

H Hygienehandbuch

5. Auflage 2022

M Mobiler

P Pflege- und Betreuungsdienste

Caritas

Diakonie 



volkshilfe.
ÖSTERREICH

In Zusammenarbeit mit



In Kooperation mit



Vorwort

Aufgrund der demografischen und epidemiologischen Entwicklung sind die mobilen Pflege- und Betreuungsdienste ein stark wachsender Sektor im Gesundheits- und Sozialbereich. Die Aufgaben der mobilen Pflege- und Betreuungsdienste sind vielfältig, verantwortungsvoll und verlangen von den Dienstleisterinnen/Dienstleistern ein hohes Fachwissen, Eigeninitiative und die Bereitschaft, neue Ansätze mitzutragen, Verbesserungen mitzugestalten, Normen und Standards mitzuentwickeln.

Aufgrund anderer Voraussetzungen unterliegt die Hygiene in den mobilen Pflege- und Betreuungsdiensten anderen Kriterien als in stationären Pflege- und Gesundheitseinrichtungen:

- Viele krankenhausspezifische Gefahrenquellen fallen weg.
- Infektiöser und psychischer Hospitalismus kommen nicht vor.
- Die Resistenz kranker Menschen wird durch den Verbleib daheim gestärkt.
- Die Gefahr, durch Mitpatientinnen/Mitpatienten mit einer Krankheit infiziert zu werden, ist nicht gegeben.

Bei der Betreuung zu Hause ist die Einhaltung notwendiger hygienischer Richtlinien unter Miteinbeziehung der persönlichen Ressourcen der Klientinnen/Klienten und des jeweiligen Pflege- und Betreuungsauftrags zu berücksichtigen.

Um sowohl den Bedürfnissen der Klientinnen/Klienten bzw. der Nutzerinnen/Nutzer der mobilen Pflege- und Betreuungsdienste als auch den Erfordernissen der Dienstleisterinnen/Dienstleister gerecht zu werden, haben wir dieses Handbuch für Hygiene in mobilen Betreuungsdiensten als Unterstützung und Werkzeug vorgelegt.

Das Hygienehandbuch mobiler Betreuungsdienste gliedert sich in vier Kapitel:

- ▶ **Im ersten Kapitel, dem Hygieneplan,** werden alle notwendigen Hygienemaßnahmen, bezogen auf die persönliche Hygiene, den Personalschutz, Hygiene und Haushalt, Hygieneempfehlungen für spezielle bzw. häufige Tätigkeiten der mobilen Pflege und Hygieneempfehlungen für spezielle Erkrankungen und Krankheitszustände prägnant und übersichtlich dargestellt. **S. 5**
- ▶ **Im zweiten Kapitel** sind **Merkblätter** zu wichtigen und häufigen Hygienemaßnahmen zu finden. **S. 61**
- ▶ **Im dritten Kapitel** wird eine umfassende **Basisinformation** gegeben, die als Grundlage für Fortbildungen und Kurse, aber auch bei Besprechungen verwendet werden kann. **S. 83**
- ▶ **Im vierten Kapitel** sind **Checklisten** zu finden, die im Betreuungsteam zur Anwendung kommen sollen. **S. 145**

Die 5. Auflage des vorliegenden Handbuchs ist das Ergebnis einer Experten/Expertinnengruppe der „Bundesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrt“ und des Dachverbandes Wiener Sozialeinrichtungen und spiegelt zudem das unverzichtbare Zusammenspiel unterschiedlicher Berufsgruppen mit Pflegeerfahrung wider.

Mit diesem Handbuch sollen die Dienstleisterinnen/Dienstleister der mobilen Pflege- und Betreuungsdienste für Hygienemaßnahmen sensibilisiert und über die richtige Anwendung der Maßnahmen informiert werden. In diese Auflage wurden auch die Arbeitnehmer/innen-Schutzbestimmungen hinsichtlich Arbeitskleidung und persönlicher Schutzausrüstung eingearbeitet.

Dieses Handbuch stellt eine Grundlage zum Umgang mit Hygiene in den mobilen Betreuungsdienste dar. Darüber hinaus werden zur Klärung und Bearbeitung individueller Fragestellungen Hygienefortbildungen und/oder weiterführendes schriftliches Informationsmaterial auf Organisationsebene empfohlen.

Mag. Michael Opriesnig
Vorsitzender Bundesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrt

Impressum

Herausgeber:

Bundesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrt (BAG),
per Adresse: Österreichisches Rotes Kreuz,
Wiedner Hauptstraße 32, 1041 Wien
www.freiewohlfahrt.at
E-Mail: office@freiewohlfahrt.at

Medieninhaber, Verleger und Hersteller:

ÖRK Einkauf & Service GmbH
Wiedner Hauptstraße 32, 1041 Wien
E-Mail: es@roteskreuz.at
www.roteskreuz.at/es
Verlagsort: Wien

Redaktion 5. Auflage:

Susanne Göttel (Fonds Soziales Wien), Christian Haslinger, Sieglind Holzner (Hilfswerk Kärnten), Anastasia Knoll (Wiener Sozialdienste), Sabine Maunz (Hilfswerk Österreich), Teresa Millner-Kurzbauer (Volkshilfe Österreich), Christian Römer (Johanniter), Doris Stelzhammer (Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen), Kristina Stifter (Burgenländisches Rotes Kreuz), Ursula Thon-Lanik (Wiener Rotes Kreuz), Thomas Windhaber (Caritas Steiermark), Susanne Hanifl (Hilfswerk Burgenland), Sabine Tausch (Caritas Oberösterreich), Johannes Tod (Volkshilfe Niederösterreich)
Leitung: Sabine Maunz (Hilfswerk Österreich)

Gesamtkoordination:

Petra Schmidt, Österreichisches Rotes Kreuz

Produktion:

Info-Media, Verlag für Informationsmedien GmbH, 1010 Wien, Tel.: 01/523 69 49
Grafik: Natalie Dietrich, Info-Media GmbH
Lektorat: Hedwig Milchram, Österreichisches Rotes Kreuz

5. überarbeitete und ergänzte Auflage: Jänner 2022

ISBN 3-902332-08-5

© Bundesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrt

ZVR-Zahl: 205941857

Kontakt:

Caritas Österreich, Albrechtskreithgasse 19–21, 1160 Wien, www.caritas.at, E-Mail: office@caritas-austria.at
Diakonie Österreich, Schwarzspanierstraße 13, 1090 Wien, www.diakonie.at, E-Mail: diakonie@diakonie.at
Hilfswerk Österreich, Grünbergstraße 15/2/5, 1120 Wien, www.hilfswerk.at, E-Mail: office@hilfswerk.at
Österreichisches Rotes Kreuz, Wiedner Hauptstraße 32, 1041 Wien, www.roteskreuz.at, E-Mail: service@roteskreuz.at
Volkshilfe Österreich, Auerspergstraße 4, 1010 Wien, www.volkshilfe.at, E-Mail: office@volkshilfe.at

Hygieneplan

1. PERSÖNLICHE HYGIENE	7
2. PERSONALSCHUTZ	12
3. HYGIENE UND HAUSHALT	16
4. HYGIENERICHTLINIEN FÜR SPEZIELLE/HÄUFIGE TÄTIGKEITEN DER MOBILEN PFLEGE	25
5. HYGIENERICHTLINIEN FÜR SPEZIELLE ERKRANKUNGEN UND KRANKHEITZUSTÄNDE	40

Die Verantwortung für die Durchführung der jeweiligen Tätigkeiten obliegt je nach Tätigkeitsprofil der jeweiligen Berufsgruppe: gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege, Diplom-Sozialbetreuer/in und Fach-Sozialbetreuer/in mit den jeweiligen Schwerpunkten, Pflege(fach)assistenz, Heimhilfe. Diese Berufsgruppen werden in der Folge als **Dienstleister/innen (DL/DLin)** bezeichnet. Für **die Leistungsempfängerin/den Leistungsempfänger bzw. die Kundin/den Kunden** wird der Begriff **Klientin/Klient** verwendet.

1. Persönliche Hygiene

WAS	WANN	WIE	WOMIT
Händewaschen	<ul style="list-style-type: none"> • Vor Arbeitsbeginn • Nach Arbeitsende • Nach längeren Pausen • Nach sichtbarer Kontamination und bei Ausnahmefällen wie z. B. bei speziellen Erregern (Clostridium difficile, ...*) • Vor Hilfestellung bei der Nahrungsaufnahme • Vor Aufnahme der Tätigkeiten bei der Klientin/beim Klienten sowie vor Verlassen der Klientinnen/Klienteneinheit • Nach Benutzung der Toilette etc. • Grundsätzlich nach jeder potenziell infektiösen Tätigkeit 	<p>Das richtige Waschen der Hände zum richtigen Zeitpunkt ist eine zentrale Hygienemaßnahme.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Händewaschen bewirkt, im Gegensatz zur Händedesinfektion, keine ausreichende Keimreduktion. • Beim Waschen können vermehrungsfähige Mikroben durch Spritzwasser in die Umgebung verbreitet werden. • Waschwasser nicht heiß einstellen. • Schlusspülung mit Kaltwasser durchführen. • Seifenreste gut abspülen. • Beim Händetrocknen dürfen die Hände nicht mit unerwünschten Keimen kontaminiert werden (keine Handföhns und keine Mehrweghandtücher verwenden). Händedesinfektion nur auf trockenen Händen durchführen. • Die Handschuhe dürfen nur dann angezogen werden, wenn die Hände vollständig trocken sind. 	<ul style="list-style-type: none"> • Milde Flüssigseifen • Einmalhandtuch oder Küchenrolle oder Einmaltaschentuch etc.

