

Rahmenhygieneplan

gemäß § 36 Infektionsschutzgesetz

für Alten- und Altenpflegeheime

und weitere Einrichtungen nach § 1 Heimgesetz

erarbeitet vom:

Länder-Arbeitskreis

zur Erstellung von Hygieneplänen nach § 36 IfSG

Landesgesundheitsamt Brandenburg

Landesamt für Gesundheit und Soziales Mecklenburg-Vorpommern

Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt

Landesuntersuchungsanstalt für das Gesundheits- und Veterinärwesen Sachsen

Thüringer Landesamt für Lebensmittelsicherheit und Verbraucherschutz

Autorenkollektiv:

aktuell:

Dr. Axel Hofmann, Sachsen; Dr. Paul Kober, Mecklenburg-Vorpommern; Dr. Claudia Kohlstock, Sachsen-Anhalt; Dr. Bernhard Schicht, Sachsen-Anhalt; Herr Alexander Spengler, Thüringen; Dipl.-Med. Gudrun Stange, Brandenburg

Mitwirkung am ersten Entwurf:

Dr. Anke Bühling, Sachsen-Anhalt; Dr. Gerlinde Fellmann, Sachsen; Dr. Ines Hiller, Brandenburg; Dr. Mari-ka Kubisch, Thüringen

Fassung für den Freistaat Sachsen

März 2009

Redaktionsschluss November 2006 (Ergänzung Pandemieplanung März 2009)

Der Landespflegeausschuss nimmt den Rahmenhygieneplan für Alten- und Altenpflegeheime zustimmend zur Kenntnis und empfiehlt die Anwendung in den Alten- und Altenpflegeheimen.

4. März 2009

Landespflegeausschuss

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	4
2	Riskobewertung, Hygienemanagement und Verantwortlichkeit.....	5
2.1	Risikobewertung.....	5
2.2	Hygienemanagement und Verantwortlichkeit	5
3	Basishygiene	7
3.1	Hygieneanforderungen an Standort, Gebäude, Räume, Ausstattung	7
3.2	Reinigung, Desinfektion, Aufbereitung von Medizinprodukten	7
3.2.1	Allgemeines.....	7
3.2.2	Händehygiene	8
3.2.3	Hautdesinfektion (Hautantiseptik)	9
3.2.4	Flächen, Fußböden und Gegenstände.....	10
3.2.5	Aufbereitung von Medizinprodukten und Sterilgutlagerung.....	12
3.2.6	Wäschehygiene und Bekleidung	13
3.3	Umgang mit Lebensmitteln.....	14
3.4	Sonstige hygienische Anforderungen.....	15
3.4.1	Abfallbeseitigung.....	15
3.4.2	Haltung von Haustieren.....	16
3.4.3	Schädlingsprophylaxe und -bekämpfung	16
3.4.4	Trinkwasser.....	17
3.5	Erste Hilfe.....	17
4	Anforderungen des Infektionsschutzgesetzes	19
4.1	Gesundheitliche Anforderungen	19
4.1.1	Personal im Küchen-/Lebensmittelbereich (§ 42 IfSG)	19
4.1.2	Bewohner	19
4.2	Belehrung von Personal im Küchen- und Lebensmittelbereich (§ 43 IfSG).....	19
4.3	Vorgehen bei meldepflichtigen Erkrankungen	20
4.4	Schutzimpfungen für Heimbewohner	22
5	Anforderungen nach der Biostoffverordnung.....	23
5.1	Gefährdungsbeurteilung.....	23
5.2	Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen	23
5.3	Impfungen für das Personal	24
6	Maßnahmen beim Auftreten bestimmter Infektionserkrankungen/ Parasitenbefall....	25
6.1	Durchfallerkrankungen	25
6.2	Läusebefall.....	25
6.3	Skabies	26
7	Hygiene bei speziellen Behandlungsmaßnahmen.....	28
8	Umgang mit Verstorbenen.....	32
9	Hygienische Untersuchungen.....	33

Anlagen

- Anlage 1 Reinigungs- und Desinfektionsplan (Muster)
- Anlage 2 Verhalten beim Auftreten Methicillinresistenter Staphylococcus-aureus-Stämme (MRSA)
- Anlage 3 Influenza-Pandemieplanung für Alten- und Pflegeheime
- Anlage 4 Literatur - Wichtige rechtliche Grundlagen und fachliche Standards
- Anlage 5 Belehrung gemäß § 43 Abs. 1 IfSG: Gesundheitsinformationen für den Umgang mit Lebensmitteln, schriftliche Erklärung

- bei Bedarf einzufügen -

1 Einleitung

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

Für ältere Menschen mit gemindertem Allgemeinzustand oder bei bestimmter medikamentöser Behandlung und Personen mit Vorerkrankungen oder Abwehr- und Immunschwäche besteht immer eine erhöhte Infektionsgefahr. Mit der gestiegenen Lebenserwartung nimmt besonders im Alter zwangsläufig auch die Zahl der Personen mit chronischen Krankheiten, Behinderungen, Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit zu, vor allem auch durch die frühere Verlegung noch betreuungsbedürftiger Personen. Infektionen haben in Alten- und Altenpflegeheimen eine wachsende epidemiologische Bedeutung hinsichtlich Morbidität und Mortalität.

Einen zusätzlichen Risikofaktor stellt das gemeinschaftliche Wohnen und Betreuen dar. Diese Gefährdung kann durch das hygienebewusste Verhalten aller Mitarbeiter und die enge Zusammenarbeit zwischen Heimleitung, den behandelnden Ärzten und dem zuständigen Gesundheitsamt verringert werden.

Die erforderlichen hygienischen, medizinischen und pflegerischen Maßnahmen sollten mit den Bedürfnissen der in den Heimen lebenden Menschen nach Geborgenheit und physischem und psychischem Wohlbefinden in Einklang gebracht werden. Dabei muss stets die Würde und Privatsphäre des Menschen gewahrt bleiben. Aus hygienischer Sicht wird die überwiegend soziale Betreuung im Altenheimbereich von der überwiegend pflegerischen Betreuung im Pflegeheimbereich unterschieden.

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

Nach § 36 Abs. 1 müssen Gemeinschaftseinrichtungen die innerbetrieblichen Verfahrensweisen zur Infektionshygiene in **Hygieneplänen** festlegen. Für die Erstellung der Pläne enthält das Gesetz keine speziellen Vorgaben, sondern überlässt dies weitgehend dem Ermessen der jeweiligen Einrichtung.

Empfohlen wird, auf eine weitgehende Standardisierung der Pläne hinzuwirken.

Der vorliegende Rahmenhygieneplan soll hierbei Unterstützung geben. Er soll als Grundlage vorwiegend für die Pflegebereiche in den Heimen dienen. Die aufgeführten Hygienemaßnahmen sind Beispielinhalte, die auf die Situation in der **jeweiligen Einrichtung angepasst** und durch einrichtungsspezifische Details und Festlegungen ergänzt werden müssen. Im Hygieneplan sollten auch Maßnahmen der Gesundheitsförderung und –erhaltung angesprochen werden, die zur Prävention sowohl der übertragbaren als auch der nichtübertragbaren Erkrankungen für Bewohner und Personal beitragen.

Zu berücksichtigen sind dabei auch eventuell vorhandene regionale Vorschriften bzw. Landesregelungen.

2 Riskobewertung, Hygienemanagement und Verantwortlichkeit

2.1 Risikobewertung

Das Infektionsrisiko wird allgemein von der Anwesenheit primär wie fakultativ pathogener Keime, den Übertragungswegen dieser Erreger (direkte und indirekte natürliche wie künstliche Übertragungswege) und der Abwehr- und Immunsituation der Heimbewohner bestimmt. Sehr verallgemeinert werden die Infektionsrisiken vom RKI in solche bei „überwiegend sozialer Betreuung“ (z.B. Altenheim) und solche bei „überwiegend pflegerischer Betreuung (z.B. Behandlungspflege) eingeteilt. Ähnliche Verhältnisse wie im Krankenhaus gelten insbesondere für die „Schwerst- und Langzeitpflege“ und für Heimbewohner mit Risikofaktoren für eine Besiedlung bzw. Infektion mit multiresistenten Erregern. Hier gelten häufig die gleichen Übertragungswege wie im Krankenhaus, in erster Linie die Hände des Personals und die invasiven Maßnahmen. Von großer Bedeutung sind bei multiresistenten Erregern (z.B. MRSA) die Rückverlegungen zwischen den Heimen und den Akutkrankenhäusern. Insbesondere bei den Heimbewohnern, die pflegerisch und invasiv betreut werden, sind einzelne nosokomiale Infektionen sowie Ausbrüche möglich und müssen verhindert werden.

2.2 Hygienemanagement und Verantwortlichkeit

Der Träger und der **Leiter der Einrichtung** tragen nach dem Heimgesetz die Verantwortung für die Sicherung der hygienischen Erfordernisse und nehmen ihre Verantwortung durch Anleitung und Kontrolle wahr. Der Leiter des Heimes sollte zu seiner Unterstützung einen **Hygienebeauftragten** oder eine **Hygienekommission** benennen. Eine Fortbildung nach aktuellen fachlichen Gesichtspunkten ist dabei zu gewährleisten. Diese wird von verschiedenen Bildungseinrichtungen nach der Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH) angeboten.

Die Sicherung der personellen, materiell-technischen und räumlichen Voraussetzungen und das Betreiben eines Qualitätsmanagements liegen in der Verantwortlichkeit des jeweiligen Trägers.

Zu den Aufgaben der Hygienekommission gehören unter anderem:

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

Der **Hygieneplan** ist jährlich hinsichtlich seiner Aktualität zu überprüfen und ggf. zu ändern.

Die Überwachung der Einhaltung der Hygienemaßnahmen erfolgt u.a. durch Begehungen der Einrichtung routinemäßig mindestens jährlich sowie bei aktuellem Bedarf. Die Ergebnisse werden schriftlich dokumentiert.

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

3 Basishygiene

3.1 Hygieneanforderungen an Standort, Gebäude, Räume, Ausstattung

Gebäude, Räume und Ausstattungen müssen der Heimmindestbauverordnung, den baurechtlichen Anforderungen im jeweiligen Bundesland, den staatlichen und berufsgenossenschaftlichen Arbeitsschutzanforderungen sowie den brandschutztechnischen Vorschriften und den Normen zur barrierefreien und körperbehinderten gerechten Gestaltung genügen.

Insbesondere sind zu beachten:

- **Standort** (z.B. Lärm, lufthygienische und klimatische Belastungen, Altlasten, Lage zum Ortszentrum)
- Hygienischen Anforderungen an **Bauweise, Oberflächengestaltung und Ausstattung einzelner Räume** (z.B. Bewohnerzimmer, Gemeinschaftsräume, Therapieräume, Sanitärräume, Küche und Wirtschaftsräume, Personalräume, Funktions- und Nebenräume)
- **Barrierefreie und körperbehindertengerechte Gestaltung** (DIN 18024 und 18025)
- **Fußböden** bestimmter Bereiche (Pflegerzimmer, unreine Arbeitsräume u.ä.) müssen feucht zu reinigen und gegebenenfalls zu desinfizieren sein. Diese Bereiche sind mit wischbaren Fußbodenbelägen auszustatten. Teppichböden sind nicht in Nass- und Pflegearbeitsräumen zu verwenden. Über die Art des Belages in Bewohnerzimmern sollte individuell entschieden werden. In Bewohnerzimmern von Pflegebereichen sind Teppichböden grundsätzlich nicht zu empfehlen.
- **Ausstattungen und Wände in Küchen und Sanitärräumen** müssen feucht zu reinigen und zu desinfizieren sein.
- Dem **Hygienestandard** entsprechen 1- und 2-Bett-Zimmer mit zugeordnetem Sanitärbereich. Sie sollten unmittelbare Anbindung zum Flur haben. Die Türbreite muss den Transport eines Bettes zulassen.
- Ein außenliegender Sonnenschutz soll Überwärmung verhindern.
- Natürliche zugfreie Lüftung muss möglich sein. Innenliegende Räume müssen an einer wirksamen Lüftungsanlage angeschlossen sein. Wasserbehälter zur Luftanfeuchtung sind abzulehnen. Für ausreichende blendfreie künstliche Beleuchtung ist zu sorgen (DIN 5035).
- Matratzen sollen mit Schutzbezügen (feuchtigkeitsdicht, dampfdurchlässig, waschbar und desinfizierbar) ausgestattet werden. Kissen und Decken sollen dampfdurchlässig und waschbar sein.
- Eine kontinuierliche planmäßige bauliche **Instandhaltung** und **Renovierung** ist notwendige Voraussetzung für jede effektive Reinigung und Desinfektion. Schimmelpilzbefall muss umgehend saniert werden.

3.2 Reinigung, Desinfektion, Aufbereitung von Medizinprodukten

3.2.1 Allgemeines

- Eine gründliche und regelmäßige Reinigung und Trocknung insbesondere der Hände und häufig benutzter Flächen und Gegenstände ist eine wesentliche Voraussetzung für einen guten Hygienestatus.

