



## Hygieneplanmuster für Seniorenheime

### **Märkischer Kreis**

Der Landrat

Fachdienst: Gesundheitsschutz und Umweltmedizin

Bismarckstr. 15

58762 Altena

Telefon: 0 23 52 / 9 66-7272

E-Mail: [gesundheitstelefon@maerkischer-kreis.de](mailto:gesundheitstelefon@maerkischer-kreis.de)

Internet: [www.maerkischer-kreis.de](http://www.maerkischer-kreis.de)

Stand 2009



# Märkischer Kreis

**Der nachfolgende Muster-Hygieneplan kann die Grundlage für einen einrichtungsbezogenen Hygieneplan darstellen. Die im Anhang befindlichen Anlagen können fachspezifisch verwendet werden, sind aber den örtlich und situationsbedingten Gegebenheiten anzupassen.**

*Sollten hygienische Fragestellungen auftreten bei der Erarbeitung Ihres Hygieneplanes bzw. Desinfektionsplanes, stehen wir Ihnen gerne beratend zur Verfügung.*

**Märkischer Kreis**

Der Landrat  
Fachdienst Gesundheitsschutz und Umweltmedizin  
Bismarckstr. 15, 58762 Altena  
Telefon: 02352/966-7272  
E-Mail: [gesundheitstelefon@maerkischer-kreis.de](mailto:gesundheitstelefon@maerkischer-kreis.de)  
Internet: [www.maerkischer-kreis.de](http://www.maerkischer-kreis.de)

## Inhaltsverzeichnis:

<b>Sachregister</b>	<b>Seitenzahl</b>
Einleitung Hygieneplan	4
Personalhygiene	5-6
Desinfektionsverfahren / Händedesinfektion	7
Haut-, Flächen- und Instrumentendesinfektion	9-12
Hygieneanforderungen bei Injektionen und Infusionen	13-14
Anforderung an die Hygiene bei einer Insulininjektion	15-16
Hygieneanforderungen bei der Katheterisierung der Harnblase	17-19
Hygiene bei der Sondenernährung und Mundpflege	20-22
Hygiene bei der Pneumonieprophylaxe und Sauerstoffgabe	23-24
Umgang mit Medikamenten	25
Meldepflicht für übertragbare Krankheiten	26
Hygiene in Sanitärräumen	
Hygiene in Küchen	
Haltung von Haustieren	
Erste-Hilfe-Kasten	27
Trinkwasserhygiene	28-29
Abfallarten	30-34
Vorgehensweise bei Enteritis-Fällen	35
Vorgehensweise bei Scabies	36
Merkblatt zum Vorkommen von MRSA	37-43
Rechtsgrundlagen	44
Hygieneplan und die Qualitätssicherung	45
Gebrauch steriler und unsteriler Einmalhandschuhe	46
Hautschutzplan	47
Desinfektionsplan	49

Der Hygieneplan im Sinne des § 36 IfSG ist die Sammlung aller Hygieneanweisungen einer stationären oder ambulanten Einrichtung.

Er muss jedem Mitarbeiter zur Kenntnis gebracht werden und jederzeit in allen Bereichen vorhanden und einsehbar sein.

Der vorliegende Hygieneplan ist eine Dienstanweisung und muss von allen beschäftigten Personen befolgt werden.

Dieser Hygieneplan Stand (        ) tritt in Kraft am (        ).

Datum:

Unterschrift Praxisinhaber:

Datum	Name, Vorname	Funktion	Unterschrift

Ziel des Hygieneplans ist es, alle hygienisch relevanten Tätigkeiten von der Reinigung bis zur Desinfektion in der Pflege und Behandlung in übersichtlicher Form nachvollziehbar darzustellen.

Wie z. B. die Pflegestandards legt auch der Hygieneplan ein einheitliches Vorgehen fest.

Dabei ist nicht zu vergessen:

Schulungen der Mitarbeiter zum Thema Hygiene sind einmal jährlich und bei Neueinstellung durchzuführen und zu dokumentieren.

Gem. der Berufsgenossenschaftlichen Regeln – BGR 250 hat der Unternehmer für seine Einrichtung geltende Unfallverhütungsvorschriften, Verordnungen und Regeln an geeigneter Stelle auszulegen und die Beschäftigten über die bei ihren Tätigkeiten bestehenden Gefahren sowie über die Maßnahmen zur Abwendung vor Aufnahme der Beschäftigung und danach mindestens einmal jährlich zu unterweisen.

# Personalhygiene

## 1. Händewaschen

Das Waschen der Hände ist der erste wichtige Bestandteil der Händehygiene.

### **Es ist zu beachten:**

Vor und nach Arbeitsbeginn  
Bei Verschmutzung  
Vor und nach Toilettenbenutzung  
Nach dem Naseputzen  
Vor dem Essen

### **Anwendung:**

Flüssigseife in die angefeuchteten Hände geben  
Nach der Reinigung die Seife gründlich abspülen  
Händetrocknen mit Einmalpapierhandtüchern  
Danach die Hände pflegen

***Es ist darauf zu achten, dass keine Stückseife, Nagelbürsten und Gemeinschaftshandtücher benutzt werden!***

## 2. Nagelpflege

Fingernägel müssen im medizinischen Bereich kurz und sauber gehalten werden. Fingernägel sollten nicht lackiert werden.

*Künstliche Fingernägel haben gegenüber Nativnägel ein höheres Keimspektrum.*

## 3. Schmuck

In Arbeitsbereichen mit erhöhter Infektionsgefährdung dürfen keine Schmuckstücke, wie z. B. Uhren, Ringe, Ketten oder ähnliches an Händen und Armen getragen werden, da eine Beeinträchtigung der Händehygiene gegeben ist. Darunter zählen auch Eheringe!

## 4. Haare

Langes Haar muss in medizinischen Bereichen eng am Kopf getragen werden, ggf. ist ein Kopfschutz zu tragen.

## 5. Berufskleidung

Die Berufskleidung besteht entweder aus einem Kittel, einem Kleid, oder aus einem Kasack und einer Hose. Es ist darauf zu achten, dass der Kittel immer geschlossen getragen wird. Die Berufskleidung ist täglich zu wechseln, sofort bei starker Kontamination. Sie ist bei Dienstschluss abzulegen und darf nicht zu Hause gewechselt werden. Es ist darauf zu achten, dass die Berufskleidung bis 90 °C waschbar ist, oder bei 60°C in Verbindung mit einem Industriewaschmittel.

## 6. Schutzkleidung

Für Tätigkeiten, bei denen die Berufskleidung der Beschäftigten mit Krankheitskeimen verschmutzt werden kann, ist vom Unternehmer gem. BGR 250 / TRBA 250 Schutzkleidung zur Verfügung zu stellen, ebenfalls in Arbeitsbereichen mit erhöhter Infektionsgefährdung nach §18 (Prüfung im Einzelfall).

Zusätzlich sind dünnwandige und flüssigkeitsdichte Handschuhe zu stellen für Tätigkeiten, bei denen die Hände mit Körperausscheidungen /-flüssigkeiten in Berührung kommen können.

**Das Tragen von Schutzhandschuhen ist z. B. erforderlich:**

- bei invasiven Maßnahmen (Injektionen, Punktionen, Legen eines Venen- oder Blasenkateters, Bronchoskopie, Endoskopie etc.)
- bei vorhersehbarem oder wahrscheinlichem Erregerkontakt
- bei möglicher massiver Verunreinigung mit Se- und Exkreten, Körperausscheidungen.

**Es ist zu beachten, dass nach dem Ablegen der Schutzhandschuhe eine Händedesinfektion anzuschließen ist.**

**In den Technischen Regeln für Gefahrstoffe -TRGS 540- ist festgeschrieben, dass gepuderte Latexhandschuhe nicht mehr eingesetzt werden dürfen, sondern durch puderfreie und allergenarme Latexhandschuhe oder andere geeignete Handschuhe zu ersetzen sind.**

Die TRGS hat den Charakter einer Durchführungsverordnung und ist verpflichtend einzuhalten.

## 7. Einnehmen von Speisen

Die Einnahme von Speisen, Getränken, sowie das Rauchen ist nur in den dafür ausgewiesenen Räumlichkeiten gestattet.

## 8. Gesundheitliches Wohlergehen

Sollte es während des Dienstes zu einer gesundheitlichen Beeinträchtigung kommen, ist der unmittelbare Dienstvorgesetzte darüber zu informieren. Jede im Dienst erworbene Verletzung, ist in das Verbandsbuch einzutragen. Bei Stich- und Schnittverletzungen, bei Kontamination der Schleimhäute mit infektiösen Sekreten, ist der Arzt zu informieren.

## 9. Betriebsmedizinische Betreuung

Nach § 15 Biostoffverordnung hat der Arbeitgeber im Rahmen der nach § 3 des Arbeitsschutzgesetzes zu treffenden Maßnahmen für eine angemessene arbeitsmedizinische Vorsorge zu sorgen. Sie umfasst die zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren erforderlichen arbeitsmedizinischen Maßnahmen.

Gemäß § 5 Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) ist durch eine Beurteilung der arbeitsplatzbedingten Gefährdungen notwendige Schutzmaßnahme zu ermitteln. Diese allgemein gültige Vorschrift wird für Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen in der Biostoffverordnung (BioStoffV) und in der „Technischen Regel für Biologische Arbeitsstoffe“ (TRBA) 400 "Handlungsanleitung zur Gefährdungsbeurteilung bei Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen" konkretisiert.

# Desinfektionsverfahren

## Händedesinfektion

Zur hygienischen Händedesinfektion sind Mittel auf Wirkstoffbasis von Alkoholen zu verwenden, die den Standardzulassungen gem. § 36 Arzneimittelgesetz entsprechen. Aus diesem Grund sind vorzugsweise Mittel aus der Liste des Verbandes für angewandte Hygiene (VAH-Liste) zu verwenden.

Die hygienische Händedesinfektion ist bei tatsächlicher sowie aber auch bei einer fraglichen mikrobiellen Kontamination der Hände durchzuführen.

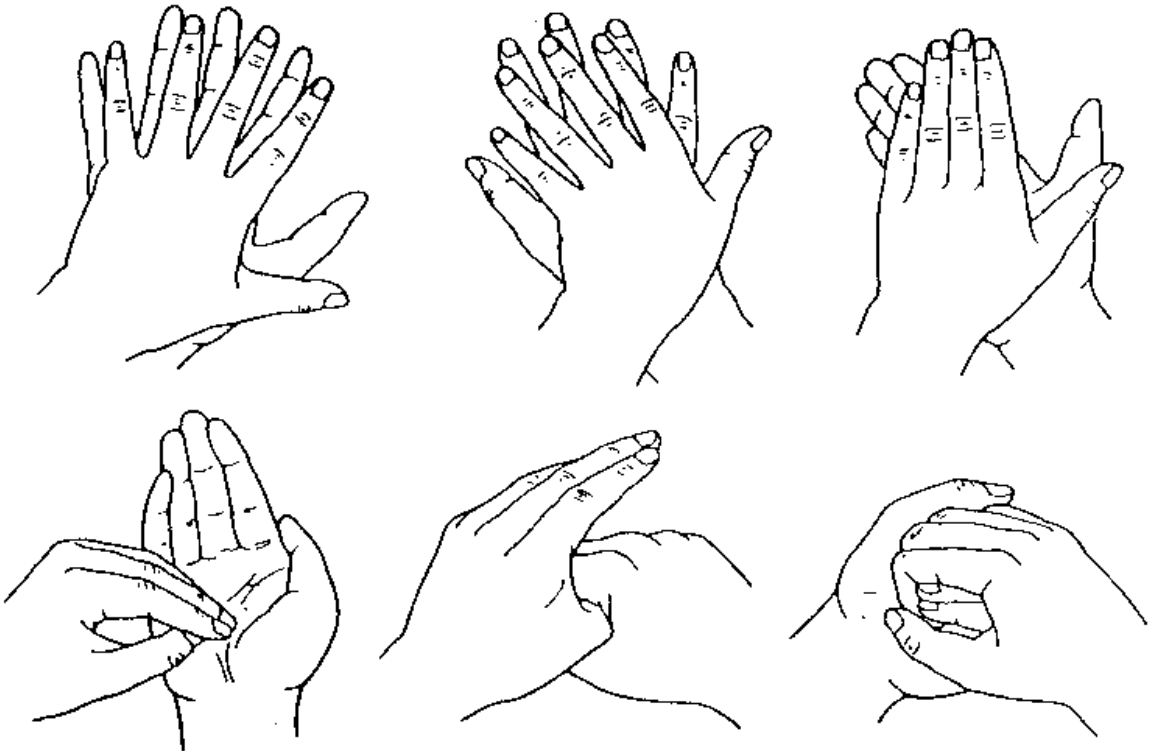
**WANN:** Vor Dienstbeginn  
Nach Hautkontakt mit Körperflüssigkeiten, Sekreten, Ausscheidungen oder nach Berührung kontaminierter Gegenstände und Flächen  
Vor dem Kontakt mit Bewohnern  
Nach dem Kontakt mit Bewohnern  
Vor invasiven Eingriffen, auch wenn dabei Handschuhe getragen werden  
Vor Injektionen und der Durchführung von Punktionen  
Vor der Durchführung eines Verbandwechsels  
Nach dem Ablegen von Handschuhen etc.  
Nach Dienstschluss

**Anwendung:** nach der Standardeinreibemethode für die hygienische Händedesinfektion gem. CEN pr. EN 1500

- 1 Handfläche auf Handfläche
- 2 Rechte Handfläche über linkem Handrücken und linke Handfläche über rechtem Handrücken
- 3 Handfläche auf Handfläche mit verschränkten gespreizten Fingern
- 4 Außenseite der Finger auf gegenüberliegende Handfläche mit verschränkten Fingern
- 5 Kreisendes Reiben des rechten Daumens in der geschlossenen linken Handfläche und umgekehrt
- 6 Kreisendes Reiben hin und her mit geschlossenen Fingerkuppen der rechten Hand in der linken Handfläche und umgekehrt

Desinfektionsmittel in die hohlen, trockenen Hände geben. Nach dem aufgeführten Verfahren das Produkt 30 Sekunden in die Hände bis zu den Handgelenken kräftig einreiben. Die Bewegungen jedes Schritte fünfmal durchführen. Nach Beendigung des 6. Schrittes werden die einzelnen Schritte bis zur Einreibedauer wiederholt. Im Bedarfsfall erneut Händedesinfektionsmittel entnehmen. Achten Sie darauf, dass die Hände während der gesamten Einreibedauer feucht bleiben.

