei Personen auftreten, die beruflich (gemäß §42 IfSG) mit Lebensmitteln in Kontakt stehen.
- Verdacht einer über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehenden gesundheitlichen Schädigung.
- Verletzung eines Menschen durch ein tollwutkrankes, -verdächtiges oder –ansteckungsverdächtiges Tier sowie die Berührung eines solchen Tieres oder Tierkörpers.
- Vorliegen von Erkrankungshäufungen (z.B. Durchfallerkrankungen, nosokomiale Infektionen, Parasitenbefall). Eine Erkrankungshäufung liegt vor, wenn 2 oder mehr Infektionen auftreten, bei denen ein epidemischer (d.h. zeitlicher und örtlicher) Zusammenhang vermutet werden kann. Hierbei spielt es keine Rolle, ob es sich bei den erkrankten Personen um Bewohner oder um Personalmitglieder handelt.

5.1.2 Durchführung von Meldungen

Wenn durch die Situation vor Ort bzw. durch eingehende Krankmeldungen des Personals der Eindruck entstanden ist, dass eine von der Heimleitung vorzunehmende Meldung notwendig sein könnte, informiert die zuständige Leitung des jeweiligen Bereiches (z.B. Wohnbereichsleitung, Hauswirtschaftsleitung) unverzüglich die Pflegedienstleitung, die ggf. die Heimleitung informiert.⁵⁻²

Die Meldung an das Gesundheitsamt ist Aufgabe der Heimleitung und soll zunächst telefonisch erfolgen (Tel. ⁵⁻³). Alternativ bzw. ergänzend zur telefonischen Meldung kann über das im Anhangsteil befindliche Meldeformular verwendet werden (Fax-Nr. ⁵⁻⁴).

⁵⁻¹ Ggf. bitte Ihren Regelungen anpassen.

⁵⁻² Ggf. bitte Ihren Regelungen anpassen.

⁵⁻³ Hier bitte Telefonnummer des zuständigen Gesundheitsamtes eintragen.

⁵⁻⁴ Hier bitte Faxnummer des zuständigen Gesundheitsamtes eintragen.

| | | |
|--|------------------------|-------------------------|
| Logo der Institution | Hygieneplan | Seite 38 von 74 |
| Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft | Infektionsintervention | Revision: Gültig ab: |

5.2 Abklärung von Handlungsbedarf

Hinzuziehung eines Arztes

- Zur Ermittlung der Ursachen, zur Anordnung der notwendigen Therapiemaßnahmen und zur Abklärung von weiterem Handlungsbedarf ist in allen Infektionsfällen ein Arzt frühzeitig hinzuzuziehen.
- Bei mehreren erkrankten Personen ist der behandelnde Arzt darüber zu informieren.

Hinzuziehung des Gesundheitsamtes

- Im Falle von Erkrankungshäufungen (2 oder mehr betroffene Bewohner oder Personalmitglieder) ist das Gesundheitsamt zur Erfüllung der Meldepflicht (siehe Kap. 5.1) und zur Abklärung des weiteren Vorgehens von der Heimleitung frühzeitig hinzuzuziehen⁵⁻⁵.
- Bei Infektionen des Verdauungstraktes ist daran zu denken, dass erkrankte Küchenmitarbeiter gemäß §6 IfSG von der Heimleitung dem Gesundheitsamt namentlich zu melden sind (Kap. 5.1).

Beschränkungen für Mitarbeiter

Bei bestimmten Infektionen und Kontaminationen kann es notwendig sein, schwangere pflegerische Mitarbeiterinnen, Mitarbeiter mit Hauterkrankungen (z.B. Psoriasis oder Neurodermitis) oder Hautläsionen oder Mitarbeiter mit unzureichendem Impfschutz etc. von der Betreuung betroffener Bewohner auszuschließen. Dies ist von der Pflegedienstleitung unter Hinzuziehung des Betriebsärztlichen Dienstes jeweils festzulegen.

5.3 Maßnahmen bei viralen Gastroenteritiden (Noro etc.)

5.3.1 Allgemeines

Gastroenteritiden können sehr unterschiedliche infektiöse und nicht infektiöse Ursachen haben. Wenn eine infektiöse Ursache nicht auszuschließen ist und eine Lebensmittelvergiftung nicht vorliegt muss davon ausgegangen werden, dass es sich um eine infektiöse Gastroenteritis handelt und dass die Gefahr eines Infektionsausbruchs gegeben ist. Die häufigste Ursache infektiöser Gastroenteritiden sind in Altenpflegeeinrichtungen Noro-Viren, so dass sich die weiteren Maßnahmen bis zur Ermittlung des Infektionserregers an einer möglichen Noro-Virus-Infektion ausrichten.

Eigenschaften von Noro-Viren

- Noro-Viren können hoch-ansteckungsfähige schwere Brechdurchfälle verursachen. Die Erkrankten sind hochgradig von Austrocknung bedroht.
- Die Inkubationszeit einer Noro-Virus-Infektion beträgt 1 - 3 Tage, die Krankheitsdauer 1 - 3 Tage, die Ansteckungszeit (Erregerausscheidung) Erkrankungsdauer + 48 Std. (in Einzelfällen auch darüber). Die Immunität ist (ähnlich wie bei Influenza) unzuverlässig.
- Die Übertragung kann über direkte + indirekte Kontakte, fäkal-oral, über Lebensmittel und aerogen (durch Aerosole beim Erbrechen) erfolgen. Schon kleinste Erregermengen sind infektiös.
- Noro-Viren sind gegen viele Desinfektionsmittel resistent.

⁵⁻⁵ Die Verfügbarkeit von Mitarbeitern des Gesundheitsamtes ist am Wochenende regional unterschiedlich gegeben. Insofern sollte im Vorfeld die korrekte Vorgehensweise im Falle eines Infektionsausbruchs mit dem Gesundheitsamt abgeklärt und an dieser Stelle angefügt werden..

| | | |
|--|------------------------|-------------------------|
| Logo der Institution | Hygieneplan | Seite 39 von 74 |
| Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft | Infektionsintervention | Revision: Gültig ab: |

5.3.2 Organisatorisches

Beschränkungen für Mitarbeiter

- Erkrankte Personalmitglieder (Pflege, Hauswirtschaft, Küche) dürfen den Dienst erst wieder antreten, wenn nach Ausbleiben der Symptome mind. 48 Std. verstrichen sind.
- Küchenmitarbeiter und weitere Personen, die eine Tätigkeit im Lebensmittelbereich ausüben, dürfen keinen Kontakt zu erkrankten Personen haben und sollen sich während der Ansteckungszeit nicht in den betroffenen Bereichen aufhalten.
- Anzahl der Kontaktpersonen ist möglichst gering zu halten.

Beschaffung von Hygienematerialien

- Die Pflegedienstleitung veranlasst (falls nicht in genügender Anzahl vorhanden) unverzüglich die Beschaffung notwendigen Hygienematerialien wie
 - Langärmlige Schutzkittel
 - Mund-Nasenschutz-Masken (OP-Masken)
 - Schutzhandschuhe
 - Gegen Noro-Viren wirksame Flächen- und Händedesinfektionsmittel
 - Wischeimer mit Deckel, Einmallappen⁵⁻⁶

Informationsweitergabe

- Die Pflegedienstleitung trägt dafür Sorge, dass alle Mitglieder des Wohnbereichsteams und die Mitarbeiter der Hauswirtschaft unverzüglich und bei der Übergabe über die aktuellen Sachverhalte informiert werden.
- Erkrankte Bewohner und ggf. deren Mitbewohner sind von Ihrem Hausarzt bzw. von der jeweiligen Wohnbereichsleitung über das Wesen der Erkrankung und über die notwendigen Hygienemaßnahmen aufzuklären. Die Durchführung der Händedesinfektion muss ggf. praktisch eingeübt werden.
- Die Wohnbereichsleitung trägt dafür Sorge, dass Besucher und Hausärzte im Vorfeld informiert werden und rät von Besuchen während der Zeit der Ansteckungsgefahr ab.⁵⁻⁷

Maßnahmen bei Verlegung erkrankter Bewohner

- Bei einer Verlegung erkrankter Bewohner informiert die Wohnbereichsleitung frühzeitig die weiterbetreuenden Institutionen über die Infektion bzw. Sachlage.
- Dem Transportdienst ist die Infektion bei der Anmeldung mitzuteilen.
- Inkontinente Bewohner sollen kurz vor dem Transport mit einem frischen Inkontinenzsystem versorgt werden.
- Begleitende Personen sollen während des Transportes Schutzhandschuhe, Schutzkittel und Mund-Nasenschutz-Masken tragen.
- Die Verfügbarkeit von einem gegen Noro-Viren wirksamen Händedesinfektionsmittel ist zu sichern.

Weiteres

- Innerhalb der Ansteckungszeit sollte bei allen (also auch bei den bislang symptomfreien) Bewohnern kochfeste Leibwäsche und Kleidung verwendet werden.
- Die jeweilige Wohnbereichsleitung trägt dafür Sorge, dass in Absprache mit dem Gesundheitsamt und dem behandelnden Arzt Stuhlproben (soweit erforderlich) entnommen werden.⁵⁻⁸

⁵⁻⁶ Viele Institutionen sind dazu übergegangen, sog. „Noro-Pakete“ zusammenzustellen, welche die notwendigen Vorräte zur Überbrückung der ersten Tage beinhalten. Ggf. diesen Abschnitt gemäß Ihren Regelungen anpassen.

⁵⁻⁷ Ggf. bitte Ihren Regelungen anpassen.

| | | |
|--|------------------------|-------------------------|
| Logo der Institution | Hygieneplan | Seite 40 von 74 |
| Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft | Infektionsintervention | Revision: Gültig ab: |

5.3.3 Hygienemaßnahmen

Unterbringung

Erkrankte Bewohner sind möglichst zu isolieren. Die zu treffenden Maßnahmen sind mit dem Gesundheitsamt abzustimmen. Allgemein gilt:

- Die Zimmer erkrankter Bewohner sind als Isolierzimmer zu gestalten (siehe unten). Die von erkrankten Bewohnern benutzten Toiletten sollen nicht von Gesunden benutzt werden.
- Erkrankte Bewohner bleiben für die Zeit der Ansteckungsgefahr im Zimmer und sind vom Besuch der Gemeinschaftseinrichtungen ausgeschlossen (auch wenn sich diese innerhalb des betreffenden Wohnbereiches befinden). Sie dürfen innerhalb der Ansteckungszeit nicht in andere Zimmer verlegt werden. Wenn möglich sollen auch keine außerhäusigen Aufenthalte (z.B. Besuch einer Arztpraxis) erfolgen.
- Bei viralen Gastroenteritiden ist auf Grund der hohen Ansteckungsgefahr die Wahrscheinlichkeit sehr groß, dass Mitbewohner, d.h. Personen, die zusammen mit dem Erkrankten ein Zimmer bewohnt haben ebenfalls erkranken bzw. sich in der Inkubationszeit befinden. Sie werden daher für die Dauer der Ansteckungszeit mitisoliert.

Einrichten von und Verhalten in Isolierzimmern

- In Isolierzimmern werden im Türbereich 2 langärmelige Schutzkittel, ein Depot mit Schutzhandschuhen und Mund-Nasenschutzmasken, ein abgedeckter Eimer mit Desinfektionslösung (incl. Wischlappen) eine Abfall- und eine Wäscheentsorgungsmöglichkeit eingerichtet und eine Flasche Händedesinfektionsmittel bereitgestellt. Es sind ⁵⁻⁹ Wäschesäcke zu verwenden.
- Das Isolierzimmer wird mit einem Innen- und einem Außenschild gekennzeichnet (siehe Anhang).
- Alle Utensilien (z.B. Verbandzubehör oder Waschschalen) sollen in Isolierzimmern personengebunden verwendet werden. Wenn dies nicht möglich ist müssen die Gegenstände vor der Nutzung durch andere Bewohner wischdesinfiziert werden.
- Die Schutzkittel werden täglich und nach Kontamination gewechselt. Die Desinfektionslösungen und die Lappen werden täglich, sowie nach Verunreinigung durch Erbrochenes oder Fäkalien erneuert.
- Bei Betreten eines Isolierzimmers: im Zimmer langärmeligen Schutzkittel, Handschuhe und Mund-Nasenschutz anlegen.
- Bei Verlassen eines Isolierzimmers: Schutzkittel im Zimmer lassen, Handschuhe und Mund-Nasenschutz in Abfall, Händedesinfektion (verlängerte Einwirkzeit, siehe unten). Jeder Aufenthalt in Schutzkleidung außerhalb des Isolierzimmers ist zu vermeiden!

Fortlaufende Desinfektionsmaßnahmen

- Zur Flächendesinfektion wird eine Noro-wirksame Lösung (⁵⁻¹⁰) und werden Einmallappen verwendet.
- Bis auf Widerruf erfolgt eine tägliche Desinfektion patientennaher Kontaktflächen incl. Türklinken + Sanitär mit getrennten Eimern und Einmallappen. Sofortige Desinfektion aller mit Stuhl oder Erbrochenem behafteten Flächen und Gegenstände. Bei größerer Verschmutzung Flächen mit Desinfektionsmittel-getränktem Einmaltuch reinigen, danach mit neuem Tuch wischdesinfizieren. Nach Abtrocknung der Flächen können diese wieder benutzt werden.

⁵⁻⁹ Zur Ermittlung des Infektionserregers ist die zeitnahe Entnahme von Stuhlproben wichtig. Einige Gesundheitsämter sind inzwischen dazu übergegangen, den Pflegeeinrichtungen Entnahmeröhrchen und Versandtaschen prophylaktisch zur Verfügung zu stellen. In diesem Fall diesen Absatz entsprechend angleichen.

⁵⁻⁹ Hier bitte eintragen, welche Wäschesäcke für infektiöse Wäsche verwendet werden.

⁵⁻¹⁰ Hier bitte eintragen welches Mittel in welcher Konzentration verwendet werden soll. Am besten konkrete Vorgaben verwenden (z.B. 1 Beutel xxxxxxxx auf 4 Liter Wasser).

| | | |
|--|------------------------|-------------------------|
| Logo der Institution | Hygieneplan | Seite 41 von 74 |
| Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft | Infektionsintervention | Revision: Gültig ab: |

- Während der Desinfektionsarbeiten ist Schutzkleidung in Form von langärmeligen Kitteln, Schutzhandschuhen und Mund-Nasenschutz zu tragen.
- Zur Händedesinfektion wird bis auf Widerruf innerhalb des betreffenden Wohnbereiches ein gegen Noro-Viren wirksames Mittel (5-11) verwendet. Eine Händedesinfektion erfolgt
 - nach Kontakt mit Stuhl, Erbrochenem, erkrankten Bewohner oder Pflegeeuten-silien, die für Erkrankte benutzt worden sind, auch wenn Schutzhandschuhe verwendet wurden.
 - nach Verlassen eines Erkrankungszimmers.
 - Hierbei ist eine verlängerte Einwirkzeit von 5-12 Minuten zu beachten.

Entsorgung

- Im Isolierzimmer entstandene bzw. kontaminierte Abfälle werden im Zimmer in kleinen Säcken gesammelt. Nach Abwurf kontaminierter Materialien sollen die kleinen Säcke sofort verschlossen und in große Säcke (5-13) deponieren werden. Große Säcke werden vor Verlassen des Zimmers ebenfalls fest verschlossen und können danach normal entsorgt werden.
- Schmutzwäsche erkrankter Bewohner wird im Zimmer als kontaminierte Wäsche in verschlossenen (5-14) Säcken entsorgt und anschließend unter Anwendung eines desinfizierenden Waschverfahrens (60°C, Kochwäsche oder desinfizierendes Waschmittel (5-15)) gewaschen. Temperaturempfindliche aber kontaminierte Wäsche wird entweder als kontaminierter Abfall entsorgt (siehe Kap. 2.3.2) oder vor dem Waschen in eine Desinfektionslösung (5-16) eingelegt.
- Geschirr soll wie üblich unter Vermeidung von Zwischenwegen der thermischen Aufbereitung im Geschirrspüler zugeführt werden. Isolierzimmer sind stets zum Schluss abzuräumen.
- Fäkalien können wie üblich über einen ordnungsgemäß funktionierenden Steckbeckenspüler entsorgt werden (5-17).

Maßnahmen nach Aufhebung der Isolierung

Die Aufhebung der Isolierungsmaßnahmen erfolgt frühestens 48 Std. nach Beschwerdefreiheit des zuletzt erkrankten Bewohners in Abstimmung mit dem Gesundheitsamt. Die Entscheidung hierüber wird von der Pflegedienstleitung getroffen. (5-18)

- Jeglicher Abfall wird aus dem Zimmer in verschlossenen Säcken entfernt. Die Bettwäsche wird abgezogen und ebenfalls in geschlossenen Säcken aus dem Zimmer gebracht.
- Alle Flächen wie Bettgestell, Matratzenschutz (5-19), Möbel, Telefon, Lichtleiste, Klinken, Sanitär, Fußboden etc. werden desinfizierend abgewischt.
- Bettdecken und -kissen sind als Kochwäsche zu waschen (5-20).
- Bettwäsche und Kleidungsstücke sind ebenfalls bevorzugt als Kochwäsche oder unter Anwendung eines chemisch desinfizierenden Waschmittels zu waschen (5-15). Alternativ

(5-11) Hier bitte einfügen, welches viruzides Händedesinfektionsmittel Sie verwenden.

(5-12) Hier bitte eintragen, welche Einwirkzeit zu beachten ist (z.B. 2 Min.)

(5-13) Ggf. Farbe eintragen.

(5-14) Ggf. Farbe eintragen.

(5-15) Wenn Sie desinfizierende Waschmittel verwenden hier bitte den Markennamen eintragen.

(5-16) Hier bitte eintragen, welche viruzide Desinfektionslösung in welcher Konzentration Sie hierzu verwenden.