- Eine **routinemäßige** Desinfektion muss nur in bestimmte Pflegebereichen und bei ausgewählten pflegerischen und medizinischen Handlungsabläufen erfolgen, bei denen potentiell Erreger verbreitet werden können (vor allem bei invasiven Maßnahmen).
- Die **gezielte** Desinfektion ist dort erforderlich, wo erkennbare Kontaminationen vorhanden sind (z.B. Verunreinigungen mit Erbrochenem, Blut, Stuhl, Urin), sowie weiterhin als Schlussdesinfektion, im Rahmen von Ausbruchssituationen und beim Auftreten spezieller Erreger.
- Eine effektive Desinfektion wird nur erreicht, wenn für die beabsichtigte Desinfektionsaufgabe das geeignete Desinfektionsmittel (begutachteter Wirkstoff nach den derzeit gültigen Prüfvorschriften) in der vorgeschriebenen Konzentration und Einwirkzeit verwendet wird.
- Die Desinfektionsmittel sind für die routinemäßige Desinfektion aus der Desinfektionsmittel-Liste des Verbundes für Angewandte Hygiene (VAH - vormals Liste der Deutschen Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie - DGHM) mit der entsprechenden Konzentration und Einwirkzeit auszuwählen (ggf. nach Rücksprache mit dem Gesundheitsamt). Hinsichtlich der Viruswirksamkeit ist die Deklaration der Mittel bzw. die Begutachtung der Wirksamkeit gegen die aktuellen Prüfviren nach den aktuellen Prüfvorschriften ausschlaggebend.
- Reinigungs- und Desinfektionsmittel sind vor dem unberechtigten Zugriff der Heimbewohner geschützt aufzubewahren.
- In jeder Einrichtung müssen Reinigungs- und Desinfektionspläne erarbeitet und gut sichtbar ausgehängt werden (siehe Anlage 1).
- Die Pläne sollen konkrete Festlegungen zur Reinigung und ggf. zur Desinfektion (was, wann, womit, wie, wer) sowie Aussagen zur Überwachung, besonders auch bei Vergabe der Reinigungsarbeiten an Fremdfirmen, enthalten (vertragliche Regelungen, Belehrung der Mitarbeiter über spezifische Belange).
- Beim Auftreten meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten oder bei begründetem Verdacht sind spezielle Maßnahmen erforderlich, die vom Gesundheitsamt veranlasst oder mit diesem abgestimmt werden.

3.2.2 Händehygiene

Durch die vielfältigen Kontakte mit der Umgebung und zu anderen Personen erfolgt die Übertragung von Infektionserregern hauptsächlich über die Hände.

Die Händehygiene gehört zu den wichtigsten Maßnahmen der Infektionsverhütung und der Bekämpfung von Infektionen.

- **Händewaschen** reduziert die Keimzahl auf den Händen, jedoch werden Übertragungswege der Erreger nicht wirksam unterbrochen.
Die gründliche Händereinigung sollte
 - zum Dienstbeginn, Dienstende
 - nach jeder Verschmutzung,
 - nach Toilettenbenutzung,
 - vor dem Umgang mit Lebensmitteln,
 - vor und nach der Einnahme von Speisen und Getränken und
 - nach Tierkontakt erfolgen.
- Zur **Ausstattung der Handwaschplätze** sind die Anforderungen der Staatlichen und berufsgenossenschaftlichen Vorschriften (z.B. TRBA 250/BGR 250), der Arbeitsstättenrichtlinie und ggf. vorhandene Hygienevorschriften der Länder zu berücksichtigen.

- **Die hygienische Händedesinfektion** dient der Beseitigung und Abtötung von Infektionserregern.
 - **Sichtbare grobe Verschmutzungen** (z.B. durch Ausscheidungen) sind vor der Desinfektion mit Zellstoff oder einem desinfektionsmittelgetränkten Einmaltuch zu entfernen.
 - 3 – 5 ml des Präparates 30 sec. in die trockenen Hände einreiben, dabei Fingerkuppen, Fingerzwischenräume, Daumen und Nagelfalze besonders berücksichtigen. Während dieser Zeit müssen die Hände feucht gehalten werden.
 - Bei vorhersehbarem Kontakt mit Ausscheidungen oder Blut sind Einmalhandschuhe zu verwenden.
- Die hygienische Händedesinfektion ist erforderlich:**
- nach pflegerischen Maßnahmen mit Kontakt zu kontaminierten Gegenständen oder Medien, z.B. nach Kontakt mit Stuhl, Urin, Erbrochenem, Blut, Körperausscheidungen und -flüssigkeiten,
 - nach Kontakt mit kolonisierten oder infizierten Heimbewohnern,
 - nach Ablegen der Handschuhe,
 - vor Medikamentenverabreichung bzw. Zubereitung von Medikamenten,
 - vor dem Anlegen von Verbänden,
 - vor invasiven Maßnahmen (Venenpunktion, Harnblasenkatheter u.ä.) oder Handhabungen an liegenden Kathetern u.ä. oder
 - vor Kontakt mit besonders infektionsgefährdeten Heimbewohnern.

Für detaillierte Hinweise wird auf die aktuellen **Empfehlungen "Händehygiene" des Robert Koch-Institutes** verwiesen (Bundesgesundheitsblatt 43(2000), 230 - 233).

3.2.3 Hautdesinfektion (Hautantiseptik)

Die Hautdesinfektion (Hautantiseptik) dient der Verhütung von Infektionsübertragungen auf Haut, Schleimhaut, Wunden oder operativ freigelegte Hautflächen.

Hinweise zur Hautdesinfektion/Hautantiseptik enthält die aktuelle Desinfektionsmittelliste des Verbundes für Angewandte Hygiene (VAH, ehem. Liste der DGHM).

Die Hautdesinfektion/ Hautantiseptik soll eine Reduktion der Standortflora (residente Flora), aber auch eine Abtötung/ Beseitigung von Anflugkeimen (transiente Flora) bewirken. Sie ist vor allen medizinischen Eingriffen, bei denen Barrieren verletzt werden, erforderlich. Zum Beispiel bei:

- Punktionen
- Injektionen
- Katheterisieren
- Chirurgischen Eingriffen

Die Hautdesinfektion muss in Abhängigkeit von der Art und Invasivität der Maßnahme erfolgen. Dabei ist wie folgt zu verfahren:

Vor Kapillarblutentnahmen, subkutanen und intrakutanen Injektionen sowie vor intravenösen Punktionen zur Blutentnahme oder Injektion

- ist die hygienische Händedesinfektion durchzuführen, auch vor dem Anziehen von Schutzhandschuhen,
- ist ein Hautdesinfektionsmittel (DM) auf die Punktionsstelle aufzusprühen und mit einem **sterilisierten Tupfer** in einer Richtung abzureiben,

- Die Einwirkzeit (EWZ) beträgt i.d.R. 15 sec (Herstellerangaben beachten).
- Nach der Hautdesinfektion ist die Punktionsstelle nicht mehr zu berühren.
- Die Einstichstelle muss trocken sein, ggf. ist ein gesonderter Tupfer nach dem Ende der Einwirkzeit einzusetzen.
- Bei Kapillarblutentnahmen bietet sich in der Praxis an, die Punktionsstelle mit einem getränkten sterilisierten Tupfer oder mit einem Einmal-Alkohol-Tupfer einzureiben.
- Nach der Blutentnahme ist die Einstichstelle mit einem Tupfer abzurücken und/ oder mit einem Pflaster abzudecken.

Vor intramuskulären Injektionen oder dem Legen peripherer Venenkatheter

- ist wie oben beschrieben zu verfahren. Nur wird die Hautdesinfektion **2 mal** hintereinander mit entsprechender Einwirkzeit (z. B. jeweils 1 Minute) vorgenommen. Dabei gilt der erste Vorgang als Reinigung.
- In talgdrüsenreichen Körperregionen (Stirn, Kopfhaut, Region längs des Rückgrats) sollte die Einwirkzeit länger, mindestens 10 Minuten, eingehalten werden.

Anforderung an Desinfektionsmittel und Tupfer

- Die verwendeten Präparate müssen entsprechend dem Arzneimittelgesetz zugelassen sein.
- Üblich sind VAH-gelistete Präparate mit einem Alkoholanteil von >65 Vol.-%.
- Die Sporenfreiheit des Präparates ist zu garantieren. Es darf deshalb nur unter aseptischen Bedingungen in einer Apotheke in eine sicher aufbereitete Spenderflasche umgefüllt werden.
- Bei einer Stückzahl von bis zu 5 Tupfern ist von einer optimalen Verpackung sterilisierter Tupfer auszugehen.

3.2.4 Flächen, Fußböden und Gegenstände

- Voraussetzung für eine vorschriftsmäßige Reinigung aller relevanten Flächen und Gegenstände ist die Sorge für Ordnung und Sauberkeit in der Einrichtung.
- Folgende Grundsätze sind bei Reinigungs- und Desinfektionsmaßnahmen zu berücksichtigen:
 - Bei Reinigungs- und Desinfektionsarbeiten ist geeignete Schutzkleidung (festere Handschuhe, Schürze/Kittel) zu tragen.
 - Geräte und Mittel zur Reinigung und Desinfektion sind vor dem Zugriff Unbefugter gesichert in einem gesonderten Raum aufzubewahren.
 - Es ist nass zu reinigen (Ausnahme: textile Beläge).
 - Bei den angewendeten Reinigungsmethoden ist eine Schmutz- und Erregerverschleppung zu verhindern (z.B. Zwei-Eimer-Methode, Bezugwechselfahren bzw. Nutzung industrieller Reinigungsgeräte).
 - Für die Pflege textiler Beläge Geräte mit Mikro- oder Absolutfiltern verwenden, Teppichböden täglich absaugen und bei Bedarf sowie mind. jährlich ist eine Feuchtreinigung (Sprüh-Extraktionsmethode nach Herstellerangaben) vorzunehmen.
 - Alle wiederverwendbaren Reinigungsutensilien (Wischarm, Wischlappen ...) sind nach Gebrauch aufzubereiten und bis zur erneuten Verwendung trocken zu lagern (vorzugsweise Waschen bei mindestens 60 °C im überwiegend „sozialen Betreuungsbereich“ (vormals Heim- oder Wohnbereich), 60 °C – 90 °C in Pflegebereichen, alternativ Einlegen in Desinfektionslösung).

- Innerhalb der Einwirkzeit der Desinfektionsmittel-Lösungen dürfen die Flächen nicht trocken- oder nass nachgewischt werden.
- Nach erfolgter Desinfektion ist zu lüften.
- Der Reinigungsrhythmus muss sich an der speziellen Nutzungsart und –intensität orientieren.
- Bei sichtbarer Verschmutzung ist sofort zu reinigen.
Für die routinemäßige Reinigung im überwiegend „sozialen Betreuungsbereich“ gelten folgende Orientierungswerte:
 - **Stark frequentierte** Flächen, Wohn- und Pflegebereiche sowie Sanitäreinheiten sind täglich zu reinigen (einschl. Türen, Türklinken).
 - **Oberflächen von Einrichtungsgegenständen** (Schränke, Heizkörper, Stühle, Regale usw.) sind wöchentlich zu reinigen.
 - **Toilettenbürsten** sind bei Bedarf täglich zu reinigen bzw. ggf. zu wechseln.

Einmal bis zweimal pro Jahr ist je nach den Gegebenheiten eine **Grundreinigung** unter Einbeziehung von Lampen, Fenstern, Heizkörpern, Türen, Teppichböden, Vorhängen, Jalousien, Rohrleitungen, Verkleidungen, Regalen...) durchzuführen.

- **Routinemäßig zu desinfizieren sind Flächen mit häufigem Hand- und Hautkontakt in überwiegend zur Pflege genutzten Bereichen:**
 - **täglich**
 - Fußböden und bewohnernahe Flächen im Pflegebereich bei Schwerstpflegebedürftigen
 - Fußböden und Flächen in Pflegearbeitsräumen, Entsorgungsräumen
 - gemeinschaftliche Sanitäreinrichtungen, Sanitäreinrichtungen zu Mehrbettzimmern
 - **nach jeder Benutzung**
 - Steckbecken und Urinflaschen (vorzugsweise im Reinigungs- und Desinfektionsautomaten)
 - **nach jeder Benutzung (sofern keine personengebundene Nutzung erfolgt)**
 - Toilettenstühle, Badewanne, Duschwannen, Waschschüsseln u.ä.,
 - Fieberthermometer, Blutdruckmanschette, Stethoskop u.a.
 - **bei Bewohnerwechsel**
 - häufige Kontaktflächen im Bewohnerzimmer
 - Matratzenbezüge, Nackenrollen u.ä.

Desinfektion und Reinigung werden in der Regel in einem Arbeitsgang ausgeführt. Ein selbständiges Mischen von Reinigungs- und Desinfektionsmitteln ist nicht erlaubt.

- Eine **sofortige gezielte Desinfektion** von Flächen und Gegenständen ist notwendig bei sichtbarer Verunreinigung durch Körpersekrete (z.B. Erbrochenes, Stuhl, Urin, Blut). Dabei ist nach Entfernung der groben Verunreinigungen mit Zellstoff o.ä. eine Wischdesinfektion durchzuführen.
- Beim **Auftreten übertragbarer Krankheiten** sind Desinfektionsmaßnahmen als Schutzmaßnahmen gegen eine Weiterverbreitung der Infektionserreger nach Absprache mit dem Gesundheitsamt durchzuführen (z.B. Konzentration des 1h-Wertes der VAH-Liste bei Einzelfällen, ggf. Präparate gemäß RKI-Liste oder viruswirksame Einsatzkriterien).

Für detaillierte Hinweise wird auf die aktuelle **Empfehlung „Anforderungen an die Hygiene bei der Reinigung und Desinfektion von Flächen“** des Robert Koch-Institutes verwiesen (Bundesgesundheitsblatt 47 (2004), 51 – 61).