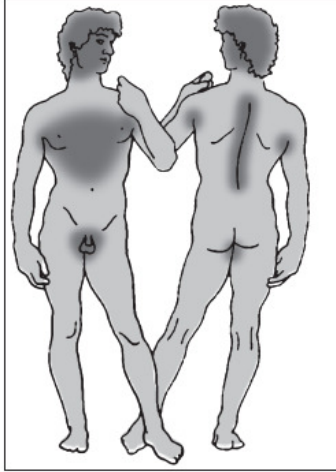
**Ziel ist es vorhandene Mikroorganismen der transienten Hautflora zu erfassen.**





## Hautdesinfektion:

Wann: Bei allen Eingriffen, bei denen die Haut verletzt werden muss, wie z. B. Injektionen, Punktionen, Operationen etc. ist eine Hautantiseptik mit einem nach dem Arzneimittelgesetz / VAH-gelisteten Hautdesinfektionsmittel durchzuführen.



Anwendung: Das entnommene Desinfektionsmittel 15-60 Sekunden lang auf der Haut sichtbar feucht halten. vordere und hintere Schweißrinne sichtbar feucht halten. Nicht nachwischen! Bei der Durchführung der Hautdesinfektion sind nur Desinfektionsmittel nach der Liste des Verbandes angewandter Hygiene (VAH-Liste) anzuwenden.

***Ziel ist es, die Haut vor medizinischen Eingriffen, bei denen die Haut verletzt werden muss, vor eindringenden Keimen zu schützen, um eine Keimverschleppung in tiefere Gewebsschichten und in das Gefäßsystem zu verhindern.***

***Hautantiseptik: Vor operativen Eingriffen/Operationen, bei denen eine Haarentfernung notwendig ist, erfolgt die Hautdesinfektion unmittelbar vor dem Eingriff, dabei ist zu beachten, dass die Haarentfernung mittels chemischer Enthaarung erfolgen sollte, damit bei einer Rasur eventuelle Hautverletzungen ausgeschlossen werden können!***

Desinfektionsmittel, die am Menschen angewendet werden, sind Arzneimittel im Sinne des § 2 Abs. 1 des Gesetzes über den Verkehr mit Arzneimitteln (Arzneimittelgesetz – AMG). Zu ihrer Herstellung ist in der Regel gemäß § 13 Abs. 1 AMG dann eine Erlaubnis der Bezirksregierung erforderlich, wenn die Person, die das Arzneimittel herstellt, eine andere ist als die, die es anwendet.

***Als Herstellen gelten dabei unter anderem auch das Umfüllen, Abfüllen, Abpacken und das Kennzeichnen (§ 4 Abs. 14 AMG).***

Voraussetzung für die Erteilung der (Herstellungs-) Erlaubnis ist, dass qualifiziertes Personal sowie Räume und Einrichtungen zur Verfügung stehen.

Wer dennoch unter Missachtung dieser Vorschriften ohne Erlaubnis Händedesinfektionsmittel um- oder abfüllt bzw. abpackt und kennzeichnet macht sich, sofern er dies wissentlich und willentlich und damit vorsätzlich tut, strafbar (§ 96 Ziffer 4 AMG).

## Flächendesinfektion

Die Scheuer-Wisch-Desinfektion wird bei der Desinfektion von Oberflächen z. B. Arbeitsflächen und Oberflächen medizinischen Inventars, ggf. auch Fußböden eingesetzt. Durch diese Maßnahme werden durch mechanisches Reiben an Oberflächen haftende Infektionserreger und Verunreinigungen gelöst, gleichzeitig wird das Flächendesinfektionsmittel aufgebracht.

Es dürfen nur Flächendesinfektionsmittel eingesetzt werden, die in die VAH-Liste aufgenommen sind.

Für Großflächen ist zu empfehlen, ein Flächendesinfektionsmittelkonzentrat, das mit Wasserkomponenten in einem Eimer gemischt werden muss, einzusetzen.

Für kleine Flächen ist zu empfehlen, auf eine gebrauchsfertige Flächendesinfektionsmittellösung zurück zu greifen. Hierbei ist ebenfalls eine Scheuer-Wisch-Desinfektion durchzuführen. Eine Sprühdesinfektion ist zu unterlassen.

### WANN:

**Eine gezielte Flächendesinfektion muss unmittelbar nach Kontaminationen mit Blut, Eiter, Speichel, Fäzes und anderen Körperausscheidungen durchgeführt werden, sowie beim Auftreten spezieller Erreger und bei einer Abschlussdesinfektion.**

**Eine präventive Flächendesinfektion ist überall dort durchzuführen, wo mit einer Kontamination mit erregerehaltigem bzw. potentiell infektiösem Material zu rechnen ist.**

**Folgende Oberflächen sind täglich mit einem Flächendesinfektionsmittel nach der VAH-Liste präventiv zu desinfizieren:**

**Pflegearbeitsraum  
Pflegearbeitswagen  
Gemeinschaftsbad-WC  
Flächen mit häufigem Handkontakt  
Stethoskope, Blutdruckmanschetten bei Bedarf  
Wäscherei – unreine Seite etc.**

Maßnahmen und Verfahren zur Reinigung und Desinfektion werden im Reinigungs- und Desinfektionsplan gezielt festgehalten. Der Desinfektionsplan ist raumbezogen zu erstellen und in laminierte Form in den unterschiedlichen Bereichen der Einrichtung auszuhängen. Mit Datum und Unterschrift der verantwortlichen Person erhält der Desinfektionsplan seine Freigabe und stellt somit eine verbindliche Dienstanweisung dar!

**Wie:** *Exakte Dosierung sicherstellen. Falls kein Dosiergerät vorhanden ist, sollten den Mitarbeitern andere vor allen Dingen sichere Dosierhilfen/Systeme bereitgestellt werden. Gebrauchslösungen der Desinfektionsmittel maximal einen Arbeitstag verwenden.*

- *Scheuer-Wisch-Desinfektion durchführen, dabei Fläche mit einer ausreichenden Menge des Mittels unter Druck nass abreiben*
- *Nicht Trockenwischen*
- *Die Fläche kann nach Antrocknen wieder benutzt werden*
- *Kontaminationen mit Blut, Faeces etc. erst mit einem desinfektionsmittelgetränktem Tuch entfernen, danach ist eine gezielte Flächendesinfektion durchzuführen.*
- *Putzeimer nach Abschluss der Reinigungs- und Desinfektionstätigkeit gründlich reinigen.*

- Wenn nicht Einmaltücher verwendet werden, sind die Tücher/Wischbezüge maschinell thermisch desinfizierend aufzubereiten. Danach sind diese zu Trocknen.
- Achtung, das Reinigungstuch darf nicht in der Desinfektionsmittellösung verbleiben!

**GRUNDSÄTZLICH SIND BEI FLÄCHEN- UND INSTRUMENTENDESINFEKTIONEN FESTE, FLÜSSIGKEITSDICHTE HANDSCHUHE (Haushandhandschuhe) ZU TRAGEN! (Keine Einmalhandschuhe)!**

**Wichtig: Bei dem Ansetzen des Flächendesinfektionsmittels mit Wasser ist zu beachten, dass die Menge des Konzentrates von der allgemeinen Wassermenge abgezogen wird!**

Um eine ordnungsgemäße Flächendesinfektion zu erzielen, ist es notwendig, daß die in der o. g. Liste vorgegebenen Gebrauchskonzentrationen und die damit verbundenen Einwirkzeiten eingehalten werden.

Ein Trocken-/Nachwischen ist zu unterlassen.

Auf keinem Fall ist einem Flächendesinfektionsmittel nach eigenem Ermessenein Zusatz von Reinigern hinzuzufügen.

Die Liste der VAH ist in erster Linie auf die Prophylaxe und die Routine ausgerichtet, während die des RKI auf die Infektionsbekämpfung (gemäß § 18 IfSG) als behördlich angeordnete Desinfektionsmaßnahme (mit genannten Mitteln und Verfahren !) ausgerichtet ist.

RKI-Mittel haben i.d.R. eine höheren Konzentration und längeren Einwirkungszeit bei der Anwendung gegenüber der VAH-Liste.

Die **Schlussdesinfektion** umfaßt alle Desinfektionsmaßnahmen, die bei einer **meldepflichtigen übertragbaren Infektionskrankheit** nach RKI erforderlich sind (nicht die allgemeine Desinfektion).

Zusätzlich kann eine **Raumdesinfektion**, nach behördlicher Anordnung, durch einen **Desinfektor** notwendig sein.

**Wichtig, Verwendung von Desinfektionsmitteln nach der RKI-Liste nur:**

► Bei behördlich angeordneten Entseuchungen ◀

(- dürfen nach § 18 des Infektionsschutzgesetzes nur Mittel und Verfahren verwendet werden, die vom Robert Koch-Institut (RKI) auf Wirksamkeit und vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) bzw. vom Umweltbundesamt (UBA) auf Unbedenklichkeit für Gesundheit und Umwelt geprüft und in eine vom RKI zu veröffentlichende Liste aufgenommen worden sind).

## Chemische Instrumentendesinfektion

Zur Instrumentendesinfektion dürfen nur die in der Liste des Verbundes angewandter Hygiene (VAH-Liste) enthaltenen Präparate, eingesetzt werden. Um eine sichere Desinfektion zu erzielen, ist es notwendig, daß die in der o. g. Liste vorgegebenen Gebrauchskonzentrationen und die damit verbundenen Einwirkzeiten eingehalten werden.

**Die Desinfektion hat vor der Reinigung zu erfolgen!**

**Es ist zu beachten:** Durchführung der Desinfektion nur in einer ausreichend dimensionierten und abdeckbaren Desinfektionswanne. Die Instrumentendesinfektionsmittelwanne ist mit dem aktuell verwendeten Desinfektionsmittelproduktamen, Angabe der Konzentration, Einwirkzeit und dem Ansetzdatum zu versehen.

Exaktes Herstellen der Desinfektionsmittelgebrauchskonzentration. Die erforderlichen Mengen des Desinfektionsmittelkonzentrats und Wassers genau abmessen. Nicht vergessen! Die Milliliterzahl des Desinfektionsmittelkonzentrates muss von der Gesamtwassermenge abgezogen werden! Die Lösung darf nur mit kaltem Wasser angesetzt werden.

Die Instrumente sind so einzulegen, daß alle inneren und äußeren Oberflächen von der Lösung umgeben sind. Schläuche und Hohlkörper sind mit der Desinfektionsmittellösung durchzuspülen.

Die erforderliche Einwirkzeit zählt ab Einlegen des letzten Instrumentes.

Die vom Hersteller gegebenen Hinweise zur Verwendbarkeit der Gebrauchslösung sind zu beachten.

Nach Beendigung des Desinfektionsvorganges, das Instrumentarium gründlich spülen, trocknen und auf die Funktionsfähigkeit überprüfen, dann erst verpacken (falls nötig sterilisieren).

**Bei dem Umgang mit dem Instrumentendesinfektionsmittel und der nachfolgenden Aufbereitung sind feste, flüssigkeitsdichte Handschuhe (Haushaltshandschuhe) zu tragen! (Keine Einmalhandschuhe)!**

## **Hygienische Anforderungen an Injektionen/Punktionen ( intracutan, subcutan, intramuskulär und intravenös )**

Injektionen/Punktionen gehören zu den häufigsten routinemäßigen Eingriffen am Patienten. Durch hygienische Mängel können Keime verschleppt werden und zu Infektionen führen. Im Vordergrund stehen vor allem lokale Prozesse, wie z. B. Spritzenabszesse und Thrombophlebitiden. Deshalb ist eine einwandfreie Hygiene die Grundvoraussetzung für die Durchführung von Injektionen/Punktionen.

***Wichtiger Bestandteil vor jedem invasiven Eingriff ist die Hautdesinfektion!***  
**Vor bzw. nach der Ausführung von Injektionen an Patienten ist eine hygienische Händedesinfektion durchzuführen. Das Tragen von Einmalhandschuhen (Untersuchungshandschuhen) ist verpflichtend.**

- Bei subkutanen und intramuskulären Injektionen ist die Haut im Bereich der Einstichstelle sorgfältig mit einem Hautdesinfektionsmittel abzureiben. Die vorgeschriebene Einwirkungszeit (meist 15-30 Sekunden) ist zu beachten.
- Abreiben der Haut mittels eines sterilisierten Tupfer und danach ein nochmaliges Aufsprühen ("Wenn es brennt" ist die Einwirkungszeit zu kurz gewesen !)
- Die Injektion ist nach ärztlicher Anordnung fachgerecht durchzuführen.
- Die Entsorgung der Nadel erfolgt in einem durchstichsicheren, fest verschließbaren Einwegbehälter. Die Arbeitsfläche wird nach Beendigung einer Feuchtwischdesinfektion unterzogen.
- Anschließend erfolgt die Dokumentation der Medizinischen Pflege.

**Nachfolgende Punkte sind zu beachten:** Die benötigten Materialien sind auf einer sauberen und trockenen Unterlage bereitzulegen

Sachgerechtes Öffnen der Sterilgutverpackung erst unmittelbar vor der Injektion bzw. Punktion. Einmalmaterialien dürfen nicht wiederverwendet werden.

Kontrolle der Medikamentenbehältnisse auf Beschädigungen, Verfallsdatum, Trübungen, Verfärbungen usw.

Mehrdosenampullen an der Durchstichstelle mit einem Hautdesinfektionsmittel desinfizieren

Die Aspiration der Medikamente aus Ampullen bzw. aus Mehrdosenbehältnissen hat mit gesonderter Kanüle zu erfolgen und nicht mit der Kanüle, mit der injiziert wird

Mehrdosenampullen sind mit dem Anbruchsdatum und der Uhrzeit zu versehen, sie sind kühl zu lagern, Die Aufziehkanüle ist nach Gebrauch zu entfernen.

Enthalten Injektionsflüssigkeiten in Mehrwegbehältnissen kein Konservierungsmittel, so ist eine Verwendung der restlichen Flüssigkeit nach der ersten Entnahme nur noch innerhalb von 12 Stunden erlaubt.

Enthalten diese jedoch ein Konservierungsmittel, so ist eine Aufbewahrung bis zu 3 Tagen erlaubt. Die Aufziehkanüle ist nach Gebrauch zu entfernen.