* Zuerst Händedesinfektion, danach Händewaschen

Legenden und Erklärungen:

EWZ = Einwirkzeit
 Gelistete Desinfektionsmittel = Leistung in der Expertenliste der ÖGHMP (Österreichische Gesellschaft für Hygiene, Mikrobiologie und Präventivmedizin) oder des VAH (Verband angewandter Hygiene)

WAS	WANN	WIE	WOMIT
Haushaltshandschuhe	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Tätigkeiten im Haushaltsbereich (kein Kontakt mit Klientinnen/Klienten) ▶ Reinigungstätigkeiten, bei groben Verschmutzungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Vor Gebrauch auf Unversehrtheit und Sauberkeit prüfen • Beim An- und Ausziehen die Innenseite nicht verunreinigen • Nach dem Abstreifen der Handschuhe Händereinigung und Hautpflege durchführen 	<ul style="list-style-type: none"> • Zur Verfügung gestellte Haushaltshandschuhe • Nach Gebrauch reinigen, die Handschuhinnenseiten nach außen drehen und trocknen lassen • S. organisationsinterne Vorgaben
Einmalhandschuhe (steril, unsteril)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Reinigungs- und Desinfektionstätigkeiten ▶ Pfllegetätigkeiten wie Verbandwechsel, Absaugen, Katheterpflege ▶ Bei Gefahr der Kontamination der Hände mit Sekreten oder Ausscheidungen (z. B. beim Waschen des Genital- oder Analbereiches) ▶ Bei Kontakt mit Blut und/oder anderen potentiell infektiösen Materialien ▶ Bei Verletzungen an den Händen des DL/der DLin zum Schutz der Wunde ▶ Bei Blutabnahmen und Injektionen/Infusionen 	<ul style="list-style-type: none"> • Nach dem Abstreifen der Handschuhe ist eine hygienische Händedesinfektion durchzuführen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bevorzugt ungepuderte, allergenarme Latexhandschuhe, Handschuhe aus Vinyl oder Nitril o. Ä. • EN 455 / EN 374 • Größe und Passform der Handschuhe beachten • Bei nachgewiesener Latexallergie unbedingt Alternativprodukte einsetzen • Beim Hantieren mit Zytostatika bzw. beim Einbringen von zytostatischen Augentropfen sind spezielle Schutzhandschuhe zu tragen.
Hautschutzmittel	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Vor speziellen hautbelastenden Tätigkeiten wie: <ul style="list-style-type: none"> • Feuchtarbeit (Arbeiten in feuchtem Milieu, häufige Händereinigung, langes Tragen von Handschuhen) 	<ul style="list-style-type: none"> • Dünn auftragen 	<ul style="list-style-type: none"> • Zur Verfügung gestelltes Produkt verwenden – siehe Hautschutzplan der jeweiligen Organisation
Hautpflegemittel	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Vor Dienstbeginn ▶ Bei längeren Pausen (z. B. Dienstübergaben) ▶ Nach Feuchtarbeit ▶ Regelmäßig auch in der Freizeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Dünn auftragen 	<ul style="list-style-type: none"> • Zur Verfügung gestelltes Produkt verwenden – siehe Hautschutzplan der jeweiligen Organisation • Kein Produkt, welches die Klientin/der Klient in Verwendung hat.

WAS	WANN	WIE	WOMIT
Haare, Bart	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Während der Dienstzeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Generell sauber und gepflegt • Längere Haare zusammenbinden oder hochstecken • Die Frisur darf kein ständiges Richten (Zurückstreifen) erfordern • Weder Bart- noch Kopfhare dürfen während einer Pflegehandlung behindern bzw. Vermeidung einer Kontamination mit Haaren z. B. auf einer Wunde 	<ul style="list-style-type: none"> • S. organisationsinterne Richtlinien • Bei Bedarf: Einmalschutzhaube Alternativ eine Barthaube
Fingernägel	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Generell 	<ul style="list-style-type: none"> • Kurz (auf Fingerkuppenlänge) • Sauber und gepflegt • Keinen Nagellack oder Kunstnägel sowie keine Verzierungen wie z. B. aufgeklebte Steine verwenden (Keimnischen) 	
Schmuck	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Bei direktem Klientinnen/ Klientenkontakt 	<ul style="list-style-type: none"> • Keine Fingerringe, Armreifen; Armbanduhren und hängende Ohrringe sind zu vermeiden; Umgang mit Piercings – siehe Merkblatt 3 	
Dienstkleidung (gemäß den Vorgaben der jeweiligen Organisation): Zur Verfügung gestellte Kleidungsstücke wie z. B. Kleid, Kasack, Hose, T-Shirt, Gilet, Poloshirt oder Privatkleidung zur dienstlichen Nutzung. Fleecejacke, Weste, Überjacke	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Regelmäßiger Wechsel der Dienstkleidung mind. jeden 2. Tag (bei sichtbarer Verschmutzung sofort) Bei Möglichkeit einer Kontamination ist bestimmte Arbeitskleidung oder persönliche Schutzausrüstung (PSA) zu tragen. ▶ Fleecejacke, Weste, Überjacke etc. sind keinesfalls bei Pflegeverrichtungen und Reinigungsarbeiten zu tragen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Waschen bei mind. 60 °C. • Für die Sauberkeit und Intaktheit ist die jeweilige DLin/der jeweilige DL verantwortlich 	<ul style="list-style-type: none"> • Handelsübliche Waschmittel (keine Alternativwaschmittel) in der angegebenen Dosierung
Umgang mit Schuhen	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Regelmäßig reinigen 	<ul style="list-style-type: none"> • Scheuerreinigung 	<ul style="list-style-type: none"> • Schuhe mit Ferseneinschluss, rutschfeste Schuhe
Kopfbedeckung, z. B. Kopftücher	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Kopfbedeckungen müssen frei von sichtbaren Verschmutzungen sein ▶ Regelmäßiger Wechsel 	<ul style="list-style-type: none"> • Bei Kopftüchern müssen die freien Enden von der Dienstkleidung bedeckt werden 	<ul style="list-style-type: none"> • Reinigung: maschinelles Waschverfahren nach Möglichkeit mit 60 °C • Werden nicht zur Verfügung gestellt

WAS	WANN	WIE	WOMIT
<p>Bestimmte Arbeitskleidung bzw. persönliche Schutzausrüstung (PSA)</p> <p>Haushaltshandschuhe, Einmalhandschuhe (unsteril, steril), Einmalschürzen, Einmal-Schutzmantel/Schutzkittel, Atemschutzmasken der Filterklasse FFP2 (FFP3)*, Schutzbrille, Einmalhaube</p>	<p>Zum Schutz der Dienstkleidung bei Gefahr von Kontamination tragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Bei Pflegetätigkeiten wie z. B. <ul style="list-style-type: none"> • Kathetersetzen und -pflege • Verbandwechsel • Inkontinenzpflege • Bronchialtoilette ▶ Bei Kontakt mit Blut, Ausscheidungen und anderen potenziell infektiösen Materialien (z. B. Sputum) ▶ Bei speziellen Erkrankungen und beim Umgang mit Ungeziefer (siehe Hygieneplan Pkt. 4 und 5) ▶ Bei Infektionserkrankungen und bei speziellen Erkrankungen (siehe Hygieneplan) Ausnahmen: Bei Blutentnahmen aus der Kapillare und S.c.-Injektionen (Einmalhandschuhe sind ausreichend) 	<ul style="list-style-type: none"> • Adäquater Umgang mit den Materialien • Schürzen müssen zugebunden werden. • Einmalprodukte dürfen nur einmal getragen werden. • Procedere/ Reihenfolge beim Anziehen/Ablegen beachten, s. Literaturangabe 	<ul style="list-style-type: none"> • Zur Verfügung gestellte Produkte
<p>Atemschutzmaske* FFP3</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ z. B. bei offenem Absaugen intubierter und/oder beatmeter Personen mit respiratorisch infektiösen Erkrankungen 		
<p>Einmalüberschuhe</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ z. B. bei starker Verschmutzung/ Kontamination 	<ul style="list-style-type: none"> • Vorsicht beim An- und Ablegen sowie beim Tragen von Überschuhen (Sturz- und Rutschgefahr) 	<ul style="list-style-type: none"> • S. organisationsinterne Vorgaben

*) Bei der Anwendung von Atemschutzmasken (FFP2/FFP3) z. B. im Rahmen einer Pandemie/Epidemie/sonstigen infektiösen Erkrankungen ist darauf zu achten, dass Atemschutzmasken ohne Ausatemventil verwendet werden. Generell sind Atemschutzmasken der Situation angepasst mit oder ohne Ausatemventil zu verwenden.

2. Personalschutz

WAS	WANN	WIE	WOMIT
<p>Versorgung von Verletzungen durch Gegenstände</p>	<p>▶ Sofortmaßnahme bei Blutung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bei punktuellen Verletzungen Blutung induzieren (herbeiführen) • Hautdesinfektion, feucht halten lt. Einwirkungszeit • Ggf. Blutung stillen (bei Schnittverletzungen) • Gegenstand bewerten • Baldige ärztliche Versorgung • Meldung an Vorgesetzte, behandelnden Arzt/behandelnde Ärztin des/der DL/in, Unfallabteilung <p>▶ Präventionsmaßnahmen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hepatitisimpfschutz • Tetanusimpfschutz • Entsorgungsstandard • Verwendung von Instrumenten mit integrierten Sicherheits- und Schutzmechanismen (siehe Nadelstichverordnung) 	<ul style="list-style-type: none"> • Durch Kompression und gleichzeitiges Auspressen des Gefäßes oberhalb der Stichverletzung (> 1 min) • Feuchte Wundauflage • Druckverband • Herkunft, verschmutzt, kontaminiert • Noch am selben Tag • Über den Dienstweg • Lt. Impfplan • 10 Jahre • Hygiene- und Sicherheitsschulungen • Organisationsinterne Sicherheitsrichtlinien einhalten 	<ul style="list-style-type: none"> • Gelistetes Haut- bzw. Schleimhautdesinfektionsmittel (bei großen Verletzungen) • Unfallmeldeformular der AUVA, Vorfallsprotokoll • Impfpass mitnehmen • Durchstichsichere, bruchsichere und wiederverschließbare Behälter – Nadelabwurfbehälter (keine Glasflaschen) • Schulungen • Tragen von Schutzhandschuhen bei mit Verletzungsgefahr verbundenen Tätigkeiten • Kein Recapping! (Nadel nicht in die Schutzhülle zurückstecken)

WAS	WANN	WIE	WOMIT
<p>Sofortmaßnahmen bei Verletzungen mit spitzen und scharfen kontaminierten Gegenständen</p> <p>Versorgung von Verletzungen durch Menschen</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Bei Stich- und Schnittverletzung (siehe Nadelstichverordnung) ▶ Bei Kratz- und Bisswunden 	<ul style="list-style-type: none"> • Blutung induzieren (herbeiführen) durch Kompression und gleichzeitiges Auspressen des Gefäßes oberhalb der Stichverletzung (> 1 min) • Verletzung mit Haut- oder Händedesinfektionsmittel spülen, anschließend in Haut- oder Händedesinfektionsmittel getränktem Tupfer über der Stichverletzung fixieren und für 10 Minuten feucht halten HIV, Hepatitis B und C: Risiko abklären mittels Klientinnen/Klientenanamnese – Gefahrenabwägung, diese Information an den behandelnden Arzt/die behandelnde Ärztin der DLin/des DL weitergeben • Meldung an Vorgesetzte, behandelnde Ärztin/behandelnden Arzt der DLin/des DL, Unfallabteilung • Über den Dienstweg 	<ul style="list-style-type: none"> • Gelistetes Haut-oder Händedesinfektionsmittel verwenden • Bei HIV-, HCV- und HBV-Gefährdung siehe Merkblätter