3.2.5 Aufbereitung von Medizinprodukten und Sterilgutlagerung

- Instrumentenaufbereitung einschließlich Sterilisation sind nur von **sachkundigem Personal** auszuführen und zu dokumentieren.
- Einmalinstrumente sind nicht wieder aufzubereiten, da sehr hohe Ansprüche an die Aufbereitung gestellt werden.
- Bei der **Desinfektion** sind thermische und chemische Verfahren möglich. Maschinelle thermische Verfahren sind zu bevorzugen.
- Benutzte Instrumente sind bei der manuellen Aufbereitung zu reinigen/desinfizieren, zu spülen, zu trocknen, zu pflegen, zu prüfen und nach der Risikobewertung der Medizinprodukte zu sterilisieren. Die Instrumente müssen vollständig getaucht sein.
- Die Verwendung von viruswirksam geprüften Mitteln ist notwendig. Einwirkzeit wird vom Einlegen des letzten Instruments gerechnet. Die Desinfektionslösung ist nach Verschmutzung sonst täglich zu wechseln.
- Bei der **Sterilisation** sind Verpackungen entsprechend dem angewandten Verfahren zu verwenden. Eine Setverpackung (anwendungsgerechte Sets) ist zu bevorzugen. Die vorgeschriebene Kennzeichnung und Dokumentation ist vorzunehmen (z.B. Inhalt, Charge, Sterilisierdatum). Die sog. Fremdsterilisation, z.B. im benachbarten Krankenhaus ist bevorzugt zu nutzen.
- **Lagerfristen** für Sterilgut nach DIN 58953, Teile 7 und 8:

Verpackung	Lagerung von selbst hergestelltem Sterilgut*		Lagerung von industriell hergestelltem Sterilgut	
	ungeschützt	geschützt**	ungeschützt	geschützt**
Einfachverpackung od. Zweifachverpackung	alsbaldiger Verbrauch***	6 Monate	alsbaldiger Verbrauch***	6 Monate
Lagerverpackung	entfällt		nach Herstellerangaben, i. d. R. 5 Jahre	

* DIN-gerechte Sterilisierverpackung

** in Schränken oder Schubladen

*** innerhalb von 48 Stunden

- Für Sterilgutcontainer gilt die DIN 58953 Teil 9. Die Lagerfrist beträgt in der Regel 6 Monate.
- Die Entnahme des Sterilgutes hat unter aseptischen Bedingungen unmittelbar vor dem Gebrauch zu erfolgen. Zur Entnahme ist ggf. eine sterilisierte Pinzette zu verwenden.

Für detaillierte Hinweise zur Instrumentenaufbereitung wird auf die **Empfehlung „Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten“** des Robert Koch-Institutes verwiesen (Bundesgesundheitsblatt 44 (2001), 1115 – 1126).

3.2.6 Wäschehygiene und Bekleidung

- Das Einsammeln und der Transport gebrauchter Wäsche sollen in reißfesten, ausreichend keimdichten, ggf. feuchtigkeitsdichten Textil- oder Foliensäcken bzw. Wäschebehältern erfolgen.
- Für Wäsche aus Altenpflegeheimen und mit Stuhl, Urin oder Blut verunreinigte Wäsche aus Altenheimen gilt: kein nachträgliches Sortieren: Sammeln + Transport in keimdichten, reißfesten, feuchtigkeitsdichten Säcken.
- Mindestens 1 - 2 x pro Woche Schmutzwäscheabtransport.
- Strikte Trennung zwischen Schmutzwäsche und sauberer Wäsche bei der Lagerung.
- Saubere Wäsche ist staubgeschützt zu lagern (im Schrank, verpackt oder abgedeckt).
- Die **Häufigkeit des Wäschewechsels** ist vom Verschmutzungsgrad abhängig. Grundsätzlich ist verunreinigte Wäsche sofort zu wechseln. Darüber hinaus können folgende **Richtwerte** herangezogen werden:

Bewohner

- **Wäschewechsel**
 - Bei Verschmutzung sofort, sonst Bettwäsche alle 2 - 3 Wochen, bei Bettlägerigen wöchentlich.
 - Handtücher 2 x wöchentlich
 - Waschlappen tgl., besser Einmalgebrauch
 - Unterwäsche alle 2 Tage
- **Wäschebehandlung**
 - Wäsche aus Altenpflegeheimen, Krankenstationen von Altenheimen oder während eines Ausbruchs von Erkrankungen sowie bei MRSA-Kolonisation ist so zu behandeln, dass sie frei von Mikroorganismen ist, die Infektionen auslösen können. Die Behandlung hat mit einem desinfizierenden Waschverfahren zu erfolgen (z.B. Kochwäsche oder Waschen bei 60 °C unter Verwendung eines desinfizierenden Waschmittels). Für Oberbekleidung ist im Allgemeinen kein solches Verfahren notwendig.
 - Einzelheiten s. Anforderungen der Hygiene an die Wäsche aus Einrichtungen des Gesundheitsdienstes, die Wäscherei und den Waschvorgang und Bedingungen für die Vergabe von Wäsche an gewerbliche Wäschereien, Anlage zu den Ziffern 4.4.3 und 6.4 der Richtlinie für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (Bundesgesundheitsblatt 1995, S. 280)
 - Wäsche aus **Altenheimen**: Leib-, Bettwäsche, Handtücher bei mindestens 60 °C unter Verwendung eines desinfizierenden Waschmittels; Wäsche der einzelnen Heimbewohner in einem separaten Waschgang waschen.
- **Aufbereitung Kopfkissen, Einziehdecken**
 - Das Material muss eine Behandlung wie Kochen oder Desinfektion zulassen (Herstellerangaben).
 - Federfüllung ist nur personenbezogen möglich.
 - Bei Verunreinigung sofort, bei Bewohner- bzw. Benutzerwechsel, sonst z.B. halbjährliche Behandlung mit Desinfektionswaschverfahren oder Dampfdesinfektion.

Personal

- **Arbeitskleidung**

- Personal in Altenheimen sollte Arbeitskleidung tragen, in jedem Fall das Personal in Pflegebereichen. Ist nach Festlegung des Betreibers/Trägers Privatkleidung als Arbeitskleidung zu tragen, ist Punkt 4.1.3.1 der TRBA 250 zu beachten. Dort ist vorgeschrieben: „Falls Arbeitskleidung mit Krankheitserregern kontaminiert ist, ist sie zu wechseln und vom Arbeitgeber wie Schutzkleidung zu desinfizieren und zu reinigen.“ Das bedeutet, dass private Wechselkleidung mitgeführt werden muss und die Privatkleidung das Desinfektion-/Waschverfahren der Wäscherei verträgt.
- **Schutzkleidung**
s. auch TRBA 250/BGR 250
 - Bei Möglichkeit der Kontamination der Beschäftigten oder deren Arbeits- bzw. Privatkleidung mit Körperflüssigkeiten und Ausscheidungen ist Schutzkleidung und persönliche Schutzausrüstung zu tragen (Kittel mit langem Arm bzw. Schürze, Handschuhe, ggf. Schutzbrille, Mund-Nasen-Schutz). Handschuhe sind zu tragen, wenn
 - die Hände mit Blut, Ausscheidungen, Eiter oder hautschädigenden Stoffen in Berührung kommen können (z.B. Verbandwechsel, Entleerung Urinbeutel)
 - benutzte Instrumente, Geräte oder Flächen desinfiziert und gereinigt werden.
 - **Mund-Nasen-Schutz** oder FFP1-Maske und ggf. Schutzbrille anlegen, wenn mit infektiösen Aerosolen zu rechnen ist (z.B. Erbrechen bei Norovirusinfektionen, herkömmliches Absaugen).
 - Der Arbeitgeber hat geeignete Schutzkleidung in ausreichender Stückzahl zur Verfügung zu stellen und für die Reinigung, Desinfektion und Instandhaltung zu sorgen.
 - Schutzkleidung ist nach Abschluss der Tätigkeit abzulegen. Sie ist täglich bzw. bei Verunreinigung zu wechseln.
 - Für Arbeiten mit aseptischen Anforderungen ist separate Schutzkleidung zu verwenden.

3.3 Umgang mit Lebensmitteln

- Um lebensmittelbedingte Erkrankungen und Erkrankungshäufungen in Gemeinschaftseinrichtungen zu verhindern, müssen an den Umgang mit Lebensmitteln besonders hohe Anforderungen gestellt werden.
- Verantwortlich für die Lebensmittelhygiene ist der Betreiber des Heimes
- Es dürfen nur sichere Lebensmittel in den Verkehr gebracht werden, von denen keine Gefahr für die menschliche Gesundheit ausgeht.
- Alle Beschäftigten, die mit Lebensmitteln in der Gemeinschaftsverpflegung in Berührung kommen, müssen die Inhalte der §§ 42 und 43 des IfSG kennen und eine Bescheinigung des Gesundheitsamtes nach § 43 vorweisen können.
- Die Vorgaben der **EU-Verordnungen zur Lebensmittelhygiene** und anderer rechtlicher Grundlagen sowie Normen und Leitlinien sind einzuhalten.
- Ein eigener **Hygieneplan** für den Küchenbereich ist in Abstimmung mit der Lebensmittelüberwachungsbehörde zu erstellen.
- Leichtverderbliche Lebensmittel bzw. solche, bei denen der Hersteller dies vorschreibt, sind **kühl zu lagern** (ggf. Überwachung durch das Personal).
- Die **Anlieferung** von Speisen darf nur in ordnungsgemäß gereinigten und geschlossenen Behältern erfolgen.
- Vor der Zubereitung und Ausgabe von Essen sind die **Hände antiseptisch zu waschen**.

- Personal mit **eitrigen Wunden** an den Händen darf keinen Umgang mit unverpackten Lebensmitteln haben.
- Bei Verletzungen an den Händen sind beim Umgang mit Lebensmitteln **Handschuhe** zu tragen.
- Für die **Essenausgabe** sind saubere Gerätschaften zu benutzen.
- Warme Speisen müssen bei der Ausgabe bis zur Esseneinnahme eine **Temperatur von $\geq 65^{\circ}\text{C}$** aufweisen.
- Auf Lebensmittel darf nicht gehustet oder geniest werden.
- Übrig gebliebene zubereitete Speisen sind zu entsorgen. Einfrieren von Resten ist verboten.
- Die Ausgabe von **Rohmilch** ist nicht zulässig.
- Lebensmittel die unter Verwendung von **rohen Bestandteilen von Hühnereiern** hergestellt werden, müssen vor Abgabe ausreichend durcherhitzt werden.
- Alle **benutzten Geschirr- und Besteckteile** sind heiß zu reinigen z.B. 65°C -Programm in einer Haushaltsgeschirrspülmaschine.
- **Geschirrtücher und Lappen** sind nach Benutzung aufzubereiten oder zu verwerfen.
- **Tische, Essentransportwagen und Tablettts** sind nach der Esseneinnahme zu reinigen.

3.4 Sonstige hygienische Anforderungen

3.4.1 Abfallbeseitigung

- Die Abfallsatzungen der Kommunen sind einzuhalten.
- Maßnahmen der Abfallvermeidung sind festzulegen.
- Die Abfälle sollten in Säcken in gut schließenden Behältnissen gesammelt und mindestens einmal täglich in zentrale Abfallsammelbehälter entsorgt werden.
- Die Abfallentsorgung einschließlich der Küchenabfälle ist so zu betreiben, dass Belästigungen, insbesondere durch Gerüche, Insekten und Nagetiere vermieden werden.
- Andere Verwendungsmöglichkeiten für Küchenabfälle und Speisenreste sind zu prüfen (Schweinefütterung bzw. Biogas-/ Kompostierungsanlagen). Diese sind dann getrennt von anderen Küchenabfällen zu sammeln und weitere Vorschriften müssen beachtet werden (z.B. Dokumentation!).
- Die **Einteilung der Abfallarten** aus Sicht der Infektionsprävention:
 - Gruppe A:**¹⁾ Hausmüll und hausmüllähnlicher Abfall; Sammlung und Transport in Mehrweg- oder Einwegbehältnissen; Beseitigung mit dem Hausmüll; Recycling möglich
 - Gruppe B:**¹⁾ mit Blut, Sekreten, Körperausscheidungen verunreinigter Abfall, Sonderform: spitze scharfe Gegenstände; Sammlung in Einwegbehältnissen; kein Sortieren; kein Umschütten; zugriffssichere Aufbewahrung; Beseitigung nach Vorgaben des Bundeslandes/ der Kommune
 - Gruppe C:**¹⁾ infektiöse Abfälle z.B. bei Cholera, Tbc, Typhus; Sammlung in Einweg-

¹⁾ Aus praktischen Gründen wird die alte Einteilung beibehalten. Für den Abfall gibt es europaweit eine neue Nomenklatur (Gruppe A = AS xx xx xx – verschiedene Klassen, Gruppe B = AS 18 01 04 bzw. AS 18 01 01, Gruppe C = 18 01 03).

behältnissen; kein Sortieren; Vorbehandlung Desinfektion mit RKI gelistetem Verfahren oder Beseitigung durch Verbrennung.

- Anforderungen an **Einwegbehältnisse**: undurchsichtig, verschließbar, transportfest, feuchtigkeitsbeständig, keimundurchlässig.
- Sammlung **scharfer und spitzer Gegenstände** in durchstichsicheren, feuchtigkeitsbeständigen Behältern mit großer Öffnung, ggf. Abstreifvorrichtung für Kanülen.
- Chemikalien, Arzneimittel, radioaktive Stoffe sowie Küchenabfälle unterliegen der Sonderentsorgung.
- Die Zuständigkeit für die Abfallentsorgung aus den Räumen muss klar geregelt sein.

3.4.2 Haltung von Haustieren

Bei der Planung und Umsetzung der Tierhaltung ist ein enger Kontakt mit den zuständigen Gesundheits- und Veterinärämtern dringend zu empfehlen.

In Altenheimen ist Tierhaltung unter folgenden Bedingungen möglich:

- Sauberkeit der Räume, Käfige, Volieren, der Trink- und Futterbehälter
- regelmäßiges intensives Lüften und täglich feuchtes Wischen der Räume, in denen Tiere gehalten werden (Verzicht auf Teppichböden).
- artgerechte Haltung, regelmäßige Fütterung und Pflege
- regelmäßige tierärztliche Überwachung (Impfung, Parasitenbehandlung)
- konkrete Verantwortlichkeit für die Pflege
- Kontrolle der Pflege durch das Heimpersonal
- separate Lagerung von Futter und Pflegeutensilien (Streu, Stroh, Reinigungsgeräte)
- gründliche Händehygiene nach dem Umgang mit Tieren

Neben positiven psychologischen Aspekten ist das Risiko von Allergien, von Infektionen, Parasitenbefall sowie Biss- und Kratzverletzungen zu berücksichtigen.