*Die Verantwortung dafür, dass das richtige Medikament in der richtigen Spritze ist, trägt immer derjenige, der das Medikament appliziert. Eine unbeschriftete Spritze oder eine Spritze zu der die dazugehörige Ampulle nicht eindeutig zuzuordnen ist, muss verworfen werden!*

### **Hygienische Anforderungen an Infusionen**

Das Anlegen einer Infusion ist ärztliche Aufgabe. Ausgenommen sind dabei nur subcutane Infusionen z.B. mit Butterfly®, die vorwiegend bei bestehender Austrocknung (Exsikose) durchgeführt werden. Grundsätzlich bedarf dabei jede Form der Infusion einer schriftlichen ärztlichen Anordnung.

Bei der Anlage und Versorgung von intravasalen Kathetern müssen die folgenden Hygienemaßnahmen beachtet werden:

- Sichtkontrolle des Behälters (Haarrisse), Flüssigkeit (Trübung) und Kontrolle des Verfallsdatums.
- Die Belüftung erfolgt durch das Kammersystem. Niemals eine Kanüle zur Belüftung in die Infusionsflasche stecken.
- Vorbereitung von Infusionen max. 1 Stunde vor Applikation. Die Laufzeit der Infusion möglichst auf max. 24 Stunden beschränken.
- Diskonnektion von intravasalen Zugängen und Infusionssystemen nur im Ausnahmefall unter aseptischen Kautelen.
- Unsterile Pflasterstreifen sind bakteriell kontaminiert. Zur Abdeckung der Einstichstelle sind sterile Tupfer zu verwenden.
- Zum Beschriften von Plastikinfusionsflaschen sind Banderolen oder vom Hersteller empfohlene Etiketten zu verwenden.

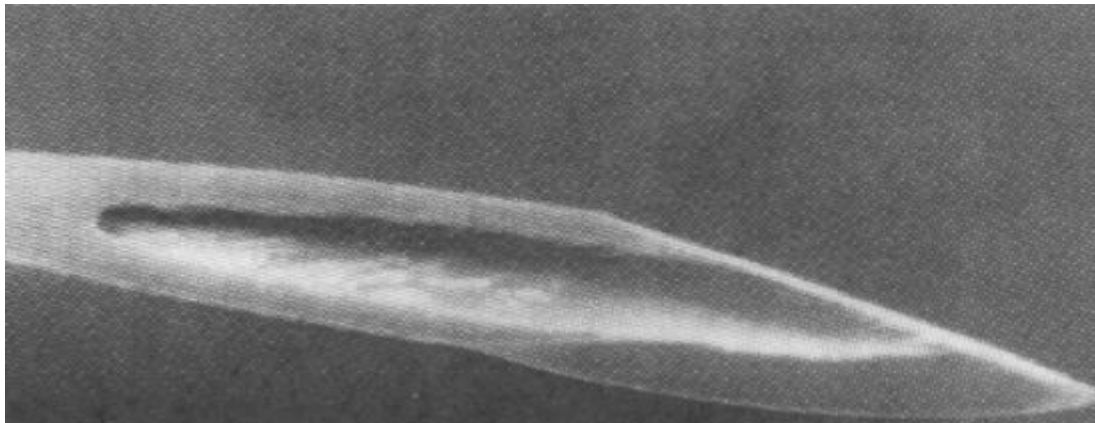
## Anforderung an die Hygiene bei einer Insulininjektion

Vor der Insulinverabreichung ist die Hautstelle des Bewohners mit einem nach der VAH gelisteten Hautdesinfektionsmittel zu desinfizieren. Bei der Durchführung der Sprühdeseinfektion ist ein Nachwischen zu Unterlassen!

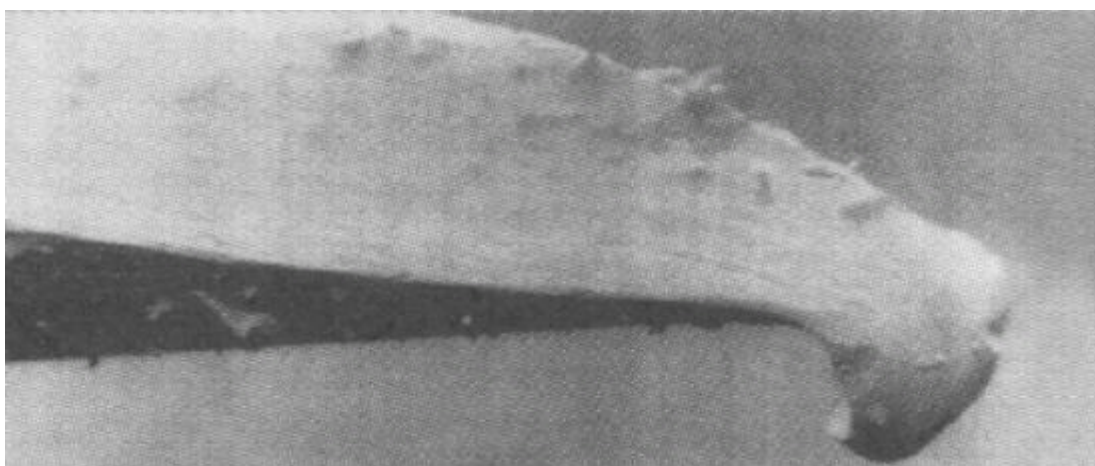
Bitte beachten; eine Hautdesinfektion entfällt nur dann, wenn der Betroffene / Bewohner selbst in der Lage ist, die Insulininjektion durchzuführen.

- 1) Verwenden Sie zu jeder neuen Insulininjektion eine neue Penkanüle
- 2) Wechseln Sie die Spritzstellen für Ihre Insulininjektion
- 3) Bilden Sie eine Hautfalte und bringen Sie die Penkanüle in einem Winkel von 45°-90° unter die Haut, um eine intramuskuläre Insulininjektion zu verhindern. Diese sind sehr schmerzhaft.
- 4) Warten Sie nach jeder Insulininjektion ca. 3-5 Sekunden, damit sich das gespritzte Insulin im Unterhautfettgewebe verteilen kann. Wird der Pen nach der Injektion zu schnell herausgezogen, so kann es zum Wiederaustreten des Insulins kommen.

Nach jeder Insulininjektion sollte eine neue Kanüle verwendet werden. Grund hierfür ist, dass die Kanülen an ihrer Spitze einen besonderen Schliff und eine spezielle Oberflächenbeschichtung haben. Der Schliff und die Beschichtung sollen ein möglichst schonendes Eindringen der Kanüle in die Haut gewährleisten. Durch den besonderen Schliff schiebt sich die Kanülenspitze zwischen die Hautzellen und schiebt diese auseinander. Nach dem Herausziehen der Kanüle legen sich die Hautzellen wieder aneinander, ohne dass eine Verletzung davongetragen wird.



NEUE NADEL



NADEL NACH 4-MALIGEM GEBRAUCH



NADEL NACH 6-MALIGEM GEBRAUCH

Wenn eine Kanüle mehrfach verwendet wird, kommt es zu einer Hakenbildung an der Nadelspitze und zu einer Abnutzung der speziellen Oberflächenbeschichtung der Kanüle. Die Haken verursachen sowohl beim Eindringen als auch beim Herausziehen der Nadel Zerstörungen im Unterhautgewebe. Dieses zerstörte Gewebe muss dann vom Körper wieder repariert und ersetzt werden. In schwerwiegenden Fällen kann es sogar zu großflächigen Haut- und Gewebeveränderungen bis hin zur Bildung von Dellen oder Beulen kommen.



Delle (Dystrophien)



BEULE (Atrophien)



## **Anforderungen der Krankenhaushygiene bei der Katheterisierung der Harnblase**

Harnableitungen müssen wegen des Infektionsrisikos auf das unvermeidliche Minimum reduziert werden. Nur aus absolut medizinischen Gründen (Therapieverantwortung obliegt dem Arzt) ist das Legen eines Blasenkatheters indiziert.

Unter infektionspräventiven Aspekten sollten bei länger dauernder oder bleibender Inkontinenz, Alternativen zu Verweilkathetern für die Harnableitung eingesetzt werden. Dies sind z. B. Kondom-Urinale, aufsaugende Medien (Vorlagen, Windeln) oder, bei entsprechender Indikation, operative Harnableitungen.

### **Vor und nach unmittelbarem Patientenkontakt bzw. vor und nach der Behandlungspflege, nach Kontakt mit Körperflüssigkeiten und Ausscheidungen ist eine hygienische Händedesinfektion mit einem VAH-gelisteten Händedesinfektionsmittel durchzuführen.**

Dieses Vorgehen schließt das generelle Tragen von dünnwandigen, flüssigkeitsdichten Einmalhandschuhen bei Arbeiten, bei denen es zu Kontakt mit Körperflüssigkeiten und Ausscheidungen kommen kann, nicht aus.

### **Die richtige Katheterwahl unterstützt im wesentlichen die intakte Schleimhaut und hilft Harnwegsinfektionen zu vermeiden:**

- PVC- (Polyvinylchlorid-)Katheter enthalten Weichmacher und sind nur für den Einmalkatheterismus geeignet.
- Silikonisierte Latexkatheter sind für die kurzzeitige Liegedauer max. 7 Tage, bei Latexkatheter (Vorsicht Latexallergie) max. 5 Tage geeignet.
- Silikonkatheter sind für die längerfristige Harndrainage bis max. 6 Wochen geeignet

### **Anforderungen an eine Katheterisierung:**

- Die Indikation ist streng durch den Arzt zu stellen. Die zeitliche Begrenzung der Liegedauer ist mit dem Arzt zu vereinbaren und zu dokumentieren.
- Nur geschlossene, sterile Urindrainagesysteme (Probeentnahmestelle am Ableitungsschlauch, Rücklauf Sperre, Ablassstutzen mit Ablassventil und Rückstecklasche) einsetzen.
- Die transurethralen Katheter sind von geschultem Personal (regelmäßige Schulungen), nach Möglichkeit von zwei Personen, zu legen.
- aseptische und atraumatische Vorgehensweise mit Hilfe eines Katheterisierungsset:
  - ✓ hygienische Händedesinfektionsmittel und sterile Handschuhe
  - ✓ steriler Katheter
  - ✓ Sterile Handschuhe und Abdeckmaterialien
  - ✓ sterile Tupfer und sterile Pinzette (Non-Touch-Methode)
  - ✓ Gleit- und Anästhesiemittel in Einmal-Portionen
  - ✓ Schleimhautdesinfektionsmittel
  - ✓ steriles Gleitmittel
- Das äußere Genitale einschließlich Harnröhrenöffnung muss sorgfältig gereinigt und mit einem Schleimhautdesinfektionsmittel (längere Einwirkungszeit beachten) desinfiziert werden.

- Der Ballon wird mit sterilem Aqua dest. oder sterilen 8-10% Glycerin Wasserlösung geblockt. (Kein Blocken mit NaCl oder Leitungswasser).

### **Notwendige Hygienemaßnahmen bei der Katheterpflege sind:**

- Die Dauerkatheter sind mit genügendem Spielraum ohne Bodenkontakt zu fixieren. Ein Abknicken von Katheter und Harnableitungssystem ist zu vermeiden.
- Es ist für ständig freien Abfluss zu sorgen. Die Verbindung zwischen Katheter und Drainagesystem darf nur unter aseptischen Kautelen getrennt werden, z. B. beim Wechsel des Drainagesystems. Die Konnektionsstelle ist vor der Diskonnektion gründlich, unter Einhaltung der Einwirkungszeit, zu desinfizieren.
- Die Drainagebeutel sind regelmäßig zu leeren. Abflussstelle und Auffanggefäß dürfen nicht miteinander in Kontakt kommen. Auf den Spritzschutz und das Verhindern des Nachtropfens (Rücksteckflasche) ist zu achten. Nach der Entleerung ist der Harnablass desinfizierend zu reinigen.
- Gleitmittel sind Einmalprodukte und dürfen nach Benutzung nicht wiederverwendet werden. Eine längerfristige Lagerung ist zu unterlassen.
- Bei der Harnentsorgung (Ablassen oder Beutelwechsel) sind Schutzhandschuhe zu tragen; nach Ablegen der Schutzhandschuhe sind die Hände zu waschen und zu desinfizieren.
- Der Urinauffangbeutel darf nie über Blasenniveau angehoben werden.
- Urin für Untersuchungen ist durch Punktion der vorgesehenen Einstichstelle am Drainagesystem zu entnehmen. Die Einstichstelle ist zuvor zu desinfizieren.
- Der Katheter ist bei Bedarf zu wechseln.

### **Inkrustationen**

Mechanische Fremdkörperreizungen führen in der Urethra zur Schleimbildung. Dadurch entstehende Verkrustungen führen durch Bewegungen des Kathetermaterials zu Mikroläsionen der Harnröhre und stellen zudem ein gutes Nährmedium für Mikroorganismen dar. Der Übergang des Dauerkatheters in den Meatus urethrae muss saubergehalten werden.

- 2-3 x täglich Katheter und Meatus urethrae mit Wasser und Seifenlotion, ohne Zusatz von antiseptischen Mitteln, reinigen.
- Inkrustationen können mit einem 3 % H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> getränkter Mullkomresse vorsichtig entfernt werden.
- Auf frühzeitige Infektionszeichen und einer ausreichende perineale Intimhygiene ist zu achten.
- Blasenspülungen sind nur als Therapie (ärztliche Anordnung), nicht aber als Infektionsprophylaxe, durchzuführen.

### **Alternativen zur transurethralen Blasendrainage**

#### **1. Kondomurinal**

Bei inkontinenten Männern ist die Anwendung von Kondomurinalen (transparentes Kondomurinal aus Silikon), die über den Penis aufgerollt und mit einem Befestigungsstreifen fixiert werden, möglich.

Bei der Anwendung ist auf eine sorgfältige Individualhygiene zu achten. Das Urinal ist nur tagsüber zu tragen, zur Nacht ist es abzunehmen.

## **2. Suprapubische Blasendrainage**

Als ausschließlich ärztliche Maßnahme wird der Katheter durch die Bauchdecke von außen in die Harnblase eingeführt und mit einer Kunststoffplatte und einer Subkutannaht fixiert.

Die Einstichstelle ist täglich zu inspizieren und kann bei Bedarf mit einem sterilen Pflaster abgedeckt werden.

