

Logo der Institution	Hygieneplan	Seite 1 von 64
Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft	Inhalt	Revision: Gültig ab:

Hygieneplan

für stationäre Pflegeeinrichtungen

Inhaltsverzeichnis

1	Personalhygiene	4
1.1	<i>Allgemeine Forderungen zur Personalhygiene</i>	4
1.2	<i>Händehygiene</i>	4
1.2.1	Handwaschplätze.....	4
1.2.2	Händewaschen	4
1.2.3	Waschen kontaminierter Hände.....	4
1.2.4	Hygienische Händedesinfektion.....	5
1.2.5	Handpflege.....	6
1.2.6	Verwendung von Handschuhen	6
1.3	<i>Dienstkleidung und Persönliche Schutzausrüstung</i>	7
1.3.1	Handhabung von Dienstkleidung	7
1.3.2	Handhabung von Persönlicher Schutzausrüstung.....	8
1.4	<i>Verletzungsprophylaxe</i>	8
1.4.1	Entsorgung von spitzen oder scharfen Gegenständen	8
1.4.2	Verhalten im Verletzungsfall	9
2	Umgebungshygiene	10
2.1	<i>Routinemäßige Reinigungs- und Desinfektionsarbeiten</i>	10
2.1.1	Organisation.....	10
2.1.2	Hausreinigung.....	10
2.1.3	Regeln zur Durchführung von Reinigungs- und Desinfektionsarbeiten:	11
2.2	<i>Aufbereitung von und Umgang mit Medizinprodukten</i>	12
2.2.1	Organisation.....	12
2.2.2	Aufbereitung von Pflegeutensilien	13
2.2.3	Aufbereitung kritischer Medizinprodukte.....	14
2.2.4	Lagerung von Sterilgut.....	14
2.3	<i>Abfallentsorgung</i>	15
2.3.1	Entsorgung von Siedlungsabfällen	15
2.3.2	Entsorgung kontaminierter Abfälle.....	15
2.3.3	Entsorgung infektiöser Abfälle	15
2.3.4	Entsorgung von Sonderabfällen.....	16
2.4	<i>Wäschever- und Entsorgung</i>	16
2.4.1	Hygienegerechter Umgang mit Frischwäsche	16
2.4.2	Hygienegerechter Umgang mit Schmutzwäsche	16
2.4.3	Hygienegerechter Umgang mit Matratzen	17
2.5	<i>Umgang mit Trinkwasser</i>	17
3	Hygiene im Umgang mit Arznei- und Lebensmitteln	19
3.1	<i>Umgang mit Arzneimitteln</i>	19
3.1.1	Lagerung von Arzneimitteln	19
3.1.2	Umgang mit Arzneimitteln und Utensilien	20
3.2	<i>Umgang mit Lebensmitteln</i>	20

Logo der Institution	Hygieneplan	Seite 2 von 64
Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft	Inhalt	Revision: Gültig ab:

3.2.1	Verteilen von Lebensmitteln und Abräumen von Geschirr.....	20
3.2.2	Aufbewahrung und Lagerung von Lebensmitteln	21
3.2.3	Hygienemaßnahmen in Stations- und Wohngruppenküchen	21
4	Hygiene bei medizinisch-pflegerischen Maßnahmen	23
4.1	<i>Grundpflege</i>	23
4.1.1	Personalhygiene	23
4.1.2	Beachtungspunkte bei grundpflegerischen Maßnahmen.....	23
4.2	<i>Inhalation und Sauerstoffsufflation</i>	24
4.3	<i>Injektionen und Infusionen</i>	24
4.3.1	Allgemeines	24
4.3.2	Vorbereitung	25
4.3.3	Durchführung von s.c.-Injektionen	26
4.3.4	Durchführung von i.m.-Injektionen	26
4.3.5	Durchführung von s.c.-Infusionstherapien	26
4.4	<i>Verbandwechsel</i>	27
4.4.1	Allgemeines	27
4.4.2	Vorbereitung	27
4.4.3	Durchführung	28
4.5	<i>Stomata</i>	28
4.5.1	Allgemeines	28
4.5.2	Durchführung	29
4.6	<i>Harn drainagen</i>	29
4.6.1	Allgemeines	29
4.6.2	Einlegen transurethraler Langzeitkatheter	30
4.6.3	Umgang mit transurethralen Langzeitkathetern.....	31
4.6.4	Umgang mit suprapubischen Drainagen.....	31
4.6.5	Umgang mit Harnableitungssystemen	32
4.7	<i>Enterale Ernährung</i>	33
4.7.1	Allgemeines	33
4.7.2	Umgang mit PEG-Sonden	33
4.7.3	Umgang mit Sondennahrung	34
4.7.4	Durchführung der enteralen Ernährung	34
4.7.5	Stomatitisprophylaxe.....	35
4.8	<i>Tracheostomata und Trachealkanülen</i>	35
4.8.1	Allgemeines	35
4.8.2	Umgang mit dem Tracheostoma.....	36
4.8.3	Umgang mit Trachealkanülen	36
4.9	<i>Absaugen von Atemwegssekreten</i>	37
4.9.1	Allgemeines	37
4.9.2	Durchführung des Absaugens	37
5	Infektionsintervention	39
5.1	<i>Regelung der Meldepflicht</i>	39
5.1.1	Allgemeines	39
5.1.2	Durchführung von Meldungen.....	39
5.2	<i>Abklärung von Handlungsbedarf</i>	40
5.3	<i>Maßnahmen bei viralen Gastroenteritiden (Noro etc.)</i>	40
5.3.1	Allgemeines	40
5.3.2	Organisatorisches	40
5.3.3	Hygienemaßnahmen.....	42
5.4	<i>Maßnahmen bei Salmonellosen</i>	44
5.4.1	Allgemeines	44
5.4.2	Organisatorisches	44
5.4.3	Hygienemaßnahmen.....	44

Logo der Institution	Hygieneplan	Seite 3 von 64
Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft	Inhalt	Revision: Gültig ab:


5.5	Maßnahmen bei MRSA	45
5.5.1	Allgemeines	45
5.5.2	Organisatorisches	45
5.5.3	Hygienemaßnahmen.....	46
5.5.4	Sanierung.....	48
5.6	Maßnahmen bei weiteren multiresistenten Erregern	49
5.7	Maßnahmen bei Clostridium difficile-Infektionen	50
5.7.1	Allgemeines	50
5.7.2	Hygienemaßnahmen.....	51
5.8	Maßnahmen bei Ektoparasitenbefall	53
5.8.1	Allgemeines	53
5.8.2	Hygienemaßnahmen bei Läusen	54
5.8.3	Hygienemaßnahmen bei Flöhen.....	55
5.8.4	Hygienemaßnahmen bei Wanzen.....	55
5.8.5	Hygienemaßnahmen bei Scabies (Krätze)	56
5.9	Maßnahmen bei Influenza	57
5.9.1	Allgemeines	57
5.9.2	Organisatorisches	57
5.9.3	Hygienemaßnahmen.....	58
5.10	Maßnahmen bei HBV, HCV, HIV etc.	59
5.10.1	Allgemeines	59
5.10.2	Organisatorisches	59
5.10.3	Hygienemaßnahmen	59
6	Verschiedenes	60
6.1	Hygieneorganisation	60
6.1.1	Beauftragte und Ansprechpartner.....	60
6.1.2	Hygienearbeitskreis	60
6.1.3	Hygieneplan	60
6.1.4	Hausinterne Begehungen	61
6.2	Umgang mit Haustieren	61
6.2.1	Allgemeine Maßnahmen	61
6.2.2	Umgang mit bewohnerbezogenen Haustieren.....	62
6.3	Umgang mit Verstorbenen	62
7	Quellen	63

Logo der Institution	Hygieneplan	Seite 4 von 64
Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft	Error! Style not defined.	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, sollen 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 zumindest mit Seifen- und Einmalhandtuchspendern, ggf. auch mit Desinfektionsmittelspendern, ausgerüstet sind.

Die jeweilige 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.).

 Das Arbeitssicherheitsgesetz sieht vor, dass (abhängig von der Anzahl der MitarbeiterInnen) eine Betreuung durch Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit stattfindet. Details regelt das berufsgenossenschaftliche Regelwerk [DGUV Vorschrift 2](#). An dieser Stelle sollte zur besseren Orientierung der Mitarbeiter ggf. der Name evtl. auch die Telefonnummer des Betriebsärztlichen Dienstes stehen.

Logo der Institution	Hygieneplan	Seite 5 von 64
Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft	Error! Style not defined.	Revision: Gültig ab:

Durchführung:

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

Indikationsgruppe	Grund	Maßnahmen
VOR Bewohnerkontakt	Um den Bewohner vor Kolonisation mit Erregern, welche die Hand der Mitarbeiter temporär besiedeln, zu schützen	VOR direktem Bewohnerkontakt, im Sinne eines direkten Körperkontaktes
VOR aseptischen Tätigkeiten	Um den Bewohner vor dem Eintrag von potentiell krankmachenden Erregern, inklusive seiner eignen Standortflora, in sterile/nicht kolonisierte Körperbereiche zu schützen	VOR Konnektion / Diskonnektion eines invasiven Zuganges (Katheter, PEG etc.) unabhängig vom Gebrauch von Handschuhen Wechsel zwischen kolonisierten/ kontaminierten und sauberen Körperbereichen während der pflegerischen Versorgung eines Bewohners
NACH Kontakt mit potentiell infektiösen Materialien	Schutz des Personals und der erweiterten Bewohnerumgebung vor potentiell krankmachenden Erregern, Schutz nachfolgender Bewohner	NACH Kontakt mit Körperflüssigkeiten und Exkreten, Schleimhäuten, nicht intakter Haut oder Wundverbänden Wechsel zwischen kolonisierten/ kontaminierten und sauberen Körperbereichen während der pflegerischen Versorgung eines Bewohners NACH dem Ausziehen der Handschuhe
NACH Bewohnerkontakt	Schutz des Personals und der erweiterten Bewohnerumgebung vor potentiell pathogenen Erregern, Schutz nachfolgender Bewohner	NACH direktem Bewohnerkontakt, im Sinne eines direkten Körperkontaktes NACH dem Ausziehen der Handschuhe
NACH Kontakt mit Oberflächen in unmittelbarer Umgebung des Bewohners	Schutz des Personals und der erweiterten Bewohnerumgebung vor potentiell pathogenen Erregern, Schutz nachfolgender Bewohner	NACH Kontakt mit Oberflächen und medizinischen Geräten in unmittelbarer Umgebung des Bewohners NACH dem Ausziehen der Handschuhe

* Modifiziert nach Vorgaben der Aktion Saubere Hände

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 Fingerkuppen, der Fingerzwischenräume, des Daumenbereiches, des Handrückens und der Nagelfalze.
- Wenn möglich sollte von Desinfektionsmittelspendern Gebrauch gemacht werden. Anderenfalls sind Kitteltaschenflaschen zu verwenden.

Besondere Beachtungspunkte:



- Benutzer von Kitteltaschenflaschen haben darauf selbst zu achten, dass die Flaschen sauber sind und die Beschriftung lesbar ist. Leere Kitteltaschenflaschen werden verworfen und dürfen nicht wiederbefüllt werden.

Logo der Institution	Hygieneplan	Seite 6 von 64
Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft	Error! Style not defined.	Revision: Gültig ab:

- 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.

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 vor oder nach einer Händedesinfektion erfolgen.

1.2.6 Verwendung von Handschuhen

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 Sekretbeuteln
- 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 Haushaltshandschuhen

Haushaltshandschuhe sind dickwandige, mehrfach verwendbare Gummihandschuhe. Sie schützen die Hände vor Nässe und unerwünschten chemischen Einwirkungen und sollen bei

 Man unterscheidet Hautpflegecremes (zur Hautpflege zwischendurch) und Hautschutzcremes (zum Schutz vor Wasserkontakt. Beide Sorten sind seitens des Arbeitgebers kostenlos zur Verfügung zu stellen. Hier bitte den Namen Ihrer Hautpflegecreme eintragen (meist ein Öl-in-Wasser-Produkt).

 Hier bitte den Namen Ihrer Hautschutzcreme eintragen (meist ein Wasser-in-Öl-Produkt).

 Ergänzend zu den nachfolgenden Ausführungen können Sie einen [Hautschutz- und Händehygieneplan](#) von der Internetseite der BGW herunterladen, laminieren und an relevanten Orten, wie Wohnbereichszentrale, Spülraum etc. aushängen.

 Gemäß [TRBA 250](#) Punkt 4.2.8 (2) 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.