(5-17) Wenn Sie nicht über thermisch desinfizierende Steckbeckenspülen verfügen müssen die Steckbecken zusätzlich mit einem viruziden Mittel ausgewischt werden.

(5-18) Ggf. bitte hren Regelungen anpassen.

(5-19) Es wird vorausgesetzt, dass Sie desinfizierbare Matratzenüberzüge verwenden (vergl. Kap. 2.4.3).

(5-20) Wenn Sie in Ihrem Hause nicht über gewerbliche Waschmaschinen verfügen sollten Sie abklären, inwiefern Inletts und Kissen gewaschen werden können und dies hier eintragen.

(5-15) Wenn Sie desinfizierende Waschmittel verwenden hier bitte den Markennamen eintragen.

| | | |
|--|------------------------|-------------------------|
| Logo der Institution | Hygieneplan | Seite 42 von 74 |
| Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft | Infektionsintervention | Revision: Gültig ab: |

ist evtl. das Einlegen in ⁵⁻²¹ möglich. Eingelegte Kleidungsstücke müssen zum Entfernen der Rückstände anschließend „normal“ gewaschen werden.

- Während der Einwirkzeit der Flächendesinfektion (1 Std. ⁵⁻²²) sollen sich keine Personen im Zimmer aufhalten. Danach gut lüften (ca. 30 Min.). Danach kann das Bett wieder bezogen und das Zimmer wieder belegt werden.
- Nach Abschluss eines epidemischen Geschehens sollen auch die weiteren Räume, speziell die Entsorgungsräume in gleicher Weise wischdesinfiziert werden.
- Die Durchführung dieser Maßnahmen erfolgt in Schutzkitteln und Schutzhandschuhen. Die Schutzhandschuhe sind nach jedem aufbereiteten Raum zu entsorgen. Zum Abschluss der Maßnahmen wird eine Händedesinfektion durchgeführt.

5.4 Maßnahmen bei Salmonellosen

5.4.1 Allgemeines

Salmonellen haben folgende Eigenschaften:

- Eine Infektion mit Salmonellen (Salmonellose) geht mit schmerzhaften, wässrigen, zuweilen blutigen Durchfällen einher, oft begleitet von Übelkeit, Erbrechen, Fieber und weiteren Symptomen. Die Erkrankten sind von Austrocknung bedroht.
- Die Inkubationszeit beträgt 5 bis 72 Std. (max. 7 Tage), die Erkrankungszeit (d.h. Zeit der Symptome) meist wenige Tage. In der Zeit der Symptome, aber auch noch Wochen danach, werden von den Erkrankten Erreger ausgeschieden. Ein Ende der Ausscheidung kann nur durch entsprechende Stuhluntersuchungen sicher ermittelt werden.
- Salmonellen werden wie die meisten bakteriell verursachten Gastroenteritiden vorwiegend durch kontaminierte Lebensmittel übertragen. In seltenen Fällen kann es zu direkten und indirekten Kontaktübertragungen (sog. „Schmierinfektionen“) kommen.
- Sie können mit den üblich verwendeten Flächen- und Händedesinfektionsmitteln zuverlässig abgetötet werden.

5.4.2 Organisatorisches

Beschränkungen für Mitarbeiter

Die Pflegedienstleitung bzw. die Küchenleitung trägt dafür Sorge, dass erkrankte bzw. ausscheidende Mitarbeiter Lebensmittel weder herstellen, noch austeilen (Tätigkeitsverbot gemäß IfSG).

Informationsweitergabe

Von der Wohnbereichsleitung ist sicherzustellen, dass die betreuenden und behandelnden Personen über die Infektion und zur Sachlage informiert sind.

Verlegung erkrankter Bewohner

- Bei einer Verlegung erkrankter Bewohner informiert die Wohnbereichsleitung frühzeitig die weiterbetreuenden Institutionen über die Sachlage.
- Der Transport kann normal durchgeführt werden.
- Inkontinente Bewohner sollen kurz vor dem Transport mit einem frischen Inkontinenzsystem versorgt werden.
- Für begleitende Personen sind keine speziellen Schutzmaßnahmen notwendig.
- Die Verfügbarkeit von Händedesinfektionsmittel ist zu sichern.

⁵⁻²¹ Hier bitte eintragen welches Mittel Sie in welcher Konzentration und mit welcher Einwirkzeit Sie verwenden.

⁵⁻²² Berücksichtigen Sie bitte bei der Konzentrationsangabe diesen 1-Std.-Wert.

| | | |
|--|------------------------|-------------------------|
| Logo der Institution | Hygieneplan | Seite 43 von 74 |
| Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft | Infektionsintervention | Revision: Gültig ab: |

5.4.3 Hygienemaßnahmen

- Erkrankte Bewohner können normal untergebracht werden. Es ist lediglich dafür zu sorgen, dass erkrankten Personen eine eigene Toilette zur Verfügung steht, die auch nur von diesen benutzt wird.
- Nach einem Toilettenbesuch ist eine Händedesinfektion erforderlich (normales Mittel, 30 Sek. Einwirkzeit). Die Durchführung der Händedesinfektion muss ggf. praktisch eingeübt werden.
- Die jeweilige Wohnbereichsleitung trägt dafür Sorge, dass erkrankte bzw. ausscheidende Bewohner Heim- und Wohngruppenküchen⁵⁻²³ nicht betreten.
- Die üblicherweise durchzuführenden Maßnahmen der Personalhygiene sind ausreichend.
- Auch die Reinigungs- und Desinfektions- und Entsorgungsmaßnahmen werden wie gewohnt beibehalten. Lediglich die von den Erkrankten benutzten Toiletten, Wannen und Duschen werden täglich mit⁵⁻²⁴ wischdesinfiziert. Hierzu sind Einmallappen zu verwenden, die anschließend als kontaminierter Abfall entsorgt werden (siehe Kap. 2.3.2).

5.5 Maßnahmen bei MRSA

5.5.1 Allgemeines

Staphylococcus aureus ist ein häufiger Erreger von bakteriellen Infektionen. Bei MRSA oder ORSA handelt es sich um Antibiotika-resistente Varianten des Bakteriums *Staphylococcus aureus*. Beide Keime sind in ihren Eigenschaften identisch, daher wird nachfolgend nur noch die Kürzel „MRSA“ für Methicillin resistenter *Staphylococcus aureus* verwendet.

Unterschieden werden die Untergruppen cMRSA und hMRSA:

- cMRSA = community acquired MRSA = bislang selten vorkommende MRSA-Stämme, die unabhängig von Krankenhausaufenthalten und ohne Bindung an medizinisch-pflegerische Maßnahmen Infektionen wie Pneumonien oder Abszesse hervorrufen.
- hMRSA = hospital acquired MRSA = häufig vorkommende MRSA-Stämme, die vor allem in Krankenhäusern und Pflegeheimen etabliert sind und die bevorzugt im Zuge medizinisch-pflegerischer Maßnahmen übertragen werden. Die nachfolgenden Ausführungen nehmen nur auf hMRSA Bezug, wenn die Kürzel MRSA verwendet wird.

MRSA führt meist nur zu einer Besiedelung (Kolonisation) der Haut der Schleimhaut, was meist unbemerkt bleibt und zunächst keinen Krankheitswert hat. Im Zusammenhang mit bestimmten invasiven Maßnahmen wie künstliche Beatmung, operative Eingriffe oder Infusionstherapie kann das Vorhandensein von MRSA zu schwerwiegenden und schlecht therapierbaren Infektionen führen. Da invasive Maßnahmen vor allem in Krankenhäusern durchgeführt werden, sind bei MRSA-Trägern in Kliniken andere Hygienemaßnahmen notwendig, als in Altenpflegeeinrichtungen.

MRSA kann leicht durch direkte und indirekte Kontakte sowie (sehr viel seltener) über den Luftweg übertragen werden, ist aber mit den üblicherweise verwendeten Flächen- und Händedesinfektionsmitteln zuverlässig abzutöten. Dagegen ist es oft nicht möglich, besiedelte Personen durch Anwendung antibiotischer oder antiseptischer Medikamente (Sanierung) MRSA-frei zu bekommen.

5.5.2 Organsiatorisches

Hinzuziehung eines Arztes

- Wenn sich Bewohner (z.B. nach einem Klinikaufenthalt) als MRSA-Träger erwiesen haben ist hierüber der behandelnde Arzt von der Wohnbereichsleitung zu informieren.
- Maßnahmen wie die Durchführung von Abstrichen oder Sanierungsmaßnahmen erfolgen nur auf ärztliche Anordnung.

⁵⁻²³ Wenn Sie keine Heim- oder Wohngruppenküchen haben kann dieser Satz gelöscht werden.

⁵⁻²⁴ Tragen Sie hier bitte das bei Ihnen verwendete Sanitärdesinfektionsmittel (incl. Konzentration) ein.

| | | |
|---|------------------------|-------------------------|
| Logo der Institution | Hygieneplan | Seite 44 von 74 |
| Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft | Infektionsintervention | Revision: Gültig ab: |

Meldepflicht

MRSA-kolonisierte oder –infizierte Bewohner sind nicht meldepflichtig. Wenn jedoch der Verdacht besteht, dass zwei oder mehr Infektionsfälle (also keine Kolonisationen) im zeitlichen und örtlichen Zusammenhang mit dem Heimaufenthalt stehen ist das Gesundheitsamt über die Heimleitung gemäß Kap. 5.1 zu benachrichtigen. Das Gesundheitsamt entscheidet über das weitere Vorgehen, speziell über die notwendigen Maßnahmen zur Ursachenabklärung.

Beschränkungen für Mitarbeiter

Sollte sich ein Mitarbeiter als MRSA-Träger erweisen, darf er keine pflegerischen Tätigkeiten, wie z.B. Wundversorgung, Katheterpflege, bei Bewohnern/Patienten durchführen bis eine Sanierungsbehandlung mit anschließender mikrobiologischer Kontrolluntersuchung nach Rücksprache mit dem behandelnden Arzt abgeschlossen ist.

Informationsweitergabe

Von der Wohnbereichsleitung ist sicherzustellen, dass die betreuenden und behandelnden Personen, sowie die Mitarbeiter des hauswirtschaftlichen Dienstes und (das Einverständnis des Bewohners vorausgesetzt) die Besucher über die Sachlage informiert sind. Ggf. ist eine Einweisung in die entsprechenden Hygieneregeln, speziell der Durchführung der Händedesinfektion erforderlich.

Verlegung MRSA-positiver Bewohner

- Bei einer Verlegung erkrankter bzw. besiedelter Bewohner informiert die Wohnbereichsleitung frühzeitig die weiterbetreuenden Institutionen über die Sachlage.
- Dem Transportdienst ist die MRSA-Besiedelung bzw. –Infektion bei der Anmeldung mitzuteilen. Die Mitarbeiter des Transportdienstes sind darauf hinzuweisen, dass bei engem Direktkontakt mit dem MRSA-positiven Bewohner Schutzhandschuhe und Schutzkittel zu tragen sind und dass zum Abschluss des Transportes eine Händedesinfektion notwendig ist.
- Zum Transport wird der Bewohner frisch eingekleidet. Betreffende Bewohner sollen kurz vor dem Transport mit einem frischen Verband versorgt werden. MRSA-positive Bewohner mit Atemwegsinfektionen tragen während des Transportes einen Mund-Nasenschutz.
- Begleitende Personen sollen während des Transportes Schutzhandschuhe und einen Schutzkittel tragen, sofern abzusehen ist, dass medizinische bzw. pflegerische Interventionen erforderlich sind.
- Die Verfügbarkeit von Händedesinfektionsmittel ist zu sichern.

5.5.3 Hygienemaßnahmen

Um eine Übertragung von MRSA zu vermeiden ist die konsequente Einhaltung der Standard-Hygienemaßnahmen maßgeblich. Sie müssen jedoch bei Vorliegen von Risikofaktoren wie folgt situationsbezogen angepasst und ergänzt werden:

Unterbringung

Prinzipiell ist eine Isolierung von Bewohnern/Patienten mit MRSA wie in einem Krankenhaus nicht erforderlich. Bei der Unterbringung sind zwei Personengruppen zu unterscheiden:

1. MRSA-besiedelte Bewohner ohne offene Wunden, ohne invasive Zugänge (Katheter, Sonden, Tracheostoma etc.) und ohne eine schwere akute Atemwegsinfektion. Von ihnen geht eine relativ geringe Ansteckungsgefahr aus. Sie können ein Zimmer mit anderen Bewohnern teilen, wenn die Mitbewohner diese Merkmale ebenfalls nicht aufweisen.
2. MRSA-positive Bewohner, die offene Wunden haben, Katheter-, Sonden-, Tracheostoma-träger sind oder eine schwere akute Atemwegsinfektion haben. Sie sollten in einem Einzelzimmer, möglichst mit einer eigenen Nasszelle untergebracht werden. Alle Einrichtungsgegenstände sollen gut desinfizierbar sein. Sollte dies nicht möglich sein, muss eine gemeinsame Zimmerbelegung mit Bewohnern vermieden werden, die gegenüber MRSA

| | | |
|--|------------------------|-------------------------|
| Logo der Institution | Hygieneplan | Seite 45 von 74 |
| Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft | Infektionsintervention | Revision: Gültig ab: |

besonders ansteckungsgefährdet sind. Dies sind Bewohner mit Decubiti, Ulcera, Operations- und andere Wunden, bestehenden Atemwegsinfektionen sowie Katheter-, Sonden-, Tracheostomaträger.

- Ein Zusammenlegen mehrerer MRSA-Träger ist möglich.
- Mobile MRSA-positive Bewohner dürfen Gemeinschaftsleben teilnehmen, wenn ggf. vorhandene Hautläsionen/offene Wunden verbunden und abgedeckt sind und eine ggf. vorhandene Harndrainage über geschlossene Systeme erfolgt.
- Pflegehilfsmittel und Utensilien sind Bewohner-gebunden zu verwenden und im Zimmer zu belassen. Wenn dies nicht möglich ist müssen sie vor Anwendung an anderen Bewohnern gründlich desinfiziert werden.

Personalhygiene

Weitgehend genügt es, wenn die üblichen Maßnahmen der Personalhygiene indikationsgerecht und gewissenhaft durchgeführt werden. Hervorzuhebende Punkte sind:

- Eine Händedesinfektion ist vor und nach jeder Tätigkeit mit engem körperlichen Kontakt, möglichst bei allen Bewohnern, unbedingt aber bei bekannten MRSA-Trägern nach möglicher Kontamination mit Körpersekreten, Ausscheidungen und nach dem Ausziehen von Einmalhandschuhen sowie vor dem Verlassen des Zimmers durchzuführen.
- Für das Tragen von Schutzhandschuhen gelten die bekannten Indikationen und Handhabungsregeln (Kap. 1.2.5).
- Schutzkittel oder Einmalschürzen sind bewohnergebunden bei der Wund- und bei der Verweilkatheter- bzw. Sonden- und Tracheostomapflege, sowie bei Kontakt mit Körpersekreten und -exkrementen anzulegen. Die Schutzkleidung wird vor dem Verlassen des Zimmers ausgezogen, verbleibt im Zimmer und wird täglich und bei sichtbarer Kontamination sofort gewechselt.
- Eine Mund-Nasenschutz-Maske ist (unabhängig von einem MRSA-Nachweis in Atemwegssekreten) beim oralen, nasalen oder endotrachealen Absaugen und beim Verbandwechsel großflächiger Wunden zu tragen, sowie bei allen pflegerischen Situationen, in welchen es erfahrungsgemäß zur Verteilung von Tröpfchen kommt.

Entsorgung

- Die im Zimmer von MRSA-positiven Bewohnern entstandenen kontaminierten Abfälle werden dort in kleinen Säcken gesammelt. Nach Abwurf kontaminierter Materialien sollen die kleinen Säcke sofort verschlossen und große Säcke⁵⁻²⁵ deponieren werden. Große Säcke werden vor Verlassen des Zimmers ebenfalls fest verschlossen und können danach normal entsorgt werden.
- Schmutzwäsche von MRSA-positiven Bewohnern wird im Zimmer als normale Wäsche in verschlossenen Säcken entsorgt und anschließend den üblichen Waschverfahren zugeleitet. Wenn möglich soll ein desinfizierendes Waschverfahren (60°C, Kochwäsche oder desinfizierendes Waschmittel⁵⁻²⁶) zur Anwendung kommen.
- Geschirr soll wie üblich unter Vermeidung von Zwischenwege der thermischen Aufbereitung im Geschirrspüler zugeführt werden. Isolierzimmer sind stets zum Schluss abzuräumen.
- Fäkalien können normal über einen Steckbeckenspüler entsorgt werden.

Reinigungs- und Desinfektionsmaßnahmen

- Die Hausreinigung erfolgt in gewohnter Weise (siehe Kap. 2.1.2), soll aber mit jeweils frischen Reinigungsutensilien am Ende eines Durchganges durchgeführt werden. Bewohnernahe Flächen sind entsprechend dem Reinigungs-/Desinfektionsplan zu behandeln.

⁵⁻²⁵ Ggf. Farbe eintragen.

⁵⁻²⁶ Wenn Sie desinfizierende Waschmittel verwenden hier bitte den Markennamen eintragen.

| | | |
|---|------------------------|-------------------------|
| Logo der Institution | Hygieneplan | Seite 46 von 74 |
| Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft | Infektionsintervention | Revision: Gültig ab: |

- Wenn das Zimmer eines MRSA-positiven Bewohners frei wird, erfolgt eine Schlussdesinfektion gemäß Kap. 2.1.2. mit Mittel und Konzentrationen des Reinigungs- und Desinfektionsplanes. Nach erfolgter Einwirkzeit von einer Stunde⁵⁻²⁷ kann das Zimmer wieder eingerichtet und belegt werden.