## **3. Verwendung von Inkontinenzprodukten**

Das Angebot von Inkontinenzprodukten ist vielfältig und reicht von saugfähigen Einlagen bis zu Inkontinenzhosen.

Es ist auf einen regelmäßigen Wechsel der Inkontinenzprodukte (bei Bedarf mindestens aber pro Schicht) und einer guten Hautpflege zu achten.

## Hygiene bei der Sondenernährung

Häufig handelt es sich bei Patienten, die eine Ernährungssonde benötigen um immunsupprimierte Patienten, die aufgrund dieser Situation infektionsanfälliger sind. Endogene Kontaminationsquellen sind zum einen der schlechte Allgemeinzustand des Patienten, eine schnelle Magenpassage und ein zu hoher pH-Wert des Magensaftes. Durch den häufig eingeschränkten Schluckreflex besteht eine erhebliche Gefahr der Aspiration bis hin zur Aspirationspneumonie.

Aufgrund der Zusammensetzung stellt die Sondennahrung einen optimalen Nährboden für Mikroorganismen dar. Folgende Keime können z. B. bei unsachgemäßem Umgang in der Sondenkost vorkommen:

ENTEROKOKKEN  
STAPHYLOCOCCUS AUREUS  
CANDIDA ALBICANS  
STAPHYLOCOCCUS EPIDERMIDIS  
PSEUDONOMAS AERUGINOSA

Daher ist ein strenges hygienisches Vorgehen erforderlich.

Die Händehygiene stellt einen wesentlichen Punkt der erforderlichen Maßnahmen dar, da durch inkonsequente Händehygiene eine Kontamination der Nahrung erfolgen kann.

**Eine Händedesinfektion ist daher unbedingt vor der Zubereitung bzw. dem Richten der Sondenernährung und vor jeder Manipulation am Sondenernährungssystem erforderlich.**

**1. Home-Made Sondenkost** dient dem sofortigen Verbrauch.

- "Home Made Kost" oder andere selbstproduzierte Kost nie warmhalten.
- Die Zusammensetzung unterliegt Nährstoffschwankungen und sollte nicht als Langzeittherapie durchgeführt werden.
- Durch die Herstellung und Lagerung besteht ein erhöhtes Kontaminationsrisiko (ca.  $10^4$  KBE/ml).

**2. Pulverisierte Sondennahrung** dient dem sofortigen Verbrauch.

- Die Schnittstelle des Beutels desinfizierend reinigen und mit einer desinfizierten Schere aufschneiden.
- Zur Herstellung der Sondennahrung sind desinfizierend gereinigte Gegenstände (Schüttelbecher, Messlöffel etc.) zu verwenden. Die Aufbereitung der Gegenstände erfolgt durch die Geschirrspülmaschine bei einer Temperatur  $> 60^\circ\text{C}$  oder durch die Reinigungs-Desinfektions-Strasse in der Zentralküche.
- Das Pulver ist mit abgekochtem abgekühltem Wasser herzustellen.
- Durch die Herstellung besteht ein Kontaminationsrisiko (ca.  $10^2$  KBE/ml)

**3. Flaschennahrung**

- Die Flasche ist mit einem desinfizierten Flaschenöffner zu öffnen
- Flaschensondennahrung kann bei Raumtemperatur (Bewohnerzimmer) gelagert werden
- Die Flaschennahrung ist sterilisiert und enthält keine Mikroorganismen (0 KBE/ml)

## **Hygienische Hinweise zur Zubereitung von Sondennahrung**

- Wischdesinfektion der Arbeitsfläche
- Das Applikationssystem wird aseptisch angeschlossen, fest konnektiert und das Schlauchsystem entlüftet.
- Beim Auftreten flockiger Nahrung z. B. im Sondenkostbeutel muss die Nahrung sofort entfernt werden und die Sonde von Resten befreit und gespült werden.
- Falls die Sondennahrung erwärmt werden soll, kann das im Wasserbad erfolgen. Kein Umfüllen aus der Flasche in Kochtöpfe usw.

## **Hygienische Hinweise zur Applikation von Sondennahrung**

- Bei der Bolus-Applikationsform sollten sterile Einmalspritzen eingesetzt werden. Die einmal eingesetzte Spritze darf nicht mit Nahrungsresten im Bewohnerzimmer verbleiben. Mehrfachverwendbare Spritzen sind bewohnerbezogen staub-, schmutz- und feuchtigkeitsgeschützt zu lagern.
- Die Nahrungsreste in einer angebrochenen Flasche muß im Kühlschrank aufbewahrt werden. Datum und Uhrzeit des Anbruchs sind auf der Flasche zu vermerken. Spätestens nach 24 Stunden müssen die Reste verworfen werden.
- Plastikbeutel mit Überleitungssystem sind spätestens nach 24 Stunden zu verwerfen. Das Datum ist auf dem Beutel zu vermerken.
- Bei Sondennahrungsbeuteln muss allgemein darauf geachtet werden, dass eine direkte Sonneneinstrahlung beim Einlaufen der Lösung vermieden wird. Eine Flasche sollte nicht länger als 6 Stunden angeschlossen sein, da durch einen langen Applikationszeitraum, das Wachstum von Keimen gefördert wird.

## **Durchspülen der Sonde nach der Nahrungsgabe**

Nach jeder Nahrungsgabe muss die enterale oder die perkutane enterale Gastrostomie (PEG-)Sonde mit zuvor frisch zubereitetem (kochendes Wasser verwenden) und auf Körpertemperatur abgekühltem Tee oder abgekochtem und abgekühltem Wasser durchgespült werden, um eine Verstopfung der Sonde zu verhindern.

Früchtetee und schwarzer Tee führen zur Ausflockung von Nahrungsresten und sind nicht zu verwenden.

## **Pflege der transnasalen Sonde**

- Die Fixation nasaler und oraler Sonde täglich erneuern, hierbei die Sondenlage um ca. 1 cm verändern, um Druckulzertionen in der Antrum pyloricum Falte zu vermeiden.
- Sondenwechsel je nach Material alle 2-3 Wochen. PVC-Sonden müssen früher gewechselt werden, da Weichmacher aus dem Material ausgewaschen werden und die Sonde spröde wird. Silikonsonden besitzen eine wesentlich längere Liegedauer.
- Bei einem Sondenwechsel ist die Nasenseite zu wechseln und die Sonde möglichst frei im Nasenlumen zu fixieren.
- Vor jeder Sondenkostapplikation ist die korrekte Sondenlage zu kontrollieren.
- Mit speziell dafür vorgesehenen Verschlussklappen der Sonden lassen sich die Ernährungssonden in den Nahrungspausen verschließen. Sonden ohne integrierte Verschlussklappen sollten keine Verwendung finden. Die Unsitte, kleine Arterienklemmen zum Verschluss der Sonden zu verwenden, sollte unterbleiben. Besonders die weichen Sonden aus Polyurethan und speziell aus Silikonkautschuk sind gegenüber mechanischen Verletzungen sehr empfindlich.
- Auf keinen Fall dürfen verstopfte Sonden mit irgendwelchen steifen Gerätschaften, wie Mandrins oder Seldingerdrähten „durchstoßen“ werden. Das Risiko von Schleimhautverletzungen beim Austritt dieser „Drähte“ aus einer Sondenöffnung ist viel zu groß.

### **Pflege bei percutaner endoskopischer Gastrostomie (PEG)**

- Wundverbände bei PEG zumindest in den ersten 7 Tagen täglich wechseln.
- Nach Abheilung und Granulation kann die Wunde ohne Verband sein.
- Tägliche Wundkontrolle und Dokumentation

### **Hygiene bei der Mundpflege**

Die genau durchgeführte Mundpflege und -hygiene ist die Grundvoraussetzung für eine intakte Mundschleimhaut. Eine Mund- und Zahnpflege ist mindestens 2-3 x täglich durchzuführen.

Mangelndes Durstgefühl, Medikamenteneinnahme, Fehlernährung und Infektionserkrankungen können zu Problemen bei der Mundhygiene ( Soor- und Parotitisinfektionen) gerade im Alten führen.

Bei Patienten mit PEG oder Tracheotomie ist eine gründliche Mundpflege besonders wichtig, da gerade bei der Sondenernährung der Speichelfluss stark eingeschränkt ist.

Die Händehygiene stellt einen wesentlichen Punkt der erforderlichen Maßnahmen zum Eigenschutz da.

#### **Vor und nach unmittelbarem Patientenkontakt bzw. vor und nach der Behandlungspflege, nach Kontakt mit Körperflüssigkeiten und Ausscheidungen ist eine hygienische Händedesinfektion mit einem VAH-gelisteten Händedesinfektionsmittel durchzuführen.**

Dieses Vorgehen schließt das generelle Tragen von dünnwandigen, flüssigkeitsdichten Einmalhandschuhen bei Arbeiten, bei denen es zu Kontakt mit Körperflüssigkeiten und Ausscheidungen kommen kann, nicht aus.

- Einmalhandschuhe und ggf. Schutzkleidung (bei Verspritzungen)
- Verwendung von geschlossenen individuellen Mundpflegetablets. Bei eigen erstellten Produkten ist auf eine staub-, schmutz- und feuchtigkeitsgeschützte Lagerung (geschlossene Boxen) zu achten. Das Set ist nach 24 h desinfizierend zu reinigen und zu erneuern.
- Mundpflegelösung ist in einem geschlossenen Becher staubgeschützt aufzubewahren und pro Schicht zu erneuern.
- Rachenantiseptika nur bei Bedarf nach ärztlicher Anordnung verwenden (Entstehung einer pathogenen Flora vermeiden).
- Kontrolle der Mundhöhle mindestens 2-3 x täglich (Taschenlampe).
- Individuelle Reinigung der Zahnprothese mit Zahnbürste/ Zahnpaste oder Reinigungstabletten. Die Einwirkungszeit der Reinigungstabletten ist zu beachten.

## Pneumonieprophylaxe und Sauerstoffverabreichungen

Das Risiko an einer Pneumonie zu erkranken ist besonders bei alten Menschen (> 70 Jahre) und immungeschwächten Menschen groß. Die Aspiration von kleinen Mengen Magensaft (pH-Wert >4) oder Mund-Rachen-Sekret kann dann von großer Bedeutung sein, wenn diese Sekrete eine hohe Keimzahl an potentiell pathogenen Keimen aufweisen z.B. bei reduzierter Mundspeichelsekretion.

Eine der wichtigsten Maßnahme zur Infektionsprophylaxe ist auch hier die hygienische Händedesinfektion mit einem VAH-gelisteten Händedesinfektionsmittel. Dieses Vorgehen schließt das generelle Tragen von dünnwandigen, flüssigkeitsdichten Einmalhandschuhen bei Arbeiten, bei denen es zu Kontakt mit Körperflüssigkeiten und Ausscheidungen kommen kann, nicht aus.

### Allgemeine Hygienemaßnahmen bei der Inhalation

- Verneblergeräte sind grundsätzlich patientenbezogen einzusetzen und unterliegen der Medizinproduktebetriebsverordnung (MPBetreibV).
- Einmalmaterialien sind nach Gebrauch zu entsorgen. Mehrfachverwendbare Materialien sind einer desinfizierenden Aufbereitung zu unterziehen. Die Teile des Schlauchsystems mit direktem Patientenkontakt sind alle 24 h zu wechseln.
- Zur Befeuchtung ist ein geschlossenes Sterilwassersystem z.B. Aqua dest. zu verwenden. dass mit dem Anbruchdatum versehen ist. Die Benutzung von Leitungswasser hat zu unterbleiben (Keimverschleppung)

### Hygienemaßnahmen bei Absaugungen

- Einmalhandschuhe und Schutzkleidung (Schutzkittel), hygienische Händedesinfektion, , ggf. ist eine Schutzbrille erforderlich. Durchführung mit 2 Personen. Grundsätzlich ist bei jeder Absaugung (oral-nasal, tracheal) ein Mund-Nasenschutz zu tragen!
- Die Absaugkatheter müssen steril sein und unter aseptischen Bedingungen eingeführt werden bei einmaligen Gebrauch. Katheter mit einer Öffnung und glatter Spitze werden ohne Sog eingeführt und unter Sog mit leichten Drehbewegungen herausgezogen. Bei Absaugkatheter mit zentraler Öffnung und mehreren seitlichen Perforationen werden unter Soge ein- und ausgeführt (saugen sich nicht an der Trachealwand fest).
- Endotracheales Absaugen und Absaugen des Mund-Rachen-Raums sind getrennte Arbeitsprozesse, ein Wechsel von Absaugkatheter und Handschuhen ist dabei unablässig.
- Nach Beendigung des Absaugvorganges wird der benutzte Katheter mit dem Handschuh entsorgt und eine hygienische Händedesinfektion durchgeführt.
- Der Absaugschlauch (nicht der Katheter) wird anschließend mit steriler Spülflüssigkeit (Aqua dest.) durchgespült.
- Spülflüssigkeit ist in einem geschlossenen Behältnis staubgeschützt lagern. Die Standzeit der Spülflüssigkeit beträgt max. 24 h. Das Datum ist auf dem Behälter zu dokumentieren.
- Das Absauggerät täglich desinfizierend reinigen. Einmalsysteme werden nach Gebrauch dem Abfall zugeführt. Sekretflaschen und Verbindungsschläuche müssen nach Gebrauch (max. 24h) chemisch-thermisch aufbereitet werden. Bei der Verwendung von geschlossenen Einmalsekretbehälter sind die

Herstellerangaben zu beachten (z.B. Zugabe von Fixiermitteln und anschließender Abfallentsorgung).

- Die Lagerung von Absauggeräten erfolgt nach einer desinfizierenden Reinigung staub- und schmutzgeschützt z.B. mit einem Tuch oder im Schrank.

### **Sauerstoffbefeuchtungen**

- Grundsätzlich unterliegt die Sauerstoffgabe der ärztlichen Anordnung (Arzneimittelgesetz). Die Anwendungsdauer, die Sauerstoffmenge und die Verabreichungsart bestimmt der Arzt.
- Zur Befeuchtung ist steriles Aqua dest. (als Einmalbehälter oder in einem verschließbaren Sprudlertopf) anzuwenden.
- Das Anbruchdatum ist auf dem Behälter zu dokumentieren. Umgefülltes Aqua dest. muss nach max. 24 h entsorgt werden (hohe Verkeimungsgefahr). Aqua dest. Einmalbehälter sind spätestens nach 4 Wochen auszuwechseln bzw. bei Patientenwechsel. Die Herstellerangaben zur Lagerung sind zu beachten.
- Die zuführenden sterilen Sauerstoffsonden, -katheter und -masken sind patientenbezogen zu benutzen und täglich zu wechseln. Sie sind staub-, schmutz- und feuchtigkeitsgeschützt zu lagern.
- Der mehrfachverwendbare Sprudlertopf muss täglich (vor dem erneuten Befüllen) einer chemisch-desinfizierenden Reinigung unterzogen werden.