In **Pflegebereichen** sollte keine Tierhaltung erfolgen, da das Infektionsrisiko bei bettlägerigen und/oder immungeschwächten Bewohnern nicht kalkulierbar ist.

3.4.3 Schädlingsprophylaxe und -bekämpfung

- Durch das Unterbinden von Zugangs- bzw. Zuflugsmöglichkeiten für Schädlinge, das Vermeiden von Verbergeorten, das Beseitigen baulicher Mängel und die Einhaltung von Ordnung und Sauberkeit im Gebäude, im Küchenbereich und auf dem Außengelände ist einem Schädlingsbefall vorzubeugen.
- Es sind regelmäßig Befallskontrollen durchzuführen und zu dokumentieren.
- Im Küchenbereich sind nach Erarbeitung einer Gefahrenanalyse Kontrollpunkte festzulegen, die regelmäßig zu überwachen sind (Dokumentation). Dabei sollte täglich eine Sichtkontrolle vorgenommen werden.
- Bei Feststellung von Schädlingsbefall ist unverzüglich das Gesundheitsamt zu informieren und ein sachkundiger Schädlingsbekämpfer mit der Bekämpfung zu beauftragen.

3.4.4 Trinkwasser

Die hygienischen Anforderungen an das Trinkwasser werden durch die "**Verordnung über die Qualität von Wasser für den menschlichen Gebrauch (Trinkwasserverordnung – TrinkwV)**" und die §§ 37-39 des **Infektionsschutzgesetzes** geregelt.

- Das in den Heimen verwendete Warm- und Kaltwasser für den menschlichen Gebrauch (Trinken, Waschen, Baden) muss generell der Trinkwasserverordnung entsprechen und wird vom zuständigen Gesundheitsamt überwacht, einschließlich der Wasserprobenentnahmen.
- Veränderungen an der Trinkwasseranlage durch Neubau, Rekonstruktion oder Wiederinbetriebnahme nach langer Nichtnutzung sind dem Gesundheitsamt spätestens 4 Wochen vorher anzuzeigen. Das Gesundheitsamt entscheidet nach Vorliegen einer Wasseranalyse über die **Freigabe** der Wasserversorgungsanlage.
- Installationen sind nach den anerkannten Regeln der Technik und nur von bei dem Wasserversorger registrierten Firmen durchführen zu lassen. Dabei sind besonders die Regelungen der **DIN 1988 "Technische Regeln für Trinkwasserinstallationen" sowie das DVGW-Arbeitsblatt W 551** zu beachten.
- Warmwasseranlagen müssen so betrieben werden, dass eine gesundheitsgefährdende Vermehrung von Legionellen vermieden wird (VDI 6023 hygienebewusste Planung, Ausführung, Betrieb und Instandhaltung von Trinkwassererwärmungsanlagen).
- Regenwasser darf in Heimen (für den menschlichen Gebrauch) nicht verwendet werden.

3.5 Erste Hilfe

Durch den Träger/Heimleiter der Einrichtung ist zu veranlassen, dass das Personal entsprechend der staatlichen Arbeitsschutzvorschriften i. V. m. der Unfallverhütungsvorschrift **BGV/GUV-V A1** „Grundsätze der Prävention“ vor Beginn der Tätigkeit und danach mindestens jährlich zu Gefahren und Maßnahmen zum Schutz einschließlich der Ersten Hilfe unterwiesen wird. Er hat dafür zu sorgen, dass zur Ersten Hilfe und zur Rettung der Versicherten die erforderlichen Einrichtungen, Sachmittel und geeignete Personen verfügbar sind.

Geeignetes Erste-Hilfe-Material enthält gemäß BGR A1 „Grundsätze der Prävention“/**GUV-I 512** „Erste Hilfe“:

- Großer Verbandkasten nach DIN 13169 "Verbandkasten E"
- Kleiner Verbandkasten nach DIN 13157 "Verbandkasten C".

Zusätzlich ist der Verbandkasten mit einem alkoholischen **Desinfektionsmittel** zur Händedesinfektion auszustatten. Art und Anzahl der Verbandskästen sind abhängig von der Zahl der Versicherten und Betriebsart.

Verbrauchte Materialien (z.B. Einmalhandschuhe oder Pflaster) sind umgehend zu ersetzen, regelmäßige **Bestandskontrollen** der Erste-Hilfe-Kästen sind durchzuführen. Insbesondere ist das Ablaufdatum des Händedesinfektionsmittels zu überprüfen und dieses erforderlichenfalls zu ersetzen.

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

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

(Weitere Informationen zur Ersten Hilfe enthalten die BGI/GUV-I 503 „Anleitung zur Ersten Hilfe“, BGI 509 „Erste Hilfe im Betrieb“, BGI 510 „Aushang Erste Hilfe“, BGI/GUV-I 511 „Dokumentation der Ersten Hilfe Leistung“/„Verbandbuch“)

4 Anforderungen des Infektionsschutzgesetzes

4.1 Gesundheitliche Anforderungen

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

Personen, die

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

dürfen im Küchen- bzw. Lebensmittelbereich von Gemeinschaftseinrichtungen nicht tätig sein oder beschäftigt werden.

4.1.2 Bewohner

Nach IfSG § 36 Abs. 4 ist durch ein ärztliches Zeugnis nachzuweisen, dass keine ansteckungsfähige Lungentuberkulose vorliegt.

Der Impfstatus sollte überprüft werden (Aktuelle STIKO- sowie Landesempfehlungen). Hinweise des Hausarztes bzw. des überweisenden Krankenhaus über Grundkrankheiten einschließlich eines eventuellen Trägerstatus (z.B. HBV, MRSA) sind zu beachten.

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

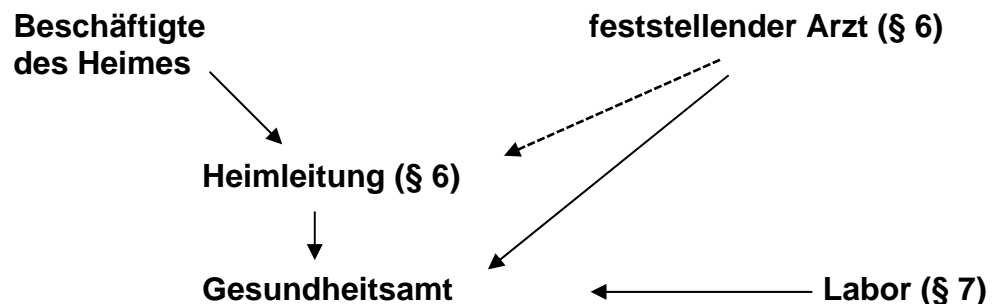
- Die Erstausbildung der Tätigkeiten im Küchen- bzw. Lebensmittelbereich ist nur möglich, wenn sie eine nicht mehr als 3 Monate alte **Bescheinigung** des Gesundheitsamtes oder eines vom Gesundheitsamt beauftragten Arztes nachweisen können. Diese muss eine in mündlicher und schriftlicher Form durchgeführte Belehrung über genannte Tätigkeitsverbote und Verpflichtungen enthalten. Außerdem muss der Beschäftigte darin schriftlich erklären, dass bei ihm keine Tatsachen für ein Tätigkeitsverbot vorliegen.
- Treten nach Tätigkeitsaufnahme Hinderungsgründe auf, so hat der Beschäftigte dieses unverzüglich dem **Arbeitgeber mitzuteilen**.
- Der Arbeitgeber hat die Belehrung für die Beschäftigten im Küchen- bzw. Lebensmittelbereich nach Aufnahme der Tätigkeit und im Weiteren jährlich zu wiederholen, den Nachweis über die Belehrung zu dokumentieren und der zuständigen Behörde auf Verlangen vorzulegen.

4.3 Vorgehen bei meldepflichtigen Erkrankungen

Nach § 6 und § 7 des Infektionsschutzgesetzes sind bestimmte Infektionskrankheiten bzw. der Nachweis bestimmter Infektionserreger meldepflichtig. Grundsätzlich ist nach § 8 IfSG der **feststellende Arzt** verpflichtet, das Auftreten bzw. den Verdacht der im § 6 genannten Erkrankungen bzw. der Leiter des diagnostizierenden Labors die im § 7 verzeichneten Erreger innerhalb von 24 Stunden dem zuständigen **Gesundheitsamt** namentlich zu melden.

Ist das jedoch primär nicht erfolgt, so muss die Meldung nach § 8 (1) Nr.7 durch den **Leiter der Einrichtung** bzw. nach § 8 (1) Nr. 5 durch einen **Angehörigen eines anderen Heil- oder Pflegeberufs**, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung oder Anerkennung erfordert (z.B. Krankenschwester, Altenpflegerin), erfolgen. Dies gilt nach § 6 (1) Nr. 5 auch beim Auftreten von 2 oder mehr gleichartigen Erkrankungen, wenn ein epidemiologischer Zusammenhang oder eine lebensmittelbedingte Infektionserkrankung anzunehmen sind.

Meldewege nach § 8 IfSG (vereinfacht)



Wichtige Meldeinhalte (§ 9 IfSG)

- Art der Erkrankung bzw. des Verdachtes
- Name, Vorname, Geburtsdatum, Geschlecht
- Wohnanschrift bzw. Anschrift des Aufenthaltsortes
- Kontaktpersonen (Bewohner, Personal, Angehörige)
- Art des Untersuchungsmaterials, Nachweismethode, Untersuchungsbefund
- Name, Anschrift, Telefonnummer des Arztes bzw. der Einrichtung

Wichtige Maßnahmen:

- Isolierung Betroffener
- Verständigung von Angehörigen
- Feststellung möglicher Infektionsquellen
- Ermittlung von Kontaktpersonen

Die im Bundesland bestehende zusätzliche Meldeverordnung ist darüber hinaus zu beachten.

Dem Gesundheitsamt ist außerdem nach § 6 (3) unverzüglich (innerhalb von 24 Stunden) das **gehäufte Auftreten nosokomialer Infektionen**, bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet wird, als Ausbruch **nichtnamentlich** zu melden.

Meldeinhalt: Untersuchungsbefund; wahrscheinlicher Infektionsweg, wahrscheinliches Infektionsrisiko; Name, Anschrift und Telefonnummer des Meldenden sowie der betroffenen Einrichtung

4.4 Schutzimpfungen für Heimbewohner

Der beste Schutz vor vielen Infektionskrankheiten sind Schutzimpfungen. Sie können zum einen den Impfling selbst vor Infektion, Erkrankung und Tod schützen, führen andererseits beim Erreichen hoher Durchimpfungsraten in der Bevölkerung (> 90 %) durch Ausrottung der Krankheiten auch zum Schutz der Allgemeinheit.

Es existiert in Deutschland keine Impfpflicht. Die wichtigsten Impfungen für die Bevölkerung werden von der Ständigen Impfkommission (STIKO) veröffentlicht und von den Länderbehörden öffentlich empfohlen.

Ein vollständiger Impfschutz soll vorliegen gegen Diphtherie, Tetanus und Poliomyelitis. Weiterhin sollen Influenza- und für ältere Bewohner Pneumokokkenimpfungen erfolgen.

5 Anforderungen nach der Biostoffverordnung

5.1 Gefährdungsbeurteilung

Tätigkeiten in Alten- und Altenpflegeheimen werden im Gefahrenbereich biologischer Arbeitsstoffe ausgeübt. Gemäß § 5 Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) ist der Arbeitgeber verpflichtet, durch eine Beurteilung der arbeitsplatzbedingten Gefährdungen die notwendigen Schutzmaßnahmen 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.

Insbesondere in Pflegebereichen können nicht gezielte Tätigkeiten nach BioStoffV mit Mikroorganismen der Risikogruppe 2 und/oder 3 durchgeführt werden. Eine Schutzstufenzuordnung einzelner Tätigkeiten oder Tätigkeitsbereiche erfolgt in Abhängigkeit von der Infektionsgefährdung. Bei Tätigkeiten mit erhöhter Infektionsgefahr (Kontakt mit Körperflüssigkeiten, invasive Eingriffe, Behandlungen, Aerosolbildung, Verletzungsmöglichkeit durch spitze und scharfe Arbeitsmittel) erfolgt eine Schutzstufenzuordnung entsprechend der Gefährdung durch die vorhandenen bzw. zu erwartenden Mikroorganismen, mindestens Schutzstufe 2. Liegen keine entsprechenden Tätigkeiten bzw. Gefährdungen vor, ist beim beruflichen Umgang mit Menschen die Schutzstufe 1 (Allgemeine Hygienemaßnahmen) ausreichend. Eine Einzelfallprüfung ist notwendig.

Zu den erforderlichen Arbeitsschutzmaßnahmen siehe TRBA/BGR 250 "Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitsdienst und der Wohlfahrtspflege"

5.2 Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen

Bei Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen hat der Arbeitgeber für eine angemessene arbeitsmedizinische Vorsorge zu sorgen. Hierzu gehört u.a., dass bei Tätigkeiten mit impfpräventablen oder chronisch schädigenden Mikroorganismen eine spezielle arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchung **zu veranlassen und durchzuführen ist** (Pflichtuntersuchung, § 15a Abs. 1 i.V.m. Anhang IV BioStoffV).