Weiteres

- MRSA-positive Bewohner sollen angeleitet werden, sich gründlich die Hände zu waschen (insbesondere vor dem Essen und nach dem Toilettengang) sowie regelmäßig zu duschen bzw. zu baden.
- Pflegerische Tätigkeiten sollen nur im Zimmer durchgeführt werden, möglichst nachdem alle MRSA-freien Bewohner versorgt wurden.
- Routinemäßige Abstrichkontrollen von Bewohnern/Patienten oder Personal auf MRSA sind normalerweise nicht nötig; es sei denn, klinische Gründe sprächen dafür: z. B. bei gehäuft und neu auftretenden Wundinfektionen.

5.5.4 Sanierung

Als „Sanierung“, „Dekontamination“ oder „Eradikation“ bezeichnet man Maßnahmen, die unter Anwendung antibiotischer bzw. antiseptischer Substanzen eine Beseitigung einer MRSA-Besiedelung bewirken sollen.

Abwägung der Indikation und Festlegung der Maßnahmen

- Nicht jeder Bewohner mit MRSA kommt für eine Sanierung in Frage. Ob die Durchführung einer MRSA-Sanierung für den jeweiligen Bewohner sinnvoll und erfolgversprechend ist muss daher für jeden einzelnen Fall von der Wohnbereichsleitung unter Beteiligung des Bewohners (ggf. seiner Angehörigen), des behandelnden Arztes und des Hygienebeauftragten und abgeklärt werden.
- Sanierungs-Misserfolge sind häufig bei Bewohnern
 - die schon mehrere erfolglose Sanierungsversuche hinter sich haben,
 - mit kolonisierten dauerhaften invasiven Zugängen (z.B. Tracheostoma, PEG),
 - mit kolonisierten bzw. infizierten chronischen Wunden.
- Vor jedem Sanierungsversuch sind vom behandelnden Arzt und dem Hygienebeauftragten die zu verwendenden Substanzen und das genaue Vorgehen festzulegen und als Anordnung zu dokumentieren.
- Wenn innerhalb eines Krankenhausaufenthaltes eine Sanierung begonnen wurde soll diese nach den Vorgaben des Krankenhauses im Heim beendet werden (incl. Kontrolle des Sanierungserfolges).

Ablauf einer Sanierung

Das Prozedere kann je nach Situation variieren und wird vom behandelnden Arzt festgelegt. Typisch ist folgender Ablauf:

- Für die Dauer von fünf Tagen werden folgende Sanierungsmaßnahmen durchgeführt:
 - Dreimal täglich Applikation von Mupirocin-Nasensalbe in beide Nasenvorhöfe.
 - Einmal täglich antiseptische Ganzwaschung mit einer antiseptisch wirkenden Waschlösung (z.B. verdünnte Octenidin-, PVP- oder Polyhexanid-Lösung) incl. Haarwäsche und antiseptischer Mundspülung einmal täglich.
 - Nach der antiseptischen Waschung Wechsel von Leib- und Bettwäsche sowie der Waschlappen und Handtüchern.
- Für die Dauer von drei Tagen Pause, d.h. Einstellung der Sanierungsmaßnahmen.

⁵⁻²⁷ Es wird angenommen, dass in Ihren Reinigungs- und Desinfektionsplänen mit 1-Std.-Werten gearbeitet wird. Ggf. bitte Ihren Regelungen anpassen.

| | | |
|---|------------------------|-------------------------|
| Logo der Institution | Hygieneplan | Seite 47 von 74 |
| Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft | Infektionsintervention | Revision: Gültig ab: |

- Zur Kontrolle des Sanierungserfolges werden danach an drei aufeinander folgenden Tagen mikrobiologische Abstrichuntersuchungen durchgeführt. Standardmäßig soll ein Nasenabstrich (ein Abstrichtupfer für beide Nasenvorhöfe), ein Hautabstrich (mit einem Abstrichtupfer durch beide Achseln und beide Leisten) und ggf. Abstriche von Wunden, Tracheostoma oder Einstichstellen (PEG) entnommen werden. Der Bewohner gilt als MRSA-frei, wenn die gesamten Abstriche aller drei Tage MRSA-negativ sind. Weitere Folgekontrollen (z.B. nach einem Monat und nach 6 Monaten) sind notwendig

5.6 **Maßnahmen bei Ektoparasitenbefall**⁵⁻²⁸

5.6.1 Allgemeines

Ektoparasiten sind Lebewesen wie z.B. Läuse, Flöhe oder Wanzen, die als Parasiten auf der Körperoberfläche leben, über Bisse oder Stiche in die Haut eindringen und dadurch Krankheitserreger übertragen können.

- Ektoparasiten werden vor allem durch Körperkontakte und gemeinsam genutzte Gegenstände übertragen.
- Bei Läusen, Flöhen und Wanzen gibt es keine Inkubationszeit. Bei Krätzmilben treten jedoch die Symptome erst ca. 2 bis 4 Wochen nach der Ansteckung auf.
- Ektoparasiten können durch antiparasitäre Mittel in der Regel erfolgreich bekämpft werden. Desinfektionsmittel sind jedoch nicht wirksam.

5.6.2 Organisatorisches

Meldepflicht und zu benachrichtigende Institutionen

- Einzelne Fälle von Ektoparasitenbefall sind nicht meldepflichtig. Wenn jedoch der Verdacht besteht, dass zwei oder mehr Fälle im zeitlichen und örtlichen Zusammenhang mit dem Heimaufenthalt stehen ist das Gesundheitsamt über die Heimleitung zu benachrichtigen (siehe Kap. 5.1). Das Gesundheitsamt entscheidet über das weitere Vorgehen.
- Wenn ein Ektoparasitenbefall festgestellt wird soll zur Verordnung und Einleitung einer adäquaten Therapie der zuständige Arzt unverzüglich benachrichtigt werden.
- Wenn, wie bei Wanzen, ein umgebungsbezogenes Problem vermutet werden muss, wird die Hinzuziehung eines Schädlingsbekämpfers durch die Heimleitung veranlasst.

Informationsweitergabe

Von der Wohnbereichsleitung ist sicherzustellen, dass die betreuenden und behandelnden Personen, sowie die Mitarbeiter des hauswirtschaftlichen Dienstes über die Sachlage informiert sind.

Beschränkungen für Mitarbeiter

Von Ektoparasiten befallene Mitarbeiter sind von der Betreuung von Bewohnern für die Dauer der Ansteckungsgefahr auszuschließen.

Verlegung betroffener Bewohner

- Bei einer Verlegung erkrankter Bewohner informiert die Wohnbereichsleitung frühzeitig die weiterbetreuenden Institutionen über den Befall.
- Dem Transportdienst ist der Befall bei der Anmeldung mitzuteilen.

⁵⁻²⁸ Die nachfolgenden Ausführungen können zur besseren praktischen Umsetzung von Ihnen weiter präzisiert werden.

| | | |
|---|------------------------|-------------------------|
| Logo der Institution | Hygieneplan | Seite 48 von 74 |
| Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft | Infektionsintervention | Revision: Gültig ab: |

5.6.3 Hygienemaßnahmen

Unterbringung

- Bewohner mit Ektoparasitenbefall können wie gewohnt untergebracht werden.
- Pflegehilfsmittel und Utensilien sind möglichst Bewohner-gebunden zu verwenden und im Zimmer zu belassen.
- Besondere Maßnahmen sind evtl. in einer Ausbruchssituation und auf Veranlassung des Gesundheitsamtes zu treffen.

Erstversorgung

- Bei starkem Parasitenbefall sollte die Erstversorgung vorzugsweise in einem Badezimmer stattfinden.
- Nach ärztlicher Anordnung erfolgt ggf. ein Reinigungsbad, eine Rasur bzw. Haarkürzung an befallenen, behaarten Körperarealen und die Anwendung antiparasitärer Mittel. Hier ist zu beachten, dass die Haut zur Applikation trocken und normal temperiert sein soll. Die Informationen des Beipackzettels sind strikt zu beachten. Für diese Maßnahmen werden vom Personal Schutzhandschuhe und langärmelige Schutzkittel getragen.
- Die Kleidung des Bewohners bzw. Patienten wird in Plastiktüten doppelt eingetütet und dicht verschlossen. Die Kleidung sollte möglichst als Kochwäsche (>60°C) behandelt werden.
Alternativ kann die Kleidung für die Dauer von ca. einem Monat eingetütet belassen werden, so dass die Ektoparasiten in dieser Zeit absterben. Dieses Vorgehen ist jedoch bei Wanzen unzureichend; hier sind die Details mit dem Schädlingsbekämpfer abzuklären.

Maßnahmen nach der Erstbehandlung

- Vom behandelnden Arzt ist festzulegen wie oft und unter Anwendung welcher Mittel weitere Behandlungen durchzuführen sind.
- Während der Behandlungszeit bekommt der Patient nach jeder Behandlung, mind. aber täglich frische hauseigene Leib- und Bettwäsche (kochbar).
- Schmutzwäsche wird wie gewohnt entsorgt (siehe Kap. 2.4.2), darf aber das Zimmer nur in verschlossenen Säcken verlassen.
- Für die Dauer des parasitären Befalls muss bei Kontakten mit dem Patienten und bei der Durchführung von Therapiemaßnahmen ein zimmergebundener Schutzkittel und müssen Einmalhandschuhe getragen werden. Der Schutzkittel ist täglich und bei Kontamination sofort zu wechseln.
- Der Erfolg der antiparasitären Maßnahmen muss nach einem vom Arzt festzulegenden Zeitraum gewissenhaft kontrolliert werden, um einen Neubefall zu verhindern.
- Desinfektionsmittel sind gegenüber Ektoparasiten unzureichend wirksam, so dass nach Abschluss der Entwesungsmaßnahmen lediglich auf eine gründliche Reinigung des Patientenzimmers und des zugehörigen Sanitärbereiches geachtet werden muss.

Besondere Maßnahmen

- Um die im Haar bzw. Haaransatz abgelegten Eier („Nissen“) von Läusen zu entfernen, sollen die Haare mit lauwarmen Essigwasser (3 Tl. Essig auf 1 Liter Wasser) gewaschen und danach mit einem sehr feinen Kamm (Nissenkamm) ausgekämmt werden. Alternativ kann auch eine normale Haarspülung verwendet werden.
- Bei Krätzmilben und Wanzen trägt die Wohnbereichsleitung dafür Sorge, dass mit einem Schädlingsbekämpfer abgeklärt wird, ob die Matratze oder nichtwaschbare Kissen einer Entwesungsmaßnahme unterzogen werden müssen.
- Einen Sonderfall stellen Krätzmilben der Gruppe *Scabies crustosa* (früher *S. norwegica*), welche die Bildung hochinfektiöser Hautschuppen hervorrufen. Schon bei Verdacht sollte umgehend der Kontakt mit dem Gesundheitsamt aufgenommen werden.

| | | |
|---|------------------------|-------------------------|
| Logo der Institution | Hygieneplan | Seite 49 von 74 |
| Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft | Infektionsintervention | Revision: Gültig ab: |

5.7 Maßnahmen bei Influenza

5.7.1 Allgemeines

Influenza, auch „Grippe“ genannt, ist eine systemische, d.h. eine den gesamten Organismus betreffende, Infektionserkrankung, die durch sog. „Orthomyxoviren“ der Typen A und B ausgelöst werden. Influenzavirus-Infektionen sind weltweit verbreitet und führen vor allem in den Wintermonaten zu regelmäßig auftretenden Grippewellen (sog. „saisonale Influenza“). Neben der üblichen saisonalen Influenza gibt es auch die (selten auftretende) Gefahr, dass sich Influenza-Viren gebildet haben, gegen welche die Mehrheit der Bevölkerung keine Immunität besitzt, gegen die noch kein Impfstoff entwickelt wurde.

- Influenzaviren werden überwiegend durch Tröpfchen übertragen, die beim Husten oder Niesen entstehen. Kontaktübertragungen durch Verschleppungen virushaltiger Sekrete sind jedoch ebenfalls möglich.
- Influenzaviren lassen sich mit den routinemäßig verwendeten Hände- und Flächendesinfektionsmittel abtöten.
- Das Krankheitsbild der Influenza geht meist nach einer Inkubationszeit von 1 bis 3 Tagen mit einem plötzlichen Krankheitsbeginn, mit Fieber, Reizhusten, Muskel-, Kopf- und Gliederschmerzen sowie einem starken Schwäche- und Krankheitsgefühl einher. Ferner können Komplikationen wie Lungenentzündung, Herzmuskelentzündung und bakterielle Folgeinfektionen auftreten. Influenza ist für betagte und abwehrgeschwächte Menschen besonders gefährlich und kann zu Todesfällen führen. Dadurch, dass ähnliche Symptome auch bei „Erkältungskrankheiten“ auftreten sind Fehldiagnosen möglich.
- Die Ansteckungsfähigkeit beginnt kurz vor Ausbruch der Erkrankung und besteht danach für ca. 3 bis 5 Tage.
- Gegen die saisonale Influenza gibt es einen Impfschutz, der zu jeder Saison angeboten wird und sowohl von Altenheimbewohnern, als auch von medizinisch-pflegerischem Personal wahrgenommen werden sollte. Grippeviren verändern sich jedoch laufend, was dazu führt, dass von Saison zu Saison ein neuer Impfschutz notwendig ist.

Hinweis: Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich auf die saisonale Influenza. Im Falle einer Influenza-Pandemie oder eines vergleichbar außergewöhnlichen Infektionsgeschehens handeln Sie bitte gemäß den aktuellen Informationen des Niedersächsischen Landesgesundheitsamtes (www.nlga.niedersachsen.de) bzw. des Robert-Koch-Institutes (www.rki.de).

5.7.2 Organisatorisches

Informationsweitergabe

- Die Pflegedienstleitung trägt dafür Sorge, dass alle Mitglieder des Wohnbereichsteams und die Mitarbeiter der Hauswirtschaft unverzüglich und bei der Übergabe über die aktuellen Sachverhalte informiert werden.
- Erkrankte Bewohner und ggf. deren Mitbewohner sind von Ihrem Hausarzt bzw. von der jeweiligen Wohnbereichsleitung über das Wesen der Erkrankung und über die notwendigen Hygienemaßnahmen aufzuklären.
- Die Wohnbereichsleitung trägt dafür Sorge dass Besucher und Hausärzte im Vorfeld informiert werden und rät von Besuchen während der Zeit der Ansteckungsgefahr ab.

Maßnahmen bei Verlegung erkrankter Bewohner

- Bei einer Verlegung erkrankter Bewohner informiert die Wohnbereichsleitung frühzeitig die weiterbetreuenden Institutionen über die Infektion.
- Dem Transportdienst ist die Infektion bei der Anmeldung mitzuteilen.
- Begleitende Personen sollen während des Transportes Schutzhandschuhe, Schutzkittel und Mund-Nasenschutz-Masken tragen.

| | | |
|---|------------------------|-------------------------|
| Logo der Institution | Hygieneplan | Seite 50 von 74 |
| Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft | Infektionsintervention | Revision: Gültig ab: |

5.7.3 Hygienemaßnahmen

Unterbringung

Erkrankte Bewohner sind möglichst zu isolieren. Die zu treffenden Maßnahmen sind mit dem Gesundheitsamt abzustimmen und nicht ohne Zustimmung des Gesundheitsamtes zu veranlassen. Allgemein gilt:

- Die Zimmer erkrankter Bewohner sind als Isolierzimmer zu gestalten (siehe unten).
- Erkrankte Bewohner sollen für die Zeit der Ansteckungsgefahr im Zimmer bleiben. Sie sollen innerhalb der Ansteckungszeit nicht in andere Zimmer verlegt werden.
- Mitbewohner sollen für die Dauer der Ansteckungszeit nicht mit dem Erkrankten in einem Zimmer wohnen.

Einrichten von und Verhalten in Isolierzimmern

- In Isolierzimmern werden im Türbereich 2 langärmelige Schutzkittel, ein Depot mit Schutzhandschuhen und Mund-Nasenschutzmasken, ein Eimer mit Desinfektionslösung (incl. Wischlappen) eine Abfall- und eine Wäscheentsorgungsmöglichkeit eingerichtet. Es können die normalerweise genutzten Wäschesäcke zu verwenden.
- Das Isolierzimmer wird mit einem Innen- und einem Außenschild gekennzeichnet (siehe Anhang).
- Alle Utensilien (z.B. Verbandzubehör oder Waschschalen) sollen in Isolierzimmern personengebunden verwendet werden. Wenn dies nicht möglich ist müssen die Gegenstände vor der Nutzung mit anderen Bewohnern wischdesinfiziert werden.
- Die Schutzkittel werden täglich und nach Kontamination gewechselt. Die Desinfektionslösungen und die Lappen werden täglich, sowie nach Verunreinigung erneuert.
- Bei Betreten eines Isolierzimmers: im Zimmer langärmeligen Schutzkittel, Handschuhe und Mund-Nasenschutz anlegen.
- Bei Verlassen eines Isolierzimmers: Schutzkittel im Zimmer lassen, Handschuhe und Mund-Nasenschutz in Abfall, Händedesinfektion. Jeder Aufenthalt in Schutzkleidung außerhalb des Isolierzimmers ist zu vermeiden!

Fortlaufende Desinfektionsmaßnahmen und Entsorgung

- Die Hausreinigung erfolgt in gewohnter Weise (siehe Kap. 2.1.2), soll aber mit jeweils frischen Reinigungsutensilien am Ende eines Durchganges durchgeführt werden. Bewohnernahe Flächen sind entsprechend dem Reinigungs-/Desinfektionsplan zu behandeln.
- Die Durchführung einer Schlussdesinfektion (siehe Kap. 2.1.2) ist nicht notwendig.
- Bei der Entsorgung von Abfällen, Schmutzwäsche, Geschirr oder Fäkalien sind die Maßnahmen der Standardhygiene ausreichend.