## **Umgang mit Medikamenten und Salben**

Alle Arzneimittel in flüssiger Form (Lösungen, Säfte o. ä.) sind mit dem Datum der Erstentnahme zu versehen, bei Aufbrauchfristen von 3 Tagen und weniger ist zusätzlich die Uhrzeit anzugeben.

Lösungen zur Injektion in Durchstichflaschen, unkonserviert (z. B. Natriumchloridlösung 0.9%, Wasser für Injektionszwecke, Lokalanästhetika) sind zum einmaligen Gebrauch bestimmt, Reste sind zu verwerfen.

Bei Lösungen zur Injektion in Durchstichflaschen, konserviert (z. B. Insuline, Heparine, Lokalanästhetika) gelten die Aufbrauchfristen und Lagerbedingungen entsprechend den Angaben der Gebrauchsinformation.

Bei mehr als zweifacher Entnahme aus Durchstichflaschen ab zehn Milliliter Volumen ist die Verwendung einer Filterkanüle (Steril-Minispitze) erforderlich (nie die normale Kanüle stecken lassen).

Spüllösungen sind nach Anbruch nur 24 Stunden verwendbar.

Injektionslösungen sind unmittelbar nach dem Aufziehen zu verabreichen, ansonsten muss die Spritze spätestens innerhalb von einer Stunde verabreicht werden.

Ist laut Gebrauchsinformation eine gekühlte Aufbewahrung erforderlich, sollte ein separater Medikamentenkühlschrank mit Thermometer zur Verfügung stehen. Nach dem Arzneimittelgesetz muss der Medikamentenkühlschrank eine Temperatur zwischen + 2°C und +8°C gewährleisten. Im Rahmen der Qualitätssicherung ist die Temperatur regelmäßig zu überprüfen und zu dokumentieren.

Bei der Entnahme von Salben / Cremes aus Töpfen ist eine aseptische Entnahme sicherzustellen, z. B. mit Einmalspatel.

Mörser und Tablettenzerteiler sind nach jedem Gebrauch gründlich zu reinigen, um eine Vermischung mit Tablettenresten und damit unerwünschten Neben- bzw. Wechselwirkungen zu vermeiden. Die Wochen- und Tagesdosetten sind einer wöchentlichen Reinigung, vor der Medikamentenstellung, zu unterziehen.

## **Wiederverwendung von sterilem Einwegmaterial**

*Nach § 4 Abs. 2 Medizinprodukte - Betreiberverordnung dürfen Medizinprodukte nur aufbereitet werden, wenn unter Berücksichtigung der Angaben die vom Hersteller validierten Verfahren angewandt werden und die Sicherheit und Gesundheit von Patienten, Anwendern oder Dritten nicht gefährdet wird.*

*Verstöße gegen § 4 Abs. 2 haben gem. § 13 Medizinprodukte-Betreiberverordnung, und § 42 Abs. 2 Nr. 1 Medizinproduktegesetz im Rahmen der Gefährdungshaftung rechtliche Konsequenzen.*

## Meldepflicht für übertragbare Krankheiten

Gemäß § 6 Infektionsschutzgesetz ist eine Meldung an den Fachdienst Gesundheitsschutz und Umweltmedizin bei übertragbaren Krankheiten, bei Verdacht, Erkrankung oder Tod (siehe Meldeformular Anlage 5) erforderlich.

Die namentliche Meldung hat durch den feststellenden Arzt unverzüglich, spätestens innerhalb von 24 Stunden nach erfolgter Kenntnis, gegenüber dem für den Aufenthalt zuständigen Gesundheitsamt zu erfolgen.

Eine Meldung darf wegen einzelner fehlender Angaben nicht verzögert werden (Nachmeldung, ggf. Korrektur nach deren Vorliegen).

Ebenfalls zu melden sind der Verdacht oder die Erkrankung an einer mikrobiell bedingten Lebensmittelvergiftung oder akuten infektiösen Gastroenteritis, **wenn**

- 2 oder mehr gleichartige Erkrankungen auftreten und der Vermutung eines epidemischen

Zusammenhangs **oder**

- eine Person betroffen ist, die eine Tätigkeit im Sinne des §42 Abs.1 ausübt (Lebensmittelbereich).

Außerdem ist dem Fachdienst Gesundheitsschutz und Umweltmedizin mitzuteilen, wenn Personen, die an einer behandlungsbedürftigen Lungentuberkulose leiden, eine Behandlung verweigern oder abbrechen.

- 3 das gehäufte Auftreten nosokomialer Infektionen, bei denen ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet wird, als Ausbruch nichtnamentlich zu melden.

## Hygiene in Sanitärräumen

Folgendes ist zu beachten: tägliche Reinigung  
Flächendesinfektion bei Kontaminationen mit Sekreten  
regelmäßiges Lüften ist sicherzustellen, um einer  
Schimmelpilzbildung vorzubeugen.

*Bei Waschungen der Bewohner hat das Personal Schutzkleidung zu tragen  
(z. B. Einmalschürze und Einmalhandschuhe). Die Berufskleidung ist keine Schutzkleidung !*

## Hygiene in Küchen

Beim Umgang mit Lebensmitteln besteht eine erhöhte Infektionsgefahr durch Krankheitserreger die direkt oder indirekt auf den Menschen übertragen werden können.  
*Tätigkeitsvoraussetzung für das Personal: Teilnahme an den Belehrungen nach §§ 42, 43 IfSG und der jährlichen Folgebelehrung.  
Bei weiteren Fragen steht Ihnen das Kreisveterinäramt zur Verfügung.*

## Haltung von Haustieren

Für ältere Menschen ist die besondere Nähe zu Haustieren und die positive Auswirkung der Tiere auf den Menschen wichtig zur Gesunderhaltung. Dabei dürfen die notwendigen infektionshygienischen Maßnahmen bei der Tierhaltung in den Zimmern der Bewohner nicht außer acht gelassen werden.

- Vor Aufnahme ist zu klären, wer das Tier tierärztlich untersucht und versorgt, einschließlich der Abwesenheit des Bewohners durch Krankenhausaufenthalt oder bei einer Verschlechterung des Allgemeinzustandes
- Aufklärung der tierartspezifische Tierhaltung sowie der regelmäßigen Fütterung und Pflege des Tier, einschließlich der Übertragung von Zoonosen (übertragbare Krankheiten auf den Menschen durch das Tier z.B. Pilzkrankungen, Toxoplasmose usw.)
- Händedesinfektion nach jedem Tierkontakt
- Tierärztliche Überwachung (Impfung, Impfschutz, Parasitenbehandlung und Untersuchung auf Ektoparasiten z.B. Zecken, Milben, Flöhe einschließlich der 1/2 jährlichen Wurmkur) sichergestellt ist
- Sauberkeit der Aufenthaltsbereiche bzw. Behältnisse der Tiere und der Trink- und Futterbehälter. Wenn möglich sollte auf ein Teppichboden verzichtet werden und der Fußboden regelmäßig desinfizierend gereinigt werden.

## Erste-Hilfe-Kasten

Der Erste Hilfe-Kasten nach DIN 13157 ist auf jedem Wohnbereich bereitzustellen. Eine regelmäßige Überprüfung ist von der Pflegedienstleitung oder einer anderen beauftragten Person durchzuführen, so kann der Inhalt ggf. ergänzt oder ersetzt werden.

## Trinkwasserhygiene

**Wasser für den menschlichen Gebrauch muss so beschaffen sein, dass durch seinen Genuss oder Gebrauch eine Schädigung der menschlichen Gesundheit, insbesondere durch Krankheitserreger, nicht zu besorgen ist.**

Der zuständige Haustechniker wird verpflichtet, endsträngig bei einem nach der Trinkwasserverordnung akkreditierten Institut jährliche Trinkwasserproben zur Untersuchung auf folgende Parameter entnehmen zu lassen.

**Escherichia coli (E. coli)**  
Enterokokken  
Coliforme Bakterien  
Pseudomonas aeruginosa

Außerdem sind bei Hausinstallationen, aus denen Wasser für die Öffentlichkeit bereitgestellt wird, mindestens diejenigen Parameter untersuchen zu lassen, von denen anzunehmen ist, dass sie sich im Leitungssystem nachteilig verändern können (§19 Absatz 7).

**Die folgenden Parameter sind deshalb gegebenenfalls mit zu untersuchen:**

Nr.	Parameter	Bemerkungen/ Begründungen
1	Kupfer:	nur bei einem pH-Wert kleiner 7,4
2	Cadmium:	durch Cadmiumunreinheiten im Leitungssystem
3	Blei:	entsteht durch Stagnation in Leitungssystemen, wenn diese aus Blei sind und durch bleihaltige Lote
4	Nickel:	aus nickelhaltigen Armaturen und Einbauteilen
5	Eisen:	löst sich durch Stagnation in Leitungssystemen, wenn diese aus Eisen sind

Orientierende Untersuchungen des Warmwassers auf Legionellen sind gem. DVGW Arbeitsblatt W552 durchzuführen.

Die Befunde sind dem Fachdienst Gesundheitsschutz und Umweltmedizin direkt in Kopie zuzusenden.

**Perlatoren sowie eingebaute Schwebstofffilter sind regelmäßig zu reinigen oder gegebenenfalls auszutauschen. Sollten Wasservorratsbehälter vorhanden sein, sind diese regelmäßig (Intervalle nach Herstellerangaben) zu reinigen und anschließend mit Chlorbleichlauge zu desinfizieren.**

Um Legionelleninfektionen zu vermeiden, ist der Warmwasserkreislauf regelmäßig (14-tägig) auf 70°C aufzuheizen.

### **S O D A – S T R E A M E R**

Bei einem Einsatz von sog. Soda-Streamern und bei der Abfüllung von Trinkwasser in Flaschen muss gewährleistet sein, dass die Trinkwasserqualität nicht beeinflusst wird.

Gem. §5 (3) Trinkwasserverordnung vom 28. Mai 2001 darf im Wasser für den menschlichen Gebrauch, das zum Zwecke der Abgabe in Flaschen oder sonstige Behältnisse abgefüllt wird, die in Anlage 1 Teil II festgesetzten Grenzwerte für mikrobiologische Parameter nicht überschritten werden.

Eine Überprüfung der Qualität des Trinkwassers aus den Flaschen dürfte nahezu unmöglich sein.

Aus Sicht des Fachdienstes Gesundheitsschutz und Umweltmedizin sollte auf den Einsatz dieser Geräte in Alten- und Behinderteneinrichtungen, in denen das Trinkwasser an Dritte abgegeben wird, verzichtet werden.

Die Trinkwasserverordnung gilt **nicht** für natürliches Mineralwasser im Sinne des § 2 der Mineral- und Tafelwasserverordnung vom 01. August 1984 (BGBl. I S. 1036), die zuletzt durch Artikel 2 § 1 der Verordnung vom 21. Mai 2001 (BGBl. I S. 959) geändert worden ist.

**Von Seiten des Fachdienstes Gesundheitsschutz und Umweltmedizin wird empfohlen auf natürliches Mineralwasser, welches industriell abgefüllt worden ist, zurückzugreifen.**

### **WASSERSPENDER**

Gem. Trinkwasserverordnung 2001 (TrinkwV 2001) vom 21.05.2001 § 4 (1) muss Wasser für den menschlichen Gebrauch frei von Krankheitserregern, genusstauglich und rein sein.

Im Wasser für den menschlichen Gebrauch, das zum Zwecke der Abgabe in Flaschen oder sonstige Behältnisse abgefüllt wird, dürfen gem. § 5 (2) TrinkwV 2001 die in Anlage 1 Teil II festgesetzten Grenzwerte für mikrobiologische Parameter nicht überschritten werden (E. coli, Enterokokken, Pseudomonas aeruginosa, Koloniezahl bei 22°C und 36°C und Coliforme Keime).

Die verwendeten Wasserspender unterliegen der TrinkwV 2001, da das abgegebene Trinkwasser gem. § 3 Nr. 1 a) zum Trinken bestimmt ist.

Eine Standzeit von 3 Wochen und länger ist sehr bedenklich. Insbesondere, wenn die Standortbedingungen hinsichtlich der Sonneneinstrahlung, Raumtemperatur u. ä. keiner Einschränkung unterliegen, ist eine starke bakterielle Vermehrung in den Abflusssystemen mit stehendem Wasser in den Behältern und in den Zapfvorrichtungen, sowie eine Biofilmbildung sehr wahrscheinlich. Die Verunreinigungen entstehen an den Geräteteilen und werden durch Hände und Luft übertragen.

**Dadurch bedingt kann es vor allem bei abwehrgeschwächten Menschen zu gesundheitlichen Problemen kommen.**

**Die Wasserspender sind regelmäßig vom Gerätehersteller zu überprüfen.**

(Das Bundesinstitut für Risikobewertung BfR hat die hygienische Beschaffenheit von Wasserspendern und die von ihnen ausgehende mikrobielle Gefahr für den Verbraucher bewertet. Ein Drittel aller Wasserproben war mit Keimen belastet.

**Aufgrund dessen empfiehlt das BfR neben der Einhaltung der in den Leitlinien für gute Hygienepaxis für Watercooler-Unternehmen beschriebenen Hygienenanforderungen die mikrobiologischen Anforderungen für die Abgabe der Wasser aus Wasserspendern an den Parametern und Grenzwerten der Mineral- und Tafelwasserverordnung (MTV) bzw. der Trinkwasserverordnung (TrinkwV) zu orientieren.**

## Abfallarten

Auszug aus der Richtlinie über die ordnungsgemäße Entsorgung von Abfällen aus Einrichtungen des Gesundheitsdienstes.

Die nachstehende Zuordnung der Abfälle zu einem Abfallschlüssel (AS) bezieht sich auf das Abfallverzeichnis der Abfallverzeichnisverordnung (AVV). Bei den mit einem Sternchen (\*) gekennzeichneten Abfällen handelt es sich um gefährliche bzw. besonders überwachungsbedürftige Abfälle.