Logo der Institution	Hygieneplan	Seite 7 von 64
Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft	Error! Style not defined.	Revision: Gültig ab:

Reinigungsarbeiten, Spülraumarbeiten, 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.
- Nach Desinfektionsarbeiten sollen die Handschuhe (angezogen) mit klarem Wasser abgespült werden, weil verbleibende Rückstände das Material schädigen können

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 Dienstkleidung¹⁻⁶

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

Organisation und Regeln:

- ¹⁻⁷
- Das Tragen dieser Dienstkleidung ist verpflichtend. Dienstkleidung darf während der Durchführung pflegerischer Tätigkeiten nicht durch private Kleidung (z.B. Strickjacken) ergänzt oder ersetzt werden.
- Für die Sauberkeit und Intaktheit der Dienstkleidung ist der jeweilige Mitarbeiter verantwortlich.
- Die Aufbewahrung von Dienstkleidung erfolgt getrennt von der Privatkleidung.
- Kontaminierte Dienstkleidung ist sofort zu wechseln und über den Arbeitgeber aufzubereiten¹⁻³. 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.

¹⁻⁶ Vorgaben zum Tragen von Dienstkleidung entnehmen Sie bitte der DGKH-Leitlinie „[Kleidung und Schutzausrüstung für Pflegeberufe aus hygienischer Sicht](#)“. Die dort enthaltenen Vorgaben entsprechen i.d.R. den behördlichen Erwartungen.

¹⁻⁷ Nachfolgend soll in Punktabsätzen auf folgende Punkte Bezug genommen werden (sowohl für pflegerische, als auch für hauswirtschaftliche MitarbeiterInnen):

- Beschaffenheit (Farbe, Ausführung etc.) der Dienstkleidung
- Anzahl der vom Arbeitgeber gestellten Kleidungsstücke oder Garnituren
- Regelungen zur Aufbereitung
- Regelungen für den Reparaturfall

¹⁻³ Gemäß [TRBA250](#) Kap. 4.2.7 Abs (3) ist für die Aufbereitung kontaminierter Dienstkleidung (Arbeitskleidung) der Arbeitgeber zuständig.

Logo der Institution	Hygieneplan	Seite 8 von 64
Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft	Error! Style not defined.	Revision: Gültig ab:

1.3.2 Handhabung von Persönlicher Schutzausrüstung

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).
- 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 Aufbereitungsarbeiten (z.B. Aufbereitung von Waschschalen) oder pflegerischen Arbeiten mit Anschmutzungsgefahr (z.B. Versorgung inkontinenter Bewohner, Umgang mit Urindrainagesystemen, Wundversorgung).
- Mund-Nasenschutzmasken (mehrlagiges Einmalmaterial in FFP1-Qualität) zum Schutz der Pflegenden vor aerogenen Infektionsübertragungen (z.B. beim Absaugen tracheotomierter Bewohner).
- Schutzbrillen (wiederverwendbar) zum Schutz der Augen bei Arbeiten mit Spritzgefahr (z.B. Anschließen von Desinfektionsmittelkanistern).


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 in durchstichfeste Behältnisse 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.

 Vorgaben zur Nutzung von Persönlicher Schutzausrüstung sollten in Arbeits- und Betriebsanweisungen gemäß [Biostoffverordnung](#) zu finden sein. Diese werden wiederum nach einer Gefährdungsbeurteilung erstellt. Bitte achten Sie darauf, dass die nachfolgenden Ausführungen mit den Vorgaben Ihrer Arbeits- und Betriebsanweisungen kompatibel sind.

Logo der Institution	Hygieneplan	Seite 9 von 64
Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft	Error! Style not defined.	Revision: Gültig ab:

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 werden^[10]. Im Verletzungsfall soll umgehend Kontakt mit einem Durchgangsarzt (Chirurgen, Ärzte für Unfallmedizin oder Krankenhausambulanzen haben meist eine entsprechende Zulassung) aufgenommen werden^[11].

^[10] Evtl. gibt es hierzu bei Ihnen sog. „Unfallbücher“ oder „Verletzungsbücher“, in welchen solche Vorfälle dokumentiert werden. Wenn dies der Fall ist sollte an dieser Stelle ein Hinweis erscheinen.

^[11] An dieser Stelle wäre es zweckmäßig, Adressen und Telefonnummern des nächstgelegenen D-Arztbes bzw. der nächstgelegenen Klinik zu hinterlegen.

Logo der Institution	Hygieneplan	Seite 10 von 64
Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft	Error! Style not defined.	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 Wohnbereichsleitung trägt dafür Sorge, dass je ein für diesen Bereich vorgesehener Reinigungs- und Desinfektionsplan (incl. Dosiertabelle²⁵¹) 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 durchgeführt²⁵². Hierbei wird die Unterhaltsreinigung, die Grundreinigung und die Schlusdesinfektion²⁵³ unterschieden.

Durchführung der Unterhaltsreinigung

Die Unterhaltsreinigung wird arbeitstäglich durchgeführt und umfasst folgende Leistungen:

- 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 wird wöchentlich durchgeführt. Sie umfasst alle Leistungen der Unterhaltsreinigung und zusätzlich:

- 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.

²⁵¹ Bitte löschen, wenn bei Ihnen Desinfektionslösungen über Dosiergeräte automatisch gemischt oder wenn Dosierbeutel verwendet werden. Die Dosiertabelle kann als Bestandteil des Hygienepaketes von der Seite www.pflegehygiene.nlga.niedersachsen.de heruntergeladen werden.

²⁵² Bitte korrigieren, wenn diese Arbeiten z.B. von Mitarbeitern eines externen Dienstleisters durchgeführt werden.

²⁵³ Bitte die von Ihnen verwendeten Begriffe verwenden. Die nachfolgenden Ausführungen sind als Vorschlag zu verstehen und müssen i.d.R. entsprechend angepasst werden.

Logo der Institution	Hygieneplan	Seite 11 von 64
Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft	Error! Style not defined.	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 A²⁻²⁴.
- 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).
- Zur 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 gereinigt²⁻⁹.
- ²⁻⁹Zur Flächenreinigung werden getränkte Vliestücher, sog. „Wipes“ verwendet. Neue Wipes befinden sich in einem Behälter, der mit²⁻⁷ aufgegosen wird. Es wird in der Reihenfolge Inventar, Sanitär und WC gearbeitet. Benutzte Wipes werden vor Ort als Hausmüll verworfen und 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:
 - ²⁻⁹Eimer und Lappen für Inventar, Möbel, Türen etc.
 - ²⁻⁹Eimer und Lappen für Sanitärkacheln, Waschbecken Duschen etc.
 - ²⁻¹⁰Eimer 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).
- Desinfektionslösungen dürfen nur die Reinigungsmittel bzw. Reinigungsverstärker hinzugegeben werden, die vom Hersteller dafür zugelassen sind und im Reinigungs- und Desinfektionsplan genannt werden.

²⁻⁴ Hier bitte bei Ihnen gebräuchliche virensichere Flächendesinfektionsmittel incl. Konzentration eintragen. Bitte wählen Sie die Konzentration so, dass sie einer Einwirkzeit von 60 Min. entspricht.

²⁻⁵ Die Halbnass-Einstufenmethode ist heutzutage die am häufigsten verwendete Methode. Bitte Text ändern, wenn Sie andere Methoden durchführen.

²⁻⁹ Nachfolgend wird auf die Verwendung von „Wipes“ und die konventionelle Vorgehensweise mit Eimer und Lappen Bezug genommen. Wenn Sie Wipes verwenden löschen Sie bitte die Absätze 4, 5 und 6. Sollte es umgekehrt sein löschen Sie bitte den dritten Absatz.

²⁻⁷ Hier bitte eintragen, mit welchem Mittel, in welcher Konzentration und welcher Menge das Behältnis aufgegosen wird. Evtl. auch ein Hinweis darauf, dass nur die für das betreffende Mittel vorgesehenen Wipes verwendet werden dürfen.

²⁻⁹ Hier bitte Farbe für Inventar-Eimer und Lappen eintragen.

²⁻⁹ Hier bitte Farbe für Sanitär-Eimer und Lappen eintragen.

²⁻¹⁰ Hier bitte Farbe für WC-Eimer und Lappen eintragen.

Logo der Institution	Hygieneplan	Seite 12 von 64
Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft	Error! Style not defined.	Revision: Gültig ab:

- ²⁻¹¹ Desinfektions- oder Reinigungslösungen werden fertig zugemischt dem jeweiligen Desinfektionsmittelzumischgerät bzw. der Zumischanlage vor Ort entnommen. Die Zumischgeräte bzw. -anlagen werden ²⁻¹² 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 ²⁻¹³ aufgegonnen wird. Benutzte Wipes werden vor Ort als Siedlungsmüll verworfen. Ein „Wipe-Eimer“ ist nach der Desinfektionsmittel-Befüllung ²⁻¹⁴ Tage verwendungsfähig und ist mit einem MHD zu beschriften. Nach Überschreitung dieser Frist ist 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 ²⁻¹⁵

Für jedes durch das Pflegepersonal aufzubereitende MP muss in Verantwortung der Pflegedienstleitung 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 dafür, dass

- die vom Hersteller vorgesehenen Mittel verfügbar und die Methoden umsetzbar sind,
- die mit der Aufbereitung betrauten Personen fachkundig sind,

²⁻¹¹ Nachfolgend werden 4 Möglichkeiten zum Ansetzen von Desinfektions- oder Reinigungslösungen vorgegeben, wobei Sie bitte unzutreffende Absätze löschen und die Aussagen Ihren Verhältnissen entsprechend modifizieren.

²⁻¹² Hier bitte eintragen, in welchen Intervallen und durch wen diese Geräte bzw. Anlagen gewartet und überprüft werden.

²⁻¹³ Hier bitte eintragen, mit welchem Desinfektionsmittel, in welcher Konzentration und welcher Menge das Behältnis aufgegonnen wird.

²⁻¹⁴ Hier bitte die max. Standzeit der verwendeten Desinfektionsmittellösung eintragen.

²⁻¹⁵ 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.

Logo der Institution	Hygieneplan	Seite 13 von 64
Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft	Error! Style not defined.	Revision: Gültig ab:

- 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 Verwendung

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 Urinflaschen²⁻¹⁶

Beim Umgang mit Steckbecken oder Urinflaschen werden Schutzhandschuhe getragen.

Steckbecken und Urinflaschen werden unmittelbar nach Gebrauch in der Steckbeckenspüle aufbereitet. Die Steckbeckenspülen werden²⁻¹⁷ 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.

²⁻¹⁶ Es wird davon ausgegangen, dass die Reinigung und Desinfektion maschinell mit Hilfe von Steckbeckenspülen erfolgt (mögl. thermisch). Unabhängig davon wird von einer bewohnergebundenen Verwendung von Steckbecken oder Urinflaschen ausgegangen; ggf. bitte ändern. Bei chemothermischen (warm) oder chemischen (kalt) Steckbeckenspülen ist keine umfassende verlässliche Desinfektion zu erwarten. Je nach Art der Steckbeckenspüle wäre bei Infektionsausbrüchen (z.B. Noro) nach der maschinellen Aufbereitung ein zusätzliches Auswischen mit einem viruziden Desinfektionsmittel notwendig.

²⁻¹⁷ Hier bitte eintragen, in welchen Intervallen und durch wen die Steckbeckenspülen gewartet und überprüft werden. Zu diesem Thema bietet Ihnen das NLGA eine ausführliche [Informationsschrift](#) an. Formulare zur Organisation von Hygieneüberprüfungen können als Bestandteil des Hygienepaketes von der Seite www.pflegehygiene.nlga.niedersachsen.de heruntergeladen werden.

Logo der Institution	Hygieneplan	Seite 14 von 64
Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft	Error! Style not defined.	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 kommt²⁻¹⁸.

Kritische Medizinprodukte werden in unserer Einrichtung grundsätzlich nicht aufbereitet, sondern als Einmalmaterial verwendet.

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.
- ²⁻¹⁹ wird eine dokumentierte Kontrolle des Sterilgutes durch ²⁻²⁰ durchgeführt.

²⁻¹⁸ Vorgaben zur Aufbereitung von Medizinprodukten (MP) enthält die von der KRINKO und der BfArM gemeinsam herausgegebene Empfehlung „Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten“. Demnach dürften die Anforderungen zur Aufbereitung kritischer MP für Altenpflegeeinrichtungen kaum zu realisieren sein. Es wird somit davon ausgegangen, dass kritische MP grundsätzlich nur in Form von Einmalmaterial verwendet wird. Wenn Sie wider Erwarten solche Produkte aufbereiten sollten Sie an dieser Stelle auf einen, im Hygieneplan nicht integrierten Standard in Form eines Qualitätshandbuchs verweisen, welches zumindest auf folgende Punkte Bezug nehmen sollte: zur Aufbereitung berechnete 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.

²⁻¹⁹ Bitte die Intervalle eintragen (z.B. vierteljährlich).

²⁻²⁰ Bitte eintragen, wer bei Ihnen die routinemäßige Sterilgutkontrolle durchführt. Ein entsprechendes Formular kann als Bestandteil des Hygienepaketes von der Seite www.pflegehygiene.nlga.niedersachsen.de heruntergeladen werden.. Es ist auch möglich, dass eine Kontrolle des Sterilgutes im Zuge der Kontrollen des Vertragsapothekers integriert ist, so dass Sie ggf. keinen Handlungsbedarf haben.