WAS	WANN	WIE	WOMIT
<p>Sofortmaßnahmen bei Kontamination der Schleimhäute und der defekten Haut mit kontaminierten Materialien</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Bei Exposition geschädigter oder entzündlich veränderter Haut ▶ Bei Kontamination des Auges ▶ Bei Aufnahme in die Mundhöhle 	<ul style="list-style-type: none"> • Entfernen des potenziell infektiösen Materials durch Spülung mit fließendem Wasser • Ausreichende Hautdesinfektion mit gelistetem, virenwirksamem Haut-/Händedesinfektionsmittel, mind. 30 Sekunden befeuchten • Sofortiges Ausspülen des Auges • Sofort möglichst vollständiges Ausspucken des aufgenommenen Materials, danach mehrmaliges Ausspülen der Mundhöhle • HIV, Hepatitis B und C: Risiko abklären durch Klientinnen/Klientenanamnese – Gefahrenabwägung, diese Information wird an den behandelnden Arzt/die behandelnde Ärztin der DLin/des DL weitergegeben, Meldung an Vorgesetzte, Unfallabteilung • Über den Dienstweg 	<ul style="list-style-type: none"> • Haut-/Händedesinfektionsmittel • Hautantiseptikum • Augenspülflaschen • Leitungswasser, ggf. Schleimhautdesinfektionsmittel (Mundhöhle) • Kontaktaufnahme mit behandelnder Ärztin/behandelndem Arzt der Klientin/des Klienten oder definierter Anlaufstelle lt. organisationsinterner Richtlinie • Unfallmeldeformular der AUVA, Vorfalldokumentation

WAS	WANN	WIE	WOMIT
<p>Versorgung von Verletzungen durch Tiere (Biss- und Kratzwunden)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Sofortmaßnahme bei Blutung: <ul style="list-style-type: none"> • Blutung induzieren (bei punktuellen Verletzungen) • Wunde desinfizieren • Blutung stillen (bei tiefen, flächigen Verletzungen) • Bei Tieren Tollwutrisiko abklären • Noch am selben Tag • Tierbesitzer • Über den Dienstweg • Impfschutz 10 Jahre 	<ul style="list-style-type: none"> • Kompression und gleichzeitiges Auspressen des Gefäßes oberhalb der Stichverletzung (> 1 min) • Spreizen der Wunde • Verletzung mit Haut- oder Händedesinfektionsmitteln spülen, anschließend mit Haut- oder Händedesinfektionsmittel getränktem Tupfer über der Stichverletzung fixieren und für 10 Minuten feucht halten. • Falls notwendig Druckverband ▶ Sofortmaßnahme ohne Blutung: <ul style="list-style-type: none"> • Baldige ärztliche Versorgung! • HIV-, Hep. B-, C- etc. Risikoabklärung mittels Klientinnen/Klientenanamnese • Bei Tieren: Gesundheitsstatus abklären lassen • Meldung an Vorgesetzte, behandelnde Ärztin/behandelnden Arzt der DLin/des DL (Ärzte/Ärztinnen sind verpflichtet, Hundebissverletzungen der Polizei zu melden), Unfallabteilung ▶ Präventionsmaßnahmen: <ul style="list-style-type: none"> • Tetanusimpfschutz • Vereinbarung über Verbleib des Haustieres während der Hausbesuche 	<ul style="list-style-type: none"> • Haut- oder Händedesinfektionsmittel • Unfallmeldeformular der AUVA, Vorfallsprotokoll, Verletzungsanzeige (Polizei) • Impfpass • Gesundheitsunterlagen • Schriftliche Vereinbarung

3. Hygiene und Haushalt

Die Tätigkeiten werden während des Hausbesuches nach Plan/Anordnung und Vereinbarung mit der Klientin/dem Klienten durchgeführt.

Lüften der Räume	Nach Bedarf bzw. als Präventionsmaßnahme	Unter Aufsicht Fenster bzw. Türen öffnen
-------------------------	--	--

Reinigungsplan

WAS	WANN	WIE	WOMIT
Geschirr	Nach Gebrauch	1) Manuelle Reinigung: Mit Geschirrspülmittel reinigen, heiß abspülen, abtropfen lassen, möglichst nicht abwischen 2) Maschinelle Reinigung	<ul style="list-style-type: none"> • Handelsübliche Geschirrspülmittel • Geschirrspülmaschine
Einrichtungsgegenstände (Holz/Kunststoff/Metall)	Nach Reinigungsplan	Entfernung von Staub: Trocken oder feucht wischen	<ul style="list-style-type: none"> • Handelsübliche Allzweckreiniger bzw. bei starker Verschmutzung Einsatz von Scheuermitteln
Fenster, Spiegel, Glas Lampen	Nach Reinigungsplan	Feucht wischen bzw. absaugen	<ul style="list-style-type: none"> • Allzweckreiniger bzw. Fensterputzmittel
Haushaltsgeräte allgemein	Nach Reinigungsplan	Feucht wischen, Herstellerangaben beachten	<ul style="list-style-type: none"> • Handelsübliche Allzweckreiniger

WAS	WANN	WIE	WOMIT
Kühl- und Gefriergeräte	Nach Reinigungsplan	<ul style="list-style-type: none"> • Feucht wischen • Abtauen nach Herstellerangaben • Auf Schimmelpilzbefall achten 	<ul style="list-style-type: none"> • Handelsübliche Allzweckreiniger
Waschmaschine/Wäschetrockner	Nach Reinigungsplan	<ul style="list-style-type: none"> • Feucht wischen • Flusensieb kontrollieren 	<ul style="list-style-type: none"> • Handelsübliche Allzweckreiniger
Herd/Backrohr	Nach Reinigungsplan	<ul style="list-style-type: none"> • Feucht reinigen • Herstellerangaben beachten 	<ul style="list-style-type: none"> • Handelsübliche Allzweckreiniger
Teppichböden	Nach Reinigungsplan	<ul style="list-style-type: none"> • Staub saugen • Im Nassbereich möglichst entfernen • WC- und Badewannenvorleger lt. Pflegeanleitung waschen 	<ul style="list-style-type: none"> • Handelsübliche Waschmittel
Kunststoffböden/Holzböden	Nach Reinigungsplan	Staub saugen, feucht wischen	<ul style="list-style-type: none"> • Allzweckreiniger auf Seifenbasis
Fliesenböden	Nach Reinigungsplan	Feucht reinigen	<ul style="list-style-type: none"> • Allzweckreiniger verwenden • Kalkablagerungen mit speziellem Mittel (z. B. Essig) entfernen
Wandfliesen	Nach Reinigungsplan	Feucht reinigen	<ul style="list-style-type: none"> • Allzweckreiniger verwenden • Kalkablagerungen mit speziellem Mittel (z. B. Essig) entfernen

WAS	WANN	WIE	WOMIT
Sanitäranlagen (Badewanne, Duschtasse, Waschbecken, Waschschüsseln, WC-Muschel, Zimmertoilette)	Nach Reinigungsplan	Scheuerreinigung Gezielte Desinfektion (Verfahren siehe unter „Reinigungs- und Desinfektionsplan für Pflegehilfsmittel“)	<ul style="list-style-type: none"> • Handelsübliche Allzweckreiniger bzw. Scheuermittel • WC: bei Ablagerungen Sanitärreiniger, Bürste für grobe Verunreinigung • Gelistetes alkoholisches Flächendesinfektionsmittel
Vorhänge/Duschvorhang	Nach Reinigungsplan	Waschen unter Beachtung der Pflegeanleitung	<ul style="list-style-type: none"> • Handelsübliche Waschmittel
Handtücher	Regelmäßiger Wechsel (ein- bis zweimal wöchentlich) bei der Verwendung von getrennten Handtüchern für Ober- und Unterkörper, sofortiger Wechsel bei sicht- barer Verschmutzung oder Kontamination (z. B. nach Genitalpflege), bei Klientinnen/ Klienten mit Hauterkrankungen oder Infektionen sofort wechseln Bei Verwendung von nur einem Handtuch – Wechsel nach jeder Ganzkörperpflege	Waschen bei 60–90 °C (je nach Materialverträglichkeit, Verschmutzungsgrad und Anwendungsbereich)	<ul style="list-style-type: none"> • Handelsübliche Waschmittel
Waschlappen	Wechsel nach Gebrauch	Waschen bei 60–90 °C	<ul style="list-style-type: none"> • Handelsübliche Waschmittel
Geschirrtücher	Regelmäßiger Wechsel nach Beendigung der Tätigkeit sowie bei sichtbarer Verschmutzung oder Kontamination	Waschen bei 60–90 °C	<ul style="list-style-type: none"> • Handelsübliche Waschmittel

WAS	WANN	WIE	WOMIT
Bettwäsche, Leibwäsche	Wechsel nach Bedarf	Waschen bei 60–90 °C (je nach Materialverträglichkeit, Verschmutzungsgrad und Anwendungsbereich)	<ul style="list-style-type: none"> • Handelsübliche Waschmittel
Oberbekleidung, Tischwäsche	Wechsel nach Bedarf	Waschen ab 30 °C (Temperatur nach Materialverträglichkeit, Verschmutzungsgrad und Anwendungsbereich anpassen)	<ul style="list-style-type: none"> • Handelsübliche Waschmittel
Pölster und Decken	Nach Reinigungsplan	<p>Waschen nach Herstellerangaben (je nach Materialverträglichkeit und Verschmutzungsgrad)</p> <p>Bei Kontaminationsgefahr (z. B. Inkontinenz): Einsatz von waschbaren, atmungsaktiven Schonbezügen ist der Klientin/dem Klienten zu empfehlen – Waschen der Schonbezüge bei 60–90 °C möglich</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Handelsübliche Waschmittel
Reinigungsutensilien (Schwammtücher, Schwämme, Staubtücher etc.)	Nach Gebrauch	Trocken und sauber halten Regelmäßig reinigen/waschen bei 90 °C bzw. bei Bedarf austauschen	<ul style="list-style-type: none"> • Handelsübliche Waschmittel
Matratzen	Nach Reinigungsplan	<p>Lüften, absaugen</p> <p>Bei Kontaminationsgefahr (z. B. Inkontinenz): Einsatz von waschbaren, atmungsaktiven Matratzenschonbezügen ist der Klientin/dem Klienten zu empfehlen – Waschen der Schonbezüge bei 60–90 °C möglich</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Handelsübliche Waschmittel
Bürsten, Flaschenbürsten	Nach Gebrauch	Vorzugsweise: Waschen im Geschirrspüler bzw. manuell	<ul style="list-style-type: none"> • Handelsübliche Waschmittel