5.8 Maßnahmen bei weiteren Infektionserkrankungen

Hinweise: Die meisten der nachfolgend tabellarisch aufgeführten Erkrankungen kommen selten vor bzw. sind im Zusammenhang mit Alten- und Pflegeheimen wenig relevant, können aber auch nicht ausgeschlossen werden. In jedem Fall sind die Vorgaben dieser Tabelle als orientierende Hinweise zu betrachten; die konkrete Vorgehensweise ist mit dem behandelnden Arzt bzw. mit dem Gesundheitsamt abzuklären.

Zu einigen dieser Erkrankungen stellt das Robert Koch-Institut weiterreichende Informationen zur Verfügung, welche über die Internetseite www.rki.de eingesehen werden können.

* aerogen = über den Luftweg / alimentär = über Lebensmittel und Trinkwasser / hämatogen = über den Blutweg / iatrogen = im Zuge eines ärztlichen Eingriffes

** Wenn eine Unterbringung in Einzelzimmern empfohlen wird ist ebenso eine gemeinsame Unterbringung von Bewohnern mit der gleichen Infektionserkrankung möglich.

*** PSA = Persönliche Schutzausrüstung (wie Schutzhandschuhe, Schutzkittel Mund-Atenschutz etc.)

| | | |
|--|------------------------|-------------------------|
| Logo der Institution | Hygieneplan | Seite 51 von 74 |
| Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft | Infektionsintervention | Revision: Gültig ab: |

| Erkrankung Erreger | Erregerhalt. Mat. Übertragungsweg* | Unterbringung**, Hygienemaßnahmen*** Besonderheiten, Infos |
|--|--|---|
| Acinetobacter-Infektion , Frage ob Harnwegsinfektion, Wundinfektion, Atemwegsinfektion, Sepsis | | |
| Adenovirus-Infektion , Frage ob Atemwegsinfektion, Enteritis infectiosa, Konjunctivitis, Meningoencephalitis | | |
| HIV –Infektion/ AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrom), eine infektiöse Immunerkrankung. | | |
| HIV (<i>Human Immunodeficiency Virus</i>) | Blut, Körperflüssigkeiten, Sekrete ----- Hämatogen, iatrogen | Standardhygiene ausreichend / Hinweise: Auf korrekte Kanülenentsorgung achten / Besondere Vorsicht bei eigenen Verletzungen / Handschuhe nutzen! ----- RKI-Ärztmerkblatt vorhanden (www.rki.de) |
| Amöbenruhr (Amöbiasis), eine komplikationsbehaftete Enteritis. | | |
| <i>Entamoeba histolytica</i> , eine parasitär lebende Protozoe | Fäzes ----- Lebensmittel, fäkal / oral, Schmierinfektion | Kontakt mit Gesundheitsamt aufnehmen! Unterbringung: Einzelzimmer, separate Toilette. PSA: Schutzkittel und Handschuhe bei pfleger. Tätigkeiten Entsorgung: Abfälle und Wäsche: infektiös. Desinfektion: fortlaufende Desinfektion bewohnnaher Flächen mit  / Schlussdesinfektion notwendig (Kap. 2.1.2). |
| Aspergillose , eine Pneumonieform, an der vor allem abwehrgeschwächte Personen erkranken. | | |
| <i>Aspergillus fumigatus</i> , ein Schimmelpilz | aerogen über Pilzsporen aus der Umgebung | Standardhygiene ausreichend, aber Ursachenabklärung notwendig. |
| Atemwegsinfektion (außer Tuberkulose) | | |
| z.B. Pneumokokken, Haemophilus, Pseudomonaden, Adenoviren, Coxsackieviren, Influenzaviren | respiratorische Sekrete ----- aerogen, evtl. direkte und indirekte Kontakte | Unterbringung: nicht gemeinsam mit abwehrgeschwächten Bewohnern. PSA: Schutzkittel, Handschuhe, Mund-Nasenschutz bei bewohnernahen Tätigkeiten. Entsorgung und Desinfektion: normal |
| Borelliose , siehe Lyme-Borelliose | | |
| Botulismus , eine durch bakterielle Exotoxine verursachte Lebensmittelvergiftung. | | |
| <i>Clostridium botulinum</i> , ein sporenbildendes Bakterium | Verdorbene Lebensmittel ----- über Lebensmittel | Meldepflichtig gemäß §6 IfSG. Standardhygiene ausreichend. |
| Candida-Infektion (Candidosis), ein lokaler, seltener systemischer Pilzbefall, der sich in unterschiedlichen Krankheitsformen (u.a. Fußpilz, Mundsoor, Soorpneumonie) äußert. | | |
| <i>Candida albicans</i> , ein Pilz | Wund- und respiratorische Sekrete, evtl. Fäzes ----- direkte und indirekte Kontakte, evtl. aerogen | Standardhygiene ausreichend. |
| Chlamydien-Genitalinfektion (Chlamydiose), eine meist Frauen betreffende Infektion des Genitale, | | |

 Tragen Sie hier bitte das bei Ihnen allgemein verwendete VAH-gelistete Mittel incl. Konzentration ein (1-Std.-Wert).

| | | |
|--|------------------------|-------------------------|
| Logo der Institution | Hygieneplan | Seite 52 von 74 |
| Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft | Infektionsintervention | Revision: Gültig ab: |

| Erkrankung Erreger | Erregerhalt. Mat. Übertragungsweg* | Unterbringung**, Hygienemaßnahmen*** Besonderheiten, Infos |
|--|---|--|
| evtl. der Harnröhre, des Gebärmutterhalses, der Eileiter und weiterer Strukturen | | |
| <i>Chlamydia trachomatis</i> , ein bakterieller Parasit. | Genitalsekret, evtl. Urin ----- Sexualkontakte, Schmierinfektion | Standardhygiene ausreichend. ----- RKI-Ärztmerkblatt vorhanden (www.rki.de) |
| Cholera , eine lebensgefährliche, komplkationsreiche Dünndarminfektion mit erheblichen systemischen Auswirkungen, wie hohes Fieber, Exsikkose und Elektrolytverlust | | |
| <i>Vibrio cholerae</i> , ein toxinproduzierendes Bakterium. | Fäzes, Erbrochenes ----- alimentär, fäkal / oral, Schmierinfektion | Sofortige Benachrichtigung der Pflegedienstleitung notwendig. Meldepflichtig gemäß §6 IfSG (Kap. 5.1) Weitere Maßnahmen nach Vorgabe des Gesundheitsamtes. |
| Coli-Infektion , Frage ob Enteritis infectiosa, Wundinfektion, Atemweginfektion bakteriell, Sepsis oder HUS | | |
| Coronavirus-Infektion , Frage ob Atemweginfektion, Enteritis infectiosa | | |
| Coxsackievirus-Infektion , Frage ob Atemweginfektion, Enteritis infectiosa, Conjunctivitis | | |
| Creutzfeld-Jakob-Krankheit (CJD) , eine stets letal verlaufende irreversible Schädigung des Gehirns. | | |
| Prionen, infektiös wirkende Eiweißpartikel. | erblich bedingt oder über kontaminierte Instrumente oder Transplantate ----- iatrogen, weitere Übertragungswege evtl. möglich | Meldepflichtig gemäß §6 IfSG (Kap. 5.1) Standardhygiene ausreichend. ----- RKI-Infos vorhanden (www.rki.de) |
| Cryptosporidiose = eine mit meist den Gastrointestinaltrakt, seltener den Respirationstrakt betreffende Infektionserkrankung, von der fast ausnahmslos abwehrschwache Personen (z.B. Bewohner mit AIDS) betroffen sind. | | |
| Cryptosporidien = parasitäre Protozoen. | Fäzes ----- fäkal-oral, Schmierinfektion | Unterbringung: normale Unterbringung bei separater Toilette für die Dauer der Erkrankung PSA: Schutzkittel und Handschuhe bei bewohnernahen Tätigkeiten. Entsorgung: Standardhygiene Desinfektion: fortlaufende Desinfektion bewohnernaher Flächen mit ⁵⁻²⁹ und des Sanitärbereiches mit ⁵⁻³⁰ / Schlussdesinfektion notwendig (Kap. 2.1.2). ----- RKI-Ärztmerkblatt vorhanden (www.rki.de). |
| Cytomegalie , eine Viruserkrankung, die beim immunkompetenten Erwachsenen meist unbemerkt verläuft. Führt meist nur bei stark abwehrgeschwächten Personen (z.B. bei AIDS) zur Infektion. | | |
| Cytomegalie-Virus | Sekrete des Atemtraktes, Blut, Urin ----- | Standardhygiene ausreichend. |

⁵⁻²⁹ Tragen Sie hier bitte das bei Ihnen allgemein verwendete VAH-gelistete Mittel incl. Konzentration ein (1-Std.-Wert).

⁵⁻³⁰ Tragen Sie hier bitte das bei Ihnen für den Sanitärbereich verwendete VAH-gelistete Mittel incl. Konzentration ein (1-Std.-Wert).

| | | |
|--|------------------------|-------------------------|
| Logo der Institution | Hygieneplan | Seite 53 von 74 |
| Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft | Infektionsintervention | Revision: Gültig ab: |

| Erkrankung Erreger | Erregerhalt. Mat. Übertragungsweg* | Unterbringung**, Hygienemaßnahmen*** Besonderheiten, Infos |
|---|---|--|
| | iatrogen (z.B. Transfusionen), evtl. Kontakte, Schmierinfektion | |
| Diphtherie (Rachendiphtherie), eine lebensbedrohliche Infektion der oberen Atemwege | | |
| <i>Corynebacterium diphtheriae</i> , ein toxinbildendes Bakterium | Sekrete des Atemtraktes ----- aerogen, u.U. direkte und indirekte Kontakte | Sofortige Benachrichtigung der Pflegedienstleitung notwendig. Meldepflichtig gemäß §6 IfSG (Kap. 5.1) Weitere Maßnahmen nach Vorgabe des Gesundheitsamtes. ----- RKI-Ärztmerkblatt vorhanden (www.rki.de) |
| Echovirus-Infektion Frage ob Atemweginfektion viral, Enteritis infectiosa viral, Meningoencephalitis | | |
| EHEC, ETEC, EIEC-Infektionen siehe Enteritis infectiosa oder HUS | | |
| Enzephalitis siehe Meningoenzephalitis | | |
| Enteritis infectiosa bakteriell (außer Typhus, Paratyphus), eine infektiöse Darmerkrankung | | |
| z.B. Salmonellen, Campylobacter, <i>E. Coli</i> , EHEC, ETEC, EIEC, <i>Clostridium difficile</i> , Cryptosporidien | Nahrungsmittel, Fäzes, Erbrochenes ----- alimentär, fäkal-oral, Schmierinfektion | U.U. Meldepflichtig gemäß §6 IfSG <ul style="list-style-type: none"> wenn Pat. Im Lebensmittelbereich arbeitet, wenn epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist (Kap. 5.1). Unterbringung: Einzelzimmer und separate Toilette bei <i>Clostridium difficile</i> -, Cryptosporidium-, EHEC-, ETEC- oder EIEC-Infektionen; anderenfalls normale Unterbringung bei separater Toilette. PSA: Schutzkittel und Handschuhe bei bewohnernahen Tätigkeiten. Entsorgung: Standardhygiene. Desinfektion: fortlaufende Desinfektion bewohnernaher Flächen mit ⁵⁻²⁹ und des Sanitärbereiches mit ⁵⁻³⁰ / Schlussdesinfektion notwendig (Kap. 2.1.2). ----- RKI-Ärztmerkblatt zu EHEC, zu Salmonellen und zu Campylobacter vorhanden (www.rki.de) ----- Ausführungen zu Salmonellen siehe Kap. 5.3 |
| Enteritis infectiosa viral oder Erreger unbekannt, eine infektiöse Darmerkrankung | | |
| z.B. Rotaviren, Noroviren, Caliciviren, Adenoviren, Coronaviren, ECHO-Viren, Coxsackiviren = unbehüllte Viren mit hoher Infektiosität | Nahrungsmittel, Fäzes, Erbrochenes ----- alimentär, fäkal-oral, Schmierinfektion, evtl. aerogen | Vorgehen gemäß Kap. 5.2 ----- RKI-Ärztmerkblatt zu Noro- und zu Rota-Viren vorh. (www.rki.de) |

⁵⁻²⁹ Tragen Sie hier bitte das bei Ihnen allgemein verwendete VAH-gelistete Mittel incl. Konzentration ein (1-Std.-Wert).

⁵⁻³⁰ Tragen Sie hier bitte das bei Ihnen für den Sanitärbereich verwendete VAH-gelistete Mittel incl. Konzentration ein (1-Std.-Wert).

| | | |
|--|------------------------|-------------------------|
| Logo der Institution | Hygieneplan | Seite 54 von 74 |
| Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft | Infektionsintervention | Revision: Gültig ab: |

| Erkrankung Erreger | Erregerhalt. Mat. Übertragungsweg* | Unterbringung**, Hygienemaßnahmen*** Besonderheiten, Infos |
|---|---|--|
| Enterokokken- oder Enterobacter-Infektion Frage ob Enteritis infectiosa bakt., Harnwegsinfektion, Wundinfektion, Atemwegsinfektion bakt., Sepsis. | | |
| Erysipel , eine früher als "Wundrose" bezeichnete bakterielle Hautinfektion. | | |
| Streptokokken der Gruppe A | Wundsekret ----- direkte und indirekte Kontakte | Unterbringung: normal. PSA: Schutzkittel und Handschuhe bei bewohnernahen Tätigkeiten. Entsorgung: Standardhygiene. Desinfektion: fortlaufende Desinfektion bewohnernaher Flächen mit  / Schlussdesinfektion notwendig (Kap. 2.1.2). |
| Erythema infectiosum siehe Ringelröteln | | |
| ESBL-Infektion oder Kolonisation (extended-spectrum-β-lactamase) = multiresistente Bakterien aus dem gramnegativen Spektrum | | |
| bestimmte Bakterien, wie z.B. <i>E. coli</i> , Klebsiellen, Pseudomonaden | Erregerhaltige Sekrete und Exkrete, wie z.B. Wundsekret, Trachealsekret, Urin, Fäzes. ----- direkte und indirekte Kontakte, aerogen | Es gelten die gleichen Vorgaben wie bei MRSA, siehe Kap. 5.4, mit Ausnahme der Sanierung. |
| Flohbefall siehe Kap. 5.5 | | |
| FSME (Zeckenenzephalitis), eine virale, durch Zeckenstiche ausgelöste Entzündung des Gehirns und der Hirnhäute / Impfung für Personen (auch Urlauber) in Risikogebieten empfohlen. | | |
| FSME-Viren | Übertragung nur durch Zeckenstich, keine Übertragungsfahrer für Mitbewohner und Personal | Standardhygiene ausreichend. ----- RKI-Ärztemerkblatt vorhanden (www.rki.de). |
| Furunkulose , eine Ansammlung von bakteriellen Haarbalgentzündungen. | | |
| Staphylokokken | Eiter, Wundsekret ----- Schmierinfektion, direkte und indirekte Kontakte | Standardhygiene ausreichend. |
| Gasbrand , eine oft tödlich und schnell verlaufende Gewebsentzündung. | | |
| Häufigster Erreger ist <i>Clostridium perfringens</i> , ein sporenbildendes und toxinbildendes Bakterium. | Wundsekret, Eiter, Fäzes ----- meist Verletzungsfolge | Unterbringung: normal PSA: Schutzkittel und Handschuhe bei bewohnernahen Tätigkeiten. Entsorgung: Standardhygiene Desinfektion: Fortlaufende Desinfektion bewohnernaher Flächen mit viruziden Mitteln / Schlussdesinfektion notwendig (Kap. 2.1.2). |
| Gastroenteritis siehe Enteritis infectiosa | | |
| Gonorrhoe (Tripper), eine Geschlechtskrankung. | | |
| <i>Neisseria gonorrhoeae</i> , ein Bakterium | Übertragung erfolgt über sexuelle Kontakte. | Standardhygiene ausreichend. |

 Tragen Sie hier bitte das bei Ihnen allgemein verwendete VAH-gelistete Mittel incl. Konzentration ein (1-Std.-Wert).

| | | |
|--|------------------------|-------------------------|
| Logo der Institution | Hygieneplan | Seite 55 von 74 |
| Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft | Infektionsintervention | Revision: Gültig ab: |

| Erkrankung Erreger | Erregerhalt. Mat. Übertragungsweg* | Unterbringung**, Hygienemaßnahmen*** Besonderheiten, Infos |
|--|---|---|
| | ----- Keine Übertragungsgefahr für Mitbewohner und Personal. | |
| Grippe siehe Influenza | | |
| Gürtelrose siehe Herpes-Zoster-Infektion | | |
| Harnwegsinfektion | | |
| verschiedene Bakterien, wie z.B. <i>E.coli</i> , Pseudomonaden, Pneumokokken, Staphylokokken | Urin, kontaminierte Körperareale und Gegenstände ----- direkte und indirekte Kontakte | Unterbringung: normal. PSA: Schutzkittel und Handschuhe bei direkten Bewohnerkontakten. Entsorgung, Desinfektion: Standardhygiene. Weitere Maßnahmen gemäß Kap. 5.4 notwendig bei multiresistenten Erregern (z.B. MRSA, VRE oder ESBL). ----- RKI-Empfehlung zu Harnwegsinfektionen vorhanden (www.rki.de), Präventionsmaßnahmen siehe Kap. 4.6 |
| Hepatitis A oder E , eine virale Leberentzündung | | |
| Hepatitis A- oder E-Viren | Fäzes, Urin ----- fäkal-oral, Schmierinfektion | Meldepflichtig gemäß §6 IfSG bei akuter Erkrankung (Kap. 5.1). Folgende Hygienemaßnahmen gelten nur für akut Erkrankte: Unterbringung: separate Toilette für die ersten 2 Wochen der Erkrankung. Immungeschütztes Personal einsetzen. PSA: Schutzkittel, Handschuhe bei bewohnernahen Tätigkeiten Entsorgung: Standardhygiene Desinfektion: fortlaufende Desinfektion bewohnernaher Flächen und Sanitär mit  / Schlussdesinfektion notwendig (Kap. 2.1.2). ----- RKI-Ärztmerkblatt vorhanden (☞ www.rki.de). |
| Hepatitis übrige Formen / Impfung gegen Hep.B für med.-pfleg. Personal dringend empfohlen. | | |
| Hepatitis B-, C-, D- oder G-Viren | Blut, Körperflüssigkeiten, Sekrete ----- hämatogen, iatrogen | Standardhygiene ausreichend. Hinweise: Auf korrekte Kanülenentsorgung achten / Besondere Vorsicht bei eigenen Verletzungen / Handschuhe nutzen! / immunisiertes Personal einsetzen. ----- RKI-Ärztmerkblatt vorhanden (☞ www.rki.de). |
| Herpes-simplex-Infektion , eine systemische oder lokale dauerhaft bleibende Virusinfektion. | | |
| Herpes-simplex-Virus / hoher Durch- | Sekrete des Atemtraktes, Wund- oder Genitalsekret, | Unterbringung: normal. PSA: Schutzkittel, Handschuhe, Mund- |