Logo der Institution	Hygieneplan	Seite 15 von 64
Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft	Error! Style not defined.	Revision: Gültig ab:

2.3 **Abfallentsorgung**²⁻²¹

Ansprechpartner für Abfallfragen ist ²⁻²² ²⁻²³

2.3.1 Entsorgung von Siedlungsabfällen

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:²⁻²⁴

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

²⁻²¹ Die hier getroffenen Vorgaben entsprechen der allgemeinen Vorgehensweise. Vorgaben zu Details, wie z.B. der Entsorgung von kontaminierten, verletzungssträchtigen Materialien entnehmen Sie bitte der [Vollzugshilfe](#) der Bund/Länder Arbeitsgemeinschaft Abfall (LAGA). Evtl. sollte vor der Festlegung der konkreten Vorgehensweise Kontakt mit dem kommunalen Entsorger aufgenommen werden.

²⁻²² 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.

²⁻²³ 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.

²⁻²⁴ Hier bitte hinschreiben, wie gemäß den kommunalen Vorgaben der Siedlungsmüll getrennt wird (Verpackungsmüll, Papier, Biotonne, Restmüll etc.).

Logo der Institution	Hygieneplan	Seite 16 von 64
Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft	Error! Style not defined.	Revision: Gültig ab:

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.²⁻²⁵

Altmedikamente:

Neonröhren:

Batterien:

2.4 Wäschever- und Entsorgung

Ansprechpartner für Wäscheaufbereitung und Schmutzwäscheentsorgung²⁻²⁶

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 erfolgt²⁻²⁷. Die Pflegearbeitswagen sollen lediglich den Tagesvorrat beinhalten.
- Mängel wie Defekte, Verfärbungen, Stockflecken²⁻²⁸

2.4.2 Hygienegerechter Umgang mit Schmutzwäsche

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

Sortierung²⁻²⁹

Flachwäsche:

Privatwäsche 60°C:

Privatwäsche bunt:

Kissen, Inletts und Decken:

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.

²⁻²⁵ Tragen Sie hier bitte ein, wer diese Artikel entsorgt und welche Maßnahmen zum Sammeln, Zwischenlagern etc. getroffen werden müssen.

²⁻²⁶ Tragen Sie hier bitte Ihren Ansprechpartner für die Wäschever- und entsorgung ein.

²⁻²⁷ Tragen Sie hier bitte ein, wo die Frischwäschelagerung erfolgen sollen. Hierfür sollten geschlossene Schränke, Rollwagen etc. zur Verfügung stehen.

²⁻²⁸ Hier bitte eintragen, wie in solchen Fällen verfahren werden soll.

²⁻²⁹ Tragen Sie bitte nachfolgend ein, wie die verschiedenen Wäschesorten sortiert werden sollen (Farbe bzw. Beschaffenheit der jeweiligen Säcke, Abwurf etc.)

Logo der Institution	Hygieneplan	Seite 17 von 64
Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft	Error! Style not defined.	Revision: Gültig ab:

- Kissen, Inletts oder Decken werden nur im Falle einer Kontamination, im Rahmen einer Schlussdesinfektion oder im Falle eines Bewohnerwechsels aufbereitet.
- Volle Wäschesäcke sind stets verschlossen zu lagern und zu transportieren und dürfen (bei Verwendung von Wickelsäcken) nicht gestaucht werden.
- Die Lagerung voller Säcke erfolgt ²⁻³⁰, die Abholung ²⁻³¹.
- Die Aufbereitung von Flachwäsche erfolgt unter Anwendung eines desinfizierenden Waschverfahrens.
- Bewohnereigene Wäsche (z. B. Kleidung) kann in der Regel wie Wäsche im Privathaushalt gewaschen werden.
- Während eines Ausbruchs von Erkrankungen mit Erregern, die durch Kontakt übertragen werden, sowie bei Personen mit bekannter MRSA-Kolonisation soll Leibwäsche, Handtücher und Waschlappen wie Bettwäsche der betroffenen Bewohner desinfizierend gewaschen werden ²⁻³².

2.4.3 Hygienegerechter Umgang mit Matratzen

- Für alle Bewohnerbetten wird ein Matratzenschutz verwendet ²⁻³³.
- Wenn es zu einer massiven Kontamination der Matratze kommt muss diese als kontaminierter Abfall entsorgt werden ²⁻³⁴.
- Matratzenschonbezüge sind routinemäßig bei einem Bewohnerwechsel oder im Rahmen einer Schlussdesinfektion ²⁻³⁵
- 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.

²⁻³⁰ Schreiben Sie hier bitte hin, wo bei Ihnen volle Wäschesäcke gelagert (ggf. zwischengelagert) werden.

²⁻³¹ Hier bitte eintragen, wie oft die Schmutzwäsche abgeholt wird.

²⁻³² Bitte erläutern Sie wo und wie die Wäscheaufbereitung in Ihrem Hause erfolgt. Es wird empfohlen, dass die Aufbereitung der Flachwäsche extern in einer RAL-992/2-zertifizierten Wäscherei erfolgt. Wenn Sie vor Ort waschen sollten die betreffenden Hygienevorgaben in einen separaten Reinigungs- und Desinfektionsplan geschrieben werden. In diesem Fall sollte zur Festlegung der konkreten Vorgehensweise eine Gefährdungsbeurteilung (z.B. unter Einbezug des Gesundheitsamtes) erfolgen.

²⁻³³ Tragen Sie bitte hier den bei Ihnen etablierten Matratzenschutz ein (z.B. Einmalschutzbezug oder wieder verwendbarer Hygienebezug etc.). Wenn ein Matratzenschutz nur bei bestimmten Bewohnern verwendet wird sollte hier darauf hingewiesen werden.

²⁻³⁴ 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.

²⁻³⁵ Tragen Sie hier bitte ein, ob der Bezug wischdesinfiziert (mit welchen Mittel und in welcher Konzentration) oder (im Falle von Einmalmaterial) ausgetauscht wird.

Logo der Institution	Hygieneplan	Seite 18 von 64
Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft	Error! Style not defined.	Revision: Gültig ab:

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 sind in einem Durchspülungsplan verzeichnet²⁻³⁶. Sie sind mind.²⁻³⁷ für die Dauer von durch²⁻³⁸ dokumentiert zu durchspülen (jeweils kalt und warm getrennt). Die Durchspülung des jeweiligen Wasserhahns (kalt und warm getrennt) wird für die Dauer von ²⁻³⁹ Minuten vorgenommen.
- Wasserstrahlregler (Perlatoren) und Duschköpfe werden ²⁻⁴⁰ durch ²⁻⁴¹ 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.

²⁻³⁶ Kann als Bestandteil des Hygienepaketes von der Seite www.pflegehygiene.nlqa.niedersachsen.de heruntergeladen werden.

²⁻³⁷ 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.

²⁻³⁸ Tragen Sie hier bitte ein, durch wen die routinemäßige Durchspülung selten genutzter Zapfstellen erfolgen soll (z.B. Hauswirtschaftskräfte vor Ort).

²⁻³⁹ Bitte eintragen, wie lange die Durchspülung pro Wasserhahn erfolgen soll (z.B. 3 Minuten).

²⁻⁴⁰ Tragen Sie hier bitte ein, wie oft der routinemäßige Austausch bzw. die Reinigung von Wasserstrahlreglern erfolgen soll (z.B. halbjährlich).

²⁻⁴¹ Hier bitte festlegen, wer den routinemäßigen Austausch bzw. die Reinigung von Wasserstrahlreglern durchführen soll (z.B. der Hausmeister).


Logo der Institution	Hygieneplan	Seite 19 von 64
Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft	Error! Style not defined.	Revision: Gültig ab:

3 Hygiene im Umgang mit Arznei- und Lebensmitteln




3.1 Umgang mit Arzneimitteln

Ansprechpartner in Fragen zu Arzneimitteln ist 


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  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  zu kontrollieren. Kontrollpunkte sind:
 - Temperatur, Ordnung, Sauberkeit und Funktion (z.B. Eisrückstände)
 - Verfallsdaten
 - 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  durch  statt. Sichtbare Verunreinigungen müssen sofort entfernt werden.

Lagerung von Medikamenten, die nicht gekühlt werden müssen:

- 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. 

 Tragen Sie bitte hier den Namen des Vertragsapothekers ein.

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

 Hier bitte eintragen, wie häufig dies erfolgen soll (z.B. wöchentlich). Ein Dokumentationsformular kann als Bestandteil des Hygienepaketes von der Seite www.pflegehygiene.nlga.niedersachsen.de heruntergeladen werden.

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

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

Logo der Institution	Hygieneplan	Seite 20 von 64
Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft	Error! Style not defined.	Revision: Gültig ab:

- Das Anbruchsdatum von Tropfenflaschen ist auf der Flasche von Salbentuben auf der Tube zu vermerken. Die Mindesthaltbarkeitsgrenze (bezogen auf angebrochene Behältnisse) ist dem Beipackzettel bzw. dem Tubenfalz entnehmbar (daher soll der Tubenfalz nicht eingerollt werden).

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.
- ³⁻⁷ Bei Dauermedikationen werden die Dispenser und weiteren Medikamentenbehältnisse von der Vertragsapotheke bestückt und aufbereitet.
- Benutzte Medikamentenbecher oder –gläser werden nach Gebrauch im Geschirrspüler aufbereitet; bei Dispensern erfolgt dies wöchentlich. Utensilien dieser Art müssen nach der Aufbereitung trocken sein. Zum Abtrocknen (sofern notwendig) ist ein frisches Geschirrhandtuch zu verwenden.

3.2 Umgang mit Lebensmitteln

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

³⁻⁸ 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 ³⁻⁹ zu melden.
- Bei Verteilen von Lebensmitteln und dem Abräumen von Geschirr werden infektiöse Bewohner bzw. Bewohner mit Problemkeimen (z.B. MRSA) zum Schluss versorgt.
- Beim Abräumen des Geschirrs ist zu beachten, dass keine Essensreste in den Bewohnerzimmern und den Wohnbereichen verbleiben sollen.

³⁻⁵ 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 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.

³⁻⁸ 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.

³⁻⁹ Hier bitte eintragen, wem solche Zwischenfälle gemeldet werden müssen (bei eigener Küche normalerweise dem Küchenchef).

Logo der Institution	Hygieneplan	Seite 21 von 64
Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft	Error! Style not defined.	Revision: Gültig ab:

3.2.2 Aufbewahrung und Lagerung von Lebensmitteln

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 sind ³⁻¹⁰ dokumentiert durch ³⁻¹¹ 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 findet ³⁻¹² durch ³⁻¹³ 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 Wohngruppenküchen ³⁻¹⁴

Organisatorische Maßnahmen

Die jeweilige Wohnbereichsleitung 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: ³⁻¹⁵

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.

³⁻¹⁰ Tragen Sie hier bitte ein, wie oft Lebensmittelkühlschränke bei Ihnen kontrolliert werden (z.B. täglich). Ein Dokumentationsformular kann als Bestandteil des Hygienepaketes von der Seite www.pflegehygiene.nlga.niedersachsen.de heruntergeladen werden.

³⁻¹¹ Tragen Sie hier bitte ein, durch wen die Kontrolle erfolgen soll (z.B. Hauswirtschaftspersonal).

³⁻¹² Tragen Sie hier bitte ein, wie oft Lebensmittelkühlschränke von innen gereinigt werden sollen (z.B. monatlich).

³⁻¹³ Tragen Sie hier bitte ein, durch wen die Reinigung erfolgen soll (z.B. Hauswirtschaftspersonal)

³⁻¹⁴ Wenn keine Stations- und Wohngruppenküchen vorhanden ist kann das gesamte Kapitel 3.2.3 gelöscht werden.

³⁻¹⁵ Hier bitte aufzählen, welche Lebensmittel das sind (z.B. Hackfleisch, Rohmilch, Frischei – bzw. Frischeiprodukte, Feldkartoffeln etc.)

Logo der Institution	Hygieneplan	Seite 22 von 64
Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft	Error! Style not defined.	Revision: Gültig ab:

- Bei Verletzungen an den Händen sind Handschuhe zu tragen. Das direkte Berühren von Lebensmitteln erfolgt mit desinfizierten Händen oder Besteck.“

Zu beachtende Hygienemaßnahmen

- Von den hergestellten Speisen werden Rückstellproben gesichert. Diese werden für die Dauer einer Woche aufbewahrt und dann verworfen³⁻¹⁶.
- 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.

³⁻¹⁶ Rückstellproben sind nicht zwingend erforderlich, können aber sinnvoll sein. Wenn Sie keine Rückstellproben sichern kann dieser Absatz gelöscht werden.

Logo der Institution	Hygieneplan	Seite 23 von 64
Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft	Error! Style not defined.	Revision: Gültig ab:

4 Hygiene bei medizinisch-pflegerischen Maßnahmen



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, Käämme, Bürsten, Nagelpflegesets oder Elektro-rasierer werden bewohnerbezogen verwendet . 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 bzw. (bei Verwendung von Einmalwaschlappen) in den Abfall gegeben werden.
- Im Rahmen der Ganzwaschung ist das Verbleiben von Feuchtigkeit- und Seifenresten zu vermeiden (vor allem bei Körperarealen, bei denen Haut auf Haut liegt, wie z.B. Zehenzwischenräume, Bereich unter den Brüsten, Leistengegend etc.).