Lebensmittelhygiene

WAS	WANN	WIE/WOMIT
Lagerung	Nach Plan	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Lagerungshinweise auf den Verpackungen beachten ▶ Kühlkette darf nicht unterbrochen werden ▶ Gekochte und leicht verderbliche Lebensmittel im Kühlschrank aufbewahren ▶ Auf ausreichende Kühlwirkung der Kühlgeräte achten ▶ Lebensmittel kontrollieren und abgelaufene Lebensmittel entsorgen ▶ Regelmäßige visuelle Kontrolle der Lebensmittel durchführen (Schimmelpilz, Aussehen, Geruch ...) ▶ Kein Verzehr von verdorbenen Lebensmitteln!
Zubereitung	Nach Plan	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Lebensmittel auf hohe Kerntemperatur erhitzen ▶ Bei bestimmten Speisen nur Frischverzehr ▶ Gründliche Reinigung von Obst und Gemüse ▶ Getrennte Arbeitsplätze für Geflügel und andere Speisen (z. B. Salate) ▶ Bei Zubereitung von Geflügel: Schneidbretter und Arbeitsplatz heiß reinigen (Salmonellengefahr) ▶ Reste geöffneter Konserven in geeigneten Behältern gekühlt aufbewahren ▶ Für die Zubereitung von Tee abgekochtes Wasser verwenden (Kaffeemaschinenwasser ist nicht abgekocht), ebenso wenn Wasser zum Pürieren zugesetzt wird
Schädlinge, Mäuse, Ratten, Schaben, Lebensmittelmotten	Kontrolle nach individuellem Haushalts- und Betreuungsplan Auf Mäusekot, Nagespuren, Fäden von Lebensmittelmotten etc. achten	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Lebensmittelreste sowie verdorbene Lebensmittel entsorgen ▶ Aufbewahrungsorte und -utensilien gründlichst reinigen und regelmäßig visuell kontrollieren ▶ Fenster und Türen schließen ▶ Aufbewahrung der Lebensmittel in verschließbaren Behältern ▶ Im Bedarfsfall Kammerjäger

Abfallentsorgung

WAS	WANN	WIE/WOMIT
Abfallentsorgung (Richtet sich nach den ortsüblichen Vorschriften)	Trennung von Bunt- und Weißglas, Altpapier und Kartonagen, biogenen Abfällen, Kunststoffen (Verpackungsmüll), Dosen, Restmüll	Sammel- und Transportbehälter nach ortsüblichen Gegebenheiten und Auflagen
Entsorgung von Abfällen mit Verletzungsgefahr (Z. B. Kanülen, Nadeln, Ampullen, Lanzetten, Fertigspritzen, Infusionsdorne, Skalpellklingen)	Entsorgung nach Bedarf, sofort und unmittelbar am Ort des Geschehens	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Unmittelbar in stichfesten und bruchsicheren Behältern (Nadelabwurfbehälter) entsorgen (keine Glasflaschen) ▶ Behälter nicht überfüllen, nicht nachstopfen, nicht umfüllen ▶ Zur Verfügung gestellten Behälter dicht verschließen und nach ortsüblichen Gegebenheiten entsorgen (organisationsinterne Richtlinien beachten)
Entsorgung von Abfällen ohne Verletzungsgefahr (Z. B. Atemschutzmasken, persönliche Schutzausrüstung, Inkontinenz- und Verbandmaterial, Einmalspritzen ohne Kanüle, Katheter, restentleerte Urinsammelsysteme und Infusionsbeutel, Infusionsgeräte ohne Dorn, Applikationsmittel zur künstlichen enteralen Ernährung)	Entsorgung nach Bedarf bzw. nach jeder Betreuung	In Einwegsäcken im Restmüll entsorgen – zu empfehlen: blickdichte Einwegsäcke Ggf. ortsübliche Gegebenheiten und Auflagen
Entsorgung von Medikamenten	Regelmäßige Kontrolle der Medikamente	In der Ortsapotheke bzw. bei anderen Abgabestellen abgeben
Umgang mit Abfallbehältern	Regelmäßig nach Bedarf	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Kleine Abfallbehälter verwenden ▶ Einwegsäcke einhängen und Müll damit entsorgen ▶ Behälter bei Verschmutzung mittels Scheuerreinigung säubern

Reinigungs- und Desinfektionsplan für Pflegehilfsmittel

WAS	WANN	WIE	WOMIT
Pflegebehelfe; Leihgeräte/Leihbehelfe	Nach Gebrauch	<ul style="list-style-type: none"> • Feucht reinigen • Gezielte Desinfektion bei sichtbarer oder anzunehmender Kontamination mit Blut, Harn, Stuhl, Erbrochenem und/oder sonstigen (potenziell) infektiösen Materialien durchführen 	<ul style="list-style-type: none"> • Allzweckreiniger • Gelistetes alkoholisches Flächendesinfektionsmittel • Einmalhandschuhe/ Haushaltshandschuhe
Spezielle Behelfe wie O₂-Geräte, Absauggeräte, Ultraschallvernebler etc.	Nach Plan und Herstellerangaben	<ul style="list-style-type: none"> • Reinigungs- und Desinfektionsverfahren nach Herstellerangaben 	<ul style="list-style-type: none"> • Einsatz der Reinigungs- und Desinfektionsmittel nach Herstellerangaben • Einmalhandschuhe/Haushaltshandschuhe
Fieberthermometer	Nach Gebrauch	<ul style="list-style-type: none"> • Gezielte Desinfektion • Einsatz der Thermometer (klientenbezogen) 	<ul style="list-style-type: none"> • Gelistetes alkoholisches Flächendesinfektionsmittel
Blutdruckapparat und Stethoskop	Nach Tourende Gezielte Desinfektion durchführen	<ul style="list-style-type: none"> • Im Bedarfsfall gezielte Wischdesinfektion durchführen 	<ul style="list-style-type: none"> • Gelistetes alkoholisches Flächendesinfektionsmittel
Pflegeartikel wie Nierentasse, Nagelschere usw.	Nach Gebrauch	<ul style="list-style-type: none"> • Wischdesinfektion durchführen • Pflegeartikel klientenbezogen einsetzen 	<ul style="list-style-type: none"> • Gelistetes alkoholisches Flächendesinfektionsmittel • Weitere Aufbereitung lt. Reinigungs- und Desinfektionsplan

WAS	WANN	WIE	WOMIT
Instrumente wie Pinzetten, Scheren, etc.	Nach Gebrauch	Einsatz von Einmalinstrumenten! Bei Einsatz von Mehrweginstrumenten: 1) Dekontamination durch Wischdesinfektion unmittelbar nach Gebrauch 2) Einlegen am Stützpunkt, EWZ einhalten, Nachspülen mit Wasser 3) Sterilisation nach validiertem Verfahren hat die Organisation sicherzustellen	<ul style="list-style-type: none"> • Gelistetes Instrumentendesinfektionsmittel • Einmalhandschuhe
Harnflaschen, Steckbecken	Nach Gebrauch	Scheuerreinigung 1) Vorsichtige Entleerung ohne Umgebungskontamination 2) Grobe manuelle Reinigung 3) Handschuhe wechseln	<ul style="list-style-type: none"> • Handelsübliche Allzweckreiniger • Haushaltshandschuhe/ Einmalhandschuhe, Einmalschürze, Toilettenpapier, Einmalhandtuch, Küchenrolle

WAS	WANN	WIE	WOMIT
Medikamentendispenser, Zahnprothesenbehälter und andere Utensilien zur Mundhygiene (vorzugsweise Verwendung von spülmaschinenfesten Utensilien)	1-mal wöchentlich bzw. bei sichtbarer Verschmutzung	Reinigung	<ul style="list-style-type: none"> • Handelsübliches Geschirrspülmittel oder Geschirrspüler
Gezielte Flächenreinigung bzw. -desinfektion	Bei sichtbarer Kontamination mit Blut, Harn, Stuhl, Erbrochenem reinigen, bei Klientinnen/Klienten mit Infektionskrankheiten sowie mit erhöhtem Risiko (Klientinnen/Klientenanamnese) Flächendesinfektion durchführen	<ul style="list-style-type: none"> • Einmalhandschuhe anziehen • Grobverunreinigung mit Einmalhandtuch oder Küchenrolle entfernen und sofort mit den Handschuhen entsorgen • Frische Einmalhandschuhe anziehen • Fläche reinigen bzw. desinfizieren, mit vorhandenem Flächendesinfektionsmittel vollständig benetzen (KEIN SPRÜHEN) • Mit Einmalwischtuch überschüssiges Desinfektionsmittel aufnehmen • Restfeuchtigkeit auf Fläche belassen – auf keinen Fall trocken nachreiben. • EWZ einhalten 	<ul style="list-style-type: none"> • Allzweckreiniger • Gelistetes alkoholisches Flächendesinfektionsmittel

4. Hygienerichtlinien für spezielle/häufige Tätigkeiten der mobilen Pflege

WAS	WANN	WIE	WOMIT
Setzen von Blasenverweilkathetern und Einmalkathetern	Laut ärztlicher Anordnung	<ul style="list-style-type: none"> ▷ Hygienische Händedesinfektion ▷ Intimtoilette ▷ Schleimhautdesinfektion ▷ Hygienische Händedesinfektion ▷ Katheter steril setzen ▷ Ggf. Ballon füllen und Ableitungssystem anschließen 	<ul style="list-style-type: none"> • Gelistetes Händedesinfektionsmittel • Einmalhandschuhe (unsteril/steril) • Einmalschürze • Wasser und milde Waschlotion • Schleimhautdesinfektionsmittel und sterile Tupfer (4–6 Stk.) • Sterile Pinzette • Bevorzugt Silikonkatheter • Gleitmittel • Aqua bidest bzw. spezielles Füllmittel vom Hersteller • Ggf. geschlossenes Ableitungssystem <p>Vorbereitete sterile Kathetersets sind generell zu bevorzugen.</p>
Pflege bei Blasenverweilkatheter	Täglich bzw. bei Hausbesuchen	<ul style="list-style-type: none"> ▷ Hygienische Händedesinfektion ▷ Tägliche Intimtoilette ▷ Diskonnektion vermeiden ▷ Harnausscheidung und Ableitungssystem kontrollieren 	<ul style="list-style-type: none"> • Gelistetes Händedesinfektionsmittel • Einmalhandschuhe • Einmalschürze • Wasser und milde Waschlotion • Ggf. Schleimhautantiseptikum
Pflegemaßnahmen bei suprapubischem Katheter	Täglich bzw. bei Hausbesuchen	<ul style="list-style-type: none"> ▷ Hygienische Händedesinfektion ▷ Kontrolle der Einstichstellen – Dokumentation, bei Bedarf Info an behandelnden Arzt/behandelnde Ärztin ▷ Verbandwechsel nach Bedarf ▷ Abfluss kontrollieren 	<ul style="list-style-type: none"> • Gelistetes Händedesinfektionsmittel • Einmalhandschuhe • Einmalschürze • Sterile Reinigungslösung • Ggf. Schleimhautantiseptikum <p>Die Vorschriften zum aseptischen Verbandwechsel sind einzuhalten.</p>