In Alten- und Altenpflegeheimen sind arbeitsmedizinische Pflichtuntersuchungen für Beschäftigte zu veranlassen, die Tätigkeiten mit einem regelmäßigen Kontakt zu Körperflüssigkeiten, -ausscheidungen oder –geweben durchführen. Entsprechende Tätigkeiten können bei der medizinischen Untersuchung, Behandlung, Pflege von Menschen und der Betreuung von älteren und behinderten Personen auftreten. Für die Beschäftigten besteht eine Exposition gegenüber Hepatitis A-, B- und C-Virus und die Gefahr einer Infektion ist höher als bei der Allgemeinbevölkerung.

Wenn darüber hinaus im Ergebnis der Gefährdungsbeurteilung eine Infektionsgefährdung durch Tätigkeiten in der Schutzstufe 3 oder 2 festgestellt wird, hat der Arbeitgeber arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen gemäß § 15a (5) BioStoffV **anzubieten**.

Mit der Durchführung der speziellen arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen ist ein Facharzt für Arbeitsmedizin oder ein Arzt mit der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ zu beauftragen, vorrangig der Betriebsarzt (§ 15 Abs. 3 BioStoffV).

5.3 Impfungen für das Personal

Werden Tätigkeiten mit impfpräventablen Mikroorganismen entsprechend Anhang IV BioStoffV durchgeführt und liegt nach § 15a Abs. 2 BioStoffV kein ausreichender Impfschutz gegenüber diesen Mikroorganismen vor, ist dem Beschäftigten im Rahmen der Pflichtuntersuchung eine Impfung **anzubieten**. Die Kosten sind vom Arbeitgeber zu tragen. Darüber hinausgehende Impfangebote sind in der Regel nicht erforderlich.

Unter den zuvor genannten Bedingungen soll bei Beschäftigten in Einrichtungen der Alten- und Altenpflegeheime, die Tätigkeiten mit regelmäßigem und umfangreichem Kontakt zu Körperflüssigkeiten, -ausscheidungen ausüben, ein **Impfschutz gegen Hepatitis A- und B-Virus** vorliegen.

Zusätzlich zu der vom Arbeitgeber anzubietenden Impfung sollte im Interesse des öffentlichen Gesundheitsschutzes entsprechend der Impfempfehlungen der Ständigen Impfkommision (STIKO) auch ein Schutz gegen Tetanus, Diphtherie, Poliomyelitis und Influenza (jährliche Auffrischung) gegeben sein.

6 Maßnahmen beim Auftreten bestimmter Infektionserkrankungen/ Parasitenbefall

Im Folgenden sind einige Erkrankungen aufgeführt, die bei Auftreten in Heimen besondere Maßnahmen erforderlich machen, um eine Infektion/Besiedlung weiterer Bewohner zu verhindern. Die ausgewählten Erkrankungen stellen nur wichtige und besonders häufige Beispiele dar.

In jedem Fall ist das Gesundheitsamt einzubeziehen.

6.1 Durchfallerkrankungen

- Isolierung des Bewohners und Diagnostik
- Bei Ausbrüchen ist auch eine Kohortenisolierung möglich.
- Personal, das den infektiösen Bewohner betreut, soll Schutzkleidung und Einmalhandschuhe tragen.
- Oberflächen von Gegenständen, mit denen der Bewohner in Berührung kam (intensiver Kontakt), sind zu desinfizieren (bei viralen Durchfallerkrankungen viruswirksames Desinfektionsmittel)
- Nach Umgang mit dem infektiösen Bewohner und Ablegen der Schutzkleidung und Schutzhandschuhe ist eine hygienische Händedesinfektion durchzuführen
- Personal, das den infektiösen Bewohner betreut, darf nicht in der Essenzubereitung/–verteilung eingesetzt werden.
- Wenn nicht bereits vorhanden, muss dem Bewohner ein eigener Toiletten-/Sanitärbereich zugeordnet werden
- Um die Ursache feststellen zu können, sollten bei Verdacht auf lebensmittelbedingte Erkrankungen, Lebensmittel für die Untersuchung aufbewahrt werden.

Hinweis: Bei Verdacht auf eine infektiöse Gastroenteritis oder Lebensmittelvergiftung mit hohem Wasserverlust ist schnelle ärztliche Hilfe zum Ausgleich des Flüssigkeitsverlustes betroffener Heimbewohner in Anspruch zu nehmen.

6.2 Läusebefall

- Information des Gesundheitsamtes.
- Isolierung des betroffenen Bewohners.
- Vorstellung beim Arzt und unverzüglicher Behandlungsbeginn.
- Nachkontrolle und Wiederholungsbehandlung nach 9 – 10 Tagen, bei Kleiderlausbefall nach 8 – 9 Tagen.
- Sofortiger Wechsel von Leibwäsche, Kleidung, Bettwäsche und Handtüchern.
- Handtücher, Leib- und Bettwäsche bei mind. 60 °C (> 15 min.) waschen, bei Kleidungsstücken auch Anwendung feuchter oder trockener Hitze (Dampf 50 °C 15 min. bzw. Heißluft 45 °C 60 min.) möglich.
- Ist eine thermische Behandlung nicht möglich, Aufbewahrung der Textilien in einem gut zu verschließenden Plastiksack für mindestens 3 (Kopfläuse) bzw. 6 Wochen (Kleiderläuse) bei Zimmertemperatur.
- Tieffrieren unter -10 °C über mind. 24 Stunden ist eine weitere Variante (z.B. Kleidungsstücke, Plüschtiere).

- Bei Auftreten von Kleiderläusen sind auch Decken und Matratzen einer Entlausung zu unterziehen (Matratzen gründlich absaugen, anschl. Matratzendesinfektionsanlage bei 90 °C min.).
- Entwesen von Kämmen, Haar- und Kleiderbürsten durch Einlegen in mind. 60 °C heißem Seifenwasser über 15 min.
- Insbesondere bei Filz- und Kleiderlausbefall konsequente Einhaltung der Körperhygiene.
- Begrenzung der Betreuung auf möglichst wenige Pflegekräfte, dabei Schutz vor potentieller Übertragung beachten.
- Unterbindung des Kontaktes zu den übrigen Mitbewohnern.
- Überwachung bzw. Information von Personen, die Kontakt mit dem betroffenen Bewohner hatten (Personal, Bewohner, Angehörige).
- Personen mit engem Kontakt zum Betroffenen sind auf Befall zu kontrollieren und bei Feststellen von Läusen bzw. Nissen (Läuseeier) sofort zu behandeln.
- Die betroffenen Wohnbereiche/Gemeinschaftsräume sind von ausgestreuten Läusen zu befreien (gründliches Absaugen der Fußböden, Polstermöbel, etc).
- Bei Kleiderlausbefall erfolgen weitere Maßnahmen nach Vorgabe des Gesundheitsamtes (z.B. Einschaltung eines Schädlingsbekämpfers). In diesem Zusammenhang ist auch das Wäschelager zu kontrollieren.
- Sind im Heim Kopf- oder Kleiderläuse aufgetreten, sollten für den Zeitraum von 6 Wochen mind. 1 x wöchentlich gründliche Kontrollen auf Befall vorgenommen werden.

6.3 Skabies

- Meldung von zwei oder mehr aufgetretenen Krätzerkrankungen an das jeweils zuständige Gesundheitsamt durch den Leiter der Einrichtung (§§ 6 und 8 IfSG).
Empfehlung: Wegen der außerordentlichen Übertragbarkeit der Krätze (Skabies) auch bei einer Einzelerkrankung sofort das Gesundheitsamt konsultieren.
- Isolierung der an Skabies erkrankten bzw. diesbezüglich verdächtigen Heimbewohner.
- Unverzügliche Vorstellung beim Hautarzt zwecks gesicherter Abklärung und Behandlung.
- Begrenzung der Betreuung auf möglichst wenige Heimbewohner.
- Schutz vor möglicher Ansteckung bei der Betreuung von an Skabies Erkrankten durch langärmelige Schutzkleidung und Schutzhandschuhe.
- Konsequente Kontrolle und gleichzeitige Mitbehandlung aller ungeschützten Kontaktpersonen (Mitbewohner, Angehörige, ggf. betreuendes Personal).
- Alle behandelten und potentiellen Kontaktpersonen für mindestens 6 Wochen einer ständigen Überwachung unterziehen (Unterstützung durch das Gesundheitsamt).
- Wäschewechsel mindestens 1x täglich (Körperkleidung, Unterwäsche, Bettwäsche, Bettdecken, Handtücher, Waschlappen).
- Bett- und Unterwäsche so heiß wie möglich waschen, Buntwäsche bei 60 C° mind. 20 Minuten. Bettstaub vorher absaugen (Staubsauger mit Bakterienfilter in der Abluft).
- Schlecht zu waschende textile Gegenstände in verschweißten Plastiksäcken aufbewahren (14 Tage bei Zimmertemperatur)
- Evtl. Entwesung von Oberbekleidung auch durch chemische Reinigung möglich.
- Zur Entwesung von Matratzen, Polstermöbeln und Fußbodenbelägen gründliches, wiederholtes Absaugen mit starkem Staubsauger (Bakterienfilter in der Abluft).
- Beim Wechsel des Staubsaugerbeutels nach Absaugen krätzemilbenkontaminierter Flächen Schutzhandschuhe tragen (Infektionsgefahr).

- Matratzen und Polstermöbel können für 14 Tage bei Zimmertemperatur in dicke Ein- oder Zweischichtfolie eingeschweißt, Matratzen auch einer Matratzendesinfektionsanlage (90 °C, 5 min) zugeführt werden.
- Möglichkeit des Einfrierens krätzemilbenkontaminierter Plüschtiere, Schuhe etc. bei Temperaturen unter -10 °C.

Empfehlung:

Bei der Aufnahme von Personen in ein Alten- und Pflegeheim ist bei der Anamnese eine Ganzkörperuntersuchung auf Skabies anzuraten, bei der u.a. zielgerichtet auf Hauterscheinungen geachtet werden sollte, die dann unverzüglich durch einen Dermatologen abzuklären sind.

7 Hygiene bei speziellen Behandlungsmaßnahmen

Im Folgenden werden Hinweise zu den wichtigsten medizinischen und pflegerischen Maßnahmen unter Berücksichtigung von hygienischen Schwerpunkten dargelegt. Eine gute Darstellung der einzelnen Maßnahmen ist in der RKI-Empfehlung „Infektionsprävention in Heimen“ gegeben (Bundesgesundheitsblatt 48 (2005), 1061 – 1080).

Injektionen/Punktionen/Infusionstherapie

- RKI-Empfehlung zur „Prävention Gefäßkatheter-assoziiertes Infektionen“; Bundesgesundheitsblatt 45 (2002), 907 - 924.
- Hygienemaßnahmen bei intravasaler Medikamentenapplikation (AWMF-Leitlinien-Register Nr. 029/015), <http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/029-015.htm>

Insulininjektionen mit PEN durch das Personal (Bundesgesundheitsblatt 48 (2005), 1068)

- Durchführung einer Hautdesinfektion
- Wechsel der Einmalkanülen vor jeder neuen Injektion

Insulininjektionen mit PEN durch den Heimbewohner (Bundesgesundheitsblatt 48 (2005), 1065)

- keine Hautdesinfektion erforderlich
- Wechsel der Kanüle täglich

Wundverbände/Verbandwechsel

- Anforderungen der Krankenhaushygiene an Wundverband und Verbandwechsel. Anlage zu Ziffer 5.1 der Richtlinie für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention; Bundesgesundheitsblatt 28 (1985), 278 – 279.

Absaugung/Pneumonieprophylaxe

- Prävention der nosokomialen Pneumonie. Bundesgesundheitsblatt 43, (2000), 302-309./ www.rki.de

Inhalation/Sauerstoffinsufflation

- Prävention der nosokomialen Pneumonie. Bundesgesundheitsblatt 43, (2000), 302-309./ www.rki.de

Katheterisierung der Harnblase

- Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle Katheter-assoziiertes Harnwegsinfektionen (Bundesgesundhbl. 10 (1999), 806 - 808./ www.rki.de

Physiotherapie

- Anforderungen der Hygiene an die funktionelle und bauliche Gestaltung von Einrichtungen der Physiotherapie (Physikal. Therapie). Anlage zu Ziffer 4.3.7 und 6.11 der Richtlinie für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention.
- Anforderungen an die Beschaffenheit des Wassers in Badeanlagen und Einrichtungen zur Hydrotherapie. Anlage zu Ziffer 4.3.7 und 6.11 der Richtlinie für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention.

Umgang mit Medikamenten

- Lagerung trocken, zugriffssicher, staub- und lichtgeschützt, wenn vom Hersteller vorgeschrieben, im Kühlschrank (+2 bis +8 °C), täglich kontrollieren und dokumentieren.
- Einhaltung des Verfallsdatums, verfallene Medikamente als Sondermüll entsorgen (Rückführung in Apotheke).
- Mehrdosenbehältnisse mit konserviertem Inhalt (z.B. Augentropfen, Heparine) sind mit dem Anbruchdatum zu versehen und nach den Herstellerangaben zu verwenden und zu lagern. Behältnisse mit nicht konserviertem Inhalt sind zum sofortigen Gebrauch bestimmt.
- Reinigung benutzter Medikamentenbecher im Geschirrspülautomaten.