Mundpflege

- Routinemäßig erfolgt eine Mundpflege zweimal täglich, wobei der Erhalt und die Förderung der Eigenständigkeit des Bewohners im Vordergrund stehen soll.
- Zur Aspirationsprophylaxe wird die Mundpflege in Oberkörperhochlagerung durchgeführt.


Bei den nachfolgenden Vorgaben zu medizinisch-pflegerischen Maßnahmen bitte prüfen, ob hausintern schon Pflegestandards zu diesen Themen vorhanden sind und ggf. für einen Abgleich sorgen. Bei komplett 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.

Bitte Ihren Regelungen anpassen.

Logo der Institution	Hygieneplan	Seite 24 von 64
Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft	Error! Style not defined.	Revision: Gültig ab:

- 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 abgekochtem 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 verwendet . 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 die herstellerseitig vorgesehenen sterilen Flüssigkeiten unter Berücksichtigung der herstellerseitig angegebenen Standzeiten verwendet werden.
- Die Beschickung dieser Geräte hat unter Berücksichtigung der Herstellerangaben so zu erfolgen, dass weder das Inhalat, noch die inhalatführenden Flächen kontaminiert werden.
- Die Aufbereitungsmaßnahmen der Geräte und ggf. des Zubehörs werden gemäß den Herstellerangaben durchgeführt. Geräteteile sind nach ihrer Aufbereitung trocken und staubgeschützt zu lagern.
- 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.-Applika-

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

Logo der Institution	Hygieneplan	Seite 25 von 64
Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft	Error! Style not defined.	Revision: Gültig ab:

tion bestimmten Medikamentes), Infektion (z.B. Spritzenabszess) und der Selbstgefährdung (Kanülenstichverletzung) verbunden.

- Die Durchführung bleibt daher bestimmten Personengruppen vorbehalten⁴⁵:
 - Die Durchführung von i.v.- Injektionen, von Blutentnahmen oder des Legens von Venenzugängen wird grundsätzlich nicht vom Personal übernommen und erfolgt durch den Hausarzt.
 - Die Durchführung von s.c.- oder i.m.-Injektionen, sowie die Überwachung von i.v.- oder s.c.-Infusionstherapien oder Infusionstherapien via Portzugängen erfolgt durch darin erfahrenes Fachpersonal.
 - Die Verwendung von Insulinpens und das Austauschen von Insulinpen-Patronen erfolgt durch eingewiesenes Fachpersonal.
- 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.
- 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 durchgeführt⁴⁵.
- 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.

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 Verfallsdatum, 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

⁴⁵ Nachfolgend wird beschrieben, welche Berufsgruppen berechtigt sind, die in Kap. 4.3 beschriebenen Maßnahmen durchzuführen. Bitte den Text gemäß Ihren Regelungen anpassen und insbesondere überprüfen, ob die genannten Leistungen, wie i.m.-Injektionen, s.c.-, i.v.-Infusionstherapien oder Infusionen via Portzugang von den vor Ort tätigen Fachkräften durchgeführt werden sollen. Ggf. sind die entsprechenden Textpassagen und Unterkapitel zu löschen.

⁴⁶ Das Personal ist durch die Forderungen des Medizinprodukterechts und der RKI-Empfehlungen an diese Vorgaben gebunden; für Bewohner gilt dies nicht.

Logo der Institution	Hygieneplan	Seite 26 von 64
Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft	Error! Style not defined.	Revision: Gültig ab:

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.

4.3.3 Durchführung von s.c.-Injektionen

- Händedesinfektion
- Ermittlung der Einstichstelle. Sicherstellung, dass die Einstichstelle frei von Entzündungen, Verletzungen, Ödemen oder Hämatomen ist.
- Hautdesinfektion: mit Desinfektionsmittel-getränktem keimarmen⁴⁻⁶ Tupfer abreiben und 15 Sek. Einwirkzeit abwarten.
- Bei Insulinpens 1-2 Einheiten zur Prüfung der Durchgängigkeit durchlassen.
- Injektion

4.3.4 Durchführung von i.m.-Injektionen

- Händedesinfektion, Verwendung von Einmalhandschuhen
- Ermittlung der Einstichstelle. Sicherstellung, dass die Einstichstelle frei von Entzündungen, Verletzungen, Ödemen oder Hämatomen ist.
- Hautdesinfektion: mit Desinfektionsmittel-getränktem keimarmen Tupfer abreiben und 15 Sek. Einwirkzeit abwarten.
- Injektion
- Ggf. einsetzende Nachblutungen werden durch Andrücken eines keimarmen Tupfers gestillt.
- Nach dem Ausziehen der Einmalhandschuhe ist eine Händedesinfektion durchzuführen.

4.3.5 Durchführung von s.c.-Infusionstherapien

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.

- 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.

⁴⁻⁶ Die üblicherweise verwendeten Tupfer (z.B. Celletten®) genügen diesem Anspruch, wenn sie geschützt (z.B. in einem Rollenbehältnis) aufbewahrt werden.

Logo der Institution	Hygieneplan	Seite 27 von 64
Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft	Error! Style not defined.	Revision: Gültig ab:

- Für jedes Abstöpseln der Kanüle 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, Wundaufgaben 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 Fachpersonal oder Mitarbeiter von beauftragten Pflegeservicediensten vorbehalten, die mit der No-Touch-Technik vertraut sind.⁴⁷
- Die Durchführung bedingt, dass eine ordnungsgemäße schriftliche ärztliche Anordnung (Häufigkeit, Vorgehensweise, Medikamente und Wundaufgaben) 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. Beim Vorliegen von Entzündungszeichen, auffälligen Sekretveränderungen oder Schmerzäußerungen 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 von Verbrauchsdaten ist zu sichern.⁴⁸
- 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.
- 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:

⁴⁷ Hier bitte eintragen, welche Berufsgruppen zur Durchführung von Verbandwechseln berechtigt sind. Wenn Sie über ausgebildete Wundmanager verfügen wäre die Aufgabenverteilung zu differenzieren.

⁴⁸ Leitungswasser ist zum Spülen von Wunden ungeeignet. Sterile Lösungen ohne Konservierungsstoffe wie NaCl-Lösung, Ringerlösung etc. sind nach Anbruch sofort zu verbrauchen (max. 24 Std.). Für Wundspülungen sind somit Einzelbehältnisse, wie z.B. Plasco-Ampullen zu bevorzugen.

Logo der Institution	Hygieneplan	Seite 28 von 64
Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft	Error! Style not defined.	Revision: Gültig ab:

- 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 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 entsorgt. Abfälle sind als kontaminierte Abfälle zu entsorgen (siehe Kap. 2.3.2).
- Abschließende Händedesinfektion.

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.

Die Durchführung der Stomapflege obliegt daher den darin erfahrenen Fachkräften sowie Mitarbeiter von beauftragten Pflegeservicediensten.

Logo der Institution	Hygieneplan	Seite 29 von 64
Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft	Error! Style not defined.	Revision: Gültig ab:


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 außen nach innen (also zum Stoma hin).
- 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 (Hauterweichung, 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.

4.6 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 Fachpersonal vorbehalten, welches mit der korrekten Einlegetechnik vertraut ist. Die Durchführung zu zweit, mit der Rollenverteilung Durchführender und Assistent, ist vorteilhaft.
- 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

 Nachfolgend wird beschrieben, welche Berufsgruppen berechtigt sind, Maßnahmen im Zusammenhang mit Harndrainagen durchzuführen. Bitte den Text gemäß Ihren Regelungen anpassen.

Logo der Institution	Hygieneplan	Seite 30 von 64
Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft	Error! Style not defined.	Revision: Gültig ab:

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 Langzeitkatheter⁴⁻¹⁰

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 aufgezugene 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.
- Gleitmittel installieren und Harnröhrenöffnung für ca. 30 Sek. zudrücken.
- Katheter einlegen, bis Urin läuft.

⁴⁻¹⁰ 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. Ggf. sind ergänzende Erläuterungen anzufügen.

Logo der Institution	Hygieneplan	Seite 31 von 64
Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft	Error! Style not defined.	Revision: Gültig ab:

- 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 festen Abständen ist aus Sicht der Hygiene 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 soll am ersten Tag nach dem Einlegen möglichst ärztlicherseits erfolgen. 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 Materialschäden ist. Bei Auffälligkeiten dieser Art ist eine baldige ärztliche Abklärung und

Logo der Institution	Hygieneplan	Seite 32 von 64
Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft	Error! Style not defined.	Revision: Gültig ab:

ggf. ein (klinisch durchzuführender Wechsel) der Drainage zu veranlassen. Ein Wechsel in festen Abständen ist aus Sicht der Hygiene nicht sinnvoll.

- 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 bleibt⁴⁵¹.

- 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 oder Abstöpseln (sog. „Blasentraining“) ist aus Sicht der Hygiene abzulehnen.
- 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 Rückstecklasche platzieren.
 - Auffanggefäß in nächstgelegene Toilette entleeren und gründlich ausspülen.
 - Auffanggefäß gemäß den Vorgaben des Reinigungs- und Desinfektionsplanes desinfizieren⁴⁵².
 - Schutzhandschuhe entsorgen und Hände desinfizieren.

⁴⁵¹ In der Praxis werden Katheter bei mobilen Bewohnern oft abgestöpselt oder das Bettbeutel-Ableitungssystem wird gegen ein Beinbeutel-System getauscht. Ein solches Vorgehen ist mit erheblichen Keimübertragungsgefahren verbunden, verkürzt erfahrungsgemäß die Verwendungsfähigkeit von Katheter und Ableitungssystem und ist somit aus Sicht der Hygiene inakzeptabel. Eine Lösung können sog. „Day-and-Night“ Ableitungssysteme oder die Kombination aus Beinbeutel und Anschlussbeutel darstellen.


⁴⁵² Wenn Sie über eine thermische Steckbeckenspüle verfügen kann und sollte diese auch zur Aufbereitung von Auffanggefäßen genutzt werden, sofern die Spüle über eine entsprechende Vorrichtung verfügt. Wenn dies nicht möglich ist können diese Gefäße auch chemisch durch Einlegen desinfiziert werden.

Logo der Institution	Hygieneplan	Seite 33 von 64
Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft	Error! Style not defined.	Revision: Gültig ab:

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). Bei der 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 Fachpersonal sowie Mitarbeitern von beauftragten Pflegeservicediensten vorbehalten, welche(s) mit den jeweiligen Durchführungsmaßnahmen vertraut ist bzw. sind .

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 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 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 erfahrungsgemäß 2–5 Jahre in situ verbleiben.

Logo der Institution	Hygieneplan	Seite 34 von 64
Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft	Error! Style not defined.	Revision: Gültig ab:

4.7.3 Umgang mit Sondennahrung⁴⁻¹⁴

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.

Umgang mit Wasser im Zusammenhang mit der enteralen Ernährung

Zum Durchspülen von Sonden wird keimarmes Wasser bzw. Tee benötigt.

- Hierzu wird zweimal täglich Wasser abgekocht und in einen sauberen Krug geschüttet.
- Bei enteral zu ernährenden Bewohner wird ein gefüllter Krug (mit Deckel)⁴⁻¹⁵ 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 aufbereitet 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. 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. 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 werden⁴⁻¹⁶.
- Verklumpungen und Ausfällungen (Flockenbildung) können ein Anzeichen für Verkeimung sein. Derartige Nahrung darf nicht appliziert werden.
- Überleitungssysteme, Applikationsbeutel und Spülspritzen dürfen max. 24 Std. lang verwendet werden und sind danach zu verwerfen. Nach Bolusgaben oder Medikamentenapplikation wird die verwendete Spritze unmittelbar nach Gebrauch verworfen.
- Nach jeder Nahrungsgabe soll die Sonde mit keimarmen Wasser durchspült werden, um Verstopfungen vorzubeugen.

⁴⁻¹⁴ Nachfolgend wird davon ausgegangen, dass Sie Sondennahrung nicht selbst herstellen und auch nicht aus Pulver anrühren, sondern fertig konfektioniert verwenden. Anderenfalls müssen entsprechende Erläuterungen angefügt werden.

⁴⁻¹⁵ Hierzu eignen sich bevorzugt Edelstahl-Kannen mit einem fest verbundenen Klappdeckel. Ggf. diese Passage Ihren Regelungen anpassen.

⁴⁻¹⁶ Für die Mikrowellenerwärmung ist eine Kontrolle mit einem hierfür geeigneten Lebensmittelthermometer (Temperatursonde) notwendig, was jedoch nicht der gängigen Praxis entspricht. Es wäre zu entscheiden, ob ein solches Thermometer angeschafft oder die Mikrowellenerwärmung abgeschafft wird.

Logo der Institution	Hygieneplan	Seite 35 von 64
Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft	Error! Style not defined.	Revision: Gültig ab:

- Die Bedienung von Ernährungspumpen gestaltet sich je nach Modell unterschiedlich und darf nur von eingewiesenen Personen und gemäß der Bedienungsanleitung erfolgen.