WAS	WANN	WIE	WOMIT
Verbandwechsel	<ul style="list-style-type: none"> • Laut ärztlicher Anordnung • Laut Pflegeplanung • Sofort bei blutigen oder durchnässten Verbänden • Bei Beschwerden im Wundbereich 	<ul style="list-style-type: none"> ▷ Hygienische Händedesinfektion ▷ Einmalhandschuhe ▷ Einmalschürze ▷ Vorbereitung: <ul style="list-style-type: none"> • Räumlichkeiten • Arbeitsfläche • Klientin/Klient • Verbandutensilien • Instrumente • Abfallbehälter • Unterlage ▷ Durchführung: <ul style="list-style-type: none"> • Verband entfernen • Handschuhe wechseln • Reinigung bzw. Desinfektion der Wunde • Non-Touch-Technik • Verband anlegen • Datumsvermerk am Verband • Wunddokumentation ▷ Entsorgung: <ul style="list-style-type: none"> • Verband und andere Utensilien in einem Müllsack entsorgen • Spitze und scharfe Gegenstände sofort in durchstichfestem Behälter entsorgen • Versorgung der Instrumente • Ggf. Flächendesinfektion durchführen • Hygienische Händedesinfektion 	<ul style="list-style-type: none"> • Gelistetes Händedesinfektionsmittel • Einmalhandschuhe • Einmalschürze (Mund-Nasen-Schutz bei Verkühlung/Schnupfen des DL/der DLin) • Verbandmaterialien nach Anordnung des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärztin • Bevorzugt Einmalinstrumente, klientinnen/klienteneigene Schere als Verbandschere verwenden • Unterlage: Desinfizierte, saubere Arbeitsfläche oder Einmalmaterial (z. B. Küchenrolle) oder frisch gewaschenes und gebügelt Tuch zur einmaligen Verwendung • Reinigungslösung bzw. Schleimhaut- oder Hautantiseptika <p>Aseptische Wunden von innen nach außen, septische Wunden von außen nach innen reinigen.</p> <p>Für jeden Wischvorgang frischen sterilen Tupfer verwenden.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gelistetes alkoholisches Flächendesinfektionsmittel, Instrumente in geschlossene Behälter geben – Endversorgung im Stützpunkt nach Reinigungs- und Desinfektionsplan

WAS	WANN	WIE	WOMIT
<p>Stomaversorgung Ableitung von Stuhl und Harn</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Laut ärztlicher Anordnung • Laut Pflegeplanung 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Hygienische Händedesinfektion ▶ Vorbereitung: <ul style="list-style-type: none"> • Materialien • Abfallbehälter • Unterlage (flüssigkeitsdicht) ▶ Durchführung: <ul style="list-style-type: none"> • Stomaversorgung entfernen • Entsorgung • Reinigung der Stomaumgebung • Handschuhe ausziehen • Stomaversorgung anlegen • Hygienische Händedesinfektion 	<ul style="list-style-type: none"> • Gelistetes Händedesinfektionsmittel • Einmalhandschuhe • Einmalschürze • Reinigung: Leitungswasser und Seife, Waschsindeth <p>Hinweis: Verboten sind Alkohol, Benzin, Wasserstoffperoxyd, Waschäther, Paraffin, rückfettende Waschlotionen, fetthaltige Cremes</p>

WAS	WANN	WIE	WOMIT
<p>Bronchialtoilette mit konventionellem Absaugsystem</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Laut ärztlicher Anordnung, Pflegeplan richtet sich nach Bedarf (je nach Menge und Beschaffenheit des Sekretes, z. B. bei respiratorisch infektiösen Erkrankungen) 	<ul style="list-style-type: none"> ▷ Hygienische Händedesinfektion ▷ Materialien bereitlegen ▷ Klientin/Klienten vorbereiten ▷ Gerät vorbereiten ▷ Streng aseptisches Vorgehen ▷ Nachbereitung ▷ Dokumentation 	<ul style="list-style-type: none"> • Gelistetes Händedesinfektionsmittel • Einmalhandschuhe • Einmalschürze, ggf. Einmal-Schutzmantel/Schutzkittel • Ggf. Atemschutzmaske der Filterklasse FFP2/FFP3 (ohne Ausatemventil) • Ggf. Schutzbrille • Funktionstüchtige Absaugeinheit • Absaugkatheter entsprechend den Anforderungen • Spüllösung (Trinkwasser in leerer, sauberer Flasche) • Abwurfbehälter/Abfallbehälter • Klientin/Klienten informieren • Mund und Nase mit Wasser vorreinigen • Auf Funktionstüchtigkeit überprüfen • Sogstärke einstellen • Absaugung steril durchführen – pro Absaugvorgang einen sterilen Katheter verwenden • Vitalparameter während der Absaugung beobachten • Absaugschlauch mit Spüllösung freispülen • Materialien entsorgen • Handschuhe entfernen • Hygienische Händedesinfektion • Farbe, Menge, Konsistenz des Bronchialsekretes, Beimengungen • Reaktion der Klientin/des Klienten • Häufigkeit des Absaugens

WAS	WANN	WIE	WOMIT
Tracheostomie	<ul style="list-style-type: none"> • Laut ärztlicher Anordnung z. B. bei respiratorisch infektiösen Erkrankungen • Laut Pflegeplanung 	<ul style="list-style-type: none"> ▷ Hygienische Händedesinfektion ▷ Vorbereitung: <ul style="list-style-type: none"> • Materialien • Abfallbehälter • Unterlage ▷ Durchführung der Pflege: <ul style="list-style-type: none"> • Verband entfernen • Entsorgung • Reinigung der Stomaumgebung • Verband anlegen • Hygienische Händedesinfektion ▷ Wechsel der Kanüle: <ul style="list-style-type: none"> • Material vorbereiten • Kanülenwechsel ▷ Aufbereitung der Kanüle je nach Materialbeschaffenheit und Herstellerangaben ▷ Dokumentation 	<ul style="list-style-type: none"> • Gelistetes Händedesinfektionsmittel • Einmalhandschuhe • Einmalschürze, ggf. Einmal- schutzmantel/Schutzkittel • Ggf. Atemschutzmaske der Filterklasse FFP2/FFP3 (ohne Ausatemventil) • Ggf. Schutzbrille • Verbandmaterialien • Reinigung mit Pflegeöl • Hautschutzcreme • Schutzläppchen • Metall- oder Kunststoffkanüle • Kanülentrageband • Gleitmittel für Kanüle • Nierentasse oder Standgefäß • Grobe Verunreinigungen mit Wasser abspülen • Kanüle in Einzelteile zerlegen und in Reinigungs- bzw. Desinfektionslösung einlegen • Mit spezieller Bürste reinigen • Nach EWZ mit sterilem Aqua bidest spülen und mit steriler Kompresse trocknen • Bürste chemisch oder thermisch (auskochen) desinfizieren • Standgefäß regelmäßig desinfizieren • Manipulationen, Verbandwechsel sowie Absaugen von Schleimansammlungen unter aseptischen Bedingungen durchführen

WAS	WANN	WIE	WOMIT
Künstliche enterale Ernährung	<ul style="list-style-type: none"> • Laut ärztlicher Anordnung • Laut Pflegeplanung 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Hygienische Händedesinfektion ▶ Vorbereitung: <ul style="list-style-type: none"> • Arbeitsplatz • Nahrung • Spülflüssigkeit • Abfallbehälter • Applikationsmaterial ▶ Durchführung: <ul style="list-style-type: none"> • Zubereitung der Nahrung unmittelbar vor Verabreichung auf sauberer und trockener Arbeitsfläche • Sondenkonus, Verschluss säubern • Nahrung verabreichen • Spülen • Sonde verschließen • Sonde sichern 	<ul style="list-style-type: none"> • Gelistetes Händedesinfektionsmittel • Einmalschürze • Einmalhandschuhe • Nahrung: auf Raumtemperatur bringen • Spülung: (abgekochtes) Leitungswasser, Mineralwasser • Applikationsspritze, Applikationssystem • Küchenrolle <p>Zubereitungs- und Applikationsutensilien: Wechsel oder Reinigung nach Herstellerangaben (mind. alle 24 Stunden)</p> <p>Hinweis: Geöffnete Industrienahrung oder selbst zubereitete Nahrung im Kühlschrank aufbewahren (max. 24 Stunden, Vermerk von Datum und Uhrzeit)</p>

WAS	WANN	WIE/WOMIT
Arzneimittel generell	<ul style="list-style-type: none"> • Laut ärztlicher Anordnung • Laut Beipacktext 	<p>Vor jeglicher Manipulation mit Medikamenten hygienische Händedesinfektion durchführen. Arzneimittel mit verkürzter Haltbarkeit nach der ersten Öffnung mit dem Anbruchsdatum versehen.</p>
Orale Medikamente	<ul style="list-style-type: none"> • Laut ärztlicher Anordnung • Laut Beipacktext 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Herstellerangaben zur Aufbewahrung beachten: <ul style="list-style-type: none"> • Vor Feuchtigkeit und Licht schützen • In geschlossene, trockene Behälter geben • Maximal 25 °C Raumtemperatur (vor Sonneneinstrahlung schützen) • Säfte nach Herstellerangaben ggf. im Kühlschrank aufbewahren – Lagertemperatur beachten • In Originalpackung aufbewahren – Ablaufdatum beachten ▶ Verabreichung: laut Herstellerangaben – Dispenser sauber halten ▶ Entsorgung: siehe Abfall
Puder	<ul style="list-style-type: none"> • Laut ärztlicher Anordnung • Laut Beipacktext 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aufbewahrung: <ul style="list-style-type: none"> • Trocken und geschlossen aufbewahren • Bei Raumtemperatur lagern ▶ Verabreichung: Nur auf trockene Haut aufbringen ▶ Einmalhandschuhe
Salben/Cremen/Gele	<ul style="list-style-type: none"> • Laut ärztlicher Anordnung • Laut Beipacktext 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aufbewahrung: <ul style="list-style-type: none"> • Haltbarkeitsdaten beachten • Bei Raumtemperatur und nach Herstellerangaben lagern ▶ Verabreichung: <ul style="list-style-type: none"> • Einmalhandschuhe • Vorzugsweise aus der Tube • Entnahme aus Tiegeln mit sauberen Spateln • Tuben nach Gebrauch reinigen und fest verschließen • Salben und Cremen nur mit behandschuhter Hand auftragen

WAS	WANN	WIE/WOMIT
Suppositorien und Klistiere	<ul style="list-style-type: none"> • Laut ärztlicher Anordnung und unter Berücksichtigung des Beipacktextes 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aufbewahrung: <ul style="list-style-type: none"> • In Originalverpackung aufbewahren • Bei Raumtemperatur lagern • Suppositorien im Kühlschrank lagern ▶ Verabreichung: <ul style="list-style-type: none"> • Einmalschürze und Einmalhandschuhe tragen • Nach Verabreichung und Abstreifen der Handschuhe hygienische Händedesinfektion durchführen.
Dosieraerosole	<ul style="list-style-type: none"> • Laut ärztlicher Anordnung und unter Berücksichtigung des Beipacktextes 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aufbewahrung: <ul style="list-style-type: none"> • Inhalationskapsel in Originalverpackung lagern • Lagerung bei Raumtemperatur ▶ Nach Verabreichung: reinigen und trocken aufbewahren
Brechampullen	<ul style="list-style-type: none"> • Laut ärztlicher Anordnung und unter Berücksichtigung des Beipacktextes 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aufbewahrung: <ul style="list-style-type: none"> • In Originalverpackung lagern • Lagerung bei Raumtemperatur oder Kühlschranklagerung nach Herstellerangaben ▶ Verabreichung: <ul style="list-style-type: none"> • Zum Aufbrechen größerer Ampullen Tupfer als Schutz vor Schnittverletzungen verwenden • Restmenge verwerfen • Medikament mit Nadel aufziehen ▶ Abwurf in durchstichfesten Behälter
Stechampullen zur Mehrfachentnahme	<ul style="list-style-type: none"> • Laut ärztlicher Anordnung und unter Berücksichtigung des Beipacktextes 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aufbewahrung: <ul style="list-style-type: none"> • Lagerung der angebrochenen Ampulle ohne Nadel im Kühlschrank nach Herstellerangaben Temperatur anhand eines Durchführungsnachweises kontrollieren ▶ Verabreichung: <ul style="list-style-type: none"> • Arbeitsfläche desinfizieren • Gummistöpsel mit alkoholischem Hautantiseptikum desinfizieren – EWZ einhalten • Sterile Entnahme mit dünner Nadel • Datum und Uhrzeit auf der Ampulle vermerken