**AS 18 01 01:** spitze oder scharfe Gegenstände

**Müssen in stich- und bruchsicheren Einwegbehältnissen gesammelt, fest verschlossen und sicher vor unbefugtem Zugriff gelagert, transportiert und entsorgt werden.**

**AS 18 01 03\*:** Abfälle, an deren Sammlung und Entsorgung aus infektionspräventiver Sicht besondere Anforderungen gestellt werden – nach § 17 IfSG relevante erregerhaltige Ausscheidungen/Körperflüssigkeiten

**Müssen unmittelbar am Ort ihres Anfallens in reißfesten, feuchtigkeitsbeständigen und dichten Behältnissen gesammelt, ohne Umfüllen oder Sortieren in geeigneten, sicher verschlossenen Behältnissen zur zentralen Sammelstelle befördert werden. Säcke dürfen nur in einem festen Behältnis transportiert werden.**

**AS 18 01 04:** Abfälle nur außerhalb von Einrichtungen des Gesundheitsdienstes an deren Sammlung und Entsorgung aus infektionspräventiver Sicht keine besonderen Anforderungen gestellt werden wie; Blut, Sekrete, Exkrete, Einwegartikel, Wund- und Gipsverbände, Wäsche, Windeln

**Müssen unmittelbar am Ort ihres Anfallens in reißfesten, feuchtigkeitsbeständigen und dichten Behältnissen gesammelt, ohne Umfüllen oder Sortieren zur zentralen Sammelstelle befördert werden. Werden diese Abfälle im Rahmen der Siedlungsabfallentsorgung durch den öffentlichen Entsorgungsträger eingesammelt, verbrannt oder deponiert, ist eine gesonderte Deklaration nicht notwendig.**

**AS 18 01 09:** Arzneimittel mit Ausnahme derjenigen, die unter 18 01 08\* (Zytotoxische und zytostatische Arzneimittel) fallen

**Müssen nicht getrennt entsorgt werden. Eine gemeinsame Entsorgung dieser Abfälle nach AS 180104 ist möglich. Wichtig, dass ein missbräuchlicher Zugriff durch Dritte nicht möglich ist!**

<b>AVV Abfallschlüssel</b> <b>AS 18 01 01</b>	<b>AVV-Bezeichnung:</b> spitze oder scharfe Gegenstände	<b>Abfalleinstufung:</b> überwachungsbedürftig bei Beseitigung	
<b>Abfalldefinition:</b> Spitze und scharfe Gegenstände, auch als "sharps" bezeichnet.		<b>EAKV 1996:</b> 18 01 01 <b>LAGA Gruppe:</b> B	
<b>Anfallstellen</b>	<b>Bestandteile</b>	<b>Sammlung – Lagerung</b>	<b>Entsorgung</b>
Gesamter Bereich der Patientenversorgung.	Skalpelle, Kanülen von Spritzen und Infusionssystemen, Gegenstände mit ähnlichem Risiko für Schnitt- und Stichverletzungen.	Erfassung am Abfallort in stich- und bruchfesten Einwegbehältnissen,  kein Umfüllen, Sortieren oder Vorbehandeln.	Keine Sortierung !!  Ggf. Entsorgung gemeinsam mit Abfällen des AS 18 01 04.
<b>Hinweise:</b> Eine sichere Desinfektion der Kanülen-Hohlräume ist schwierig. Analoge Anwendung auch auf AS 18 02 01.			

<b>AVV Abfallschlüssel</b> <b>AS 18 01 03*</b>	<b>AVV -Bezeichnung:</b> andere Abfälle, an deren Sammlung und Entsorgung aus infektionspräventiver Sicht besondere Anforderungen gestellt werden.	<b>Abfalleinstufung:</b> besonders überwachungsbedürftiger Abfall (büA)	
<b>Abfalldefinition:</b> Abfälle, die mit meldepflichtigen Erregern behaftet sind, wenn dadurch eine Verbreitung der Krankheit zu befürchten ist (siehe Text!)		<b>EAKV 1996:</b> 18 01 03* <b>LAGA Gruppe:</b> C	
<b>Anfallstellen</b>	<b>Bestandteile</b>	<b>Sammlung – Lagerung</b>	<b>Entsorgung</b>
z. B. Operationsräume, Isoliereinheiten von Krankenhäusern, mikrobiologische Laboratorien, klinisch-chemische und infektionsserologische Laboratorien, Dialysestationen und –zentren bei Behandlung bekannter Hepatitisvirussträger, Abteilungen für Pathologie.	Abfälle, die mit erregerehaltigem Blut, Sekret oder Exkret behaftet sind oder Blut in flüssiger Form enthalten. <b>z.B.:</b> mit Blut oder Sekret gefüllte Gefäße, blut- oder sekretgetränkter Abfall aus Operationen, gebrauchte Dialysesysteme aus Behandlung bekannter Virusträger.  Mikrobiologische Kulturen aus z.B. Instituten für Hygiene, Mikrobiologie und Virologie, Labormedizin, Arztpraxen mit entsprechender Tätigkeit.	Am Anfallort verpacken in reißfeste, feuchtigkeitsbeständige und dichte Behältnisse. Sammlung in sorgfältig verschlossenen Einwegbehältnissen (zur Verbrennung geeignet, Bauartzulassung).  Kein Umfüllen oder Sortieren.  Zur Vermeidung von Gasbildung begrenzte Lagerung.	Keine Verwertung !! Keine Verdichtung oder Zerkleinerung.  Entsorgung als besonders überwachungsbedürftiger Abfall mit Entsor- gungsnachweis: Beseitigung in zugelassener Abfallverbrennungsanlage, z.B. Sonderabfallverbrennung (SAV).  oder: Desinfektion mit vom RKI zugelassenen Verfahren, dann Entsorgung wie AS 18 01 04. <b>Achtung:</b> Einschränkung bei bestimmten Erregern (CJK, TSE).
<b>Hinweise:</b> auch: spitze und scharfe Gegenstände, Körperteile und Organabfälle von Patienten mit entsprechenden Krankheiten. Analoge Anwendung auch auf AS 18 02 02*.			



<b>AVV Abfallschlüssel</b> <b>AS 18 01 04</b>	<b>AVV -Bezeichnung:</b> Abfälle, an deren Sammlung und Entsorgung aus infektionspräventiver Sicht keine besonderen Anforderungen gestellt werden (z.B. Wäsche, Gipsverbände, Einwegkleidung)	<b>Abfalleinstufung:</b> überwachungsbedürftig bei Beseitigung	
<b>Abfalldefinition:</b> mit Blut, Sekreten bzw. Exkreten behaftete Abfälle, wie Wundverbände, Gipsverbände, Einwegwäsche, Stuhlwindeln, Einwegartikel etc..		<b>EAKV 1996:</b> 18 01 04 <b>LAGA Gruppe:</b> B	
<b>Anfallstellen</b>	<b>Bestandteile</b>	<b>Sammlung – Lagerung</b>	<b>Entsorgung</b>
gesamter Bereich der Patientenversorgung.	Wund- und Gipsverbände, Stuhlwindeln, Einwegwäsche, Einwegartikel (z.B. Spritzenkörper), etc.. <b>Gering</b> mit Zytostatika kontaminierte Abfälle, wie Tupfer, Ärmelstulpen, Handschuhe, Atemschutzmasken, Einmalkittel, Plastik-/ Papiermaterial, Aufwischtücher, leere Zytostatika-behälter nach bestimmungsgemäßer Anwendung (Ampullen, Spritzenkörper ohne Kanülen etc.), Luftfilter und sonstiges gering kontaminiertes Material von Sicherheitswerkbänken. <b>nicht:</b> Getrennt erfasste, nicht kontaminierte Fraktionen von Papier, Glas, Kunststoffen (diese werden unter eigenen Abfallschlüsseln gesammelt).	<u><b>Sammlung in reißfesten, feuchtigkeitsbeständigen und dichten Behältnissen.</b></u>  Transport nur in sorgfältig verschlossenen Behältnissen (ggf. in Kombination mit Rücklaufbehältern).  Kein Umfüllen (auch nicht im zentralen Lager), Sortieren oder Vorbehandeln (ausgenommen Aufgabe in Presscontainer).	Verbrennung in zugelassener Abfallverbrennungsanlage (HMV) oder Deponierung, solange noch zulässig.  Behältnisse mit größeren Mengen Körperflüssigkeiten können unter Beachtung von hygienischen und infektionspräventiven Gesichtspunkten in die Kanalisation entleert werden (kommunale Abwassersatzung beachten). Alternativ ist durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, dass keine flüssigen Inhaltsstoffe austreten.
<b>Hinweise:</b> Diese Einstufung gilt nur für Abfälle, die nicht AS 18 01 03* zuzuordnen sind. Analoge Anwendung auch auf AS 18 02 03. Dieser Abfall stellt ein Gemisch aus einer Vielzahl von Abfällen dar, dem auch andere nicht besonders überwachungsbedürftiger Abfälle zugegeben werden können, für die aufgrund der geringen Menge eine Eigenständige Entsorgung wirtschaftlich nicht zumutbar ist. Werden Abfälle dieses AS im Rahmen der Siedlungsabfallentsorgung durch den öffentlich-rechtlichen Entsorgungsträger eingesammelt und beseitigt, ist eine gesonderte Deklaration nicht notwendig.			

<b>AVV Abfallschlüssel</b> <b>AS 18 01 09</b>	<b>AVV -Bezeichnung:</b> Arzneimittel mit Ausnahme derjenigen, die unter 18 01 08* fallen	<b>Abfalleinstufung:</b> überwachungsbedürftig bei Beseitigung	
<b>Abfalldefinition:</b> Altarzneimittel, einschließlich unverbrauchter Röntgenkontrastmittel.		<b>EAKV 1996: 18 01 05</b> <b>LAGA Gruppe: D</b>	
<b>Anfallstellen</b>	<b>Bestandteile</b>	<b>Sammlung – Lagerung</b>	<b>Entsorgung</b>
Krankenhäuser, Apotheken, Arztpraxen.	Altarzneimittel, Röntgenkontrastmittel, Infusionslösungen.	Getrennte Erfassung.  Zugriffssichere Sammlung, um missbräuchliche Verwendung auszuschließen.	Vorzugweise Verbrennung in zugelassenen Abfallverbrennungsanlagen (Hausmüllverbrennung, Sonderabfallverbrennung), (übergangsweise noch HMD).  Bei kleineren Mengen ist eine Entsorgung mit 18 01 04 möglich!
<b>Hinweise:</b> Achtung! Praxisinhaber/Krankenhaus kann im Schadensfall infolge missbräuchlicher Verwendung wegen Fahrlässigkeit haftbar gemacht werden! Analoge Anwendung auf AS 18 02 08.			

## Vorgehensweise / Maßnahmen bei Enteritis-Fällen in Heimen

**Bei Auftreten von Durchfallerkrankungen sind folgende Maßnahmen zu treffen:**

1. Anzahl der Erkrankten feststellen
2. Feststellung der Verteilung innerhalb der Einrichtung
3. Hausärzte der betroffenen Bewohner informieren und die Diagnose absichern lassen.
4. Nach Möglichkeit Stuhlproben nehmen und in Absprache mit den Hausärzten einsenden.
5. Feststellen, ob Personal betroffen ist:

**Stationspersonal -** betroffene Mitarbeiter über zwingend erforderliche Maßnahmen der persönlichen Hygiene aufklären, von Kontakt zu Lebensmitteln ausschließen

**Küchenpersonal -** betroffene Mitarbeiter von Tätigkeiten in der Küche ausschließen

6. Rückstellproben der verdächtigen Lebensmittel sicherstellen
7. Veterinärabteilung verständigen, wenn Lebensmittel wahrscheinlich Auslöser der Erkrankung sind.
8. Trennung der Toiletten von gesunden und erkrankten Bewohnern veranlassen
9. Hände- und Flächendesinfektion veranlassen
10. Trennung und ggf. Desinfektion der Leibwäsche der Erkrankten veranlassen. Die Leibwäsche ist möglichst im Kochwaschgang zu waschen, jedoch niemals unter 60 °C.
11. Meldung an den Fachdienst Gesundheitsschutz und Umweltmedizin gemäß § 8 Abs. 7 IfSG.

**Bei Fragen zur Hygiene und Infektionskrankheiten steht der Fachdienst Gesundheitsschutz und Umweltmedizin zur Verfügung.**

## **Vorgehensweise / Maßnahmen bei Krätze – Scabies in Heimen**

Bei Auftreten von Skabiesbefall sind folgende Maßnahmen durchzuführen:

1. Die Bewohner und das Personal sind täglich auf einen möglichen Skabiesbefall hin zu beobachten.
2. Bei einem Krankheitsverdacht ist die betroffene Person umgehend einem Dermatologen vorzustellen. Ferner muss gewährleistet werden, dass keine Ansteckungsgefahr für Dritte mehr gegeben ist.
3. Die Ansteckungsgefahr kann dadurch eingedämmt werden, dass die Bewohnerin /der Bewohner von den anderen Personen getrennt wird. Sollte sich die krankheitsverdächtige oder erkrankte Person einer Behandlung verweigern, oder gar entziehen, so ist sie von den übrigen Bewohnern zu isolieren. Ggf. ist die/der Betreuerin/Betreuer einzuschalten. Wenn eine Behandlung im Haus nicht gewährleistet werden kann, ist eine Einweisung in ein Krankenhaus in Abstimmung mit der/dem behandelnden Ärztin/Arzt zu erwägen.
4. Personen, die im direkten Hautkontakt zur erkrankten Person standen, sind nach Rücksprache mit dem zuständigen Arzt ebenfalls zu behandeln.
5. Es ist darauf zu achten, dass Erkrankte gemeinsam untergebracht werden. Bei zwei Erkrankungen ist dies möglich innerhalb eines Doppelzimmers. Sollten mehr als zwei Erkrankungen vorliegen, so ist auf einer Etage ein Flurbereich mit den angrenzenden Zimmern als Isolierstation umzugestalten. Die erforderliche Schutzkleidung ist vor der Tür zu lagern und bei Betreten der Station anzulegen.
6. Ein Wechsel von Bettdecken, Bettzeug, Körper- und Unterkleidung ist alle 12-24 Stunden durchzuführen.
7. Handtücher sind nur personenbezogen zu benutzen und zweimal täglich zu wechseln.
8. Das Pflegepersonal hat bei personenbezogener Pflege und hauswirtschaftlichen Leistungen Schutzkleidung zu tragen.
9. Für Bettwäsche, Unterbekleidung und Handtücher reicht das Waschen bei 60°C aus.
10. Oberbekleidung ist in einem geschlossenen Behälter, der mit der Aufschrift „infektiös“ gekennzeichnet ist, der Wäscherei zuzuführen. Mit einem desinfektionshaltigen Waschpräparat ist die Kleidung zu waschen. Eine anschließende Trocknung im Trockner ist zu empfehlen.
11. Das Inventar (Möbel, Sessel, Sofa, Bett, Matratze, Fußbodenbeläge etc.) ist mittels starker Staubsauger von Milben zu befreien.
12. Plüschtiere und Schuhe können schnell durch einfrieren milbenfrei gemacht werden.
13. Die Erkrankten sind nach der Behandlung nochmals dem behandelnden Dermatologen vorzustellen.