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 mörsern. 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 Kau tätigkeit 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.
- 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.

Logo der Institution	Hygieneplan	Seite 36 von 64
Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft	Error! Style not defined.	Revision: Gültig ab:

Die funktionspflegerische Betreuung dieser Bewohner bleibt daher Fachkräften sowie den Mitarbeitern von beauftragten Pflegeservicediensten vorbehalten, welche mit den jeweiligen Durchführungsmaßnahmen vertraut ist bzw. sind.

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). In dieser Zeit werden als Trachealkanülen sterile Einmalkanülen verwendet, deren Wechsel unter aseptischen Bedingungen mit sterilen Handschuhen erfolgt. Die Verwendung antiseptischer Lösungen darf nur auf ärztliche Anordnung erfolgen.
- 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.

4.8.3 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). 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.

⁴⁵⁷ Bitte Befugnisse gemäß Ihren Regelungen anpassen.

⁴⁵⁸ 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 schriftliche Anweisungen zur Sicherung einer einheitlichen Vorgehensweise notwendig.


Logo der Institution	Hygieneplan	Seite 37 von 64
Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft	Error! Style not defined.	Revision: Gültig ab:

- 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 sauberen Schälchen, die eine Luftzirkulation gewährleisten. Die Lagerung soll staub- und kontaminationsgeschützt in einem Schrank erfolgen.
- „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 Atemwegsekreten 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, nasalen und endotrachealen Absaugens bleibt daher Fachkräften sowie den vom Bewohner beauftragten Betreuungsdiensten vorbehalten, welche(s) mit den jeweiligen Durchführungsmaßnahmen vertraut ist bzw. sind .

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 (wird auch als „Überleitungsschlauch“ bezeichnet) mit dem Absauggerät verbunden werden.
- Zum zwischenzeitlichen Durchspülen der Absaugkatheter und des Verlängerungsschlauches kann beim oral-nasalen Vorgehen Trinkwasser verwendet werden. Beim endotrachealen Vorgehen ist dagegen für den Absaugkatheter steriles Wasser notwendig.

Logo der Institution	Hygieneplan	Seite 38 von 64
Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft	Error! Style not defined.	Revision: Gültig ab:

Der diskonnektierte Verlängerungsschlauch kann dagegen mit Trinkwasser durchspült werden. Das Wasser wird zweimal täglich zusammen mit der Spülflasche ausgetauscht. Spülflaschen müssen sich vor ihrer Verwendung in einem sauberen und desinfizierten Zustand befinden (Herstellerangaben) § 20.

- Das Absaugen erfolgt unter Verwendung von sterilen Handschuhen und einer Mund-Nasenschutz-Maske. Vor und nach dem Absaugen ist eine Händedesinfektion durchzuführen.
- Der Pflegebedürftige befindet sich während des Absaugens zur Aspirationsprophylaxe in Oberkörperhochlagerung.
- 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.
- Der Verlängerungsschlauch ist regelmäßig gemäß den Herstellerangaben zu wechseln. § 21

§ 20 An dieser Stelle oder im Reinigungs- und Desinfektionsplan soll ein entsprechendes Aufbereitungsverfahren benannt und beschrieben werden.

§ 21 Hier bitte die konkreten Intervalle (z.B. wöchentlich) notieren.

Logo der Institution	Hygieneplan	Seite 39 von 64
Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft	Error! Style not defined.	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 Heimleitung 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, Mumps, Pertussis, Poliomyelitis, Pest, Röteln, Tollwut, Typhus abdominalis/Paratyphus und Varizellen (Windpocken).
- 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 Heimleitung informiert .

Die Meldung an das Gesundheitsamt ist Aufgabe der Heimleitung und soll zunächst telefonisch erfolgen (Tel. ). Alternativ bzw. ergänzend zur telefonischen Meldung kann das amtliche Meldeformular verwendet werden (Fax-Nr. .

 Ggf. bitte Ihren Regelungen anpassen.

 Hier bitte Telefonnummer des zuständigen Gesundheitsamtes eintragen.

 Hier bitte Faxnummer des zuständigen Gesundheitsamtes eintragen. Außerdem sollte dafür gesorgt sein, dass ein Meldeformular des örtlichen Gesundheitsamtes verfügbar ist.

Logo der Institution	Hygieneplan	Seite 40 von 64
Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft	Error! Style not defined.	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 hinzuzuziehen.
- 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) Krankheitsdauer + 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.

5.3.2 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.

Logo der Institution	Hygieneplan	Seite 41 von 64
Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft	Error! Style not defined.	Revision: Gültig ab:

- 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, Einmallappen⁵⁻⁴

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.

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 werden⁵⁻⁵.

⁵⁻⁴ In diesem Fall ist die Verwendung von Wipe-Systemen besonders vorteilhaft. Bitte diesen Punkt Ihren Regelungen anpassen.

⁵⁻⁵ 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.

Logo der Institution	Hygieneplan	Seite 42 von 64
Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft	Error! Style not defined.	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 Sammelsäcke für Infektionswäsche 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 und werden Einmallappen bzw. Wipes verwendet.
- Bis auf Widerruf erfolgt eine tägliche Desinfektion patientennaher Kontaktflächen incl. Türklinken + Sanitär mit getrennten 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.
- 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  verwendet. Eine Händedesinfektion erfolgt

 Falls Sie ein Wipe-System verwenden erübrigt sich ein solches Vorgehen. In diesem Fall sind Standzeiten gemäß den Herstellerangaben einzuhalten (meist länger als 1 Tag)

Logo der Institution	Hygieneplan	Seite 43 von 64
Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft	Error! Style not defined.	Revision: Gültig ab:

- nach Kontakt mit Stuhl, Erbrochenem, erkrankten Bewohner oder Pflegeutensilien, die für Erkrankte benutzt worden sind, auch wenn Schutzhandschuhe verwendet wurden.
- nach Verlassen eines Erkrankungszimmers.
- Hierbei ist eine Einwirkzeit von ⁵⁻⁷ 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 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 Säcken für Infektionswäsche entsorgt und anschließend unter Anwendung eines desinfizierenden Waschverfahrens gewaschen.
- 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.

Maßnahmen nach Aufhebung der Isolierung

Die Aufhebung der Isolierungsmaßnahmen erfolgt frühestens 72 Std. nach Beschwerdefreiheit des zuletzt erkrankten Bewohners in Abstimmung mit dem Gesundheitsamt. Die Entscheidung hierüber wird von der Pflegedienstleitung getroffen.

- 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, Matratzenschutz⁵⁻⁹, Möbel, Telefon, Lichtleiste, Klinken, Sanitär, Fußboden etc. werden desinfizierend abgewischt.
- Bettdecken und -kissen sind als Kochwäsche zu waschen⁵⁻⁹.
- Bettwäsche und Kleidungsstücke sind ebenfalls bevorzugt als Kochwäsche oder unter Anwendung eines chemisch desinfizierenden Waschmittels zu waschen.
- Während der Einwirkzeit der Flächendesinfektion (1 Std.⁵⁻¹⁰) 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.

⁵⁻⁷ Hier bitte einfügen, welches viruzides Händedesinfektionsmittel Sie verwenden.

⁵⁻⁷ Hier bitte eintragen, welche Einwirkzeit zu beachten ist (z.B. 2 Min.)

⁵⁻⁸ Es wird vorausgesetzt, dass Sie generell desinfizierbare Matratzenüberzüge verwenden (vergl. Kap. 2.4.3)

⁵⁻⁹ Wenn Sie in Ihrem Hause nicht über gewerbliche Waschmaschinen verfügen sollten Sie abklären, inwiefern Inletts und Kissen gewaschen werden können und dies hier eintragen.

⁵⁻¹⁰ Berücksichtigen Sie bitte bei der Konzentrationsangabe diesen 1-Std.-Wert.

Logo der Institution	Hygieneplan	Seite 44 von 64
Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft	Error! Style not defined.	Revision: Gültig ab:

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.

5.4.3 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 Wohngruppenküchen  nicht betreten.

Logo der Institution	Hygieneplan	Seite 45 von 64
Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft	Error! Style not defined.	Revision: Gültig ab:

- 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 mit ⁵⁻¹² wischdesinfiziert. Hierzu sind Einmallappen zu verwenden, die anschließend als kontaminierter Abfall entsorgt werden (siehe Kap. 2.3.2).

5.5 Maßnahmen bei MRSA⁵⁻¹³

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 HA-MRSA, LA-MRSA und CA-MRSA:

- HA-MRSA = 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 HA-MRSA Bezug, wenn die Kürzel MRSA verwendet wird.
- LA-MRSA = livestock associated MRSA = mit der (Nutz)Tierhaltung in Zusammenhang stehende MRSA-Stämme, die vor allem Personen betreffen, die einen beruflichen Umgang mit (Nutz)tieren haben (Bauern, Veterinäre etc.). Die Eigenschaften von IMRSA sind denen von HA-MRSA weitgehend gleichzusetzen.
- CA-MRSA = 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.

MRSA führt meist nur zu einer Besiedelung (Kolonisation) der Haut der Schleimhaut, was i.d.R. 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.
- Dem behandelnden Arzt obliegt die Festlegung der zu treffenden Maßnahmen. Dies beinhaltet insbesondere Maßnahmen zur Sanierung, Therapie und Diagnostik. Im Zuge dessen trifft der Arzt ggf. auch Entscheidungen zur Entfernung von bzw. zum Umgang mit invasiven Zugängen (z.B. Katheter, Tracheostoma, PEG-Sonden etc.).

⁵⁻¹² Tragen Sie hier bitte das bei Ihnen verwendete Sanitärdesinfektionsmittel (incl. Konzentration und Einwirkzeit) ein.

⁵⁻¹³ Die Organisation „MRSA-Netzwerke Niedersachsen“ stellt zum Thema MRSA zahlreiche Informationsschriften, Arbeitshilfen und Schulungsdateien zur Verfügung.

Logo der Institution	Hygieneplan	Seite 46 von 64
Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft	Error! Style not defined.	Revision: Gültig ab:

- Eine weitere Aufgabe des Arztes ist die Information MRSA-positiver Bewohner bzw. ihrer Betreuer oder Angehörigen

Meldepflicht

MRSA-kolonisierte oder –infizierte Bewohner sind normalerweise 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, ist Kontakt mit dem Betriebsärztlichen Dienst aufzunehmen, der über die zu treffenden Maßnahmen entscheidet. I.d.R. soll der betreffende Mitarbeiter 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

Logo der Institution	Hygieneplan	Seite 47 von 64
Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft	Error! Style not defined.	Revision: Gültig ab:

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 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.
 - Eine Teilnahme am Gemeinschaftsleben ist für MRSA-besiedelte Bewohner ohne Einschränkungen möglich. Hierzu gehört auch, dass mit MRSA besiedelte Bewohner innerhalb des Gemeinschaftslebens keine Schutzausrüstung z. B. in Form von Schutzkitteln, Mund-Nasenschutzmasken oder Einmalhandschuhen tragen.
 - Hingegen sollen ggf. vorhandene Hautläsionen/offene Wunden verbunden und abgedeckt sein. Für eine ggf. vorhandene Harndrainage ist ein geschlossenes System zu verwenden.
 - Bei akuten Atemwegsinfektionen (z.B. Pneumonie) sollten die betreffenden Bewohner/Patienten von einer Teilnahme am Gemeinschaftsleben für die Dauer der Infektion Abstand nehmen.
 - 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 in große Säcke deponieren werden. Die großen 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 Waschmittel) zur Anwendung kommen.

Logo der Institution	Hygieneplan	Seite 48 von 64
Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft	Error! Style not defined.	Revision: Gültig ab:

- 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.
- 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 Stunde⁵⁻¹⁴ 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).

⁵⁻¹⁴ 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 49 von 64
Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft	Error! Style not defined.	Revision: Gültig ab:

Ablauf einer Sanierung⁵⁻¹⁵

- Die Vorgehensweise kann je nach Situation variieren und wird vom behandelnden Arzt festgelegt.
- Als Handlungsrichtschnur wird wenn möglich die Empfehlung „MRSA-Sanierung im niedergelassenen Bereich“ der MRSA-Netzwerke-Niedersachsen verwendet.
- Alle durchgeführten Maßnahmen und die Ergebnisse der Kontrolluntersuchungen werden auf dem Dokumentationsformular der besagten Empfehlung notiert.

5.6 Maßnahmen bei weiteren multiresistenten Erregern

Neben MRSA können auch weitere Bakterien, wie z.B. Pseudomonas-, Klebsiella- oder Acinetobacter-Spezies als multiresistente Infektionserreger in Erscheinung treten. Hervorzuheben sind MRGN, ESBL-bildende Bakterien und VRE.