WAS	WANN	WIE/WOMIT
Infusionen Schmerzpumpen	<ul style="list-style-type: none"> Laut ärztlicher Anordnung und unter Berücksichtigung des Beipacktextes 	<ul style="list-style-type: none"> ▷ Aufbewahrung: lichtgeschützt bei Raumtemperatur ▷ Verabreichung: <ul style="list-style-type: none"> • Sichtkontrolle durchführen • Verpackung von Infusionszubehör überprüfen • Arbeitsfläche desinfizieren • Einstichstopfen mit alkoholischem Hautantiseptikum desinfizieren (EWZ einhalten), Zusatzampullen unter aseptischen Kriterien öffnen und hinzufügen • Vorbereitung der Infusion max. 1 Stunde vor Verabreichung, Antibiotikainfusionen unmittelbar vor Verabreichung zubereiten • Infusion mit Bezeichnung und Menge der Wirkstoffe, der Trägerlösung, des Gesamtvolumens, Angaben über Applikationsdauer, Angaben über die Vorbereitung (Datum, Uhrzeit, Name der DLin/des DL), Verfallsdatum und -uhrzeit sowie Vor- und Nachname und Geburtsdatum der Klientin/des Klienten versehen. <p>Infusionen werden entweder beim behandelnden Arzt/der behandelnden Ärztin oder in der Apotheke vorbereitet bzw. direkt vor Ort bei der Klientin/dem Klienten.</p>
Injektionen	<ul style="list-style-type: none"> Laut ärztlicher Anordnung und unter Berücksichtigung des Beipacktextes 	<ul style="list-style-type: none"> ▷ Hygienische Händedesinfektion mit gelistetem Händedesinfektionsmittel durchführen ▷ Steriles Injektionsmaterial verwenden ▷ Einstichstelle inspizieren ▷ Wischdesinfektion mit alkoholischem Hautdesinfektionsmittel – EWZ einhalten ▷ Nicht nachpalpatieren! ▷ Entsorgung der Injektionsnadeln in durchstichsicherem und bruchsicherem Abwurfbehälter <p>Hinweis: Kein Recapping (Nadel nicht in Schutzhülle zurückstecken)!</p>

WAS	WANN	WIE	WOMIT
Infusionswechsel und Infusionsbeendigung	<ul style="list-style-type: none"> • Laut ärztlicher Anordnung • Infusionssysteme, Dreiweghähne und Verlängerungen bei Bedarf wechseln, bei sichtbarer Kontamination sofort wechseln 	<ul style="list-style-type: none"> ▷ Hygienische Händedesinfektion ▷ Desinfektion der Konnektionsstelle ▷ Sicherstellung der Durchgängigkeit ▷ Anschluss der neuen Infusionsleitung oder Verschluss des Zuganges ▷ Entsorgung 	<ul style="list-style-type: none"> • Gelistetes Händedesinfektionsmittel • Einmalhandschuhe • Alkoholisches Hautdesinfektionsmittel • Neues Infusionssystem • Neuer steriler Verschlusskonus • Abwurfbehälter <p>Hinweise:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▷ Manipulationen am Infusionssystem auf das geringste Ausmaß beschränken ▷ Bei jeglicher Manipulation am Infusionssystem hygienische Händedesinfektion durchführen ▷ Kein Belüften der Infusion mit Injektionsnadeln ▷ Dreiweghähne und Verlängerungen nicht direkt auf die Haut der Klientin/des Klienten legen ▷ Infusionsleitungen und Verbindungsstellen nicht an der Analregion, an Tracheostomen, Drainagen, Sonden etc. vorbeiführen und nicht unter Matratzenniveau durchhängen lassen ▷ Bodenkontakt des Infusionsleitungssystems vermeiden ▷ Das Prinzip des geschlossenen Systems gilt auch für die Infusionstherapie. Die Unterbrechung der laufenden Infusion sollte die Ausnahme sein und unter aseptischen Bedingungen erfolgen. Bei Kontamination muss das Infusionssystem sofort ausgewechselt werden.

WAS	WANN	WIE	WOMIT
<p>Verbandwechsel bei peripheren und zentralen venösen Zugängen und Portsystemen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Laut ärztlicher Anordnung <p style="text-align: center;">Ausnahme: Entzündungszeichen, nasser/ verschmutzter Verband</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▷ Hygienische Händedesinfektion ▷ Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen: <ul style="list-style-type: none"> • Material vorbereiten • Blutverkrustungen entfernen • Desinfektion der Einstichstelle • Einstichstelle trocknen lassen • Sterilen Verband anlegen • Datumsvermerk am Verband • Entsorgung der Materialien • Dokumentation 	<ul style="list-style-type: none"> • Gelistetes Händedesinfektionsmittel • Einmalhandschuhe • Einmalschürze <ul style="list-style-type: none"> • Sterile Wattestäbchen/Kompressen • Gelistetes Hautdesinfektionsmittel • Konventioneller Verband (Folienverband/Schnellverband) • Sterile Pinzette • Abwurfbehälter <p>Einsatz von Folienverbänden bei trockener Einstichstelle (nach 24 Std.) – Folienverbände können dann, wenn die Einstichstelle trocken ist, bis zu 7 Tage bleiben.</p> <p>Bei Anzeichen einer Infektion: periphere Kanüle sofort entfernen, bei zentraler Kanüle sofort die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt verständigen</p>

WAS	WANN	WIE/WOMIT
<p>Allgemeines zum Umgang mit mikrobiologischen Untersuchungsproben</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bei jeder Probenabnahme, Lagerung und Transport von Proben zu beachten 	<p>Grundsätzliches:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▷ Proben können pathogene Mikroorganismen enthalten, einschließlich Hep.-B- und -C-Viren und HIV. ▷ Bei Umgang mit Blut, Ausscheidungen und/oder anderen potenziell infektiösen Materialien sind unbedingt Einmalhandschuhe und Einmalschürze zu tragen. Ggf. sind auch Atemschutzmasken der Filterklasse FFP 2, Schutzbrille und statt der Einmalschürze ein Einmal-Schutzmantel/Schutzkittel zu tragen. Sollte die Klientin/der Klient die Abnahme des Untersuchungsmaterials selbst durchführen (Harn, Stuhl, Sputum), ist die Klientin/der Klient über die richtige Vorgangsweise zu informieren und ggf. anzuleiten. Vom Personal ist die Durchführung zu kontrollieren (Menge, Qualität der Probe, Kontamination der Probengefäße ...). ▷ Jede Probe sollte so rasch wie möglich verarbeitet werden. Daher bei der Abnahmezeit die Transportmöglichkeit beachten. Wenn Proben auf dem Postweg versendet werden, sind die Versandvorschriften der Post AG zu beachten und die entsprechende Kennzeichnung durchzuführen. Die Kennzeichnung erfolgt nach Festlegung der möglichen Krankheitserreger und Einteilung in die entsprechende Risikogruppe durch den behandelnden Arzt/die behandelnde Ärztin. Nach Vorliegen der Untersuchungsergebnisse sind ggf. entsprechende Hygienemaßnahmen zu ergreifen ▷ Laut Laborvorgaben <p>Zur Entnahme:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▷ Proben vor einer Antibiotikatherapie entnehmen ▷ Ausreichend Material entnehmen. Bei Flüssigkeiten (Harn, Blut, Erguss, Liquor, Eiter usw.) je nach Art der Probe 5–10 ml einsenden ▷ Proben am Infektionsort gewinnen ▷ Kontaminationen der Proben vermeiden ▷ Trockene Tupfer sind ohne Medium nicht zulässig ▷ Bei unterschiedlichen Fragestellungen entsprechend viele Proben einsenden ▷ Entnahmemedien und Einsendegefäße sind nach vorangegangener Absprache mit dem jeweiligen Labor über die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt zu beziehen <p>Begleitschreiben:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▷ Wird von der behandelnden Ärztin/dem behandelnden Arzt ausgefüllt

WAS	WANN	WIE/WOMIT
Sputum	Laut ärztlicher Anordnung	<ul style="list-style-type: none"> ▷ Entnahmetechnik: <ul style="list-style-type: none"> • Sorgfältige Mundreinigung mit Wasser • Morgensputum aus den tieferen Atemwegen spontan oder durch Provokation gewinnen und in steriles Behältnis geben • Menge: nicht mehr als 10 ml • Kein Speichel – Untersuchung ist sinnlos • Sputum nicht sammeln ▷ Einsendegefäß: <ul style="list-style-type: none"> • Steriles Sputumgefäß verwenden ▷ Transport/Lagerung: <ul style="list-style-type: none"> • Innerhalb von 4–6 Stunden ins zuständige Labor schicken • Wenn längere Lagerung erforderlich, im Kühlschrank aufbewahren
Stuhl	Laut ärztlicher Anordnung	<ul style="list-style-type: none"> ▷ Entnahmetechnik: <ul style="list-style-type: none"> • Ohne Urinbeimengungen (nicht aus dem Toilettenbecken), erbsengroße Portion (ca. 1 g) in Stuhlröhrchen bzw. Stuhlbriefchen geben • Bei Blut- oder Schleimauflagerungen Probe aus diesem Bereich entnehmen • Bei flüssigem Stuhl genügen 0,5–1 ml • Entnahme an drei aufeinanderfolgenden Tagen ▷ Einsendegefäß: <ul style="list-style-type: none"> • Stuhlprobengefäß verwenden ▷ Transport/Lagerung: <ul style="list-style-type: none"> • Bei Raumtemperatur • Wenn längere Lagerung erforderlich, im Kühlschrank aufbewahren (vor allem bei Virennachweis) • Zum Direktnachweis beweglicher Parasiten muss das Stuhlmaterial sofort im Thermogefäß ins zuständige Labor gebracht werden ▷ Wenn die Untersuchung akut notwendig, aber kein Stuhl vorhanden ist, kann auch ein Rektalabstrich durchgeführt werden (ungeeignet zum Nachweis von Viren): <ul style="list-style-type: none"> • Befeuchteten Abstrichtupfer 3–5 cm weit in die Analöffnung einführen und unter drehenden Bewegungen Probe entnehmen • Transport/Lagerung bei Raumtemperatur