 Hier bitte das von Ihnen verwendete viruzide Mittel incl. Konzentration (entsprechend einer Std. Einwirkzeit) eintragen.

| | | |
|--|------------------------|-------------------------|
| Logo der Institution | Hygieneplan | Seite 56 von 74 |
| Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft | Infektionsintervention | Revision: Gültig ab: |

| Erkrankung Erreger | Erregerhalt. Mat. Übertragungsweg* | Unterbringung**, Hygienemaßnahmen*** Besonderheiten, Infos |
|--|---|--|
| seuchungsgrad in der Bevölkerung. | Liquor(je nach Lokalisation) ----- aerogen, direkte und indirekte Kontakte | Nasenschutz bei bewohnernahen Tätigkeiten. Entsorgung und Desinfektion: Standardhygiene. Desinfektion: fortlaufende Desinfektion bewohnernaher Flächen mit ⁵⁻²⁹ / Schlussdesinfektion notwendig (Kap. 2.1.2). |
| Herpes-Zoster-Infektion , auch "Gürtelrose" genannt, eine virale Entzündung des Nervengewebs, welche mit einem schmerzhaften Exanthem einhergeht. | | |
| Varizellen-Zoster-Virus, ein Herpesvirus welches Windpocken (= Varizellen) und Zoster (Gürtelrose) verursachen kann / hoher Durchseuchungsgrad in der Bevölkerung. | Wund- oder Sekret der Atemwege ----- direkte und indirekte Kontakte | Folgende Hygienemaßnahmen sind nur bei hoher Ansteckungsgefahr notwendig (entscheidet der behandelnde Arzt): Unterbringung: nicht zusammen mit ansteckungsgefährdeten Bewohnern bis zum Abtrocknen der Bläschen. PSA: Schutzkittel, Handschuhe, Mund-Nasenschutz bei bewohnernahen Tätigkeiten. Entsorgung und Desinfektion: Standardhygiene. ----- RKI-Ärztmerkblatt vorhanden (www.rki.de). |
| HUS (hämolytisch-urämisches Syndrom), eine lebensbedrohliche Erkrankung, die mit einer Schädigung der Blutzellen, Blutgefäße und Nieren einhergeht. | | |
| Toxinbildende Escherischia-coli-Stämme (EHEC, EIEC, ETEC) | Fäzes, Erbrochenes ----- alimentär, fäkal-oral, Schmierinfektion | Meldepflichtig gemäß §6 IfSG (Kap. 5.1) Unterbringung: normal. PSA: Schutzkittel und Handschuhe bei bewohnernahen Tätigkeiten. Entsorgung: Standardhygiene. Desinfektion: fortlaufende Desinfektion und des Sanitärbereiches mit ⁵⁻³⁰ / Schlussdesinfektion erforderlich (Kap. 2.1.2). ----- RKI-Ärztmerkblatt zu EHEC vorhanden (www.rki.de) |
| Influenza siehe Kap. 5.6 | | |
| Impetigo contagiosa , auch "Borkenflechte" genannt, eine lokale, oberflächliche Hautinfektion meist im Bereich des Mundes oder der Nase. | | |
| Staphylokokken oder Streptokokken | Eiter, Wundsekret ----- Schmierinfektion, direkte und indirekte Kontakte | Standardhygiene ausreichend. |
| Klebsiella-Infektion Frage ob Harnwegsinfektion, Wundinfektion, Atemwegsinfektion bakteriell, Sepsis. | | |
| Konjunktivitis , eine bakteriell oder viral ausgelöste Augenbindehautentzündung. | | |

⁵⁻²⁹ Tragen Sie hier bitte das bei Ihnen allgemein verwendete VAH-gelistete Mittel incl. Konzentration ein (1-Std.-Wert).

⁵⁻³⁰ Tragen Sie hier bitte das bei Ihnen für den Sanitärbereich verwendete VAH-gelistete Mittel incl. Konzentration ein (1-Std.-Wert).

| | | |
|--|------------------------|-------------------------|
| Logo der Institution | Hygieneplan | Seite 57 von 74 |
| Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft | Infektionsintervention | Revision: Gültig ab: |

| Erkrankung Erreger | Erregerhalt. Mat. Übertragungsweg* | Unterbringung**, Hygienemaßnahmen*** Besonderheiten, Infos |
|---|---|---|
| Bakterien wie <i>Chlamydia trachomatis</i> , Neisserien, Pseudomonaden oder Viren wie Adenoviren, Coxsackieviren, ECHO-Viren, Herpesviren | Tränen, Eiter ----- Schmierinfektion, direkte und indirekte Kontakte | Bei Keratokonjunctivitis epidemica ist eine sofortige Benachrichtigung der Pflegedienstleitung notwendig und es besteht Meldepflicht gemäß §6 IfSG bei 2 oder mehr Erkrankten (Kap. 5.1). Unterbringung: Einzelzimmer. PSA: Handschuhe bei bewohnernahen Tätigkeiten. Entsorgung und Desinfektion: fortlaufende Desinfektion bewohnernaher Flächen mit  / Schlussdesinfektion notwendig (Kap. 2.1.2). |
| Krätze (Skabies) siehe Kap. 5.5 | | |
| Läusebefall siehe Kap. 5.5 | | |
| Legionellose , eine bei älteren Menschen oft letal verlaufende Pneumonieform. | | |
| <i>Legionella pneumophila</i> , ein im Wasser lebendes Bakterium | Wasser ----- aerogen, evtl. Kontakte | Standardhygiene ausreichend aber Ursachenabklärung unbedingt notwendig. ----- RKI-Ärztmerkblatt vorhanden (www.rki.de). |
| Lues siehe Syphilis | | |
| Lyme-Borelliose , eine durch Zecken übertragene, in Stadien verlaufende, multisystemische bakterielle Infektionserkrankung | | |
| <i>Borrelia burgdorferi</i> , ein bewegliches, spiralförmiges Bakterium | Die Übertragung erfolgt nur über Zeckenstiche / Keine Übertragungsgefahr für Mitbewohner und Personal. | Standardhygiene ausreichend. |
| Malaria , eine hierzulande seltene, mit Fieberschüben einhergehende Infektionserkrankung. | | |
| Plasmodien = parasitäre Protozoen | Die Übertragung erfolgt nur durch Mückenstiche / keine Übertragungsgefahr für Mitbewohner und Personal. | Standardhygiene ausreichend. ----- RKI-Ärztmerkblatt vorhanden (www.rki.de). |
| Masern , eine mit einem Exanthem und Fieber einhergehende, komplikationsbehaftete Viruserkrankung | | |
| Masern-Virus, ein umhülltes RNA-Virus | Sekrete des Atemtraktes ----- aerogen | Sofortige Benachrichtigung der Pflegedienstleitung notwendig. Meldepflichtig gemäß §6 IfSG Unterbringung: Einzelzimmer oder zusammen mit immunkompetenten Bewohner. Immungeschütztes Personal einsetzen. PSA: Schutzkittel, Mund-Nasenschutz bei Betreten des Zimmers für alle Personen ohne Immunschutz. Entsorgung und Desinfektion: Standardhygiene. |

 Hier bitte das von Ihnen verwendete viruzide Mittel incl. Konzentration (entsprechend einer Std. Einwirkzeit) eintragen.

| | | |
|--|------------------------|-------------------------|
| Logo der Institution | Hygieneplan | Seite 58 von 74 |
| Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft | Infektionsintervention | Revision: Gültig ab: |

| Erkrankung Erreger | Erregerhalt. Mat. Übertragungsweg* | Unterbringung**, Hygienemaßnahmen*** Besonderheiten, Infos |
|--|--|---|
| | | ----- RKI-Ärztmerkblatt vorhanden (www.rki.de) |
| Menigitis / Meningo-Enzephalitis / Erreger keine Meningokokken = eine Infektion der Gehirnhäute und ggf. des Gehirns. | | |
| z.B: Enteroviren, Arboviren, Herpesviren, Pneumokokken, Staphylokokken | Sekrete des Atemtraktes, evtl. Fäzes ----- aerogen, evtl. Schmierinfektion | Unterbringung: normal. PSA: Schutzkittel, Handschuhe und Mund-Nasenschutz bei bewohnernahen Tätigkeiten, bei denen respiratorische Sekrete freigesetzt werden könnten (z.B. Mundpflege). Entsorgung: Standardhygiene. Desinfektion: fortlaufende Desinfektion bewohnernaher Flächen mit ⁵⁻²⁹ und des Sanitärbereiches mit ⁵⁻³⁰ . |
| Menigitis / Meningo-Enzephalitis / Meningokokken oder Erreger unbekannt | | |
| Meningokokken | Sekrete des Atemtraktes ----- aerogen | Sofortige Benachrichtigung der Pflegedienstleitung notwendig. Meldepflichtig gemäß §6 IfSG (Kap. 5.1) Weitere Maßnahmen nach Vorgabe des Gesundheitsamtes. ----- RKI-Ärztmerkblatt vorhanden (www.rki.de) |
| Mononukleose (= Pfeiffersches Drüsenfieber), eine mit grippeähnlichen Symptomen einhergehende Virusinfektion. | | |
| Epstein-Barr-Virus, ein Herpes-Virus / hoher Durchseuchungsgrad in der Bevölkerung. | Sekrete des Atemtraktes, Speichel, Tränenflüssigkeit ----- aerogen, Schmierinfektion | Standardhygiene ausreichend. |
| MRSA - Infektion / Kolonisation siehe Kap. 5.4 | | |
| Mumps , eine virale Entzündung der Ohrspeicheldrüse | | |
| Mumpsvirus, ein umhülltes RNA-Virus. | Sekrete des Atemtraktes, Tränenflüssigkeit, Speichel, Blut, Liquor, Urin ----- aerogen, Schmierinfektion | Unterbringung: Einzelzimmer oder zusammen mit immunkompetenten Bewohner. Immungeschütztes Personal einsetzen. PSA: Schutzkittel, Mund-Nasenschutz bei Betreten des Zimmers für alle Personen ohne Immunschutz. Entsorgung und Desinfektion: Standardhygiene. ----- RKI-Ärztmerkblatt vorhanden (www.rki.de). |
| Noro-Virus-Infektion siehe Kap. 5.2 | | |
| Ornithose , auch "Psittakose" oder "Papageienkrankheit" genannt, eine schwere Bronchopneumonie mit grippeähnlichen Symptomen. | | |

⁵⁻²⁹ Tragen Sie hier bitte das bei Ihnen allgemein verwendete VAH-gelistete Mittel incl. Konzentration ein (1-Std.-Wert).

⁵⁻³⁰ Tragen Sie hier bitte das bei Ihnen für den Sanitärbereich verwendete VAH-gelistete Mittel incl. Konzentration ein (1-Std.-Wert).

| | | |
|--|------------------------|-------------------------|
| Logo der Institution | Hygieneplan | Seite 59 von 74 |
| Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft | Infektionsintervention | Revision: Gültig ab: |

| Erkrankung Erreger | Erregerhalt. Mat. Übertragungsweg* | Unterbringung**, Hygienemaßnahmen*** Besonderheiten, Infos |
|--|--|---|
| <i>Chlamydia psittaci</i> , ein bakterieller Parasit. | Sekrete des Atemtraktes, Fäzes, kontaminierter Staub ----- aerogen | Standardhygiene ausreichend. |
| ORSA - Infektion / Kolonisation siehe Kap. 5.2 | | |
| Parainfluenza siehe Influenza | | |
| Paratyphus (A, B, C) siehe Typhus abdominalis | | |
| Pertussis siehe Keuchhusten | | |
| Pfeiffersches Drüsenfieber siehe Mononukleose | | |
| Pneumonie siehe Atemwegsinfektion | | |
| Pneumokokken-Infektion Frage ob Atemwegsinfektion, Meningocephalitis oder Sepsis / Impfung möglich und situationsbedingt empfohlen. | | |
| Proteus-mirabilis-Infektion Frage ob Harnwegsinfektion, Wundinfektion, Atemwegsinfektion bakteriell, Sepsis | | |
| Pseudomonas-Infektion Frage ob Harnwegsinfektion, Wundinfektion, Atemwegsinfektion bakteriell, Sepsis | | |
| Psittacose siehe Ornithose | | |
| Ringelröteln , auch "Erythema infectiosum" genannt, eine meist stumm oder mild verlaufende, mit einem Erythem einhergehende, virale Infektionserkrankung. | | |
| Parvoviren, ein nacktes DNA-Virus | weitgehend unbekannt, evtl. fäkal-oralen Übertragungsweg. | Standardhygiene ausreichend. |
| Rotavirus-Infektion siehe Enteritis infectiosa | | |
| Röteln , ist eine meist stumm oder mild verlaufende, mit einem Exanthem einhergehende Infektionserkrankung, bei welcher jedoch die Gefahr einer intrauterinen Fruchtschädigung besteht (Personal) | | |
| Rötelnviren / hoher Durchseuchungsgrad in der Bevölkerung. | Sekrete des Atemtraktes, Urin ----- aerogen, direkte und indirekte Kontakte, über die Plazenta (Personal). | Unterbringung: Einzelzimmer oder zusammen mit immunkompetenten Bewohner. Immungeschütztes Personal einsetzen! PSA: Schutzkittel, Mund-Nasenschutz bei Betreten des Zimmers für alle Personen ohne Immunschutz. Entsorgung und Desinfektion: Standardhygiene. ----- RKI-Ärztmerkblatt vorhanden (www.rki.de). |
| RS-Virus-Infektion siehe Atemwegsinfektionen, viral | | |
| Ruhr siehe Shigellose | | |
| Salmonellose siehe Kap. 5.3 | | |
| Scharlach , eine mit hohem Fieber, einer Exanthembildung und Entzündung des Mund-Rachenraumes einhergehende, bakterielle Infektionserkrankung. | | |
| <i>Streptococcus pyogenes</i> , ein Bakterium | Sekrete des Atemtraktes ----- aerogen | Unterbringung: Einzelzimmer bis 48 Stunden nach Therapiebeginn PSA: Schutzkittel, Handschuhe, Mund-Nasenschutz bei bewohnernahen Tätigkeiten |

| | | |
|--|------------------------|-------------------------|
| Logo der Institution | Hygieneplan | Seite 60 von 74 |
| Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft | Infektionsintervention | Revision: Gültig ab: |

| Erkrankung Erreger | Erregerhalt. Mat. Übertragungsweg* | Unterbringung**, Hygienemaßnahmen*** Besonderheiten, Infos |
|--|--|---|
| | | Entsorgung: Standardhygiene Desinfektion: fortlaufende Desinfektion bewohnernaher Flächen mit  / Schlussdesinfektion notwendig (Kap. 2.1.2) ----- RKI-Ärztmerkblatt vorhanden (www.rki.de). |
| Sepsis , auch "Blutvergiftung" genannt, eine lebensgefährliche Infektion des Blutes. | | |
| verschiedene, vorwiegend bakterielle Erreger | Blut ----- iatrogen | Meldepflichtig gemäß §6 IfSG (Kap. 5.1) bei Meningokokken-Sepsis! Sofern keine weiteren Infektionsgeschehen vorliegen ist Standardhygiene ausreichend. |
| Serratia-Infektion Frage ob Harnwegsinfektion, Wundinfektion, Atemwegsinfektion bakteriell, Sepsis | | |
| Shigellose , auch "Bakterienruhr" genannt, eine seltene, komplikationsbehaftete, mit schweren Durchfällen und Elektrolytverlusten einhergehende Darminfektion. | | |
| <i>Shigella dysenteriae</i> , ein toxinbildendes Bakterium. | Nahrungsmittel, Fäzes, Erbrochenes ----- alimentär, fäkal-oral, Schmierinfektion | Sofortige Benachrichtigung der Pflegedienstleitung notwendig. Benachrichtigung des Gesundheitsamtes (Kap. 5.1). Weitere Maßnahmen nach Vorgabe des Gesundheitsamtes. ----- RKI-Ärztmerkblatt vorhanden (www.rki.de). |
| Staphylokokken-Infektion Frage ob Harnwegsinfektion, Wundinfektion, Atemwegsinfektion bakteriell, Sepsis, Furunkulose oder Impetigo contagiosa. | | |
| A-Streptokokken-Infektion Frage ob Scharlach, Erysipel, Wundinfektion, Sepsis, Impetigo oder Kindbettfieber. | | |
| B-Streptokokken-Infektion Frage ob Meningitis oder Sepsis. | | |
| Skabies (Krätze) siehe Kap. 5.5 | | |
| Syphilis , auch "Lues" genannt, eine in mehreren Stadien verlaufende, unbehandelt letale Geschlechtskrankheit. | | |
| <i>Treponema pallidum</i> , ein schraubenförmiges Bakterium. | Genital- und Wundsekrete, Blut ----- Geschlechtsverkehr, u.U. Schmierinfektion | Standardhygiene ausreichend. ----- RKI-Ärztmerkblatt vorhanden (www.rki.de). |
| Tetanus , auch "Wundstarrkrampf" genannt, eine das Nervensystem betreffende, mit Lähmungen einhergehende, lebensgefährliche bakterielle Infektionserkrankung / Impfung möglich und empfohlen. | | |
| <i>Clostridium tetani</i> , ein sporenbildendes, anaerobes, toxinbildendes Bakterium | Staub, Gartenerde, Wundsekrete ----- Übertragung infolge Verletzung | Immungeschütztes Personal einsetzen. Standardhygiene ausreichend. ----- RKI-Ärztmerkblatt vorhanden (www.rki.de). |
| Toxoplasmose , eine meist stumm verlaufende, mit diffusen Symptomen einhergehende parasitäre Erkrankung, die bei stark abwehrgeschwächten Bewohnern (z.B. AIDS) zu Komplikationen wie | | |