MRGN und ESBL-Bildner⁵⁻¹⁶

Die Abkürzung MRGN leitet sich ab von „multiresistente Gram-negative Stäbchen“. „Gram“ bezieht sich auf ein mikrobiologisches Diagnostikverfahren, die Gramfärbung. Mit „Stäbchen“ sind Stäbchenbakterien gemeint. Zu den Gram-negativen Stäbchen gehören unterschiedliche Bakterien, wie Escherischia coli, Klebsiella-, Proteus-, Serratia-, Enterobacter-, Hafnia-, Citrobacter-, und Salmonella- Arten. Die meisten dieser Bakterien sind obligate oder mögliche Bestandteile der Darmflora.

Ein Teil dieser Bakterien bildet die Substanz ESBL. ESBL steht als Abkürzung für die Eigenschaft unterschiedlicher gramnegativer Stäbchenbakterien, die Antibiotika-inaktivierende Substanz Extended Spectrum Beta-Lactamase bilden zu können. Diese Eigenschaft kann über Erbsubstanz-Partikel zwischen unterschiedlichen Bakterienarten weitergegeben werden.

MRGN sind wie MRSA nicht zwingend krankmachend, sondern führen in einem Altenheim meist nur zu Kolonisationen, meist im Zusammenhang mit Fäkalien oder Urin. Unter bestimmten Umständen können MRGN Harnwegs-, Wund- und Atemweginfektionen verursachen. Wie bei MRSA besteht auch hier ein großer Zusammenhang mit invasiven Maßnahmen wie Katheterisierungen, Beatmungen oder Operationen. Somit ist die Gefährdungslage im Altenheim eine geringere, als im Krankenhaus.

Bzgl. der Resistenz gibt es bei MRGN Unterschiede:

- Wenn eine Resistenz gegen 3 von 4 wichtigen Antibiotikagruppen besteht spricht man von 3MRGN. Hier genügen die Maßnahmen der Basishygiene.
- Wenn die Resistenz gegenüber allen 4 Antibiotikagruppen besteht wird von 4MRGN gesprochen. In diesem Fall sind zusätzliche Hygienemaßnahmen zu ergreifen (siehe Hygienemaßnahmen).

VRE

Enterokokken sind Bestandteile der normalen Darmflora und können wie viele andere Florabestandteile im Zusammenhang mit medizinischen Maßnahmen infektionserzeugend in Erscheinung treten. Infektionsgefährdet sind insbesondere stark abwehrgeschwächte (immunsupprimierte) Personen.

Bei VRE (= Vancomycin-resistente Enterokokken) liegt eine Multiresistenz von Enterokokken vor. u.U. ist auch bei diesem Bakterium eine Weitergabe der Resistenzeigenschaften auf andere Bakterien möglich.

Auch bei VRE sind Kontaminationen beim Umgang mit Fäkalien oder Urin am wahrscheinlichsten.

⁵⁻¹⁵Zu diesem Thema gibt es auf der Website <http://www.pflegehygiene.nlga.niedersachsen.de> eine ausführliche Informationsschrift.

⁵⁻¹⁶Die Bezeichnung MRGN ist ebenso wie die Differenzierung zwischen 3MRGN und 4MRGN bislang noch relativ ungebrauchlich. Die bisherige Praxis, ESBL-Bildner grundsätzlich als multiresistent einzustufen, ist nicht mehr zeitgemäß. Somit ist im jeweiligen Fall die Ausprägung der Multiresistenz zu hinterfragen.

Logo der Institution	Hygieneplan	Seite 50 von 64
Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft	Error! Style not defined.	Revision: Gültig ab:

Hygienemaßnahmen

Da bei 4MRGN oder VRE vorwiegend eine Kolonisation bez. Infektion der Harnwege und Wunden vorliegt, bestehen Unterschiede zu MRSA, da MRSA meist im Nasen-Rachenraum und auf der Haut vorzufinden ist. Dennoch können die bei MRSA notwendigen Maßnahmen (Kap. 5.5.3) meist auch auf diese Keimgruppen angewandt werden.

Zu beachten sind folgende Punkte:

- Die Unterbringung erfolgt analog zur Unterbringung bei MRSA (Kap. 5.5.3).
- Eine Zusammenlegung von Bewohnern/Patienten mit unterschiedlichen multiresistenten Infektionserregern (z.B. 4MRGN und MRSA) sollte vermieden werden.
- Wenn 4MRGN oder VRE im Stuhl oder im Urin eines Bewohners/Patienten nachgewiesen wurden sollte dieser eine eigene, ihm zugewiesene Toilette und Nasszelle benutzen.
- Die von 4MRGN- oder VRE-Trägern benutzten Sanitäreinrichtungen (Dusche, Waschbecken etc.) sollen vor einer Benutzung durch andere Bewohner mit den Mitteln und Konzentrationen des Desinfektionsplanes wischdesinfiziert werden.
- Eine Teilnahme am Gemeinschaftsleben ist unabhängig davon ohne Einschränkungen möglich. 4MRGN- oder VRE-positive Bewohner sollten angeleitet werden, sich gründlich die Hände zu waschen, insbesondere vor dem Essen und nach dem Toilettengang.
- Bei MRSA besteht die prinzipielle Möglichkeit einer Sanierung. Dies ist bei weiteren multiresistenten Erregern nicht der Fall.

5.7 Maßnahmen bei Clostridium difficile-Infektionen

5.7.1 Allgemeines


Informationen zum Erreger

Als Clostridien bezeichnet man grampositive, Sporen (Dauerformen) bildende, anaerobe (unter Sauerstoffausschluss lebende) Bakterien.

Clostridium difficile ist ein Sporen bildendes Stäbchenbakterium, dessen Toxine (Gifte) unter bestimmten Umständen schwere Durchfallerkrankungen verursachen können. Dieses als CDI (Clostridium difficile Infektion) oder CDAD (Clostridium diffizile assoziierte Diarrhoe) bezeichnete Krankheitsbild kann mit z.T. tödlichen Komplikationen einhergehen und stellt somit vor allem für alte Menschen eine ernsthafte Bedrohung dar. Das Auftreten von CDI hat in den letzten Jahren erheblich zugenommen. Für das Entstehen einer CDI sind die Disposition (Empfänglichkeit) des Patienten, eine vorausgegangene Antibiotikatherapie und die Virulenz (krankheitsauslösende Eigenschaften) des Erregerstammes maßgeblich.

Clostridium difficile kann in der natürlichen Umwelt (Boden, Oberflächenwasser) und im Darm von Tier und Mensch nachgewiesen werden, wobei die vegetative Form von der Sporenform zu unterscheiden ist:

- In der vegetativen Form nimmt Clostridium difficile seine Aktivitäten, wie Stoffwechsel, Toxinproduktion und Vermehrung uneingeschränkt wahr und ist problemlos desinfizierbar.
- In der Sporenform sind die Stoffwechselforgänge auf das geringstmögliche Maß gedrosselt. Es findet keine Toxinproduktion und keine Vermehrung statt. In dieser Dauerform ist das Bakterium außerordentlich robust und schwer desinfizierbar.
- Vegetative Formen von Clostridium difficile wandeln sich unter ungünstigen Bedingungen in Sporen um. Treffen die Sporen auf günstige Bedingungen (z.B. im Darm) erfolgt die Umwandlung in die vegetative Form.

Hygienisch bedeutsam ist hierbei die enorme Widerstandsfähigkeit von Clostridium difficile Sporen gegenüber Umgebungseinflüssen und Desinfektionsmaßnahmen. Hände- und Hautdesinfektionsmittel sind gegenüber diesen Sporen unzureichend wirksam. Es sind daher sporizide Flächendesinfektionsmittel zu verwenden. 

 Tragen Sie hier bitte ein sporizides Flächendesinfektionsmittel mit entsprechender Konzentration ein.

Logo der Institution	Hygieneplan	Seite 51 von 64
Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft	Error! Style not defined.	Revision: Gültig ab:

Informationen zum Krankheitsbild CDI

Bei ca. 5% der Erwachsenen ist der Darm mit Clostridium difficile besiedelt; im Laufe eines Krankenhausaufenthaltes 20-40%. Das Vorhandensein dieses Keimes führt nicht zwangsläufig zu Krankheitssymptomen und ist nicht gleichbedeutend mit einer Erkrankung. Gleichwohl kann sich vor allem bei alten, multimorbiden Personen, bei denen eine Antibiotikatherapie durchgeführt wurde, eine CDI entwickeln. Dies ist besonders häufig im Zusammenhang mit Krankenhausaufenthalten der Fall.

Die Erkrankung CDI kann auf endogenem oder exogenem Weg entstehen:

- Bei der endogenen Infektionsentstehung befindet sich der Keim bereits im Darm des Patienten. Unter Einwirkung einer Antibiotikatherapie und weiterer Einflussfaktoren (z.B. Bauchoperation) wird die Ausbreitung von Clostridium difficile begünstigt.
- Eine exogene Infektionsentstehung liegt vor, wenn der Keim bei bislang unbesiedelten Personen auf orale Wege („Schmierinfektion“) in den Verdauungstrakt gelangte. Der weitere Weg erfolgt wie oben beschrieben.

Während der Krankheitsdauer kommt es häufig zu gefürchteten Komplikationen wie massiver Flüssigkeits-, Eiweiß- und Elektrolytverlust, toxisches Megacolon (Darmausdehnung und -entzündung), Darmp perforation und Blutvergiftung.

Die Krankheitsdauer ist sehr unterschiedlich und reicht von wenigen Tagen bis zu Monaten. In ca. 30% der Fälle kommt es nach Abklingen der Symptome zu einem Rezidiv, d.h. zu einer erneuten Erkrankung.

Während der Erkrankung werden der Erreger und seine Sporen von den betroffenen Personen massenhaft ausgeschieden und können leicht durch direkte und indirekte Kontakte verschleppt werden. Dies wird durch die ausgeprägte Desinfektionsmittelresistenz der Sporen begünstigt. Es wird von einer Ansteckungsgefahr für die Dauer der akuten Erkrankung und weitere 48 Std. danach ausgegangen.

5.7.2 Hygienemaßnahmen

In Kliniken stellt Clostridium difficile grundsätzlich ein größeres Problem dar, als in Pflegeheimen. Die erforderlichen Maßnahmen im Pflegeheim betreffen folgende Punkte:

- Abklärung der Ansteckungsgefahr
- Abklärung der Meldepflicht
- Sicherung des Informationsflusses
- Räumliche Unterbringung und Teilnahme am Gemeinschaftsleben
- Personalhygiene
- Umgebungshygiene

Abklärung der Ansteckungsgefahr

- Bevor weitere Maßnahmen ergriffen werden, ist bei Vorliegen einer CDI mit dem behandelnden Arzt abzuklären, ob eine Ansteckungsgefahr anzunehmen ist. Dies ist vor allem dann wichtig, wenn ein Bewohner mit der Diagnose CDI, CDAT oder pseudomembranöse Kolitis aus dem Krankenhaus entlassen wird und nähere Angaben zum aktuellen Sachverhalt (noch) nicht vorliegen.
- Bei widersprüchlichen Angaben (CDI gilt als überstanden, Patient zeigt dennoch Symptome) sollte die Möglichkeit eines Rezidivs (Rückfalles) in Betracht gezogen werden. Obwohl davon auszugehen ist, dass CDI-Erkrankte Clostridium difficile noch für längere Zeit in geringer Menge ausscheiden, gilt außerhalb des für eine Ansteckungsgefahr definierten Zeitrahmens (Zeit der Symptome + 48 Std.) die **Basishygiene** als ausreichend.

Abklärung der Meldepflicht

Einzelne Fälle von CDI sind nur dann dem örtlichen Gesundheitsamt namentlich zu melden, wenn es sich um schwere Verläufe von CDI oder Erkrankungen im Zusammenhang mit dem

Logo der Institution	Hygieneplan	Seite 52 von 64
Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft	Error! Style not defined.	Revision: Gültig ab:

Ribotyp 027 handelt. Dies ist vorrangig Aufgabe des behandelnden Arztes. Wenn die Erkrankung bereits im Krankenhaus auftrat, ist davon auszugehen, dass die Meldung in der Klinik erfolgte.

Sicherung des Informationsflusses

Bei Vorliegen einer Clostridium difficile-Infektion mit Ansteckungsgefahr ist der Informationsfluss innerhalb der Einrichtung und nach außen zu sichern:

- Die Pflegedienstleitung trägt dafür Sorge, dass das pflegerische und hauswirtschaftliche Personal, die behandelnden Ärzte und die involvierten externen medizinisch-pflegerischen Dienste über die Erreger Eigenschaften, die Erkrankung CDI und die zu ergreifenden Hygienemaßnahmen informiert sind.
- Die Betreuung bzw. Versorgung ansteckungsfähiger Bewohner mit dem Verdacht auf CDI soll nur durch eingewiesene, informierte Fachkräfte erfolgen.
- Bei zu entlassenden bzw. verlegenden Personen mit CDI sollen die Krankenhäuser die weiter betreuenden Pflegeeinrichtungen informiert werden, sobald der Entlassungs- bzw. Verlegungstermin absehbar ist. Umgekehrt sollen von der Pflegeeinrichtung entsprechende Informationen an die behandelnden Ärzte gegeben werden, wenn Bewohner mit der Diagnose CDI in Krankenhäuser eingewiesen werden.
- Krankentransporte ansteckungsfähiger CDI-Patienten sind als Infektionstransport anzumelden, wobei darauf hinzuweisen ist, dass sich die persönliche Schutzausrüstung der betreuenden Personen auf das Tragen von Schutzhandschuhen beschränkt. Der häufig eingesetzte Ganzkörperschutz ist in diesem Fall weder erforderlich noch angemessen.