WAS	WANN	WIE/WOMIT
Harn	Laut ärztlicher Anordnung	<p>1. Mittelstrahlharn</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Entnahmetechnik: <ul style="list-style-type: none"> • Am besten Morgenurin gewinnen – der Abstand zur letzten Miktion sollte mind. 3–5 Std. betragen • Sorgfältige Reinigung der Genitalien mit Seife (keine desinfizierenden Seifen) und Wasser (gut nachspülen) • Erste Urinportion (50 ml) ablaufen lassen, danach 5–10 ml in sterilem Gefäß auffangen, ohne den Harnstrahl zu unterbrechen • Kontamination der Gefäßränder vermeiden ▶ Einsendegefäß: <ul style="list-style-type: none"> • Laut Laborvorgaben ▶ Transport/Lagerung: <ul style="list-style-type: none"> • Bei Raumtemperatur oder im Brutschrank beim behandelnden Arzt/bei der behandelnden Ärztin <p>2. Katheterharn</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Entnahmetechnik: <ul style="list-style-type: none"> • Legen eines Einmalkatheters (vorher Intimtoilette durchführen) – weitere Vorgangsweise wie Abnahme von Mittelstrahlharn (erste Harnportion verwerfen) • Abnahme beim Dauerkatheter oder suprapubischen Katheter: Punktion des Schlauchsystems unter sterilen Bedingungen nach vorangegangener Desinfektion der Punktionsstelle – keine Diskonnektion der Verbindung vom Katheter zum Ableitungsschlauch. ▶ Einsendegefäß: <ul style="list-style-type: none"> • Laut Laborvorgaben ▶ Transport/Lagerung: <ul style="list-style-type: none"> • Bei Raumtemperatur oder im Brutschrank bei der behandelnden Ärztin/beim behandelnden Arzt

WAS	WANN	WIE/WOMIT
<p>Abstriche</p>	<p>Laut ärztlicher Anordnung</p> <p>Bei infektiösen Erkrankungen bzw. nach behördlicher Vorgabe</p>	<p>1. Rachenabstrich</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Die Klientin/der Klient soll den Mund mit Wasser gründlich ausspülen (lokale Maßnahmen wie Gurgeln oder Mundspülung sollen etwa 6 Stunden zurückliegen) ▶ Material mit sterilem Wattetupfer mit Trägermaterial aus dem Entzündungsbereich entnehmen ▶ Berührung der umgebenden Schleimhaut vermeiden ▶ Membranöse Beläge anheben und von der Unterseite Material entnehmen! ▶ Anwendung von Sprühanästhetika vermeiden (Verfälschung des Befundes) <p>2. Nasenabstrich</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Sterilen Wattetupfer mit Trägermaterial verwenden ▶ Mit einem Watteträger Material aus beiden Vestibuli nasi unter Drehen entnehmen ▶ Um mehr Material zu entnehmen, Wattetupfer mit physiologischer Kochsalzlösung befeuchten <p>3. Abstrich aus dem Nasen-Rachen-Raum</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Z. B. mit Wattestieltupfer und physiologischer Kochsalzlösung und Transportmedium lt. Laborvorgaben und Herstellerangaben <p>4. Wundabstrich bei offenen Wunden</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Oberflächliches Wundsekret steril abtupfen ▶ Reinigung mit physiologischer Kochsalzlösung – KEIN Einsatz von Antiseptika oder Ähnlichem ▶ Material von Wundboden und vom Randbereich der Wunde (Entzündungszone, Rötung) mit sterilem Wattetupfer mit Trägermaterial entnehmen <p>Transport/Lagerung von Abstrichen bei Raumtemperatur Lt. Laborvorgaben bzw. Herstellerangaben Ggf. ist Schutzkleidung bei der Abnahme erforderlich, z. B. bei infektiösen Erkrankungen.</p>

5. Hygienerichtlinien für spezielle Erkrankungen und Krankheitszustände

Allgemein gilt:

- Bei infektiösen Erkrankungen: Betroffene am Ende einer Tour besuchen bzw. organisationsinterne Vorgaben aufgrund besonderer Gegebenheiten beachten.
- Für alle an Therapie, Diagnostik, Pflege und Betreuung beteiligten Personen besteht Informationspflicht, ggf. Anzeigepflicht beachten!
- Je nach Infektionsweg Pflegehilfsmittel und Diagnostikgeräte verwenden, die bei der Klientin/bei dem Klienten verbleiben bzw. klienteneigene Geräte verwenden.
- Je nach Infektionsweg entsprechende bestimmte Arbeitskleidung oder persönliche Schutzausrüstung (PSA) verwenden.

Sollte der Verdacht bestehen, dass sich eine DLin/ein DL am Arbeitsplatz bei ihrer/seiner Tätigkeit eine Infektion zugezogen hat, hat eine Meldung (Berufskrankheiten-Meldung) an die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA) zu erfolgen.

WAS	WANN	WIE/WOMIT
<p>Durchfallerkrankungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bakteriell, wie z. B. Salmonellen, Campylobacter, EHEC (Enterohaemorrhagische Escherichia coli), Clostridium difficile • Viral, wie z. B. Rotaviren, Adenoviren, Noroviren • Toxisch, wie z. B. Toxin des Staphylococcus aureus <p>Bei bakteriellen und viralen Lebensmittelvergiftungen (z. B. durch Salmonellen, EHEC, Campylobacter, Staphylococcus aureus, Listerien) besteht Meldepflicht von Verdachtsfällen und Erkrankungen! Die Meldepflicht gilt für die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt!</p>	<p>Bei jedem Hausbesuch</p> <p>Laut ärztlicher Anordnung (Krankheitsdauer/Befunde)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Infektionsweg: fäkal-oral – Schmierinfektion Bei Rotaviren, Adenoviren und Noroviren Übertragung durch Aerosole möglich (z. B. bei Erbrechen) ▶ Lebensmittelhygiene – Küchenhygiene! ▶ Händewaschen mit Wasser und einem Handwaschpräparat (haushaltsübliche Flüssigseife) und hygienische Händedesinfektion mit entsprechendem gelistetem wirksamen Desinfektionsmittel ▶ Bei Sporenbildner wie z. B. Clostridium diff. zuerst Händedesinfektion, danach Hände waschen ▶ Bei Norovirus: Händedesinfektion ▶ Klientinnen/Klienten und Angehörige zur Händehygiene anhalten ▶ Einmalhandschuhe ▶ Einmal-Schutzmantel/Schutzkittel ▶ Ggf. Atemfiltermasken der Filterklasse FFP2 (bei nahem Kontakt zu Erkrankten und kontaminierten Flächen) Nach Ablegen der Handschuhe hygienische Händedesinfektion durchführen ▶ Gezielte Desinfektionsmaßnahmen mit gelisteten virenwirksamen Flächendesinfektionsmitteln durchführen Konzentration, Verfahren und EWZ nach Herstellerangaben beachten Urinflaschen, Steckbecken, Toilettenstühle und Toilettenbrillen: desinfizierende Reinigung mit gelistetem, ggf. viruzidem Flächendesinfektionsmittel ▶ Kontaminierte Klientenwäsche thermisch bei mind. 60 °C waschen ▶ Abfallentsorgung: Abfall in verschlossenem Sack zum Restmüll (doppelter Sack, dicht verschließen)

WAS	WANN	WIE/WOMIT
<p>Hepatitis A</p> <p>Impfung gegen Hepatitis A! Wird vom Arbeitgeber angeboten</p> <p>Meldepflicht bei Erstdiagnose!</p>	<p>Bei jedem Hausbesuch</p> <p>Bis zu 7 Tage nach Beginn der Gelbsucht</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Infektionsweg: fäkal-oral – Schmierinfektion ▶ Hygienische Händedesinfektion mit gelistem Händedesinfektionsmittel durchführen, Verfahren und EWZ beachten, Klienten/Klientinnen und Angehörige zur hygienischen Händedesinfektion anhalten ▶ Einmalhandschuhe, Einmal-Schutzmantel/Schutzkittel ▶ Nach Ablegen der Handschuhe hygienische Händedesinfektion durchführen ▶ Gezielte Desinfektionsmaßnahmen mit gelistem virenwirksamem Flächendesinfektionsmittel durchführen. Konzentration, Verfahren und EWZ nach Herstellerangaben beachten ▶ Urinflaschen, Steckbecken, Toilettenstühle und Toilettenbrillen: desinfizierende Reinigung mit gelistem viruzidem Flächendesinfektionsmittel ▶ Kontaminierte Wäsche thermisch bei mind. 60 °C waschen ▶ Abfallentsorgung: Abfall in verschlossenem Sack zum Restmüll (doppelter Sack, dicht verschließen)

WAS	WANN	WIE/WOMIT
<p>Hepatitis B, C</p> <p>Impfung gegen Hepatitis B! Wird vom Arbeitgeber angeboten!</p> <p>Meldepflicht bei Erstdiagnose!</p>	<p>Bei jedem Hausbesuch</p> <p>Solange Infektiosität gegeben ist (lt. Befund)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Infektionsweg: Blut, Körperflüssigkeiten ▶ Hygienische Händedesinfektion mit gelistetem Händedesinfektionsmittel durchführen – Verfahren und EWZ beachten ▶ Einmalschürzen, ggf. Einmal-Schutzmantel/Schutzkittel ▶ Bei Möglichkeit der Kontamination mit erregerhaltigem Material Einmalhandschuhe tragen. Ggf. doppelte Handschuhe bei Blutkontakt sowie beim Umgang mit spitzen und scharfen Gegenständen. Nach Ablegen der Handschuhe hygienische Händedesinfektion durchführen ▶ Kein Recapping (Kein zurückstecken von Nadeln in die Schützhülle)! ▶ Gezielte Desinfektionsmaßnahmen mit gelistetem virenwirksamem Flächendesinfektionsmittel durchführen. Konzentration, Verfahren und EWZ nach Herstellerangaben beachten ▶ Kontaminierte Klientenwäsche thermisch bei mind. 60 °C waschen ▶ Abfallentsorgung: Abfall in verschlossenem Sack zum Restmüll (doppelter Sack, dicht verschließen)
<p>HIV/Aids</p> <p>Die Infektiosität ist im Vergleich zu Hepatitis geringer.</p> <p>Meldepflicht für die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt</p>	<p>Bei jedem Hausbesuch</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Infektionsquellen: Blut, Sperma, Scheidenflüssigkeit ▶ Maßnahmen wie bei Hepatitis B und C