 Tragen Sie hier bitte das bei Ihnen allgemein verwendete VAH-gelistete Mittel incl. Konzentration ein (1-Std.-Wert).

| | | |
|--|------------------------|-------------------------|
| Logo der Institution | Hygieneplan | Seite 61 von 74 |
| Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft | Infektionsintervention | Revision: Gültig ab: |

| Erkrankung Erreger | Erregerhalt. Mat. Übertragungsweg* | Unterbringung**, Hygienemaßnahmen*** Besonderheiten, Infos |
|---|--|---|
| Pneumonie und Meningitis und (wichtig für das Personal) in der Schwangerschaft zu einem Abort und zur Fruchtschädigung führen kann. | | |
| <i>Toxoplasma gondii</i> , eine parasitäre Protozoe mit hoher Durchseuchung der Bevölkerung. | Übertragung durch Katzen oder alimentär / Keine Übertragungsgefahr für Mitbewohner und Personal. | Standardhygiene ausreichend. ----- RKI-Ärztmerkblatt vorhanden (www.rki.de). |
| Trichomoniasis , eine vor allem Frauen betreffende Geschlechtskrankheit. | | |
| <i>Trichomonas vaginalis</i> , eine parasitäre Protozoe | Genitalsekret ----- Übertragung durch Geschlechtsverkehr / keine Übertragungsgefahr für Mitbewohner und Personal. | Standardhygiene ausreichend |
| offene Lungentuberkulose , eine mit Gewebeseinschmelzung des Lungenparenchyms einhergehende Infektionserkrankung / Impfung (BCG-Impfstoff) möglich aber nicht empfohlen. | | |
| <i>Mycobacterium tuberculosis</i> , ein mit einer Wachshülle versehenes Bakterium. | Sekrete des Atemtraktes, kontaminierte Staubpartikel ----- aerogen | Sofortige Benachrichtigung der Pflegedienstleitung notwendig. Sofortige Benachrichtigung des Gesundheitsamtes (Kap. 5.1). Weitere Maßnahmen nach Vorgabe des Gesundheitsamtes. Namentliche Erfassung aller Kontaktpersonen notwendig. ----- RKI-Ärztmerkblatt vorhanden (www.rki.de). |
| Tuberkulose (außer Lunge) | | |
| <i>Mycobacterium tuberculosis</i> | je nach Lokalisation Eiter, Urin, Fäzes, Liquor, Blut, genitaler Ausfluss iatrogen, u.U. direkte und indirekte Kontakte | Meldepflichtig gemäß §6 IfSG bei Erkrankung oder Tod an einer behandlungsbedürftigen Tuberkulose. Unterbringung: normale Unterbringung. PSA: Handschuhe bei Verbandwechsel und anderen Tätigkeiten mit Kontaminationsgefahr. Entsorgung kontaminierter Materialien: Abfall: infektiös (Kap. 2.3.3) / Wäsche: infektiös ⁵⁻³² Desinfektion: fortlaufende Desinfektion bewohnernaher Flächen und des Sanitärbereiches mit ⁵⁻³³ / Schlussdesinfektion notwendig (Kap. 2.1.2). |
| Typhus abdominalis / Paratyphus (A, B, C) | | |
| <i>Salmonella typhi</i> <i>Salmonella paratyphis</i> A, B, C | Fäzes, Urin, Erbrochenes, Blut, Eiter ----- | Sofortige Benachrichtigung der Pflegedienstleitung notwendig. Meldepflicht gemäß §6 IfSG (Kap. 5.1). |

⁵⁻³² Hier bitte eintragen, wie verfahren werden soll. Vorschlag: Wäsche separat im Zimmer sammeln und als Kochwäsche waschen bzw. von der Wäscherei aufbereiten lassen.

⁵⁻³³ Hier bitte ein tuberkulozid wirkendes Mittel incl. Konzentration eintragen. Tipp: Normalerweise wirkt ein viruzides Mittel auch tuberkulozid, wengleich auch eine andere Konzentration notwendig sein kann.

| | | |
|--|------------------------|-------------------------|
| Logo der Institution | Hygieneplan | Seite 62 von 74 |
| Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft | Infektionsintervention | Revision: Gültig ab: |

| Erkrankung Erreger | Erregerhalt. Mat. Übertragungsweg* | Unterbringung**, Hygienemaßnahmen*** Besonderheiten, Infos |
|--|---|---|
| | fäkal-oral, Schmierinfektion | Weitere Maßnahmen nach Vorgabe des Gesundheitsamtes. ----- RKI-Ärztmerkblatt vorhanden (www.rki.de). |
| Varizellen-Infektion siehe Herpes-Zoster oder Windpocken | | |
| VRE (Vancomycin resistente Enterokokken) | | |
| Vancomycin resis- tenter <i>Enterococcus faecalis</i> oder <i>Entero- coccus faecium</i> | je nach Lokalität Urin, Wundsekret oder Fäkalien ----- direkte und indirekte Kontakte | Vorgehen gemäß Kap. 5.4 |
| VTEC-Infektion siehe Enteritis infectiosa oder HUS | | |
| Windpocken (Varizellen), eine meist mild verlaufende, mit einem Exanthem einhergehende virale Virusinfektion, die hochansteckend ist und in der Schwangerschaft eine Fruchtschädigung verursachen kann (Personal) | | |
| Varizella-Zoster- Virus, ein Herpesvi- rus welches Wind- pocken (= Varizel- len) und Zoster ver- ursachen kann / hoher Durchseu- chungsgrad in der Bevölkerung. | Sekrete des Atemtraktes, Bläscheninhalt ----- aerogen | Unterbringung: nicht zusammen mit ansteckungsgefährdeten Bewohnern bis der Schorf von den Windpocken abgefallen ist. PSA: Schutzkittel, Handschuhe, Mund- Nasenschutz bei bewohnernahen Tätigkeiten. Entsorgung und Desinfektion: Standardhygiene. ----- RKI-Ärztmerkblatt vorhanden (www.rki.de). |
| Wurmerkrankungen | | |
| Zestoden, Nematoden, Taenien u.a. | Keine Übertragungsgefahr für Mitbewohner und Personal | Standardhygiene ausreichend. |
| Wundinfektion | | |
| <i>E. coli</i> , <i>Pseudomonas aeruginosa</i> , Staphylokokken, A- Streptokokken u.a. | Wundsekret, Eiter ----- Schmierinfektion, direkte und indirekte Kontakte | Standardhygiene ausreichend, wenn Erreger nicht multiresistent (Kap. 5.4). |
| Xantomonas-Infektion Frage ob Harnwegsinfektion, Wundinfektion, Atemweginfektion bakteriell, Sepsis | | |
| Zeckenzephalitis siehe FSME | | |
| Zoster (Gürtelrose) siehe Herpes-Zoster-Infektion | | |

| | | |
|--|--------------------|-------------------------|
| Logo der Institution | Hygieneplan | Seite 63 von 74 |
| Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft | Verschiedenes | Revision: Gültig ab: |

6 Verschiedenes

6.1 Hygieneorganisation

6.1.1 Beauftragte und Ansprechpartner⁶⁻¹

Hygiene im Wohn- und Pflegebereich: _____

Hygiene Hauswirtschaft: _____

Hygiene Lebensmittel- und Küchenbereich: _____

Arbeitssicherheit: _____

6.1.2 Hygienearbeitskreis⁶⁻²

Aufgaben

Der Hygienearbeitskreis unterstützt die Heimleitung bei der Wahrnehmung der Verantwortung und in der Qualitätssicherung in Belangen der Heimhygiene. Zu den Aufgaben des Hygienearbeitskreises gehört insbesondere

- die Analyse des innerbetrieblichen Hygienestatus,
- die Festlegung von Schwerpunkten für die Infektionsprävention,
- die Festlegung der innerbetrieblich durchzuführenden Hygienemaßnahmen und
- die Aktualisierung und Ergänzung des Hygieneplanes.

Mitglieder

Der Hygienearbeitskreis wird von⁶⁻³ geleitet. Ihm gehören folgende Mitglieder an:⁶⁻⁴

Organisatorisches

- Der Hygienearbeitskreis tagt in festen Abständen⁶⁻⁵, sowie auf besondere Veranlassung.
- Jedes Personalmitglied kann Anfragen und Vorschläge an den Hygienearbeitskreis einreichen. Ansprechpartner hierfür ist⁶⁻⁶.
- Auf Antrag können weitere Personen oder Institutionen (z.B. Heimbeirat) an den Arbeitskreissitzungen teilnehmen.

6.1.3 Hygieneplan

Der Hygieneplan ist die Gesamtheit der internen Vorgaben zur Regelung der Heimhygiene. Die Reinigungs- und Desinfektionspläne sind als Teil des Hygieneplanes zu betrachten.

- Die Bereichsleitungen haben zu veranlassen, dass die in ihrem Bereich stattfindenden hygienerelevanten Betriebs- und Arbeitsabläufe im Hygieneplan enthalten und mit der praktizierten Vorgehensweise kompatibel sind.
- Die Inhalte und Vorgaben des Hygieneplanes entsprechen einer Dienstanweisung und sind somit von allen Mitarbeitern verbindlich einzuhalten.

⁶⁻¹ Bitte die bei Ihnen zuständigen Ansprechpartner eintragen und Liste ggf. ergänzen.

⁶⁻² Wenn bei Ihnen kein Hygienearbeitskreis bzw. keine Hygienekommission vorhanden ist kann dieses Kapitel gelöscht werden. Ausführungen bitte Ihren Regelungen anpassen.

⁶⁻³ Tragen Sie hier bitte die Leitung des Hygienearbeitskreises ein (meist Heimleitung).

⁶⁻⁴ Tragen Sie hier bitte die Mitglieder ein, evtl. nur den Titel (z.B. Pflegedienstleitung, Küchenleitung) etc.

⁶⁻⁵ Hier bitte die eintragen, wie oft der Arbeitskreis routinemäßig tagt (z.B. vierteljährlich).

⁶⁻⁶ Hier bitte eintragen, wer Ansprechpartner für Anträge an den Hygienearbeitskreis ist (z.B. Hygienebeauftragter).

| | | |
|--|--------------------|-------------------------|
| Logo der Institution | Hygieneplan | Seite 64 von 74 |
| Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft | Verschiedenes | Revision: Gültig ab: |

- Die jeweiligen Bereichsleitungen tragen dafür Sorge, dass auf jeder Station bzw. in jedem Arbeitsbereich der Hygieneplan ausgedruckt und in einem Ordner abgeheftet den Mitarbeitern jederzeit zur Verfügung steht.
- Im Anschluss an den Hygieneplan sollen im Hygieneordner auch die Kontrolllisten (z.B. zur Kühlschrankskontrolle) und die Begehungsprotokolle abgeheftet werden.
- Ferner haben sie nach jeder Überarbeitung (Revision) des Hygieneplanes veranlassen, dass jeder der ihnen unterstellten Mitarbeiter den Hygieneplan innerhalb von 3 Monaten zur Kenntnis genommen hat. Die Kenntnisnahme erfolgt anhand eines Formulars (Kenntnisnahme Hygieneplan), welches ausgefüllt zu oberst im Hygieneordner abgeheftet und bei jeder Hygienebegehung auf Vollständigkeit kontrolliert wird.

6.1.4 Hausinterne Begehungen⁶⁻⁷

Zur Sicherung der Hygienequalität werden regelmäßig folgende Hygienebegehungen durchgeführt:

| Bereich | Intervall | Durchführende |
|---|--------------|---|
| Bewohner- und Pflegebereich | halbjährlich | Hygienebeauftragter Pflegedienstleitung |
| Hauswirtschaftlicher Bereich (Flure, Wäscherei, Haustechnik) | jährlich | Hygienebeauftragter Hauswirtschaftsleitung |
| Großküche | halbjährlich | Hygienebeauftragter Küchenleitung |

Die Begehungen werden vom Hygienebeauftragten veranlasst und ca. 14 Tage vor dem geplanten Begehungstermin bei der zuständigen Leitung angemeldet.

Der Hygienebeauftragte fertigt über jede Begehung ein bereichsbezogenes Protokoll an, welches er den zuständigen Leitungspersonen aushändigt. Die den Leitungspersonen ausgehändigten Protokolle sollen im Hygieneordner abgeheftet werden und so den Mitarbeitern zugänglich sein.⁶⁻⁸

Die Leitungspersonen teilen dem Hygienebeauftragten innerhalb von 6 Wochen schriftlich mit (Formular Bestätigung Begehung), ob und inwiefern sich die ermittelten Mängel beheben lassen. Auf Basis der Protokolle und der Mitteilungen der Leitungspersonen informiert der Hygienebeauftragte den Hygienearbeitskreis und die Heimleitung von den Begehungsergebnissen.

6.2 Umgang mit Haustieren⁶⁻⁹

6.2.1 Allgemeine Maßnahmen

Haustiere können Krankheitserreger (z.B. Endo- und Ektoparasiten) verbreiten und Bewohner und Personal unangemessen belasten.

Generell unerwünscht und daher zu meiden sind

- Küssen oder Schnäbeln,
- direkter Kontakt mit Exkrementen bzw. Staub oder Gegenständen die mit Exkrementen kontaminiert sind,
- Mitnahme von Tieren ins Bett,

⁶⁻⁷ Die folgenden Ausführungen sind als Vorschlag für eine mögliche Vorgehensweise zu verstehen und müssen ggf. Ihren Regelungen angeglichen werden.

⁶⁻⁸ Wenn Sie Begehungs-Checklisten verwenden wäre zu überlegen, ob diese Listen mit in den Hygieneordner geheftet werden.

⁶⁻⁹ Ggf. bitte Ihren Regelungen anpassen und unpassende Absätze löschen.

| | | |
|--|--------------------|-------------------------|
| Logo der Institution | Hygieneplan | Seite 65 von 74 |
| Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft | Verschiedenes | Revision: Gültig ab: |

- Aufenthalt von Tieren in Funktionsräumen bzw. Wohnbereichsküchen und anderen Orten der Lebensmittelzubereitung und –austeilung.

Einzuhalten sind dagegen folgende Forderungen:

- die Durchführung einer Händedesinfektion nach Tierkontakten,
- die Verwendung von Schutzhandschuhen und ggf. weiterer persönlicher Schutzausrüstung bei der Reinigung und Aufbereitung von Utensilien wie Käfige, Fressgeschirr, Schlaflager und weiteren Utensilien,
- die im Rahmen der Tierhaltung verwendeten Utensilien, wie Decken, Kissen, Schlaflager etc. sind an diesen Zweck und dieses Tier gebunden und sollen nicht für andere Zwecke verwendet werden.

6.2.2 Umgang mit bewohnerbezogenen Haustieren

Die jeweilige Wohnbereichsleitung trägt dafür Sorge, dass die über den Heimvertrag geregelten Voraussetzungen zur Haltung eines Haustieres sowohl vom jeweiligen Bewohner, als auch vom zuständigen Personal erfüllt werden . Hierzu gehören insbesondere (soweit zutreffend)

- die regelmäßigen tierärztlichen Kontrollen,
- die Einhaltung der empfohlenen Impfungen,
- die regelmäßige Kontrollen des Fells auf Parasiten,
- die regelmäßigen Entwurmungskuren,
- die Gewährleistung einer angemessenen Fütterung und Tränkung,
- die tägliche Reinigung des Fressgeschirrs,
- die regelmäßige Entsorgung von Futterresten und die Reinigung des Käfigs, Schlafplatzes, Katzentoirette etc.

| | | |
|---|--------------------|-------------------------|
| Logo der Institution | Hygieneplan | Seite 66 von 74 |
| Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft | Anhangsteil | Revision: Gültig ab: |

7 Anhangsteil

| | | |
|--|--------------------|-------------------------|
| Logo der Institution | Hygieneplan | Seite 68 von 74 |
| Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft | Anhangsteil | Revision: Gültig ab: |

7.2 Isolierschilder

Im Falle einer räumlichen Isolierung Zimmertüren bitte mit den nachfolgenden Schildern kennzeichnen.