Räumliche Unterbringung und Teilnahme am Gemeinschaftsleben

- Bewohner mit CDI sollen für die Dauer der Ansteckungsfähigkeit möglichst in einem Einzelzimmer mit eigener Nasszelle untergebracht werden. Unabdingbar ist ein eigenes WC bzw. bewohnergebundener Nachtstuhl, sowie ein desinfizierbarer Matratzenschutz.
- Für die Dauer der Ansteckungsgefahr soll auf die Teilnahme am Gemeinschaftsleben verzichtet werden. Besuche sind jedoch möglich, sofern für den Besucher kein besonderes Ansteckungsrisiko besteht. In jedem Fall soll vermieden werden, dass CDI-erkrankte Personen mit antibiotisch behandelten Bewohnern in Kontakt kommen.

Personalhygiene

Da Händedesinfektionsmittel die Sporen von Clostridium difficile nicht eliminieren können kommt dem indikationsgerechten Tragen von Schutzhandschuhen und dem Händewaschen eine hohe Bedeutung zu:

- Schutzhandschuhe und Schutzkittel sollen bei allen engen körperlichen Kontakten verwendet werden; insbesondere bei pflegerischen Arbeiten, bei denen ein Kontakt mit Fäkalien oder Fäkalspuren denkbar ist. Hierzu gehören u.a. die Ganzkörperwaschung, die Hilfe bei der Ausscheidung und die Versorgung eines Enterostomas. Nach Gebrauch sind die Handschuhe im Zimmer des Erkrankten zu entsorgen.
- Schutzkittel sollen ebenfalls im Zimmer des Erkrankten verbleiben und sind direkt nach einer Kontamination sowie täglich zu wechseln. Nach Abschluss der Patientenversorgung werden die Handschuhe abgelegt und die Hände desinfiziert.
- Die üblichen alkoholischen Händedesinfektionsmittel wirken nicht sporozid und sind deshalb nur bedingt hilfreich. Dies erklärt, warum dem Tragen von Schutzhandschuhen eine besondere Bedeutung zukommt. Um Sporen, die sich möglicherweise an den Händen befinden, zu eliminieren, wird empfohlen zusätzlich die Hände zu waschen, um durch den Spüleffekt eine Reduktion der Sporen zu erreichen. Das Waschen der Hände ist vor allem nach einer Kontamination sowie vor der Zubereitung, dem Austeilen oder der Verabreichung von Speisen oder Sondennahrung durchzuführen.
- Die betroffenen Bewohner sind zum sorgfältigen Händewaschen nach jedem Toilettenbesuch anzuhalten.

Logo der Institution	Hygieneplan	Seite 53 von 64
Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft	Error! Style not defined.	Revision: Gültig ab:

Vorgehensweise: Hände wie gewohnt desinfizieren (zur Beseitigung der „normalen“ Keimbelastung) und anschließend waschen (zum Abspülen der desinfektionsmittelresistenten Clostridien). Die weiteren Indikationen zur Händedesinfektion bleiben hiervon unbenommen.

Umgebungshygiene

- Die unmittelbare Umgebung und der Sanitärbereich betroffener Bewohner soll täglich sowie nach einer Kontamination mit ⁵⁻¹⁸ wischdesinfiziert werden.
- Die vom Erkrankten verwendeten Bedarfsgegenstände, Pflegeutensilien (z.B. Lagerungsmittel, Toilettenstühle) und Medizinprodukte sollen personengebunden verwendet werden. Anderenfalls sind sie vor der weiteren Verwendung mit ⁵⁻¹⁹ zu desinfizieren.
- Auf Rektalthermometer ist zu verzichten.
- Die im Zimmer von CDI-erkrankten Bewohnern entstandenen kontaminierten Abfälle werden dort in kleinen Säcken gesammelt. Nach Abwurf kontaminierter Materialien sollen die kleinen Säcke sofort verschlossen und große Säcke (Tonnen) deponieren werden. Große Säcke werden vor Verlassen des Zimmers ebenfalls fest verschlossen und können danach normal entsorgt werden.
- Schmutzwäsche von CDI-erkrankten Bewohnern wird im Zimmer als normale Wäsche in verschlossenen Säcken für Infektionswäsche entsorgt und anschließend einem desinfizierendes Waschverfahren zugeleitet (Kochwäsche oder desinfizierendes Waschmittel).
- 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.

Wenn keine Ansteckungsgefahr mehr vorliegt wird das betreffende Bewohnerzimmer incl. des Sanitärbereiches einer Schlussdesinfektion mit ⁵⁻²⁰ unterzogen.

5.8 Maßnahmen bei Ektoparasitenbefall

5.8.1 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 Krankheitsreger übertragen können.

Meldepflicht und zu benachrichtigende Institutionen

- Einzelfälle von Ektoparasitenbefall sind (bezogen auf Altenpflegeeinrichtungen) 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 (Kap. 5.1) ⁵⁻²¹.
- 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.

⁵⁻¹⁸ Tragen Sie hier bitte ein sporizides Flächendesinfektionsmittel mit entsprechender Konzentration ein.

⁵⁻¹⁹ Tragen Sie hier bitte ein sporizides Flächendesinfektionsmittel mit entsprechender Konzentration ein.

⁵⁻²⁰ Tragen Sie hier bitte ein sporizides Flächendesinfektionsmittel mit entsprechender Konzentration ein.

⁵⁻²¹ Diese Meldung ist nicht zwingend vorgeschrieben, da Altenpflegeeinrichtungen nicht unter §§33 und 34 IfSG fallen. Es handelt sich also um eine empfehlenswerte betriebsinterne Regelung.

Logo der Institution	Hygieneplan	Seite 54 von 64
Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft	Error! Style not defined.	Revision: Gültig ab:

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.

5.8.2 Hygienemaßnahmen bei Läusen

Informationen zu Läusen

Unterschieden werden 3 Läusearten:

- Kopfläuse - befallen die Kopfbehaarung, Größe ca. 0,8 - 3mm
- Filzläuse - befallen Körper- und Schambehaarung, Größe ca. 0,5 - 1,5mm
- Kleiderläuse - befallen Körperhaare und Kleidung, Größe bis ca. 4mm

Infektionsquelle der Mensch. Die Übertragung erfolgt meist direkt (Körperkontakte, „Haar-zu-Haar-Kontakte“) und z.T. indirekt über Kleidungsstücke, Bettwäsche etc.. Es besteht keine Inkubationszeit. Läusebefall äußert sich durch einen starken Juckreiz. Teilweise sind die Läuse und ihre Eier („Nissen“) an den befallenen Körperstellen gut sichtbar. Krankheiten werden durch Läuse weder verursacht, noch übertragen.

Therapie

Wenn ein Läusebefall ermittelt wurde sollten möglichst sofort danach die nachfolgenden Therapie-Maßnahmen eingeleitet werden:

- Bei Läusebefall kommen spezielle Läusemittel, sog. „Pediculozide“, zum Einsatz, die als Lösung, Spray oder Shampoo aufgetragen werden. Über die anzuwendenden Mittel entscheidet der jeweilige Hausarzt.
- Da von den verbleibenden und am Haar stark anhaftenden Nissen eine erneute Infektionsgefahr ausgehen kann, muss das Haar mit einem speziellen „Nissenkamm“ nass ausgekämmt werden.
- Allgemein findet folgendes Behandlungsschema Anwendung (Informationen des Beipackzettels sind strikt zu beachten):
 - Tag 1: Behandlung mit dem Pediculozid, anschließend mit Nissenkamm nass auskämmen.
 - Tag 5: Haar nass mit Nissenkamm auskämmen.
 - Tag 8: Behandlung mit dem Pediculozid.
 - Tag 13: Kontrolluntersuchung durch nasses Auskämmen.
 - Tag 17. Letzte Kontrolle durch nasses Auskämmen.

Hygienemaßnahmen

- Schon unmittelbar nach der ersten Behandlung ist eine Teilnahme am Gemeinschaftsleben ohne Einschränkungen möglich.

Logo der Institution	Hygieneplan	Seite 55 von 64
Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft	Error! Style not defined.	Revision: Gültig ab:

- Bei starkem Parasitenbefall sollte die Erstversorgung vorzugsweise in einem Badezimmer stattfinden. Für diese Behandlungsmaßnahmen 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 Läuse in dieser Zeit absterben. Ebenso ist ein Abtöten durch Einfrieren (1 Tag bei mind. -10°C) möglich.
- Fußböden, Polstermöbel, Kissen etc. sind gründlich abzusaugen; Bürsten und Kämmen zu reinigen.
- Ergänzend kommen die üblichen Maßnahmen der Basishygiene hinzu.

5.8.3 Hygienemaßnahmen bei Flöhen

Informationen zu Flöhen

Von den verschiedenen Floharten tritt der Katzenfloh und der Hundefloh am häufigsten auf; der Menschenfloh ist sehr viel seltener. Die Einschleppung und Übertragung der Flöhe hat somit meist etwas mit Tieren, speziell mit Haustieren, zu tun. Im Gegensatz zu Läusen vermehren sich Flöhe auch in der Umgebung des Wirtes (Polster, Teppiche etc.) Flöhe werden ca. 2-3mm groß und sind gut sichtbar. Sie verursachen juckende Quaddeln (meist in einer Reihe) mit einem roten Einstichpunkt in der Mitte. Krankheiten werden durch Flöhe weder verursacht, noch übertragen. Eine Therapie ist bei Flohbefall nicht notwendig; evtl. werden Juckreiz-stillende Medikamente verschrieben

Maßnahmen

- Betreffende Person neu einkleiden; benutzte Kleidung in Plastiktüten doppelt eingetütet und dicht verschlossen transportieren und möglichst als Kochwäsche (>60°C) behandeln. Alternativ kann die Kleidung eingefroren werden (1 Tag bei mind. -10°C).
- Kein Ausschluss vom Gemeinschaftsleben.
- Infektionsquelle ausfindig machen. Befallene Tiere tierärztlich behandeln lassen.
- Ggf. mögliche Befallsquellen wie Katzen- oder Hundekorb, Bettzeug, Teppiche entweder gründlich absaugen oder entsorgen.
- Staubsaugerbeutel luftdicht in Plastiktüte einpacken und dann entsorgen.

5.8.4 Hygienemaßnahmen bei Wanzen

Informationen zu Wanzen

Medizinisch bedeutsam ist nur die Bettwanze, ein nachtaktiver Blutsauger, ca. 5 - 8mm groß. Bettwanzen halten sich - anders als Läuse oder Flöhe - tagsüber in der Umgebung des Wirtes auf (Ritzen, Fugen Matratzen etc.). Die Stiche sind schmerzlos, hinterlassen aber stark juckende Quaddeln (meist in einer Reihe). Häufig Massenbefall und unangenehmer Geruch. Krankheiten werden durch Wanzen weder verursacht, noch übertragen. Eine Therapie ist bei Wanzen-Befall nicht notwendig; evtl. werden Juckreiz-stillende Medikamente verschrieben. Wichtig ist dagegen die Hinzuziehung eines Schädlingsbekämpfers.

Maßnahmen

- Die Heimleitung veranlasst die Hinzuziehung eines Schädlingsbekämpfers.
- Betreffenden Bewohner neu einkleiden und vorerst ausquartieren; jedoch alle Gegenstände (incl. Bett und Bettzeug) vorerst im betreffenden Raum belassen.
- Benutzte Kleidung in Plastiktüten doppelt eingetütet und dicht verschlossen transportieren und möglichst als Kochwäsche (>60°C) behandeln. Alternativ kann die Kleidung eingefroren werden (1 Tag bei mind. -10°C).

Logo der Institution	Hygieneplan	Seite 56 von 64
Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft	Error! Style not defined.	Revision: Gültig ab:

- Aufbereitung des Zimmers durch den Schädlingsbekämpfer.

5.8.5 Hygienemaßnahmen bei Scabies (Krätze)

Informationen zu Scabies und Krätzemilben⁵⁻²²

Scabies ist eine infektiöse Hauterkrankung, die durch winzige Spinnentiere, sog. „Krätzemilben“ (Fachbezeichnung *Sarcoptes scabiei*) verursacht wird. Scabies (auch „Skabies“ geschrieben) wird auch als Krätze bezeichnet. Krätzemilben sind nur 0,3 - 0,5mm groß und damit kaum sichtbar.