Sondenernährung

- Gefahr der Keimvermehrung durch unsachgemäße Lagerung und Manipulationen an den Sonden und Überleitungssystemen
- Pflege der Eintrittspforten der Sonden mit Wasser und ggf. Seife, bei der PEG Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen regelmäßig oder bei Verunreinigung notwendig.
- Vor Verabfolgung der Nahrung bzw. Spülen der Sonden sind die Hände zu desinfizieren.
- Spülspritzen, Gefäße für die Spülflüssigkeit und Ernährungsspritzen sind nach jeder Mahlzeit thermisch aufzubereiten (Geschirrspülautomat mind. 65 °C oder Reinigungs- und Desinfektionsautomat) sowie trocken und staubfrei zu lagern.
- Die Sonde ist nach jeder Mahlzeit zu spülen (abgekühltes gekochtes Wasser, abgekühlter frisch zubereiteter, fruchtsäurefreier Tee, stilles Mineralwasser).
- Überleitungssysteme sind nur einmal zu verwenden. Die Sonde ist nach dem Spülen bis zur nächsten Verabreichung zu verschließen.
- Sterile flüssige Sondennahrung ist zu bevorzugen. Angebrochene Flaschen sollen im Kühlschrank gelagert werden und innerhalb von max. 24 h aufgebraucht werden.
- Zubereitung der Nahrung erfolgt unter aseptischen Bedingungen mit frisch gekochtem Tee oder sterilem Wasser. Die Nahrung ist sofort zu verbrauchen und innerhalb von 4 – 5 h zu applizieren. Die Herstellervorschrift ist zu beachten.

Tracheostomapflege

- 7 – 10 Tage postoperativ täglicher Verbandwechsel aseptisch mit sterilem Zubehör ohne Berührung der Haut mit der Hand (non-touch) unter Anwendung geeigneter Wundantiseptika bzw. alkoholischer Hautantiseptika (Umgebung des Stoma)
- nach Abheilen tägliche Reinigung der Umgebung des Tracheostomas, Entfernen von Krusten und Borken mit ölgetränktem Tuch
- Stoma sicher vor Feuchtigkeit und Schleim schützen
- Innenkanülenwechsel immer aseptisch nach Abhusten oder Absaugen
- Einsatz von sterilen (frisches Stoma bzw. immunsupprimierte Bewohner) oder desinfizierten Kanülen

Uro- und Enterostomapflege

- Bei der Pflege ist das Vorgehen bei frischen und abgeheilten Stomata zu unterscheiden.
- Verbandwechsel frischer Stomawunden erfolgt mit sterilem Zubehör (non-touch) unter Anwendung geeigneter Wundantiseptika
- Mobile Heimbewohner sind in einem gesonderten Raum (z.B. Bad) zu versorgen.
- Bei Versorgung im Bett ist eine Einmalunterlage zu verwenden.

- Das Pflegepersonal hat mind. eine Schürze zu tragen (z.B. Einmalschürze) und Einmalhandschuhe.
- Händedesinfektion vor und nach Manipulation an Stomata.
- Stomasysteme sind staubgeschützt zu lagern.
- Beutel sollten bereits bei einer Füllung von etwa einem Drittel entleert werden.
- Gebrauchte Materialien sind sofort als Abfall der Gruppe 180104 (B-Müll) zu entsorgen.
- Eine sorgfältige Reinigung und Pflege der peristomalen Haut ist durchzuführen.

Hautreinigung/Hautpflege

- Anwendung hautschonender Waschpräparate
- regelmäßige Hautpflege (insbesondere in der Dekubitusprophylaxe zu beachten)
- Waschen des Oberkörpers zuerst, danach der Unterkörper, Anwendung separater Handtücher
- mindestens wöchentliches Duschen und aller 2 Wochen ein Wannenbad.
- Gegenstände zur Haar-, Bart- und Nagelpflege personengebunden anwenden. Bei Verunreinigung mit Blut ist zu desinfizieren.

Dekubitusprophylaxe

- bettlägerige Bewohner: tgl. Inspektion der Prädilektionsstellen,
- bei Hautrötungen (Dekubitus Grad I) sofortige Anwendung weicher Auflagen, 30°-Seitenlagerung, 2-stündiger Lagewechsel, Laken nicht zu straff spannen, Antidekubitusmatratze, etc.
- sachgerechte Wundpflege von Dekubitalulcera, Kontrolle auf Infektionszeichen
- sterile Lösungen zum Spülen von Wunden, aseptisch ausgeführter Wundverband

Mund- und Zahnpflege

- mindestens 2 mal täglich Mund- und Zahnpflege nach dem Essen einschl. Prothesenreinigung
- Anwendung von frisch zubereitetem Tee oder frisch gekochtem Wasser (Standzeit <6 Std.)
- Entfernung aller Speise- und Medikamentenreste aus der Mundhöhle
- antiseptische Spülungen sinnvoll bei immunsupprimierten Bewohnern sowie Foetor ex Ore (Mundgeruch)
- **bei Schwerstpflegebedürftigen:**
 - Auswischen des Mundes mit sterilisiertem, mit sterilem Aqua dest. oder Mundpflegelösung getränktem, an einer Klemme befestigten Tupfer.
 - Für jeden Vorgang einen frischen Tupfer verwenden. Das Material ist täglich zu erneuern und tagsüber staubgeschützt aufzubewahren.
 - Einmalmundpflegesets sind dabei bevorzugt anzuwenden.
- Nach der Mundpflege Lippen befeuchten und eincremen.

Haar-, Nagelpflege und Rasur

- vorzugsweise bewohnerbezogene Anwendung der Sets und Apparate
- Waschen des Kopfhaares mindestens 1 mal wöchentlich
- Anwendung alkaliseifenfreier Haarwaschmittel
- Nagelpflege: Entfernung sichtbaren Schmutzes, sorgfältige Behandlung des Nagelfalzes und der –haut, Nägel so kurz schneiden, dass sie zirkulär etwas überstehen

- Rasur 1 mal täglich

Reinigung des äußeren Gehörganges

- täglich, manuell mit einem mit Leitungswasser angefeuchteten dünnen Lappen/Tuch ohne Benutzung von Seife oder Reinigungs- bzw. Lösungsmitteln
- angewendetes Paraffinöl muss steril sein
- Wattetupfer nach einmaliger Benutzung abwerfen
- Lagerung des Bewohners, dass Flüssigkeitsreste ablaufen können

Nasenpflege

- Verhinderung des Wundwerdens im Naseneingangsbereich durch Auftragen von Wundheilsalbe oder pflegender Öle
- schonendes Entfernen von Borken und Verunreinigungen

8 Umgang mit Verstorbenen

Wer mit Leichen umgeht, hat dabei die gebotene Ehrfurcht vor dem toten Menschen zu wahren.

Nach der ärztlichen Leichenschau und evtl. Abschiednahme durch die Angehörigen ist, falls erforderlich, der Verstorbene bis zur Übernahme durch ein Bestattungsunternehmen in einem Leichenaufbewahrungsraum zu bringen.

Wenn dort gegebenenfalls die Dienste an dem Verstorbenen (Waschen, Frisieren, Einkleiden, Einsargen usw.) vorgenommen werden, sind Schutzbekleidung und Einmal-schutzhandschuhe zu tragen.

Der Leichenaufbewahrungsraum und die benutzten Gegenstände und Geräte (ausschließlich für Arbeiten an Verstorbenen!) sind bei Bedarf sofort, sonst nach Abschluss der Tätigkeit zu desinfizieren und zu reinigen. Zur Desinfektion sind gelistete Desinfektionsmittel mit entsprechenden Wirkungsspektren zu verwenden. Nach Abschluss aller Tätigkeiten an dem Verstorbenen ist eine gründliche Desinfektion der Hände und Unterarme mit anschließender Reinigung erforderlich.

Beim Umgang mit an **Infektionskrankheiten** Verstorbenen ist den Anweisungen des Gesundheitsamtes zu folgen, bzw. ist der Verstorbene ohne Verrichtung von Tätigkeiten einzusargen. Der Verstorbene und der Sarg sind sofort entsprechend zu kennzeichnen.

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

9 Hygienische Untersuchungen

Zur Qualitätssicherung und Eigenkontrolle in der Pflege und Betreuung gehören objektive Nachweise des vorhandenen Hygienestandards mittels gezielter mikrobiologischer Untersuchungen. Der Schwerpunkt liegt hierbei in der **Langzeit- und Schwerstpflege** sowie dem **Küchenbereich**.

In die Maßnahmen sollten die zuständigen Gesundheitsbehörden einbezogen werden.

Sie sollen

- Infektionsrisiken aufdecken und vorbeugen
- Reinigung, Desinfektion und Sterilisation und andere hygienische Maßnahmen kontrollieren
- Mitarbeiter motivieren.

Folgende Untersuchungen sind zu empfehlen:

- hygienische Überprüfung (Validierung) von Desinfektionsgeräten, Geräten, die der Wiederaufbereitung von Materialien dienen (Steckbeckenautomaten, Reinigungs- und Desinfektionsautomaten, Waschmaschinen, Geschirrspüler u.a.)
- hygienische Prüfung (Validierung) der Sterilisation thermoelektrisch bzw. mittels Bioindikatoren
- Untersuchung des Wassers aus der Hausinstallation, Wasser zur medizinischen Anwendung einschl. der Untersuchung auf Legionellen
- dezentrale Desinfektionsmittel-Dosiergeräte (in der Regel durch die Firma)
- ggf. anlassbezogene Umgebungsuntersuchungen zur Beurteilung des Hygienestatus an Flächen, Händen und Instrumenten sowie im Pflege- und Küchenbereich in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt

Der Rhythmus der einzelnen Untersuchungen kann differenziert festgelegt werden und sollte etwa jährlich erfolgen. Prüfungen von Desinfektionsautomaten und Sterilisatoren sollten auf jeden Fall halbjährlich durchgeführt werden.

Siehe auch:

- Hygienische Untersuchungen in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen, Anlage zu Ziffer 5.6 der Richtlinie für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (Bundesgesundhbl. 6/93).

Anlage 1 Reinigungs- und Desinfektionsplan für Alten- und Altenpflegeheime (Muster)

Reinigungs- oder Desinfektionsbereich	Reini- gung/ Desin- fektion/ Sterili- sation	Wann?	Womit?	Einwirkzeit/ Konzentration/ Zubereitung	Wie?	Wer?
Hände waschen	R	Zum Dienstbeginn, Vor Umgang mit Lebensmit- teln, Nach dem Essen, Bei Verschmutzung, Nach Toilettenbenutzung, Nach Tierkontakt, sonstige Verschmutzungen	Waschlotion in Spendern		<ul style="list-style-type: none"> - auf die feuchte Haut geben und mit Wasser aufschäumen - Hände gut trocknen 	Personal Heimbewohner
Hände desinfizieren	D	<ul style="list-style-type: none"> - nach Pflegemaßnahmen, Schmutzarbeiten - nach Kontakt mit infektiösen Bewohnern - nach Kontakt mit Stuhl, mit Urin, infektiösem Material u.a. - nach Ablegen der Schutzhandschuhen vor dem Anlegen von Verbänden bzw. Verbandswechsel - vor Medikamentenverabreichung - vor Kontakt mit infektiionsgefährdeten Bewohnern - vor Handhabungen an liegenden Kathetern, Drainagesystemen usw. 	Händedesinfektionsmittel	Empfehlung des VAH/ gebrauchsfertig	<ul style="list-style-type: none"> - ausreichende Menge, mind. 3 - 5 ml auf der trockenen Haut bis zum Ende der Einwirkzeit gut verreiben - bei sichtbarer, grober Verschmutzung diese vorher mit Zellstoff beseitigen 	Personal ggf. Heimbewohner
Hände pflegen		<ul style="list-style-type: none"> - nach dem Waschen 	Hautcreme aus Tuben oder Spendern		<ul style="list-style-type: none"> - auf trockenen Händen gut verreiben 	Personal ggf. Heimbewohner
kontaminierte Flächen/Gegenstände	R/D	sofort	Flächendesinfektionsmittel	Empfehlung des VAH/ Herstellerangaben	Wischdesinfektion, nach Entfernung grober Verunreinigungen	Personal
Arbeitsflächen in Funktionsräumen	R/D	<ul style="list-style-type: none"> - täglich - vor Zubereitung von Injektionen, Infusionen, etc. 	Flächendesinfektionsmittel	Empfehlung des VAH/Herstellerangaben	Wischdesinfektion	Personal
In Pflegebereichen: Griffbereich von Bettgestellen, Nachttisch, Tisch, Türklinken, Handläufe	R	täglich	Reinigungslösung	Empfehlung des	Feuchtreinigung	Reinigungskräfte

Rahmen-Hygieneplan für Alten- und Altenpflegeheime
Fassung für Sachsen, März 2009

Reinigungs- oder Desinfektionsbereich	Reini- gung/ Desin- fektion/ Sterili- sation	Wann?	Womit?	Einwirkzeit/ Konzentration/ Zubereitung	Wie?	Wer?
	(D)	täglich	Desinfektionsreiniger	VAH/DGHM/ Herstellerangaben		
Schränke, Türen	R	wöchentlich	Reinigungslösung		Feuchtreinigung	Personal
Gemeinschaftssanitäreinrichtungen: - WC-Sitz und Zubehör, Handwaschbecken - Badewanne, Dusche, Waschschüsseln, Toiletten- stühle	R/D	täglich	Desinfektionsreiniger / Flä- chendesinfektionsmittel	Empfehlung des VAH/Herstelleran- gaben	Wischdesinfektion	Reinigungskräfte
	R/D	nach Benutzung	Desinfektionsreiniger / Flä- chendesinfektionsmittel		Wischdesinfektion	Reinigungskräfte Personal
Türen und Türklinken im Sanitärbereich	R	täglich, bei Verschmutzung	Reinigungslösung, Wasser		feucht reinigen	Personal
Steckbecken, Urinflaschen	R/D	nach Benutzung	Automat	Herstellerangaben	thermisch	Personal
Nackenrollen, Knierollen	R/D	bei Nutzerwechsel	Flächendesinfektionsmittel	Empfehlung des VAH/Herstelleran- gaben	Wischdesinfektion	Personal
Fieberthermometer	R	nach jeder Benutzung	Reinigungslösung		feucht abwischen	Personal
	D	nach rektaler Benutzung	Desinfektionsmittel oder -tuch	gebrauchsfertig	Wischdesinfektion	Personal
Vernebler, Sauerstoff-, Befeuchter-, Absaugsysteme (Mehrwegmaterial)	R/D, (S)	täglich, bei Bewohnerwechsel	Automat	Empfehlung des VAH/Herstelleran- gaben	Automat, Sterilisation in der Schwerstpflege	Personal
Instrumente	R/D, (S)	nach Gebrauch	Automat, Instrumentendes- infektionsmittel		Automat oder Eintauchver- fahren, Sterilisation falls erforderlich	Personal
Fußböden: - Zimmer, Korridore usw. *glatt *textil - Gemeinschaftssanitäranlagen, Schmutzarbeitsräume	R	täglich, anlassbezogen	Fußbodenreiniger Bürststaubsauger Feuchtsaugen		Nassreinigung Staubsauger mit Mikro-/ Absolutfilter Sprühextraktionsgerät	Reinigungsper- sonal Reinigungsper- sonal Reinigungsper- sonal
	R/D	abh. vom Verschmutzungs- grad täglich, anlassbezogen	Desinfektionsreiniger	Empfehlung des VAH/Herstelleran- gaben	Wischdesinfektion	Reinigungsper- sonal
Reinigungsgeräte, Reinigungstücher und Wischbe- züge	R	arbeitstäglich	Desinfektionsmittel, Waschmittel	gelistetes Verfah- ren	Waschmaschine (mind. 60°C und Desinfektionsmittel), an- schließend trocknen	Reinigungsper- sonal