- Infektionsschutz -
**Bitte führen Sie vor Betreten des
Zimmers diese Hygienemaßnahmen
durch:**

- **Besucher melden sich bitte im Stationszimmer.**
- **Bitte gleich nach Betreten des Zimmers Mund-Nasenschutz, Handschuhe und Schutzkittel anziehen.**

Türaußenseite

- Infektionsschutz -
**Bitte führen Sie vor Verlassen des
Zimmers diese Hygienemaßnahmen
durch:**

- **Saubere Schutzkittel bitte im Zimmer lassen.**
- **Beschmutzte Kittel bitte im Zimmer in Abwurf geben.**
- **Mund-Nasenschutz und Handschuhe bitte im Zimmer als Abfall entsorgen.**
- **Alle verwendeten Gegenstände dürfen nur nach vorheriger Desinfektion das Zimmer verlassen.**
- **Vor Verlassen des Zimmers bitte Hände desinfizieren.**

Türinnenseite

| | | |
|--|--------------------|-------------------------|
| Logo der Institution | Hygieneplan | Seite 69 von 74 |
| Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft | Anhangsteil | Revision: Gültig ab: |

7.3 Desinfektionsmittelübersicht

7.3.1 Alkoholische Händedesinfektionsmittel

| Name & Firma | Noro-wirksam? ⁷⁴ | Listungen & Bemerkungen ⁷² |
|--------------|-----------------------------|---------------------------------------|
| | | |
| | | |

7.3.2 Alkoholische Hautdesinfektionsmittel

| Name & Firma | Listungen & Bemerkungen ⁷² |
|--------------|---------------------------------------|
| | |
| | |

7.3.3 Flächendesinfektionsmittel allgemein

| Name & Firma | Wirkstoffgruppe ⁷³ | Konz. | EWZ ⁷⁴ | Noro-wirksam? ⁷¹ | Listungen & Bemerkg. ⁷² |
|--------------|-------------------------------|-------|-------------------|-----------------------------|------------------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |

7.3.4 Flächendesinfektionsmittel sanitär

| Name & Firma | Wirkstoffgruppe ⁷³ | Konz. | EWZ ⁷⁴ | Noro-wirksam? ⁷¹ | Listungen & Bemerkg. ⁷² |
|--------------|-------------------------------|-------|-------------------|-----------------------------|------------------------------------|
| | | | | | |

⁷¹ Bei als „viruzid“ bezeichneten Mitteln kann eine Noro-Wirksamkeit vorausgesetzt werden, bei als „begrenzt viruzid“ bezeichneten Mitteln ist dies normalerweise nicht der Fall und muss überprüft werden.

⁷² Es gibt 3 Empfehlungslisten, die sich auf Desinfektionsmittel und deren Wirksamkeit und Anwendbarkeit beziehen: VAH-Liste (ehemals DGHM-Liste) enthält Mittel zur Routine-Verwendung in medizinisch-pflegerischen Bereichen. DVG-Liste enthält Mittel zur Routine-Verwendung in Lebensmittel-Bereichen. RKI-Liste enthält Mittel zur Anwendung im Infektionsfall. Die für den Wirkungsbereich AB gelisteten Mittel sind viruzid und somit zur Anwendung bei Noro oder Hepatitis A geeignet.

⁷² Es gibt 3 Empfehlungslisten, die sich auf Desinfektionsmittel und deren Wirksamkeit und Anwendbarkeit beziehen: VAH-Liste (ehemals DGHM-Liste) enthält Mittel zur Routine-Verwendung in medizinisch-pflegerischen Bereichen. DVG-Liste enthält Mittel zur Routine-Verwendung in Lebensmittel-Bereichen. RKI-Liste enthält Mittel zur Anwendung im Infektionsfall. Die für den Wirkungsbereich AB gelisteten Mittel sind viruzid und somit zur Anwendung bei Noro oder Hepatitis A geeignet.

⁷³ Gemeint ist eine grobe Zuordnung, ob es sich bei dem Mittel um Aldehyde, Amine, Phenole, Quats, Sauerstoff-
abspalter, etc. handelt.

⁷⁴ EWZ = Einwirkzeit (steht bei verdünnbaren Mitteln in direktem Zusammenhang mit der Konzentration). Bei der allgemeinen Flächendesinfektion ist der 1-Std.-Wert normalerweise die beste Wahl, im Sanitärbereich der 5- oder 15-Min.-Wert.

⁷¹ Bei als „viruzid“ bezeichneten Mitteln kann eine Noro-Wirksamkeit vorausgesetzt werden, bei als „begrenzt viruzid“ bezeichneten Mitteln ist dies normalerweise nicht der Fall und muss überprüft werden.

⁷² Es gibt 3 Empfehlungslisten, die sich auf Desinfektionsmittel und deren Wirksamkeit und Anwendbarkeit beziehen: VAH-Liste (ehemals DGHM-Liste) enthält Mittel zur Routine-Verwendung in medizinisch-pflegerischen Bereichen. DVG-Liste enthält Mittel zur Routine-Verwendung in Lebensmittel-Bereichen. RKI-Liste enthält Mittel zur Anwendung im Infektionsfall. Die für den Wirkungsbereich AB gelisteten Mittel sind viruzid und somit zur Anwendung bei Noro oder Hepatitis A geeignet.

⁷³ Gemeint ist eine grobe Zuordnung, ob es sich bei dem Mittel um Aldehyde, Amine, Phenole, Quats, Sauerstoff-
abspalter, etc. handelt.

⁷⁴ EWZ = Einwirkzeit (steht bei verdünnbaren Mitteln in direktem Zusammenhang mit der Konzentration). Bei der allgemeinen Flächendesinfektion ist der 1-Std.-Wert normalerweise die beste Wahl, im Sanitärbereich der 5- oder 15-Min.-Wert.

⁷¹ Bei als „viruzid“ bezeichneten Mitteln kann eine Noro-Wirksamkeit vorausgesetzt werden, bei als „begrenzt viruzid“ bezeichneten Mitteln ist dies normalerweise nicht der Fall und muss überprüft werden.

⁷² Es gibt 3 Empfehlungslisten, die sich auf Desinfektionsmittel und deren Wirksamkeit und Anwendbarkeit beziehen: VAH-Liste (ehemals DGHM-Liste) enthält Mittel zur Routine-Verwendung in medizinisch-pflegerischen Bereichen. DVG-Liste enthält Mittel zur Routine-Verwendung in Lebensmittel-Bereichen. RKI-Liste enthält Mittel zur Anwendung im Infektionsfall. Die für den Wirkungsbereich AB gelisteten Mittel sind viruzid und somit zur Anwendung bei Noro oder Hepatitis A geeignet.

| | | |
|---|--------------------|-------------------------|
| Logo der Institution | Hygieneplan | Seite 70 von 74 |
| Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft | Anhangsteil | Revision: Gültig ab: |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
| | | | | | |

7.3.5 Spezielle Desinfektionsmittel⁷⁻⁵

| Name & Firma | Wirkstoffgruppe ⁷⁻³ | Konz. | EWZ ⁷⁻⁴ | Noro-wirksam? ⁷⁻¹ | Verwendungszweck, Listungen & Bemerkg. ⁷⁻² |
|--------------|--------------------------------|-------|--------------------|---------------------------------|--|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

⁷⁻⁵ Gemeint sind z.B. Instrumentendesinfektionsmittel oder Desinfektionsmittel zur Aufbereitung bestimmter Geräte oder Medizinprodukte.

⁷⁻³ Gemeint ist eine grobe Zuordnung, ob es sich bei dem Mittel um Aldehyde, Amine, Phenole, Quats, Sauerstoff-
abspalter, etc. handelt.

⁷⁻⁴ EWZ = Einwirkzeit (steht bei verdünnbaren Mitteln in direktem Zusammenhang mit der Konzentration). Bei der
allgemeinen Flächendesinfektion ist der 1-Std.-Wert normalerweise die beste Wahl, im Sanitärbereich der 5- oder
15-Min.-Wert.

⁷⁻¹ Bei als „viruzid“ bezeichneten Mitteln kann eine Noro-Wirksamkeit vorausgesetzt werden, bei als „begrenzt viruzid“
bezeichneten Mitteln ist dies normalerweise nicht der Fall und muss überprüft werden.

⁷⁻² Es gibt 3 Empfehlungslisten, die sich auf Desinfektionsmittel und deren Wirksamkeit und Anwendbarkeit beziehen:
VAH-Liste (ehemals DGHM-Liste) enthält Mittel zur Routine-Verwendung in medizinisch-pflegerischen Bereichen.
DVG-Liste enthält Mittel zur Routine-Verwendung in Lebensmittel-Bereichen.
RKI-Liste enthält Mittel zur Anwendung im Infektionsfall. Die für den Wirkungsbereich AB gelisteten Mittel sind
viruzid und somit zur Anwendung bei Noro oder Hepatitis A geeignet.

| | | |
|---|--------------------|-------------------------|
| Logo der Institution | Hygieneplan | Seite 71 von 74 |
| Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft | Anhangsteil | Revision: Gültig ab: |

7.4 Quellen

Bergen, Peter:

- Basiswissen Krankenhaushygiene / Brigitte Kunz Verlag / 2. Auflage 2006
- Hygiene in Altenpflegeeinrichtungen / Elsevier-Verlag / 1. Auflage 2004

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege:

- BGV A1 Allgemeine Vorschriften in der Fassung vom Dezember 2003
- BGR 206 Desinfektionsarbeiten im Gesundheitsdienst

Bodenschatz, Walter:

- Desinfektion Rechtsvorschriften und Materialien / Behr´s Verlag / Sammelwerk

Deutscher Caritasverband (Hrsg.):

- Lebensmittel Hygiene-Handbuch / Lambertus Verlag / 1. Auflage 1998

Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH):

- Leitlinie "Ausbildung von Hygienebeauftragten in Pflegeeinrichtungen" / 2001

Broschüren der Fa. Fresenius Kabi:

- Medikamentengabe über Sonde
- Praxis der enteralen Ernährung
- Pflegestandard zur enteralen Ernährungstherapie

Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz – IfSG) in der Fassung vom Juli 2000

Heimgesetz in der Fassung vom Oktober 2006

Kampf, Günter (Hrsg.):

- Hände-Hygiene im Gesundheitswesen / Springer Verlag / 1. Auflage 2003

Kienzle, Theo:

- Das Recht in der Heilerziehungs- und Altenpflege / Kohlhammer Verlag / 3. Auflage / 2002

Lauber, Annette, Schmalstieg, Petra:

- Pflegerische Interventionen / Thieme Verlag / 1. Auflage 2003

Medizinproduktegesetz (MPG) in der Fassung vom August 1994

Medizinproduktebetriebersverordnung (MPBetreibV) in der Fassung vom Oktober 2006

Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (NLGA):

- Informationen zu Krätze/Scabies (2006)

| | | |
|---|--------------------|-------------------------|
| Logo der Institution | Hygieneplan | Seite 72 von 74 |
| Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft | Anhangsteil | Revision: Gültig ab: |

- Informationen zu Kopflausbefall (2007)
- Informationen zu Norovirus-Infektionen (2007)
- Merkblatt zur Niedersächsischen Verordnung zur Verhütung übertragbarer Krankheiten (Hygiene-Verordnung) (2001)
- Methicillin-resistente *Staphylococcus aureus* (MRSA) in Alten- und Pflegeeinrichtungen (2005)

Robert Koch Institut (RKI):

- Richtlinie über die ordnungsgemäße Entsorgung von Abfällen aus Einrichtungen des Gesundheitsdienstes (2002)
- Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten (2001)
- Anforderungen an die Hygiene bei der Reinigung und Desinfektion von Flächen (2004)
- Händehygiene (2000)
- Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle katheterassoziierter Harnwegsinfektionen (1999)
- Prävention der nosokomialen Pneumonie (2000)
- Infektionsprävention in Heimen (2005)
- Prävention postoperativer Infektionen im Operationsgebiet (2007)

Ständige Impfkommision des Robert Koch Institutes (STIKO):

- Empfehlungen der Ständigen Impfkommision (STIKO) / Stand: Juli 2006

| | | |
|--------------------------|--|-------------------------|
| Logo der Institution | Reinigungs- und Desinfektionsplan | Seite 1 von 4 |
| Pflegerische Mitarbeiter | Wohn- und Pflegebereich | Revision: Gültig ab: |

| Maßnahme | Indikation und Häufigkeit | Ausführung, ggf. Durchführungsort | Mittel, Konzentration, Einwirkzeit (EWZ) |
|--|---|---|--|
| Händereinigung und –desinfektion | | | |
| Allgemeine Haut- und Handpflege  | mehrmals tägl. | Hände einkremen | W-1 |
| Hautschutz vor Feuchtigkeit  | <ul style="list-style-type: none"> • vor Arbeiten mit Wasserkontakt • zum Dienstende | Hände einkremen | W-2 |
| Hände waschen  | <ul style="list-style-type: none"> • zum Dienstbeginn • bei Verschmutzung | <ul style="list-style-type: none"> • Hände waschen • mit Einmaltuch abtrocknen | gebrauchsfertige Waschlotion |
| Waschen kontaminierter Hände  | bei Verschmutzung der Hände mit potentiell infektiösen Materialien (z.B. Sekrete) | <ul style="list-style-type: none"> • entweder: grobe Verschmutzungen mit Desinfektionsmittel-getränktem Einmaltuch vor Ort entfernen, dann Händedesinfektion, dann Waschen. • oder: Hände waschen, dann abtrocknen, dann desinfizieren, anschließend Waschbecken desinfizieren. | |
| Hygienische Händedesinfektion  | <ul style="list-style-type: none"> • zum Dienstbeginn und zum Dienstende • vor aseptisch durchzuführenden Arbeiten • vor Kontakt mit infektionsgefährdeten Bewohnern • vor und nach Kontakt mit Wunden, Tracheostoma, PEG etc. • nach Kontakt mit potentiell infektiösen Materialien oder Bewohnern • nach dem Toilettengang, Naseputzen etc. | <ul style="list-style-type: none"> • Hände müssen vor Desinfektion trocken sein • 3 ml Desinfektionsmittel in der Hand verreiben, bis Hände trocken sind • Fingerkuppen, Nagelfalze sind mit einzubeziehen | <ul style="list-style-type: none"> • W-3 • gebrauchsfertig • 30 Sek. |
| Hautdesinfektion und Schleimhautantiseptik | | | |
| Hautdesinfektion  | vor Injektionen, Schutzimpfungen, Blutentnahmen, im Zuge von Verbandwechseln etc. | <ul style="list-style-type: none"> • betreffende Hautstelle mit einem Desinfektionsmittel-getränktem Tupfer abreiben • für i.m.-Injektionen und bei der Desinfektion von Wundrändern sterile, für s.c.-Injektionen sterilisierte Tupfer verwenden | <ul style="list-style-type: none"> • alkoholisches Hautdesinfektionsmittel W-4 • gebrauchsfertig • 15 Sekunden |

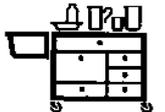
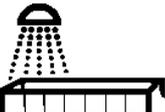
W-1 Tragen Sie hier bitte die Bezeichnung des bei Ihnen gebräuchlichen Öl-in-Wasser-Produktes ein

W-2 Tragen Sie hier bitte die Bezeichnung des bei Ihnen gebräuchlichen Wasser-in-Öl-Produktes ein

W-3 Tragen Sie hier bitte die Bezeichnung des bei Ihnen verwendeten VAH-gelisteten alkoholischen Händedesinfektionsmittels ein

W-4 Wenn Sie stets dasselbe Hautdesinfektionsmittel verwenden löschen Sie bitte „alkoholisches Hautdesinfektionsmittel“ und tragen Sie bitte statt dessen die Bezeichnung des VAH-gelisteten Präparates ein.

| | | |
|--------------------------|--|-------------------------|
| Logo der Institution | Reinigungs- und Desinfektionsplan | Seite 2 von 4 |
| Pflegerische Mitarbeiter | Wohn- und Pflegebereich | Revision: Gültig ab: |

| Maßnahme | Indikation und Häufigkeit | Ausführung, ggf. Durchführungsort | Mittel, Konzentration, Einwirkzeit (EWZ) |
|---|--|---|--|
| Schleimhautantiseptik  | vor transurethralem Katheterismus | <ul style="list-style-type: none"> Schleimhaut vollständig mit sterilem Tupfer benetzen nicht nachtrocknen Näheres siehe Hygieneplan Kap. W-5 | <ul style="list-style-type: none"> Schleimhautantiseptikum W-6 gebrauchsfertig EWZ gemäß Herstellerangabe W-7 |
| Desinfektion von Flächen, Einrichtungen und Inventar | | | |
| Vorgaben zur Unterhaltsreinigung und Grundreinigung siehe Hygieneplan Kap. W-8 | | | |
| Fußböden  | nach Kontamination | <ul style="list-style-type: none"> groben Schmutz mit Einmaltuch entfernen und zusammen mit Einmaltuch entsorgen mit Lappen desinfizierend reinigen nicht nachtrocknen Schutzhandschuhe tragen! W-9 | <ul style="list-style-type: none"> W-10 W-11 Benutzung nach Abtrocknen möglich |
| Arbeitsflächen bei med.-pflegerischen Maßn.  | <ul style="list-style-type: none"> täglich vor der Nutzung nach Kontamination | <ul style="list-style-type: none"> Flächen frei machen mit Lappen desinfizierend reinigen nicht nachtrocknen Haushalts- bzw. Schutzhandschuhe tragen! W-9 | <ul style="list-style-type: none"> W-10 W-11 Benutzung nach Abtrocknen möglich |
| pflegerisch genutztes Inventar  | <ul style="list-style-type: none"> außen wöchentlich innen monatlich nach Kontamination | <ul style="list-style-type: none"> Flächen bzw. Innenraum frei machen mit Lappen desinfizierend reinigen nicht nachtrocknen Haushalts- bzw. Schutzhandschuhe tragen! W-9 | <ul style="list-style-type: none"> W-10 W-11 Benutzung nach Abtrocknen möglich |
| gemeinschaftlich benutzte Wannen und Duschen  | <ul style="list-style-type: none"> nach jeder Benutzung nach Kontamination | <ul style="list-style-type: none"> Wasser ablassen und Wanne ausspülen mit Lappen desinfizierend reinigen Lösung belassen, nicht nachspülen Nach EWZ ausspülen Haushalts- bzw. Schutzhandschuhe tragen! W-9 | <ul style="list-style-type: none"> W-12 W-13 W-14 |

W-5 Tragen Sie hier bitte ein, unter welcher Kapitelnummer die Ausführungen zur transurethralen Katheterisierung zu finden sind (im NLGA-Hygieneplan ist es die Nummer 4.6)

W-6 Wenn Sie stets dasselbe Schleimhautantiseptikum verwenden löschen Sie bitte „Schleimhautantiseptikum“ und tragen Sie bitte statt dessen die Bezeichnung des Präparates ein.