- Die **Schädigung** besteht darin, dass sich Krätzemilben in die oberste Hautschicht hineinbohren um dort Eier abzulegen und Kot abzusondern. Dieser Kot verursacht extrem unangenehme allergische Reaktionen.
- Die **Übertragung von Krätzemilben** erfolgt von Mensch zu Mensch und meist durch Kontakt von Haut zu Haut. In der Altenpflege sind es vorrangig grundpflegerische und mobilisierende Maßnahmen. Eine Übertragung durch kontaminierte Kleidung, Polstermöbel etc. ist selten aber nicht ausgeschlossen.
- Durch eine **Inkubationszeit** von 2 bis 6 Wochen kommt es relativ spät zu **Symptomen** wie
 - starker Juckreiz (der jedoch bei alten Menschen oft wenig ausgeprägt ist)
 - Kratzspuren
 - Hautveränderungen in Form von Papeln, Pusteln, blass sichtbaren Milbengängen, Kratzdefekten, Ausschlag meist an Hautfalten, Ellbogen, Achselhöhle, Brustwarzen, Anal- und Genitalregion, Händen und Füßen.
- Eine **Ansteckungsfähigkeit** ist schon während der Inkubationszeit bis zur Durchführung der Behandlung gegeben. Es wird davon ausgegangen, dass 24 Std. nach der Behandlung keine Ansteckungsgefahr mehr besteht.
- Ein **Erkrankungsrisiko** besteht sowohl für Bewohner, als auch für Personalmitglieder.
- Es werden verschiedene **Scabies-Arten** unterschieden, wobei die *Scabies crustosa* als besonders ansteckend gilt.
- Bei Scabies sind **Fehldiagnosen** häufig. Es besteht die besondere **Gefahr eines Infektionsausbruchs**.
- Die **Therapie** kann durch lokal und oral anzuwendende Medikamente (Scabizide) erfolgen. Über die anzuwendenden Mittel, deren Handhabung und die weitere Behandlung entscheiden die behandelnden Ärzte. Sollten mehrere Personen betroffen sein ist eine koordinierte, zeitgleiche Behandlung von großer Wichtigkeit.

Maßnahmen

Die Heimleitung oder die Pflegedienstleitung trägt dafür Sorge, dass beim Auftreten fraglicher Scabies-Fälle eine baldige fachärztliche Abklärung durch einen Dermatologen erfolgt. Sollte sich ein Verdacht bestätigen wird die Beratungs-Funktion des Gesundheitsamtes in Anspruch genommen. Alle weiteren Maßnahmen werden mit dem Gesundheitsamt abgestimmt.

In der Zeit vom Verdacht bis einen Tag nach der Behandlung ist eine **Ansteckungsfähigkeit** anzunehmen. Während dieser Ansteckungsdauer ist jede Fluktuation unerwünscht. Folgende Maßnahmen sind während der Ansteckungszeit durchzuführen:

- Mitarbeiter des betreffenden Wohnbereiches werden vorerst nicht in anderen Wohnbereichen eingesetzt und umgekehrt. Dies gilt auch für Mitarbeiter externer Dienstleister. Von Besuch soll vorerst abgeraten werden.
- Bewohner können wie gewohnt untergebracht werden. Pflegemittel und Utensilien sind jedoch bewohnergebunden zu verwenden und im Zimmer zu belassen. Bis zur Wirksamkeit der Behandlung (24h nach Beginn) ist eine räumliche Isolierung von

⁵⁻²² Eine detaillierte Informationsschrift zum Thema „Scabies in Alten- und Pflegeeinrichtungen“ im Word-Format finden Sie unter www.pflegehygiene.nlga.niedersachsen.de. Sie können die Inhalte dieser Informationsschrift nach Belieben in den Hygieneplan integrieren oder als Anhang anfügen.

Logo der Institution	Hygieneplan	Seite 57 von 64
Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft	Error! Style not defined.	Revision: Gültig ab:

Erkrankten bei der klassischen Scabies wünschenswert und bei Scabies norvegica notwendig.

- Beibehaltung der basishygienischen Maßnahmen, wie der Händedesinfektion.
- Einmalhandschuhe und langärmeliger Schutzkittel bei allen körperlichen Kontakten mit erkrankten bzw. ansteckungsverdächtigen Personen. Die Stulpen der Handschuhe sollen über den Bündchen der Kittel getragen werden.
- Entsorgung von Schmutzwäsche als Infektionswäsche.
- Oberbekleidung braucht in der Regel nicht in besonderer Weise behandelt zu werden, im Zweifelsfall genügt ein siebentägiges Lüften oder chemisches Reinigen.

5.9 Maßnahmen bei Influenza

5.9.1 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).

5.9.2 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.

Logo der Institution	Hygieneplan	Seite 58 von 64
Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft	Error! Style not defined.	Revision: Gültig ab:

- 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.

5.9.3 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.

Logo der Institution	Hygieneplan	Seite 59 von 64
Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft	Error! Style not defined.	Revision: Gültig ab:

5.10 Maßnahmen bei HBV, HCV, HIV etc.

5.10.1 Allgemeines

Hepatitis-B-Viren (HBV), Hepatitis-C-Viren (HCV) und Humane-Immundefizienz-Viren (HIV) gehören zu den hämatogen übertragbaren Krankheitserregern. Die Übertragung erfolgt also über Blut und in einem sehr eingeschränkten Maße über weitere Substanzen, wie Erbrochenes, Fäkalien, Sputum etc.

5.10.2 Organisatorisches

Hinzuziehung eines Arztes

Wenn sich Bewohner (z.B. nach einem Klinikaufenthalt) als Träger eines hämatogen übertragbaren Erregers erwiesen haben ist hierüber der behandelnde Arzt von der Wohnbereichsleitung zu informieren.

Meldepflicht

Jede akute Virushepatitis ist meldepflichtig gemäß §6 IfSG. Diese Meldung obliegt primär dem behandelnden Arzt. Wenn der Verdacht besteht, dass zwei oder mehr Infektionsfälle 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.

Informationsweitergabe

Von der Wohnbereichsleitung ist sicherzustellen, dass die betreuenden und behandelnden Personen über die Sachlage informiert sind. Ggf. ist eine Einweisung in die entsprechenden Hygieneregeln, speziell der Verhütung von Nadelstichverletzungen erforderlich.

Beschränkungen für Mitarbeiter

Die Betreuung von Bewohnern mit einer Hepatitis-B-Erkrankung soll nur durch Personen mit einem entsprechenden Impfschutz erfolgen.

5.10.3 Hygienemaßnahmen

Die Hygienemaßnahmen beschränken sich auf eine konsequent durchgeführte Basishygiene, wobei der Schutz vor Nadelstichverletzungen (Kap. 1.4), die Händehygiene (Kap. 1.2) und das indikationsgerechte Tragen von Persönlicher Schutzausrüstung (Kap. 1.3) im Vordergrund steht.

Eine räumliche Isolierung oder ein Ausschluss vom Gemeinschaftsleben ist nicht bzw. nur bei sehr außergewöhnlichen Sachlagen erforderlich.

Logo der Institution	Hygieneplan	Seite 60 von 64
Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft	Error! Style not defined.	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 den Betreiber der Einrichtung bei der Wahrnehmung der Verantwortung und in der Qualitätssicherung in Belangen der Heimhygiene. Die Aufgaben wurden im Detail in einer Satzung festgelegt⁶⁻³.

Mitglieder

Der Hygienearbeitskreis wird von⁶⁻⁴ geleitet. Ihm gehören folgende Mitglieder an:⁶⁻⁵

Organisatorisches

- Der Hygienearbeitskreis tagt in festen Abständen⁶⁻⁶, sowie auf besondere Veranlassung.
- Jedes Personalmitglied kann Anfragen und Vorschläge an den Hygienearbeitskreis einreichen. Ansprechpartner hierfür ist⁶⁻⁷.
- 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 Eine Satzung für den Hygienearbeitskreis kann als Bestandteil des Hygienepaketes von der Seite www.pflegehygiene.nlga.niedersachsen.de heruntergeladen werden.

⁶⁻⁴ Tragen Sie hier bitte die Leitung des Hygienearbeitskreises ein (meist Heimleitung).

⁶⁻⁵ Tragen Sie bitte nachfolgend die Mitglieder ein, evtl. nur den Titel (z.B. Pflegedienstleitung, Küchenleitung) etc.

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

⁶⁻⁷ Hier bitte eintragen, wer Ansprechpartner für Anträge an den Hygienearbeitskreis ist (z.B. Hygienebeauftragter).

Logo der Institution	Hygieneplan	Seite 61 von 64
Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft	Error! Style not defined.	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 Kühlschrankkontrolle) 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 Begehungen ⁶⁻⁸

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 ⁶⁻⁹.

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 Haustieren ⁶⁻¹⁰

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,

⁶⁻⁸ Die folgenden Ausführungen sind als Vorschlag für eine mögliche Vorgehensweise zu verstehen und müssen ggf. Ihren Regelungen angeglichen werden.

⁶⁻⁹ Eine Begehungs-Checkliste und der Bestätigungsbogen können als Bestandteil des Hygienepaketes von der Seite www.pflegehygiene.nlga.niedersachsen.de heruntergeladen werden.

⁶⁻¹⁰ Ggf. bitte Ihren Regelungen anpassen und unpassende Absätze löschen.

Logo der Institution	Hygieneplan	Seite 62 von 64
Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft	Error! Style not defined.	Revision: Gültig ab:

- Mitnahme von Tieren ins Bett,
- 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, Katzentoilette etc.

6.3 Umgang mit Verstorbenen

Von Verstorbenen geht grundsätzlich keine besondere Infektionsgefahr aus. Wenn der Verstorbene vor seinem Tod Träger multiresistenter Keime oder von Infektionserregern war sind ähnliche Hygienemaßnahmen zu treffen, wie das beim lebenden Bewohner der Fall war.

Wenn Dienste wie Waschen, Frisieren, Einkleiden, Einsargen etc. an dem Verstorbenen vorgenommen werden, sind Einmalschutzhandschuhe und ist eine Schutzschürze bzw. ist ein langärmeliger Schutzkittel (bei Keimträgern) zu verwenden.

Die im Rahmen der Aufbewahrung und Versorgung von Leichen benutzten Gegenstände, Geräte und Utensilien sollen ausschließlich an diesen Zweck gebunden sein.

Der Leichenaufbewahrungs- bzw. Abschiedsraum und die benutzten Gegenstände sind bei Bedarf sofort, sonst nach Abschluss der Tätigkeit zu reinigen und zu desinfizieren. Zur Desinfektion sind im Normalfall die im Reinigungs- und Desinfektionsplan genannten Mittel- und Konzentrationen zu verwenden^{6.2.11}. Im Infektionsfall sind ggf. viruzide (z.B. im Fall von Noro oder Hepatitis A) oder sporizide (z.B. bei Clostridium difficile) zu verwenden.

Nach Abschluss aller Tätigkeiten an dem Verstorbenen ist eine gründliche Desinfektion der Hände und ggf. der Unterarme mit anschließender Reinigung erforderlich.

Sollte der betreffende Bewohner an einer Infektionserkrankung verstorben sein, ist dies dem Bestattungsinstitut und ggf. weiteren Personen im Vorfeld mitzuteilen. Bei unklaren Sachlagen im Zusammenhang mit an Infektionskrankheiten Verstorbenen kontaktiert die Heimleitung das Gesundheitsamt.

^{6.2.11} Die Erstellung und Verwendung eines eigenen Reinigungs- und Desinfektionsplan für den Abschiedsraum wird empfohlen.

Logo der Institution	Hygieneplan	Seite 63 von 64
Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft	Error! Style not defined.	Revision: Gültig ab:

7 Quellen

Bergen, Peter:

- Basiswissen Krankenhaushygiene / Brigitte Kunz Verlag / 3. Auflage 2010
- 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 August 2013

Kampf, Günter (Hrsg.):

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

Kienzle, Theo:

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

Lauber, Annette, Schmalstieg, Petra:

- Pflegerische Interventionen / Thieme Verlag / 1. Auflage 2003

Medizinproduktebetrieiberverordnung (MPBetreibV) in der Fassung vom Dez. 2014

Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (NLGA):

- Scabies in Altenpflegeeinrichtungen (2013)
- Informationen zu Kopflausbefall (2007)
- Norovirus-Infektionen in Alten- und Pflegeeinrichtungen (2012)
- Merkblatt zur Niedersächsischen Verordnung zur Verhütung übertragbarer Krankheiten (Hygiene-Verordnung) (2001)

Logo der Institution	Hygieneplan	Seite 64 von 64
Mitarbeiter der Pflege bzw. Hauswirtschaft	Error! Style not defined.	Revision: Gültig ab:

- Methicillin-resistente *Staphylococcus aureus* (MRSA) in Alten- und Pflegeeinrichtungen (2015)
- MRGN und ESBL-Bildner in Alten- und Pflegeeinrichtungen (2013)
- Clostridium difficile in Alten- und Pflegeeinrichtungen (2010)

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 (2013)
- 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 (2013)
- Infektionsprävention in Heimen (2005)
- Prävention postoperativer Infektionen im Operationsgebiet (2007)

Ständige Impfkommission des Robert Koch Institutes (STIKO):

- Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) / Stand: 2014

Erstellt von: (Name und Funktion)		Datum und Unterschrift:	
Freigegeben von: (Name und Funktion)		Datum und Unterschrift	