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

Ältere Menschen haben aufgrund verschiedener Ursachen (Bettlägerigkeit, Dekubitus, Harnwegekatheter, Diabetes mellitus, offene Wunden, hoher Pflegebedarf u.a.) eine erhöhte Disposition gegenüber Infektionen (Risikofaktoren). Im Alter kommt es häufiger zu Infektionen der Haut Weichteile und Harnwege. In den letzten Jahren haben antibiotikaresistente Erreger (z.B. MRSA, VRE, ESBL u.a. MRE) im Krankenhaus aber auch in Alten- und Altenpflegeheimen zunehmende Bedeutung erlangt. Durch Krankenhausverlegungen kann es zur Einschleppung der Erreger ins Heim und durch Rückverlegungen zur Einschleppung ins Krankenhaus kommen.

MRSA-besiedelte Heimbewohner stellen für den gesunden Menschen und damit auch für das Pflegepersonal sowie für Familienangehörige bei richtigem Verhalten keine Infektionsgefahr dar. Allerdings ist eine Kolonisierung von Kontaktpersonen und damit eine Weiterverbreitung durchaus möglich.

Eine Übertragung von resistenten Keimen innerhalb von Heimen ist selten, jedoch bei Ausbrüchen die Regel.

*Die wichtigste Schutzmaßnahme gegen eine Weiterverbreitung von MRSA und zur Vorbeugung von Ausbrüchen ist die **strikte Einhaltung der Händehygiene des Personals** bei Pflege- und Behandlungsmaßnahmen und die Einhaltung weiterer notwendiger Hygienemaßnahmen.*

Maßnahmen beim Auftreten von MRSA:

Allgemein

- Aufklärung und Unterweisung des Personals zum Umgang mit MRSA-positiven Bewohnern
- Information des Betreuungspersonals über neue MRSA-positive Bewohnern
- Erfassung positiver Befunde
- Einbeziehung des Gesundheitsamtes beim Auftreten von zwei oder mehr Fällen im zeitlichen und räumlichen Zusammenhang Die einzelnen Hygienemaßnahmen werden immer in Abhängigkeit vom individuellen Risiko des jeweiligen Heimbewohners und des Mitbewohners umgesetzt.
- Soziale Kontakte zu Angehörigen, Besuchern und Mitbewohnern unterliegen keinen Einschränkungen, jedoch sind kolonisierte/infizierte Hautläsionen, Wunden oder Tracheostomaöffnungen abzudecken.

Räumliche und funktionelle Isolierung

- nicht grundsätzlich, sondern nur bei Heimbewohnern mit Risikofaktoren notwendig
- Isolierung des Bewohners bei:
 - erhöhter Infektionsgefährdung des Bewohners selbst bzw. Kontakt zu besonders infektionsgefährdeten Bewohnern (Wunden, Atemwegsinfektionen, Katheter, Sonden, Absaugen usw.)
 - Desorientiertheit, mangelnder Compliance
 - mangelnder persönlicher Hygiene
- Eine eigene Nasszelle sollte vorhanden sein.
- Kohortenisolierung ist möglich

Händehygiene, Schutz vor Kontamination

- strikte hygienische und prophylaktische Händedesinfektion seitens des Personals

- Tragen von Schutzhandschuhen und Schutzkleidung beim Umgang mit dem Bewohner, mit infektiösem Material und potenziell kontaminierten Gegenständen (ggf. Aufhängen der Schutzkleidung im Zimmer mit der Außenseite nach außen bei aerogener Keimverbreitung, Wechsel täglich und sofort bei Verschmutzung)
- Anlegen eines Mund-Nasen-Schutzes vor Betreten des Zimmers in der Schwerst- und Langzeitpflege bei/beim:
 - Versorgung ausgedehnter Wunden
 - endotrachealen Absaugen eines besiedelten Nasen-Rachen-Raumes des Bewohners
 - Bettenmachen, wenn Bewohner stark schuppende Haut hat
- Abdecken offener Wunden
- Einmalpapiertücher und Händehygiene seitens des Bewohners vor allem bei nasaler Besiedelung
- transurethraler Harnwegskatheter nur bei strenger Indikationsstellung und nur geschlossene Systeme
- Mitarbeiter mit chronischen Hautveränderungen (z.B. Ekzeme) sollen MRSA-positive Bewohner nicht betreuen

Reinigung/Desinfektion

- Bewohnernahe Flächen routinemäßig bei Heimbewohnern mit Risikofaktoren
- **Fußboden** im Bewohnerzimmer neben der routinemäßigen Reinigung bei Kontamination und Schlussdesinfektion
- Information und Belehrung des Reinigungsdienstes
- Reinigung der Zimmer mit MRSA-Trägern immer am Ende eines Reinigungsdurchganges
- Instrumentendesinfektion im Zimmer oder geschlossener Transport zur Aufbereitung
- **Wäsche:** Bettwäsche, Handtücher, Unterbekleidung während der Sanierung täglich wechseln
 - Sammlung im Zimmer in keimdichten Säcken
 - Waschen bei 60 °C mit einem gelisteten Desinfektionsmittel
- **Geschirr:** Reinigungsverfahren im Geschirrspüler oder zentral (Transport ohne Zwischenlagerung)

Entsorgung

- als Abfall der Gruppe B (AS 18 01 04) in dicht verschließbaren Plastiksäcken
- spitze und scharfe Gegenstände in durchstichsicheren Behältern (AS 18 01 01)
- Lagerung und Transport verschlossen und kontaminationssicher

Verlegung und Transport in externe Einrichtungen (z.B. Krankenhaus)

- Information der Zieleinrichtung und des Krankentransportes
- Abdeckung von Wunden und Läsionen
- bei Besiedelung im Mund-Rachen-Raum: Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes seitens des Bewohners empfehlenswert
- Schutzausrüstung des Krankentransportes: Handschuhe, Schutzkittel/Overall, ggf. Mund-Nasen-Schutz (eine spezielle Schutzausrüstung ist nicht erforderlich!)

Screening in der Schwerst- und Langzeitpflege

- Nur beim Auftreten von 2 oder mehr Fällen im zeitlichen und räumlichen Zusammenhang wird ein Screening bei Bewohnern und Personal empfohlen, wenn ein Verdacht auf Weiterverbreitung besteht.

Sanierung

(nicht routinemäßig zu fordern, nach Rücksprache mit dem behandelnden Arzt nach Abwägung der Gefährdung des Bewohners und der epidemiologischen Gesamtsituation)

- **bei nasaler Besiedelung:**
 - lokalantibiotische bzw. lokalantiseptische Sanierung (Mupirocin-, Octenidin-Salbe)
 - antiseptische Behandlung von Mundhöhle und Rachen (Gurgeln, Austupfen usw.)
- **bei Besiedelung der Haut:**
 - tägliche antiseptische Ganzkörperwaschungen
 - danach Wechsel der Bettwäsche und der persönlichen Wäsche
 - Desinfektion oder Austausch persönlicher Pflegeutensilien (Rasierer, Zahnbürste)

Eine im Krankenhaus bzw. Heim begonnene Sanierung/Therapie ist bei Verlegungen fortzuführen.

- **Erfolgskontrolle:**
 - ab 3. Tag nach Abschluss der Sanierung 3 negative Abstriche an aufeinanderfolgenden Tagen
 - ggf. weitere Kontrollen nach längeren Zeitabständen
- **Keine mehrmaligen Sanierungsversuche.**

Mit MRSA besiedelte Mitarbeiter sollten möglichst aus der direkten Betreuung der Bewohner abgezogen bzw. mit Schutzkleidung tätig werden. Die Sanierung und Erfolgskontrolle ist analog den Bewohnern vorzunehmen.

Anlage 3 Influenza-Pandemieplanung für Alten- und Altenpflegeheime

Grundlage: Influenza-Pandemieplanung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales (SMS); Stand Juni 2007 (Weitere aktuelle Informationen unter www.rki.de)

Wegen der weitreichenden Folgen einer Influenza-Pandemie hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) 1999 ihre Mitgliedsstaaten aufgefordert, nationale Pläne zur Vorbereitung auf das Eintreten einer Influenza-Pandemie zu erarbeiten.

In Deutschland wurde das Bundesgesundheitsministerium beauftragt, in Abstimmung mit den Ländern einen Nationalen Influenza-Pandemieplan für das Gebiet der Bundesrepublik Deutschland auf der Grundlage der WHO-Empfehlung zu erarbeiten. Dieser wurde in seiner ersten Fassung im Dezember 2004 sowie in überarbeiteter Neufassung im Mai 2007 von der Gesundheitsministerkonferenz beschlossen.

Der Plan soll den Verantwortlichen in den Bereichen Gesundheitswesen und Aufrechterhaltung der öffentlichen Ordnung konkrete Informationen und Hilfestellungen liefern, auf deren Grundlage **spezielle Planungen** vorgenommen und die erforderlichen Vorbereitungen getroffen werden können.

Aufbauend auf dem Nationalen Influenza-Pandemieplan wurden im Freistaat Sachsen mit dem „Maßnahmeplan zur Umsetzung des Nationalen Influenza-Pandemieplanes im Freistaat Sachsen“ die notwendigen Verfahrensschritte und Strategien (Vorsorgeplanung) zur Verhütung und Bekämpfung einer Influenza-Pandemie erarbeitet. Die Konzipierung des Maßnahmeplanes ist als fortlaufender Prozess zu verstehen, der auf die Änderungen des Nationalen Influenza-Pandemieplanes und die geänderten Rahmenbedingungen im Freistaat Sachsen zu reagieren hat. Daher wird der Maßnahmeplan bei Bedarf aktualisiert und jeweils den beteiligten Verwaltungen bzw. Einrichtungen zur Verfügung gestellt.

Die Besonderheit einer Influenza-Pandemie besteht darin, dass ein neuartiges Virus auf eine dagegen immunologisch nicht vorbereitete Bevölkerung trifft. Die weltweite Verbreitung kann daher sehr schnell erfolgen.

Die WHO unterscheidet nachfolgend dargestellte Phasen:

Periode	Phase	Inhalt
Interpandemische Periode	1	kein neuer Influenzavirus-Subtyp
	2	zirkulierende tierische Influenzaviren mit potentielltem Risiko für Erkrankungen des Menschen
Pandemische Warnperiode	3-5	Erkrankungen des Menschen (ohne, mit limitierter bzw. lokalisierter Übertragung von Mensch zu Mensch)
Pandemie	6	das neue Virus hat mehrere Ausbrüche mit anhaltender Verbreitung in der Bevölkerung in mindestens einem Staat ausgelöst und auf andere Länder übergreifen

Für jede Phase wurde von der WHO eine allgemeine Zielsetzung für den öffentlichen Gesundheitsbereich formuliert, die im nationalen Pandemieplan untersetzt wird. Seit dem Jahr 2003 befindet sich Deutschland in Phase 3.

Bei der erwarteten Influenza-Pandemie gehen die Experten von einem Szenario aus, das in zwei Phasen abläuft:

In einer ersten Phase von bis zu sechs Monaten stünde kein Impfstoff zur Verfügung, da die heute gängigen Herstellungsverfahren diese Zeitspanne bis zur Auslieferung der ersten Ampullen benötigen. In dieser Phase wären antivirale Medikamente für Erkrankte oder enge Kontaktpersonen sowie nicht-medikamentöse Schutzmaßnahmen die einzig möglichen Maßnahmen zur Abwehr der Viren und ihrer Folgen.

In einer zweiten Phase wäre dann ein Impfstoff entwickelt, der nach einem festzulegenden Impfkonzentrat an Beschäftigte im Gesundheitswesen, Beschäftigte zur Aufrechterhaltung der öffentlichen Sicherheit und Ordnung und die Bevölkerung verimpft werden kann.

Daraus ergibt sich die Notwendigkeit der **Umsetzung der Planung auch in den Alten- und Pflegeheimen**. Die Pandemieplanung soll Teil des Hygieneplanes der Einrichtung sein. (verantwortlich: Einrichtung, fachliche Beratung durch das Gesundheitsamt)

Die Planung der einzelnen Maßnahmen soll frühzeitig so detailliert wie möglich abgeschlossen sein (ab Phase 3). Einzelne Festlegungen gelten für alle Phasen (z. B. Schutzimpfung, Meldung nach IfSG) – dies ist dann bei den Punkten gesondert vermerkt. Die meisten Maßnahmen greifen dann erst im Pandemiefall (Phase 6). Dies ist bei der Umsetzung der folgenden Punkte im einrichtungsspezifischen Pandemieplan zu beachten.