### **Allgemein**

Krankheitsverdächtige oder Erkrankte sind von der Beschäftigungstherapie auszuschließen. Keinesfalls dürfen krankheitsverdächtige oder erkrankte Personen den Snozelenraum aufsuchen.

Insbesondere die Zimmer, inklusive Flur und Aufenthaltsbereiche bedürfen nach dem Staubsaugen einer Nassreinigung. Es ist darauf zu achten, dass das Reinigungspersonal während der Arbeit die vorgeschriebene Schutzkleidung trägt.

Der Fachdienst Gesundheitsschutz und Umweltmedizin ist unter Angabe personenbezogener Daten und Lokalisation des Krätzebefalls zu benachrichtigen.

Nach § 34 IfSG Abs. 1 dürfen Personen die an Krätze erkrankt oder dessen verdächtig sind erst nach dem ärztlichen Urteil, dass durch sie eine Weiterverbreitung der Krätze nicht mehr zu befürchten ist, die Gemeinschaftseinrichtung wieder betreten. Dieser Absatz bezieht sich auf das im Hause tätige Personal, sofern es betroffen ist.

# **Methicillin - resistente Staphylococcus aureus in Alten - und Altenpflegeheimen**

## **Informationen und Empfehlungen zur Verhütung der Weiterverbreitung aus dem LÖGD, Münster**

### **1. Allgemeine Informationen über Infektionen mit MRSA**

### **2. Spezielle Informationen für Alten- und Altenpflegeheime, Risikofaktoren, MRSA - Träger**

### **3. MRSA - Hygieneplan**

#### 3.1 Allgemeine Maßnahmen

#### 3.2 Unterbringung von Bewohnern / Patienten mit MRSA

#### 3.3 Therapie / Sanierung Bewohner / Patienten mit MRSA

#### 3.4 Hygienemaßnahmen bei Auftreten von MRSA

##### 3.4.1 Händedesinfektion

##### 3.4.2 Schutzkleidung

##### 3.4.3 Pflegehilfsmittel

##### 3.4.4 Instrumente

##### 3.4.5 Körper-, Bettwäsche

##### 3.4.6 Besteck, Geschirr

##### 3.4.7 Flächen, Fußböden

### **4. Weitere Maßnahmen**

### **5. Informationsblatt für Bewohner / Patienten mit MRSA**

## **1. Allgemeine Informationen über Infektionen mit MRSA**

Staphylococcus aureus besitzt Bedeutung als wichtiger Verursacher von Infektionen innerhalb, selten auch außerhalb des Krankenhauses. Er besiedelt allerdings auch die Haut des gesunden Menschen, wobei er hierbei vorrangig die vordere Nasenhöhle kolonisiert. Ausgehend vom Nasenvorhof kann sich der Erreger auch auf andere Bereiche der Haut (Hände!, Achselhöhle, Analregion) und Schleimhäute (Rachen) ausbreiten.

Den gleichen Ausbreitungsweg kann MRSA nehmen, ein Staphylococcus aureus, dessen Empfindlichkeit gegenüber Antibiotika sich weltweit deutlich und zunehmend verschlechtert hat, so dass er auch als multiresistent bezeichnet wird.

Diese Multiresistenz, d. h. Unempfindlichkeit gegenüber mehreren Antibiotikaklassen, schränkt die Therapiemöglichkeiten entscheidend ein, so dass MRSA - Infektionen zu einem signifikanten Risikofaktor für die betroffenen Patienten werden.

Weltweit stellen MRSA - Infektionen ein eskalierendes Problem in stationären medizinischen Einrichtungen dar. Neben Ländern mit kaum noch beherrschbarer MRSA - Situation ( u. a. Japan, USA, Spanien, Italien, Frankreich, England), die einen Anteil von 20 - 60 % MRSA aufweisen, sind die Länder hervorzuheben, die infolge strikter Kontroll- und Präventionsstrategien ihre MRSA - Raten auf wenige Prozent beschränken konnten (Niederlande, skandinavische Länder). Für Deutschland lässt sich eine bedenkliche Zunahme des MRSA - Vorkommens in Krankenhäusern innerhalb von 5 Jahren von 3,7 % auf 8 % belegen.

Zunehmend wird aber auch über das Auftreten von MRSA in Alten- und Altenpflegeheimen berichtet. Es gibt jedoch sehr wenige Informationen zur Ausbreitung von MRSA in diesen Einrichtungen. Daher sind noch viele Fragen bezüglich der Maßnahmen zur Infektionshygiene in Langzeitpflegeeinrichtungen offen. Für den deutschsprachigen Raum liegen noch keine Erfahrungsberichte vor.

Somit können wir uns bisher nur auf amerikanische Untersuchungsberichte in unseren Empfehlungen stützen, solange bis eigene Daten aus Deutschland vorliegen und hierauf gestützt seitens der Krankenhaushygiene - Kommission des Robert Koch - Instituts Richtlinien formuliert werden.

In den USA wird über eine dramatische Zunahme der Anzahl von Alten- und Altenpflegeheimen und ihrer Bewohner mit MRSA seit 1986 berichtet. Diese Einrichtungen werden einheitlich als Reservoir für MRSA angesehen. Es hat sich gezeigt, dass das Vorkommen von MRSA an große Heime, die mit Krankenhäusern der Maximalversorgung zusammenarbeiten, gekoppelt ist. Es handelt sich aber in den meisten Fällen wohl um eine Besiedlung und nicht um eine krankmachende Infektion.

Dabei ist die Frage nur schwer zu klären, ob mehr Pflegeheimpatienten MRSA in die Krankenhäuser bringen oder mehr Krankenhauspatienten MRSA in die Pflegeheime.

**2. Spezielle Informationen für Alten- und Pflegeheime**  
**Risikofaktoren**  
**MRSA - Träger**

Die MRSA - Problematik in Heimen wird immer drängender, da in Gebieten, in denen MRSA häufiger vorkommt, Besiedlungen und Infektionsraten auch bei Heimbewohnern deutlich erhöht sind. Die Folge ist die wiederkehrende Einschleppung dieser Erreger in Krankenhäuser. Für Krankenhäuser gibt es bereits Empfehlungen zur Verhütung und Kontrolle von MRSA, aber deren Anwendung in Alten- und Altenpflegeheimen ist nicht praktikabel und auch nicht erforderlich. In Alten- und Altenpflegeheimen sind die Lebensverhältnisse ganz anders. Das Interesse der Bewohner, an einem Leben in wohnlicher Umgebung in Gemeinschaft mit anderen steht im Vordergrund. Dennoch müssen hygienische Vorkehrungen getroffen werden, die einerseits die Bedürfnisse der Bewohner nicht zu stark einengen und andererseits aber auch die Durchsetzung von Infektionsschutz- und Infektionskontrollmaßnahmen ermöglichen.

Ein erhöhtes Risiko für die Besiedlung mit MRSA tragen Heimbewohner mit einem der folgenden Risikofaktoren:

**Patienteneigene Faktoren**

hohes Alter  
geringe Mobilität  
offene Wunde, Decubitalulzera  
Diabetes mellitus oder andere chronische Erkrankungen  
Ekzeme, nässende Dermatitis  
Funktionelle Störungen, Multimorbidität

**externe Faktoren**

langdauernde Antibiotikatherapie  
Hospitalisierung in den letzten 6 Monaten  
Invasive Maßnahmen; Fremdkörperimplantate  
hohe Pflegestufe  
enger Patienten – Personalkontakt  
Harnwegskatheter

Bei dem Risikopatienten, der gegebenenfalls mit MRSA besiedelt ist ohne bisher krank zu sein, kann bei Hinzukommen weiterer Faktoren - insbesondere wenn sie mit Traumatisierung oder Läsionen der Haut verbunden sind - aus dem asymptomatischen Trägertum leicht eine Infektion werden.

### **3. MRSA - Hygieneplan**

#### **3.1 Allgemeine Maßnahmen**

- Das Personal und die behandelnden Ärzte müssen über MRSA informiert sein.
- Nur eingewiesenes, informiertes Personal soll MRSA - positive Bewohner / Patienten betreuen.
- MRSA - Nachweis im Krankenhaus ist dem Pflegeheim und dem Hausarzt mitzuteilen.
- wird ein MRSA-Träger in ein Krankenhaus eingewiesen, ist der behandelnde Krankenhausarzt zu informieren.  
Auch bei Verlegung von Mitbewohnern eines MRSA - Trägers ist dies zu empfehlen.
- Rettungs- und Krankentransportdienste sind darüber zu informieren, dass ein MRSA - Infektionstransport stattfindet.

#### **3.2 Unterbringung von Bewohnern / Patienten mit MRSA**

- Prinzipiell ist eine Isolierung von Bewohnern / Patienten mit MRSA wie in einem Krankenhaus nicht erforderlich.
- MRSA - besiedelte Bewohner ohne offene Wunden und ohne invasive Maßnahmen können ein Zimmer mit anderen Bewohnern teilen, wenn diese ebenfalls keine offenen Wunden und invasive Maßnahmen haben.  
Eine Teilnahme am Gemeinschaftsleben ist ohne Einschränkungen möglich. Sie sollten angeleitet werden, sich gründlich die Hände zu waschen, insbesondere vor dem Essen, nach dem Toilettengang, sowie regelmäßig zu duschen oder zu baden.
- MRSA - positive Bewohner / Patienten mit  
offenen Wunden (Dekubitus, Ulcus cruris, Op- und anderen Wunden),  
Katheter, Sonde, Tracheostoma,  
schwerer Atemwegsinfektion
- sollten in einem Einzelzimmer untergebracht werden. Eine eigene Nasszelle ist wünschenswert.  
Alle Einrichtungsgegenstände sollen gut desinfizierbar sein.  
Ist eine Einzelunterbringung nicht möglich, dürfen sie nicht ein Zimmer teilen mit Bewohnern / Patienten die für MRSA besonders ansteckungsgefährdet sind.  
Dies sind Bewohner / Patienten mit ebenfalls:  
offenen Wunden (Dekubitus, Ulcus cruris, Op- und anderen Wunden),  
Katheter, Sonde, Tracheostoma,  
Atemwegsinfektionen
- Eine Zusammenlegung mehrerer MRSA-Träger ist möglich.
- Pflegerische Tätigkeiten dürfen nur im Zimmer durchgeführt werden, möglichst nach dem alle anderen Mitbewohner / Patienten versorgt wurden. Mobile Bewohner können am Gemeinschaftsleben teilnehmen, wenn Hautläsionen verbunden und gut abgedeckt sind.  
Die Harnableitung muss über ein geschlossenes System erfolgen.



### **3.3 Therapie / Sanierung von Bewohnern / Patienten mit MRSA**

- In der Regel werden nach der Krankenhauserlassung keine speziellen Therapiemaßnahmen nötig sein.
- Eine im Krankenhaus begonnene Therapie oder eine Sanierung mit Turixin-Nasensalbe soll nach genauer Anweisung des Krankenhauses unter ärztlicher Kontrolle zu Ende geführt werden.
- Sanierungsmaßnahmen ( 3-tägiger Sanierungszyklus mit Mupirocin-Nasensalbe (Turixin®), Ganzkörperwaschungen incl. Haarwäsche mit antiseptisch wirkenden Seifen sind nach Rücksprache mit dem behandelnden Arzt in Hinblick auf eine spätere Krankenseinweisung und die Verbreitungsgefahr im Heim empfehlenswert.

### **3.4 Hygienemaßnahmen bei Auftreten von MRSA**

Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter müssen sich strikt an die Grundregeln der Hygiene halten.

**Händewaschen und Händedesinfektion** sind die wichtigsten Maßnahmen zur Verhinderung der Weiterverbreitung von MRSA.

3.4.1 Eine hygienische Händedesinfektion ist vor und nach jeder Tätigkeit mit engem körperlichen Kontakt, möglichst bei allen Bewohnern / Patienten,

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.

#### **3.4.2 Schutzkleidung**

- Einmalhandschuhe sind bei der Versorgung von Wunden, Tracheostoma, Kathetern, Sonden usw. anzulegen. Sie werden danach sofort - vor weiteren Tätigkeiten im Zimmer - ausgezogen und entsorgt. Anschließend ist eine hygienische Händedesinfektion durchzuführen. Beim Waschen der Bewohner / Patienten mit antiseptisch wirkender Seife müssen keine Einmalhandschuhe getragen werden.
- Schutzkittel / Einmalschürzen sind bewohner- / patientenbezogen bei der Wund-, Katheter-, Sonden-, Tracheostomapflege, sowie bei Kontakt mit Körpersekreten anzulegen. Die Schutzkleidung wird vor Verlassen des Zimmers ausgezogen; sie verbleibt im Zimmer. Anschließend wird eine hygienische Händedesinfektion durchgeführt. Die Schutzkleidung wird täglich gewechselt, bei sichtbarer Kontamination sofort.

3.4.3 Pflegehilfsmittel sind möglichst bewohner- / patientengebunden zu verwenden und im Zimmer zu belassen, oder sie sind vor Anwendung an anderen Bewohnern / Patienten gründlich zu desinfizieren.

3.4.4 Instrumente, Spritzen, medizinische Abfälle werden in dicht verschlossenen Behältern bzw. in Plastiksäcken im Zimmer gesammelt und wie üblich entsorgt. Nach Möglichkeit Einmalartikel verwenden. Instrumente, die wiederaufbereitet werden müssen, möglichst thermisch desinfizieren.