W-7 Wenn Sie stets dasselbe Schleimhautantiseptikum verwenden löschen Sie bitte „EWZ gemäß Herstellerangabe“ und tragen Sie bitte statt dessen die erforderliche Einwirkzeit des Präparates ein (meist 2 Min.).

W-8 Tragen Sie hier bitte ein, unter welcher Kapitelnummer die Ausführungen zur Unterhalts- und zur Grundreinigung zu finden sind (im NLGA-Hygieneplan ist es die Nummer 2.1.2)

W-9 Es wird davon ausgegangen, dass Sie zur Beseitigung kontaminierter Materialien Schutzhandschuhe (Einmalhandschuhe) verwenden, die Sie anschließend entsorgen und zur routinemäßigen Durchführung Haushaltshandschuhe, die Sie anschließend wieder verwenden.

W-10 Tragen Sie hier bitte die Bezeichnung des bei Ihnen allgemein verwendeten VAH-gelisteten Flächendesinfektionsmittels ein

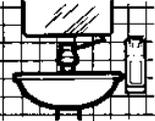
W-11 Tragen Sie hier bitte die Konzentration des bei Ihnen allgemein verwendeten VAH-gelisteten Flächendesinfektionsmittels ein (bitte 1-Std.-Wert nehmen, meist 0,5%)

W-12 Tragen Sie hier bitte die Bezeichnung des bei Ihnen verwendeten VAH-gelisteten Flächendesinfektionsmittels für den Sanitärbereich ein (bitte kein alkoholisches Mittel verwenden)

W-13 Tragen Sie hier bitte die Konzentration des bei Ihnen verwendeten VAH-gelisteten Flächendesinfektionsmittels für den Sanitärbereich ein (bitte 5- oder 15 Min.-Wert nehmen, z.B. 0,5%)

W-14 Tragen Sie hier bitte die Konzentration des bei Ihnen verwendeten VAH-gelisteten Flächendesinfektionsmittels für den Sanitärbereich ein (5- oder 15 Min.)

| | | |
|--------------------------|--|-------------------------|
| Logo der Institution | Reinigungs- und Desinfektionsplan | Seite 3 von 4 |
| Pflegerische Mitarbeiter | Wohn- und Pflegebereich | Revision: Gültig ab: |

| Maßnahme | Indikation und Häufigkeit | Ausführung, ggf. Durchführungsort | Mittel, Konzentration, Einwirkzeit (EWZ) |
|---|--|--|---|
| Handwaschbecken  | nach Kontamination | <ul style="list-style-type: none"> mit Lappen desinfizierend reinigen Lösung belassen, nicht nachspülen Nach EWZ mit ausspülen Schutzhandschuhe tragen! W-9 | <ul style="list-style-type: none"> W-12 W-13 W-14 |
| Kühlschränke  | <ul style="list-style-type: none"> W-15 nach Kontamination | <ul style="list-style-type: none"> Kühlschrank leerräumen frische Lösung und Lappen verwenden von außen und innen reinigend abwischen Schutzhandschuhe tragen! W-9 | Wasser mit etwas Geschirrspülmittel |
| Pflegeartikel, Utensilien und Medizinprodukte | | | |
| Pflegegeschirr (Steckbecken, Urinflaschen) W-16  | nach jeder Benutzung | Aufbereitung erfolgt in der Steckbeckenspüle | |
| Pflegegeschirr (Steckbecken, Urinflaschen) W-16  | nach jeder Benutzung | <ul style="list-style-type: none"> Pflegegeschirr in Toilette entleeren mit etwas Wasser und Toilettenpapier reinigend auswischen mit Desinfektionslösung und Lappen nachwischen nach EWZ abspülen und abtrocknen Schutzhandschuhe tragen! W-9 | <ul style="list-style-type: none"> W-12 W-13 W-14 |
| Pflegeutensilien (z.B. Lagerungsmittel, Waschschaalen, etc.)  | bei bewohnergebundener Verwendung: <ul style="list-style-type: none"> nach Benutzung im Bedarfsfall | <ul style="list-style-type: none"> ggf. ausspülen mit feuchtem Lappen reinigend abwischen | |
| | bei bewohnergebundener Verwendung: nach Kontamination | <ul style="list-style-type: none"> ggf. ausspülen mit Lappen desinfizierend reinigen nicht nachtrocknen | <ul style="list-style-type: none"> W-10 W-11 W-17 |
| | bei bewohnerübergreifender Verwendung: <ul style="list-style-type: none"> nach jeder Benutzung nach Kontamination | <ul style="list-style-type: none"> nach EWZ abspülen bzw. feucht abwischen und mit frischem Geschirrtuch abtrocknen Haushalts- bzw. Schutzhandschuhe tragen! W-9 | |

W-15 Tragen Sie hier bitte ein, in welchen Intervallen die routinemäßige Reinigung von Kühlschränken stattfinden soll (z.B. monatlich)

W-16 Nachfolgend werden Ihnen 2 Möglichkeiten zur Aufbereitung von Pflegegeschirr gegeben. Bitte unzutreffende Tabellenzeile löschen.

W-16 Nachfolgend werden Ihnen 2 Möglichkeiten zur Aufbereitung von Pflegegeschirr gegeben. Bitte unzutreffende Tabellenzeile löschen.

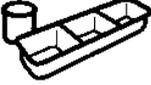
W-12 Tragen Sie hier bitte die Bezeichnung des bei Ihnen verwendeten VAH-gelisteten Flächendesinfektionsmittels für den Sanitärbereich ein (bitte kein alkoholisches Mittel verwenden)

W-13 Tragen Sie hier bitte die Konzentration des bei Ihnen verwendeten VAH-gelisteten Flächendesinfektionsmittels für den Sanitärbereich ein (bitte 5- oder 15 Min.-Wert nehmen, z.B. 0,5%)

W-14 Tragen Sie hier bitte die Konzentration des bei Ihnen verwendeten VAH-gelisteten Flächendesinfektionsmittels für den Sanitärbereich ein (5- oder 15 Min.)

W-17 Tragen Sie hier bitte die Einwirkzeit des bei Ihnen allgemein verwendeten VAH-gelisteten Flächendesinfektionsmittels ein (z.B. 1 Std.). Stellen Sie bitte sicher, dass dieses Mittel wirklich zu den bei Ihnen vorhandenen Artikeln materialkompatibel ist.

| | | |
|--------------------------|--|-------------------------|
| Logo der Institution | Reinigungs- und Desinfektionsplan | Seite 4 von 4 |
| Pflegerische Mitarbeiter | Wohn- und Pflegebereich | Revision: Gültig ab: |

| Maßnahme | Indikation und Häufigkeit | Ausführung, ggf. Durchführungsort | Mittel, Konzentration, Einwirkzeit (EWZ) |
|---|--|--|--|
| Arzneimittel-Dispenser und Tropfengläschen  | <ul style="list-style-type: none"> • Tropfengläschen nach jeder Benutzung • Dispenser wöchentlich und nach Kontamination | Aufbereitung erfolgt im Geschirrspüler | |

| | | | |
|----------------------|----------|---------|-----------|
| | Erstellt | Geprüft | Genehmigt |
| Datum / Unterschrift | | | |

| | | | |
|----------------------|--|-------------------------|----------------|
| Logo der Institution | Begehungsprotokoll Wohn- und Pflegebereich | Revision. Gültig ab: | Seite 5 von 88 |
|----------------------|--|-------------------------|----------------|

Datum: _____ Bereich: _____ Durchführende: _____

| Punkt | Vorgabe | Ist-Zustand |
|---|--|-------------|
| 0 Organisation | | |
| Haben die Mitarbeiter Probleme mit der Umsetzung des Hygieneplanes? | | |
| Sind die dort enthaltenen Vorgaben nach Auskunft der Mitarbeiter vollständig und fachgerecht? | | |
| 0A Hygieneplan | Der Hygieneplan ist in aktueller Version ausgedruckt vor Ort vorhanden und allen Mitarbeitern ad hoc zugänglich. | |
| | Die Kenntnisnahme wurde von allen Mitarbeitern bestätigt. | |
| 0B Reinigungs- und Desinfektionspläne | In den Funktionsräumen hängt ein laminiertes Reinigungs- und Desinfektionsplan gut sichtbar aus. | |
| | Die in den Reinigungs- und Desinfektionsplänen genannten Mittel sind vor Ort verfügbar. | |
| 1 Personalhygiene | | |
| 1A Persönliches Erscheinungsbild | Von den pflegerischen und hauswirtschaftlichen Mitarbeitern wird kein Handschmuck getragen. Die Hände befinden sich in einem gepflegten Zustand. | |
| | Langes Haar wird so getragen, dass ein Herabhängen in den Arbeitsbereich unterbleibt. | |
| 1B Dienstkleidung | Die vorgesehene Dienstkleidung wird vorschriftsmäßig getragen. | |
| | Privatkleidung wird getrennt von Dienstkleidung aufbewahrt. | |
| | Wechselkleidung ist ausreichend vorhanden. | |

| | | | |
|----------------------|--|-------------------------|----------------|
| Logo der Institution | Begehungsprotokoll Wohn- und Pflegebereich | Revision. Gültig ab: | Seite 6 von 88 |
|----------------------|--|-------------------------|----------------|

| Punkt | Vorgabe | Ist-Zustand |
|--|--|-------------|
| 1C Schutzausrüstung | Geeignete Schutzausrüstung (wie Schutzhandschuhe, Schutzkittel) steht ortsnah in angemessener Stückzahl zur Verfügung. | |
| | Die Verwendung von Haushaltshandschuhen erfolgt indikationsgerecht und personengebunden. | |
| 1D Handpflegemittel | Handpflegemittel in Form von Wasser-in-Öl- und Öl-in-Wasser-Cremes stehen ortsnah und ausreichend zur Verfügung. | |
| 2 Umgebungshygiene | | |
| 2A Allgemeine Anforderungen an Bau & Einrichtung | Fußböden, Fußleisten, Wände und Schutzleisten sind intakt und sauber. | |
| | Möbel, Fenster und Türen sind intakt und sauber. | |
| | Heizungseinrichtungen, Elektroeinrichtungen und Lüftungsanlagen sind intakt und sauber. | |
| | In Feucht-, Aufbereitungs- und Lagerräumen gibt es keine Schimmelbildung. | |
| | Arbeitsflächen werden auf das mögliche Maß freigehalten und werden zweckentsprechend genutzt. | |
| | Die Nutzung der Räume, Schränke und Regale erfolgt zweckentsprechend. | |
| | Reine und unreine Arbeiten finden in den jeweils dafür vorgesehenen Räumen bzw. Raumbereichen statt. | |
| 2B Wasser und Sanitär | Waschbecken, Duschen und weitere Sanitäreinrichtungen sind intakt und sauber. Es sind keine verkalkten Wasserstrahlregler oder Duschköpfe vorhanden. | |
| | Wasserzapfstellen (Wasserhähne, Duschen etc.) werden regelmäßig genutzt oder dokumentiert durchspült. | |

| | | | |
|----------------------|--|-------------------------|----------------|
| Logo der Institution | Begehungsprotokoll Wohn- und Pflegebereich | Revision. Gültig ab: | Seite 7 von 88 |
|----------------------|--|-------------------------|----------------|

| Punkt | Vorgabe | Ist-Zustand |
|--|---|-------------|
| | Die Handwaschbecken sind sauber, intakt und komplett ausgestattet (Desinfektionsmittelspender, Seifenspender, Handtuchspender, Hautcremetuben). | |
| | Die Spender für Desinfektionsmittel und Seifenlotion sind ordnungsgemäß etikettiert. | |
| 2C Hausreinigung | Zur routinemäßigen Unterhaltsreinigung werden die dafür vorgesehenen Mittel und Utensilien (Eimer, Lappen etc.) gemäß den Vorgaben des Hygieneplanes verwendet. | |
| 2D Aufbereitungseinrichtungen | Steckbeckenspülen sind funktionsfähig, intakt und sauber. Die Verwendung erfolgt zweckbestimmt und fachkundig. | |
| | Die für Steckbeckenspülen vorgesehenen routinemäßigen Wartung und Überprüfungen fanden statt. | |
| | Es werden die vorgesehenen Betriebsmittel verwendet. | |
| | Die Reinigungsleistung ist zufriedenstellend (kein manuelles Nacharbeiten notwendig). | |
| 2E Mobiles Inventar Pflegeutensilien Medizinprodukte | Die Gegenstände sind funktionsfähig, intakt und sauber. | |
| | Die Aufbereitung von Medizinprodukten ist gemäß den Vorgaben des Hygieneplanes geregelt. Es werden die vorgesehenen Aufbereitungsverfahren verwendet. | |
| | Die bewohnerbezogene Verwendung der dafür vorgesehenen Pflegeutensilien ist gewährleistet bzw. findet statt. | |
| 2F Sterilgutlagerung | Die Lagerung von Sterilgut erfolgt staubgeschützt, trocken und an dafür geeigneten Orten. | |
| | Die Sterilgut-Verpackungen sind intakt, die MHD-Vorgaben nicht überschritten. | |
| | Die Kontrolle des Sterilgutes hat im vorgesehenen Intervall stattgefunden und wurde ordnungsgemäß dokumentiert. | |

| | | | |
|----------------------|--|-------------------------|----------------|
| Logo der Institution | Begehungsprotokoll Wohn- und Pflegebereich | Revision. Gültig ab: | Seite 8 von 88 |
|----------------------|--|-------------------------|----------------|

| Punkt | Vorgabe | Ist-Zustand |
|--|--|-------------|
| 2G Abfälle | Abfälle werden unter Nutzung der dafür vorgesehenen Behältnisse ordnungsgemäß getrennt. | |
| | Die zur Entsorgung von spitzen oder scharfen Gegenständen vorgesehenen Behältnisse werden gemäß den Vorgaben des Hygieneplanes verwendet. | |
| | Die Zwischenlagerung von Abfällen findet in den dafür vorgesehenen Räumlichkeiten bzw. Raumbereichen in korrekter Weise statt. | |
| 2H Frischwäsche | Frischwäsche wird kontaminationsgeschützt in den dafür vorgesehenen Räumen, Schränken bzw. Vorrichtungen gelagert. | |
| | Die Lagerhaltung ist "schlank" und angemessen. | |
| 2I Schmutzwäsche | Die Sammlung bzw. Sortierung von Schmutzwäsche erfolgt nach Vorgaben des Hygieneplanes. | |
| | Die Zwischenlagerung von Schmutzwäsche findet in den dafür vorgesehenen Räumlichkeiten bzw. Bereichen in korrekter Weise statt. | |
| 3 Hygiene im Umgang mit Arznei- und Lebensmitteln | | |
| 3A Arzneimittel | Die Kontrolle der Arzneimittellagerung durch den Vertragsapotheker hat wie vorgesehen stattgefunden. | |
| | Der Arzneimittelmittelkühlschrank ist funktionsfähig, aufgeräumt und sauber. Die Medikamente sind im Kühlschrank sachgerecht positioniert. | |
| | Im Kühlschrank befindet sich ein funktionsfähiges Thermometer. Die Innentemperatur beträgt 2°C bis 8°C. | |
| | Angebrochene Mehrdosisbehältnisse (z.B. Insulinpens) werden gemäß den Vorgaben des Herstellers, der Apotheke und des Hygieneplanes gelagert. | |

| | | | |
|----------------------|--|-------------------------|----------------|
| Logo der Institution | Begehungsprotokoll Wohn- und Pflegebereich | Revision. Gültig ab: | Seite 9 von 88 |
|----------------------|--|-------------------------|----------------|

| Punkt | Vorgabe | Ist-Zustand |
|---------------------------|---|-------------|
| | Die Kontrolle des Arzneimittelkühlschranks hat im vorgesehenen Intervall stattgefunden und wurde ordnungsgemäß dokumentiert. | |
| | Die Lagerung nicht zu kühlender Medikamente erfolgt in ihren Verpackungen lichtgeschützt, trocken, kühl und geschlossen. | |
| | Alle Medikamente werden bewohnerbezogen verwendet. | |
| | Angebrochene Tropfen oder Säfte sind mit dem Anbruchdatum beschriftet und befinden sich innerhalb der Haltbarkeitsgrenze. | |
| 3B Lebensmittel | Das Personal sucht zum Rauchen oder zur Nahrungsaufnahme die dafür vorgesehenen Personalräume auf. | |
| | Für Bewohner bestimmte und zu kühlende Lebensmittel werden beschriftet und gemäß den weiteren Vorgaben des Hygieneplanes im Kühlschrank separat von Arzneimitteln gelagert. | |
| | Der Lebensmittelkühlschrank ist funktionsfähig, aufgeräumt und sauber. | |
| | Im Kühlschrank befindet sich ein funktionsfähiges Thermometer. Die Innentemperatur beträgt unter 8°C. | |
| | Die Kontrolle des Lebensmittelkühlschranks hat im vorgesehenen Intervall stattgefunden und wurde ordnungsgemäß dokumentiert | |
| | Nicht zu kühlende Lebensmittel werden an den dafür vorgesehenen Orten kühl, trocken und staubgeschützt außerhalb ihrer Umverpackungen gelagert. | |

| | | | |
|----------------------|----------|---------|-----------|
| | Erstellt | Geprüft | Genehmigt |
| Datum / Unterschrift | | | |