Ziel: Im Pandemiefall sollen erkrankte Bewohner von Alten- und Pflegeheimen möglichst in ihrer Einrichtung versorgt werden, sofern sie keine akute medizinische Betreuung benötigen.

1. Festlegung der Zusammensetzung eines verantwortlichen Gremiums und der Alarmierung der Heimleitung und der fachlichen Berater

- Festlegung eines Pandemieverantwortlichen
- Erarbeitung eines einrichtungsinternen Planes
- Hinzuziehen eines Hygienikers empfohlen
- Besprechung der Planung in der Hygienekommission (d. h. Pandemieverantwortlicher, Heimleiter, Hygienebeauftragter, Pflegedienstleitung, Techn. Leiter)
- mind. jährliche Überprüfung der Planungen bzw. nach Erfordernis Aktualisierung

2. Zusammenarbeit mit den Gesundheitsbehörden und Übermittlung infektiologisch-epidemiologischer Daten (Phase 1 - 6)

- namentliche Meldung von Influenza-Einzelerkrankungen an das GA gem. § 6 des Infektionsschutzgesetzes
- fachliche Beratung durch/ Abstimmung mit dem zuständigen Gesundheitsamt
- enge Kommunikation über die aktuelle Lage (Phase 6)

3. Festlegung des Personalmanagements im Pandemiefall

- Konzept für Personaleinsatzplanung und Einteilung des noch arbeitenden Personals (z. B. längere Arbeitszeiten, Urlaubssperre) bei einem wahrscheinlichen Szenario mit einer erkrankungsbedingten Ausfallrate von 30 Prozent
- Erarbeiten von Maßnahmen zur alternativen Personalgewinnung, z. B.:
 - geschulte Alten-/ Krankenpflegeschüler(innen)

- Rekrutierung von Pflegepersonal im Ruhestand
- Rekrutierung von Hilfspflegepersonal im Ruhestand
- Hilfe (evtl.) von anderen Organisationen

4. Organisation des Expositionsschutzes für medizinisches und pflegerisches Personal (ab Phase 3)

- Abklärung des Bedarfs sowie Beschaffung von Personenschutzmaterial sowie interne Richtlinien für den Gebrauch
 - Händedesinfektionsmittel (Wirksamkeit "begrenzt viruzid")
 - Schutzkittel
 - Mund-Nasen-Schutz Typ II oder Typ IIR
 - FFP 2-, ggf. FFP 3-Masken
 - Schutzbrillen
- Zugangsbeschränkungen für die Zimmer mit erkrankten Bewohnern
- klare Regelung des Tragens persönlicher Schutzausrüstung (Kittel, Handschuhe, FFP-Maske/ Mund-Nasen-Schutz) in Phase 6
- Konzept zur internen Abgabe von Medikamenten zur antiviralen Prophylaxe an das medizinische Personal
- freiwillige Einschränkung der Sozialkontakte

5. Fortbildung und Schulung des Personals bezüglich des Managements bei einer Influenza-Pandemie

- verantwortlich: Heimleiter, fachliche Unterstützung durch Pandemieverantwortlichen (Voraussetzung: regelmäßige externe Weiterbildung)
- Belehrung des gesamten Heimpersonals über die besonderen Hygienemaßnahmen in den einzelnen Phasen (Personalschutz, Händedesinfektion, Impfschutz, medikamentöse Prophylaxe)

6. Organisation der medizinischen/ pflegerischen Versorgung

- Festlegung der dringend notwendigen Maßnahmen
- Festlegung verzichtbarer Maßnahmen (Personalmangel)
- ggf. Bildung von Ärzteteams, die hauptamtlich - ausschließlich oder rotierend - in der Einrichtungen tätig sind
- Überprüfung und ggf. Ausweitung der Kapazitäten zur Sauerstoff-Insufflation und Infusionstherapie
- Einplanung des Falles der eventuellen Übernahme von Patienten aus einem überfüllten Akutkrankenhaus
- Konzept zur Verabreichung von Medikamenten zur antiviralen Prophylaxe an die Heimbewohner

7. Organisation der Absonderung an Influenza erkrankter Heimbewohner

- Festlegung der Absonderungsmöglichkeiten ("Quarantänestation(en)" für Erkrankte, die nicht im Krankenhaus behandelt werden müssen (Phase 6)
- Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes für Erkrankte
- weitgehend sichere Betreuung von Nicht-Pandemie-Patienten
- ggf. Besuchsverbot für Angehörige

8. Sicherung der jährlichen (regulären) Influenza-Schutzimpfung (Phase 1 - 6), Impfung mit Pandemie-Impfstoff

- möglichst breite Umsetzung der öffentlichen Empfehlung der Influenza-Impfung in Sachsen für alle Bürger seit November 2004 empfohlen (VwV Schutzimpfungen vom 29.11.2004)
- Insbesondere bestimmten Risikogruppen ist die Impfung anzuraten (Empfehlungen der SIKO, Auswahl):
 - Personen über 50 Jahre
 - Menschen aller Altersgruppen mit gesundheitlicher Gefährdung infolge eines Grundleidens
 - Bewohnern von Alten- oder Pflegeheimen
 - Menschen mit häufigen Kontakten zu Risikopatienten (z. B. medizinisches Personal, Pflegepersonal, Familienangehörige), die als Infektionsquelle für von ihnen betreute ungeimpfte Risikopersonen fungieren können
 - Personen mit besonderer beruflicher Infektionsgefährdung (z. B. medizinisches Personal, Personen in Einrichtungen mit umfangreichem Publikumsverkehr)
- breite Anwendung eines ggf. vorhandenen Präpandemieimpfstoffes
- Phase 6: Impfung des Personals als prioritäre Gruppe sowie der Bewohner nach Verfügbarkeit des Impfstoffes gegen das Pandemievirus

Anlage 4 Literatur (Angabe der bei Redaktionsschluss aktuellen Fassungen!)

Wichtige rechtliche Grundlagen (s. auch unter <http://www.gesetze-im-internet.de>,
<http://bundesrecht.juris.de>, <http://frei.bundesgesetzblatt.de>)

- Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz – IfSG) vom 25.07.2000 (BGBl. I Nr. 33, S. 1045 – 1077)
- Verordnung über bauliche Mindestanforderungen für Altenheime, Altenwohnheime und Pflegeheime für Volljährige (Heimmindestbauverordnung - HeimMindBauV; BGBl. I, 1983, S. 550 – 555, Änderung vom 25.11.2003 I 2346))
- Heimgesetz (HeimG) vom 07.08.1974 (BGBl. I, S. 1873) in der Fassung der Bekanntmachung vom 23.04.1990, zuletzt geändert durch das dritte Gesetz zur Änderung des Heimgesetzes vom 09.11.2001, BGBl. 2001 Teil I Nr. 57, 2960 - 2980
- Gesetz zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege (Pflege-Qualitätssicherungsgesetz – PQsG) vom 09.09.01 (BGBl. I Nr. 47, 2001, S. 2320 - 2330)
- Verordnung über personelle Anforderungen für Heime (Heimpersonalverordnung), (1993) Bundesgesetzbl. I 1205
- Ausbildungs- und Prüfverordnung für den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers (AltPflAPrV) vom 26. November 2002, Bundesgesetzbl. 2002, Teil I Nr. 81
- Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) – Gesetzliche Krankenversicherung vom 20.12.1988 (BGBl. I S. 3853) §§ 21 und 26
- Sozialgesetzbuch Siebtes Buch (SGB VII) – Gesetzliche Unfallversicherung vom 07. 08.1996 (BGBl. I S. 1254), zuletzt geändert durch Gesetz vom 16. Juni 1998 (BGBl. I S. 1311) § 21
- Lebensmittel-, Bedarfsgegenstände- und Futtermittelgesetzbuch LFGB – Lebensmittel- und Futtermittelgesetzbuch vom 01.09.2005 (BGBl. I Nr.55 S. 2618)
- EU-Hygienepaket zur Lebensmittelhygiene (EU-Verordnungen Nr. 852/2004, 853/2004, 854/2004) sowie ergänzend 882/2004, Aufhebungs-Richtlinie RL 2004/41 einschl. Durchführungsverordnungen (VO (EG) Nr. 2073/2005, 2074/2005, 2075/2005, 2076/2005)
- Verordnung zur Novellierung der Trinkwasserverordnung vom 21.05.2001 (BGBl. I, Nr. 24, 2001, S. 959-980)
- jeweils geltende Landesgesetze und Vorschriften: z.B. Bauliche Richtlinien für Heime, Bestattungsgesetze
- Medizinproduktegesetz, BGBl. I 1994, 1963; neu gefasst in der Bekanntmachung vom 07.08.2002 I 3146; geändert durch Art. 109 vom 25.11.2003, I, S. 2304
- Medizinprodukte-Betreiber-Verordnung, BGBl. I 2001, 3854; geändert durch Art. 1 § 10 am 04.12.2002, BGBl. I 4456; geändert am 14.02.2004, BGBl. I 216
- Europäisches Arzneibuch, 4. Ausgabe, Grundwerk 2002 (Ph. Eur. 4.00) und Nachträge
- Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) vom 07.08.96 (BGBl. I, S. 1246) geändert durch Artikel 9 des Gesetzes vom 27.09.96 (BGBl. I S. 1461)
- Verordnung über Arbeitsstätten (Arbeitsstättenverordnung - ArbStättV) , BGBl. 2004 Teil I, Nr. 44, 2179 - 2189
- Verordnung über Sicherheit und Gesundheitsschutz bei Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen (Biostoffverordnung – BioStoffV) vom 27. Januar 1999, BGBl. I, Nr. 4, S. 50 - 60, zuletzt geändert durch Art. 8 V. v. 23.12.2004 I 3758
- GUV-R 500, Kapitel 2.6: Betreiben von Wäschereien
- BGV/GUV-VA 1 „Grundsätze der Prävention“
- BGV/GUV-VA 4 „Arbeitsmedizinische Vorsorge“

- BGR A 1 „Grundsätze der Prävention“
- GUV-I 512 „Erste Hilfe“
- BGR 208 „Reinigungsarbeiten bei Infektionsgefahr in medizinischen Bereichen“
- Technische Regel für Biologische Arbeitsstoffe (TRBA) 250: Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege
- Technische Regel für Biologische Arbeitsstoffe (TRBA) 300: Arbeitsmedizinische Vorsorge
- Technische Regel für Biologische Arbeitsstoffe (TRBA) 400: Handlungsanleitung zur Gefährdungsbeurteilung bei Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen

Wichtige fachliche Standards

- RKI-Empfehlung zur „Infektionsprävention in Heimen“ (Bundesgesundheitsbl. 48 (2005), 1061 – 1080)
- Richtlinie für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention: jeweils gültige Empfehlungen
- DGKH-Leitlinie (2002): Hygienebeauftragter in Pflegeeinrichtungen. HygMed 6: 271 - 272
- Aktuelle Liste der vom Robert-Koch-Institut geprüften und anerkannten Desinfektionsmittel und –verfahren (www.rki.de)
- Aktuelle Desinfektionsmittelliste des Verbundes für Angewandte Hygiene (VAH) = ehemals Liste der Deutschen Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie (DGHM)
- Liste der nach den Richtlinien der Deutschen Veterinärmedizinischen Gesellschaft (DVG) geprüften und als wirksam befundenen Desinfektionsmittel für den Lebensmittelbereich (Handelspräparate), Stand 01.02.1999
- Nationale Leitlinien für eine gute Hygienepraxis (Lebensmittelhygiene)
- Impfeempfehlungen der Ständigen Impfkommision (STIKO); www.rki.de
- Impfeempfehlungen des jeweiligen Bundeslandes
- Merkblatt über die Vermeidung und die Entsorgung von Abfällen aus öffentlichen und privaten Einrichtungen des Gesundheitsdienstes der Länder-Arbeitsgemeinschaft Abfall (LAGA-AG)
- VDI 6022 Hygienische Anforderungen an Raumluftechnische Anlagen
- VDI 6023 Hygienebewusste Planung, Ausführung, Betrieb und Instandhaltung von Trinkwasseranlagen
- DVGW W 551 Trinkwassererwärmungs- und Leitungsanlagen. Technische Maßnahmen zur Verminderung des Legionellenwachstums
- DIN 10508 Lebensmittelhygiene – Temperaturen für Lebensmittel
- DIN 10514 Lebensmittelhygiene – Hygieneschulung
- DIN 10516 Lebensmittelhygiene – Reinigung und Desinfektion
- DIN 10523 Lebensmittelhygiene – Schädlingsbekämpfung im Lebensmittelbereich
- DIN 18024 Bauliche Maßnahmen für Behinderte und alte Menschen im öffentlichen Bereich, Planungsgrundsätze
- DIN 18025 Wohnungen für Schwerbehinderte, Planungsgrundlagen
- DIN 5034 Tageslicht in Innenräumen
- DIN 5035 Innenraumbeleuchtung mit künstlichem Licht
- DIN EN 12464-1 Licht und Beleuchtung – Beleuchtung von Arbeitsstätten - Arbeitsstätten in Innenräumen
- DIN 58946, 58947 Sterilisation

- Landesempfehlungen zur Hygiene in Alten- und Altenpflegeheimen (z.B. Hygienegrundsätze in Alten- und Pflegeheimen - herausgegeben vom Landesgesundheitsamt Mecklenburg-Vorpommern)
- Steuer/Junghans: Hygiene und Infektionsverhütung. Gustav Fischer Verlag Jena, New York 1995
- Steuer/Ertelt/Stahlhacke: Hygiene in der Pflege. Kohlhammer-Verlag 1998