3.4.5 Körper-, Bettwäsche wird im Patientenzimmer in Wäschesäcken gesammelt. Waschtemperatur möglichst 80 °C.

3.4.6 Bestecke, Geschirr: routinemäßige Reinigung

3.4.7 Flächen, Fußböden

- Der Reinigungsdienst muss über die Maßnahmen bei Bewohnern / Patienten mit MRSA unterrichtet werden.
- Die tägliche Reinigung soll mit jeweils frischen Reinigungsutensilien am Ende eines Durchgangs durchgeführt werden, nach Möglichkeit mit einem Flächendesinfektionsmittel auf den patientennahen Flächen.
- Nach der Zimmerreinigung / -desinfektion werden die Hände desinfiziert.
- Wenn das Zimmer eines MRSA - positiven Bewohners / Patienten frei wird, ist eine gründliche Schlussdesinfektion aller Flächen und Einrichtungsgegenstände von innen und außen mit einem DGHM-gelisteten Präparat zu veranlassen.

#### **4. Weitere Maßnahmen**

- Routinemäßige Abstrichkontrollen von Bewohnern / Patienten oder Personal auf MRSA sind nach Einschätzung der derzeitigen Situation nicht nötig, es sei denn, klinische Gründe sprächen dafür: z. B. gehäuft auftretende Wundinfektionen.
- Bei gehäuften Auftreten von MRSA in Alten- und Pflegeheimen - ab 2 - sollten weitere bakteriologische Untersuchungen auf MRSA von Bewohnern und Personal veranlasst werden.
- Der Fachdienst Gesundheitsschutz und Umweltmedizin ist zu benachrichtigen.
- Beschäftigte mit chronischen Hautveränderungen (z. B. Ekzem, Psoriasis) sollten keine MRSA - positiven Bewohner / Patienten betreuen.
- Werden Beschäftigte MRSA - positiv, müssen sie nicht von der Patientenpflege ausgeschlossen werden, wenn eine regelrechte Mupirocin-Sanierung erfolgt. Allenfalls sollten sie während der Mupirocin - Sanierungsphase keine Wundversorgung, Katheterpflege am Patienten durchführen.

## **5. Informationsblatt für Bewohner / Patienten mit MRSA in Alten- und Altenpflegeheimen**

Name des Patienten:

Datum:

*Während Ihres Krankenhausaufenthaltes wurde bei Ihnen eine Besiedlung mit einem Bakterium, das als MRSA (Methicillin - resistenter Staphylococcus aureus) bezeichnet wird, festgestellt. Die bloße Besiedlung mit diesem Bakterium ist kein Problem für Sie. Es besteht jedoch die Gefahr, dass diese Bakterien von Ihrer Haut oder Nasenschleimhaut in eine Wunde und darüber in Ihren Körper gelangen. Dabei kann es zu einer Infektion durch diese MRSA kommen. Ebenso ist es möglich, dass diese Bakterien auch auf andere Personen (Altenheimbewohner und Personen mit vorgeschädigter Haut) übertragen werden und dort Infektionen auslösen. Aus diesen Gründen möchten wir Sie bitten, die folgenden Anweisungen zu befolgen, um Ihre Besiedlung mit MRSA zu beenden.*

*Ihren Hausarzt werden wir über Ihre MRSA - Besiedlung informieren. Er wird Ihnen, falls erforderlich, die nötigen antibakteriellen und desinfizierenden Präparate, die wir ggf. Ihnen vorerst nach Hause mitgeben, weiterverschreiben bzw. die bakteriologischen Kontrolluntersuchungen zum Ausschluss Ihrer MRSA - Besiedlung veranlassen.*

### **Anwendung bakterieller und desinfizierender Präparate**

*Nasensalbe: Turixin®  
dreimal täglich für .... Tage mit einem Wattetupfer oder dem kleinen Finger eine streichholzkopfgroße Menge in jedes Nasenloch verbringen. Danach die Nase zusammendrücken und anschließend zwischen Daumen und Zeigefinger massieren. Anschließend ist eine Desinfektion der Hände vorzunehmen!*

Händedesinfektionsmittel:

Antiseptische Seife:

Antiseptisches Shampoo:

*Bitte benutzen Sie im täglichen Gebrauch diese antiseptischen, desinfizierenden Mittel anstatt der sonst üblichen Körperreinigungsmittel. Nach ihrer Anwendung sollte immer mit reichlich Wasser nachgespült werden. Sollte es dennoch zu Hautunverträglichkeiten kommen, so verständigen Sie zugleich Ihren Hausarzt. Nach dem Baden oder Duschen einschließlich Haarwäsche ist jeweils ein frisches Handtuch sowie frische Unterwäsche und Bettwäsche zu verwenden. Die ausgewechselte Unter- und Bettwäsche ist dann einem thermischen (80 bis 90 °C) oder chemothermischen Waschverfahren zu unterziehen. Handtücher und Waschlappen sowie sonstige Hygieneartikel sollten Sie ausschließlich für Ihren persönlichen Gebrauch verwenden. Sie sind täglich zu erneuern, bzw. es sind Einmalgebrauchsartikel zu verwenden.*

### **Bedeutung Ihrer Besiedlung für häusliche Kontaktpersonen**

***Das Bakterium MRSA stellt für gesunde Personen im ambulanten und häuslichen Bereich keine Gefahr dar; mit diesen Personen können Sie alltägliche soziale Kontakte pflegen.***

***Lediglich bei Kontaktpersonen mit offenen Wunden oder Hautekzemen kann es zu einer Infektion mit MRSA kommen. Daher sollten mit Ihnen möglichst innige Berührungskontakte während der Zeit Ihres MRSA-Trägertums vermieden werden. Das gleiche Verhalten gilt für den Umgang mit Personen des häuslichen Milieus, die beruflich Pflegedienste am Patienten in einem Krankenhaus versehen.***

## Rechtsgrundlagen

**BGR 250 Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege**

**Gesetz über Medizinprodukte (MPG)**

**Verordnung über das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten**













**Verordnung über Sicherheit und Gesundheitsschutz bei Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen**

**Arzneimittelgesetz (AMG)**

**Infektionsschutzgesetz (IfSG)**

**Trinkwasserverordnung (TrinkwV 2001)**

**Richtlinie für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention Anlage 5.1**

-  Anforderung der Krankenhaushygiene in Pflege, Diagnostik und Therapie
-  Anforderung der Krankenhaushygiene an Schutzkleidung
-  Anforderung der Krankenhaushygiene bei Injektionen und Punktionen
-  Anforderung der Krankenhaushygiene bei Infusionstherapie und Katheterisierung von Gefäßen
-  Anforderung der Krankenhaushygiene bei Intubation, Tracheotomie, Beatmung und Inhalation
-  Anforderung an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten
-  Anforderung der Krankenhaushygiene an Wundverband und Verbandwechsel
-  Hygienische Maßnahmen zur Verhütung der Übertragung von HIV im Krankenhaus
-  Anforderung der Hygiene an die Infektionsprävention bei übertragbaren Krankheiten
-  Infektionsprävention in Heimen
-  **Richtlinie über die ordnungsgemäße Entsorgung von Abfällen aus Einrichtungen des Gesundheitsdienstes (Stand Januar 2002)**
-  **Liste des Verbundes angewandter Hygiene (VAH-Liste)**

## **Der Hygieneplan ist ein Bestandteil der Qualitätssicherung.**

Bei der Erstellung eines Hygieneplanes sollten folgende Schritte beachtet werden:

### **Analyse potentieller Infektionsgefahren**

Für welchen Bereich wird der HP eingesetzt.

### **Risikobewertung**

In welchen entsprechenden Bereichen sind Maßnahmen erforderlich und welche Bereiche sind von geringer Bedeutung.

### **Risikominimierung**

Ist die Festlegung von Reinigungs-, Desinfektions-, Sterilisationsprozessen usw.

### **Überprüfung auf Einhaltung**

Kann durch Fremdfirmenbegehungen, Checklisten, Dokumentationen etc. durchgeführt werden.

### **Aktualisierung**

Der HP ist jährlich auf seine Richtigkeit zu überprüfen.

### **Dokumentierte Mitarbeiterschulung**

**Es sollten regelmäßig Informationen und Schulungen für die Mitarbeiter angeboten und durchgeführt werden.**

**Gebrauch steriler und unsteriler Einmalhandschuhe nach der Richtlinie für  
Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (RKI)**

Bereich	Verordnung (V) Empfehlung (E)	unsteril	steril
<b>Händehygiene</b>			
Kontakt Sekrete, Exkrete	E	X	
Beatmungsschläuche absaugen	E	X	
Tracheostomapflege	E	X	
Verbände oder Drainagen entfernen	E	X	
Pflege bei Inkontinenz	E	X	
Waschen von MRSA-Patienten	E	X	
Entsorgung von B-Müll	E	X	
<b>Punktion von Körperhöhlen, lumbal</b>	E		X
<b>Punktion von Blutgefäßen</b>	E	X	
<b>Legen von Zentralvenenkathetern</b>	E		X
<b>Legen von Venae sectio</b>	E		X
<b>Blasenkatheterisierung</b>	E		X
<b>Blasenkatheterpflege</b>	E	X	
<b>Gewinnung von Harnproben</b>	E	X	
<b>Tracheostoma</b>	E		X
<b>Verbandwechsel</b>	E	X	X
<b>HIV im Krankenhaus</b>	E	X	X
<b>Endoskopie</b>	E	X	
<b>Ambulantes operieren</b>	E		X
<b>Infektionsprävention (Übertragung Erreger u. a. MRSA)</b>	V/E	X	X
<b>Labor</b>	E	X	
<b>Flächendesinfektion – nicht alle Handschuhtypen sind verwendbar, es muss ein Durchdringschutz gegen Chemikalien vorhanden sein! (siehe BGR 250)</b>	E	X	
<b>Personalschutz Desinfektion</b>	V	X	
<b>Krankentransport</b>	E	X	

**Das Handschuhmanagement sichert die Umsetzung in der Praxis. Begründung:**  
**Vermeidung einer Kontamination der Hände**  
**Infektionsschutz Personal / Patient / Klient**  
**BGR 250 / TRBA 250 Ziffer 4.1.3 – Punkt 1 und 2**

# H a u t s c h u t z p l a n

Berufsbedingte Belastungen durch

Feuchtarbeit  
Waschaktive Substanzen  
Desinfektionsmittel  
Tragen von Einmalhandschuhen  
Mechanische

<p><b>Vor der Arbeit Hände eincremen</b></p> <p><b>①</b></p> <p><b>Zum Schutz der Haut gegen wasserlösliche Arbeitsstoffe und beim Tragen von Handschuhen</b></p>	<p><b>Während der Arbeit Hände eincremen</b></p> <p><b>②</b></p> <p><b>Durchführung der erforderlichen Händereinigung- und Desinfektion</b></p>	<p><b>Nach der Arbeit Hände eincremen</b></p> <p><b>③</b></p> <p><b>Zur Pflege und Regeneration der Haut nach der Arbeit</b></p>
---	---	--

**Bei Auftreten von Hautschäden sollte ein Termin mit dem Betriebsärztlichen Dienst vereinbart werden.**

## Anforderungen an eine gute Handcreme:

- ✧ **Regulierung der Feuchtigkeit**
- ✧ **Regulierung des Fettbedarfes**
- ✧ **leichte Verteilung**
- ✧ **schnelles Einziehen, damit kein störender Fettfilm entsteht**
- ✧ **geringes Allergiepotezial**
- ✧ **auf Konservierungsstoffe verzichten, wie z. B. Duftstoffe und Kräuterextrakte**
- ✧ **Pflegecremes müssen von den Anwendern als angenehm empfunden werden**





# Desinfektionsplan für Altenheime

<b>WAS</b>	<b>WANN</b>	<b>WOMIT</b>			<b>WIE</b>	<b>WER</b>
<b>Desinfektionsbereich</b>	<b>Rhythmus</b>	<b>Arbeitsmittel</b>	<b>Konzentration</b>	<b>Einwirkzeit</b>	<b>Verfahren</b>	
Händewaschung	Vor Dienstbeginn Nach WC Besuch Bei Kontaminationen Bei Bedarf	Flüssigseife			Waschen	Pflegepersonal behandelnder Arzt
Händedesinfektion Präparat nach der VAH-Liste eintragen	Vor Dienstbeginn Vor und nach der Bewohnerpflege Bei Bedarf		Nach Angabe der VAH-Liste	30-60 Sekunden	Aus einem Spender 3 ml auf trockene Hände verreiben	Pflegepersonal behandelnder Arzt
Handpflege	Jeden Tag und mehrmals täglich	Handpflegemittel, pH-neutral, rückfettend		Mindestens 1 Minute	Einreiben	Pflegepersonal
Hautdesinfektion Präparat nach der VAH-Liste eintragen	Vor Ausführung des diagnostischen Eingriffs, z. B. Injektion		Nach Angabe der VAH-Liste	Nach Angabe der VAH-Liste	Unter Verwendung von Einmalhandschuhen Injektionsstelle weiträumig aufsprühen	Pflegepersonal behandelnder Arzt
Liegen / Arbeitsfläche Präparat nach der VAH-Liste eintragen	1 mal täglich Nach sichtbaren Kontaminationen		Nach Angabe der VAH-Liste	Nach Angabe der VAH-Liste	Unter Verwendung von Schutzhandschuhen nicht abgedeckte Bereiche feucht wischen – nicht sprühen	Pflegepersonal
Instrumentendesinfektion Präparat nach der VAH-Liste eintragen	Nach Gebrauch Sofort desinfizieren und reinigen		Nach Angabe der VAH-Liste	Nach Angabe der VAH-Liste	Unter Verwendung von Schutzhandschuhen Eintauchdesinfektion im Becken mit Sieb und Deckel. Dann reinigen, wässern und trocknen, danach Sterilisation.	Pflegepersonal
Wäschereinigung	Grundsätzlich 1 mal Nach Kontaminationen				60°C mit einem Industriewaschmittel 90°C mit einem normalen Waschmittel	Pflegepersonal

Gem. BGR 250 Punkt 4.1.2.3 (Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege) hat der Arbeitgeber die Maßnahmen der o. g. Arbeitsbereiche schriftlich festzulegen und die Durchführung zu überwachen. Das Desinfektionsmittel wird grundsätzlich mit kaltem Wasser angesetzt.

**Wichtig!** Erst Wasser, dann das Konzentrat des Desinfektionsmittels einfüllen und die Konzentrationsangaben der Hersteller beachten.

**Es sind nur Mittel und Verfahren aus der VAH-Liste (Verbund für Angewandte Hygiene) anzuwenden**