WAS	WANN	WIE/WOMIT
<p>Infektiöse offene Tuberkulose</p> <p>Meldepflicht für die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt: Erstmeldung innerhalb von 3 Tagen (betrifft alle Formen der Tbc)!</p>	<p>Bei jedem Hausbesuch</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Infektionsweg je nach Krankheitsbild: Tröpfcheninfektion, austretende Flüssigkeiten aus betroffenen Organen, Ausscheidungen ▶ Bei offener Lungen-Tbc: Maßnahmen der strikten Isolierung, Kontaktaufnahme mit Krankenhaus und Gesundheitsbehörden, um ehestmöglichen Transfer zu organisieren. In der Zwischenzeit wird die Klientin/der Klient isoliert. ▶ Einmalhandschuhe, Einmal-Schutzmantel/Schutzkittel, Atemschutzmaske der Filterklasse FFP2 ▶ Hygienische Händedesinfektion mit gelistetem tuberkulozidem Händedesinfektionsmittel durchführen – Verfahren und EWZ nach Herstellerangaben beachten ▶ Nach Ablegen der Handschuhe hygienische Händedesinfektion durchführen ▶ Verwendung von Einmaltaschentüchern durch die Klientin/den Klienten (nach jeder Benützung entsorgen) – die Klientin/den Klienten zur hygienischen Händedesinfektion anhalten ▶ Bei Transfer: Klient./in bei Atembeschwerden Mund-Nasen-Schutz, nach Möglichkeit FFP2 ▶ Personal/Transport: FFP2, ggf. FFP3 * ▶ Abfallentsorgung: Mit Tuberkelbakterien kontaminierte Abfälle werden als Problemstoffe von der Klientin/vom Klienten bzw. deren/dessen Angehörigen entsorgt. Beratung und Information der Angehörigen über den Umgang mit infektiösem Müll. Übernimmt die Trägerorganisation die Abfallentsorgung, erfolgt diese nach dem jeweiligen Abfallwirtschaftskonzept. ▶ Gründliche Desinfektion aller Flächen und Gegenstände sowie des Bodens mit gelisteten tuberkuloziden Desinfektionsmitteln durchführen. Konzentration, Verfahren und EWZ nach Herstellerangaben beachten. Ebenso sind die Pflege- und Behandlungsutensilien zu behandeln. ▶ Vorangegangener ungeschützter Kontakt der DLin/des DL der Dienststellenleitung melden – Dokumentation: Vorfalldokumentationsprotokoll

*) Bei der Anwendung von Atemschutzmasken (FFP2/FFP3) z. B. im Rahmen einer Pandemie/Epidemie/sonstigen infektiösen Erkrankungen ist darauf zu achten, dass Atemschutzmasken ohne Ausatemventil verwendet werden. Generell sind Atemschutzschutzmasken der Situation angepasst mit oder ohne Ausatemventil zu verwenden.

WAS	WANN	WIE/WOMIT
<p>MRE (Multiresistente Erreger): Atemwege</p> <ul style="list-style-type: none"> • MRSA (Multiresistenter Staphylococcus aureus) • ESBL (Extended-spectrum Beta-Laktamase) • 3MRGN (gramnegative Stäbchen, bei der noch eine der Antibiotikagruppen wirksam ist) • 4MRGN (gramnegative Stäbchen, die gegen alle vier Antibiotikagruppen resistent sind) 	<p>Bei jedem Hausbesuch</p> <p>Bis nach dreimaligem negativem Befundergebnis</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Infektionsweg: Tröpfcheninfektion – aerogen ▶ Dekontamination nach ärztlicher Anordnung ▶ Hygienische Händedesinfektion mit gelistetem Händedesinfektionsmittel nach jedem Kontakt im MRE-Bereich – Betroffene und Angehörige ebenfalls instruieren ▶ Einmaltaschentücher benutzen – nach jeder Benützung Händedesinfektion durchführen ▶ Einmalhandschuhe ▶ Einmal-Schutzmantel/Schutzkittel, ggf. Filtermasken der Filterklasse FFP2, ggf. Einmalhaube. Procedere des Anziehens: Die offene Seite des Mantels befindet sich am Rücken; nach Verwendung => Außenseite über die Ärmel nach innen schlagen, sicher entsorgen. ▶ Bei Transport Verwendung von Mund- und Nasenschutz durch Klientin/Klient sowie Information im Rahmen der interdisziplinären Zusammenarbeit ▶ Gezielte Desinfektionsmaßnahmen mit gelistetem Flächendesinfektionsmittel durchführen Konzentration, Verfahren und EWZ nach Herstellerangaben beachten ▶ Pflege-, Behandlungs- und Diagnostikutensilien nach Gebrauch: chemische Desinfektion mit gelisteten Produkten ▶ Klientinnen/Klientenwäsche bei mind. 60 °C waschen ▶ Abfallentsorgung: Abfall in verschlossenem Sack zum Restmüll (doppelter Sack, dicht verschließen)

WAS	WANN	WIE/WOMIT
<p>MRE (Multiresistente Erreger): Wunden, Harn, Haut</p> <ul style="list-style-type: none"> • MRSA (Multiresistenter Staphylococcus aureus) • ESBL (Extended-spectrum Beta-Laktamase) • 3MRGN (gramnegative Stäbchen, bei der noch eine der Antibiotikagruppen wirksam ist) • 4MRGN (gramnegative Stäbchen, die gegen alle vier Antibiotikagruppen resistent sind) • VRE (vancomycin-resistente Enterokokken) 	<p>Verbandwechsel, Entsorgung der Ausscheidungen</p> <p>Bis nach dreimaligem negativem Befundergebnis</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Infektionsweg: Schmierinfektion, Harn ▶ Dekontamination nach ärztlicher Anordnung ▶ Hygienische Händedesinfektion mit gelistetem Händedesinfektionsmittel bei Kontakt mit erregerrhaltigem Material – Betroffene und Angehörige ebenfalls instruieren ▶ Einmalhandschuhe Nach Ablegen der Handschuhe hygienische Händedesinfektion durchführen ▶ Einmalschürze bei kleinen Wunden bzw. bei Infektion der Harnwege, sonst Einmal-Schutzmantel/Schutzkittel ▶ Gezielte Desinfektionsmaßnahmen mit gelistetem Flächendesinfektionsmittel durchführen Konzentration, Verfahren und EWZ nach Herstellerangaben beachten ▶ Pflege-, Behandlungs- und Diagnostikutensilien nach Gebrauch: gezielte Desinfektion mit gelisteten Produkten ▶ Gebrauchte Instrumente beim Klienten/bei der Klientin in Instrumentendesinfektionslösung einlegen – EWZ einhalten, weitere Aufbereitung wie üblich – Einmalmaterialien (z. B. Pinzetten) einsetzen ▶ Kontaminierte Klienten/Klientinnenwäsche bei mind. 60 °C waschen ▶ Abfallentsorgung: Abfall in verschlossenem Sack zum Restmüll (doppelter Sack, dicht verschließen)

WAS	WANN	WIE/WOMIT
<p>Konjunktivitis Bakteriell oder viral bedingt</p>	<p>Bakteriell bis 48 Std. nach Beginn der Antibiotika-behandlung</p> <p>Viral während der Zeit der Erkrankung (bis zu 2 Wochen)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Infektionsweg: In Tränen, Eiter und damit kontaminierte Gegenstände, Handtücher – Schmierinfektion. Bei der viralen Art ist auch eine direkte Übertragung von Mensch zu Mensch durch das Augensekret möglich. ▶ Während der Möglichkeit einer Keimübertragung Verkehr mit anderen Haushaltsangehörigen so weit wie möglich einschränken. Erhöhtes Übertragungsrisiko bei Berührung von Türgriffen, Lichtschaltern etc. ▶ Hygienische Händedesinfektion (5 Indikatoren der Händehygiene/WHO) mit gelistetem virenwirksamem Händedesinfektionsmittel – Betroffene und Angehörige ebenfalls instruieren ▶ Einmalhandschuhe tragen bei potenziellem Kontakt mit erregerrhaltigem Material Nach Ablegen der Handschuhe hygienische Händedesinfektion durchführen ▶ Einmalschürze bei Kontakt mit infektiösen Körperarealen ▶ Gezielte Desinfektionsmaßnahmen mit gelistetem virenwirksamem Flächendesinfektionsmittel durchführen. Konzentration, Verfahren und EWZ nach Herstellerangaben beachten ▶ Pflege-, Behandlungs- und Diagnostikutensilien nach Gebrauch: gezielte Desinfektion mit gelisteten Produkten ▶ Augentropfen und Augensalben, wenn nicht mehr verwendet, werfen ▶ Gebrauchte Instrumente bei der Klientin/dem Klienten in Instrumentendesinfektionslösung einlegen – EWZ einhalten, weitere Aufbereitung wie üblich – Einmalmaterialien (wie Pinzetten) einsetzen ▶ Separate Handtücher verwenden, täglich wechseln ▶ Kontaminierte Klienten/Klientinnenwäsche bei mind. 60 °C waschen ▶ Abfallentsorgung: Abfall in verschlossenem Sack zum Restmüll (doppelter Sack, dicht verschließen)

WAS	WANN	WIE/WOMIT
<p>Masern</p>	<p>Bis 4 Tage nach vollständiger Ausbildung des Exanthems</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Infektionsweg: Tröpfcheninfektion – infektiöse respiratorische Sekrete (Sprechen, Husten, Niesen) und infektiöse Sekrete aus Nase oder Rachen ▶ Nicht immune Schwangere in den ersten 4 Schwangerschaftsmonaten sollten den Kontakt mit Betroffenen während der Möglichkeit einer Keimübertragung unbedingt vermeiden!!! ▶ Nach Möglichkeit den Klienten/die Klientin bis 4 Tage nach Ausbildung des Exanthems von nicht immunisierten Personen trennen ▶ Hygienische Händedesinfektion (5 Indikatoren der Händehygiene/WHO) mit gelistetem virenwirksamem Händedesinfektionsmittel – Betroffene und Angehörige ebenfalls instruieren ▶ Einmalhandschuhe Nach Ablegen der Handschuhe hygienische Händedesinfektion durchführen ▶ Einmal-Schutzmantel/Schutzkittel ▶ Atemschutzmasken der Filterklasse FFP2 bei Tätigkeiten mit direktem Kontakt mit dem/der Erkrankten (immune Personen brauchen keine Atemschutzmaske tragen) ▶ Gezielte Desinfektionsmaßnahmen mit gelistetem virenwirksamem Flächendesinfektionsmittel durchführen. Konzentration, Verfahren und EWZ nach Herstellerangaben beachten Pflege-, Behandlungs- und Diagnostikutensilien nach Gebrauch: gezielte Desinfektion mit gelisteten Produkten ▶ Kontaminierte Klienten/Klientinnenwäsche bei mind. 60 °C waschen ▶ Abfallentsorgung: Abfall in verschlossenem Sack zum Restmüll (doppelter Sack, dicht verschließen)

WAS	WANN	WIE/WOMIT
Mumps	Bis 10 Tage nach Ausbruch der Krankheit	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Infektionsweg: Tröpfcheninfektion – respiratorische Sekrete, Speichel ▶ Nicht immune Schwangere in den ersten 4 Schwangerschaftsmonaten sollten den Kontakt mit Betroffenen während der Möglichkeit einer Keimübertragung unbedingt vermeiden!!! ▶ Während der Möglichkeit einer Keimübertragung Verkehr mit anderen Haushaltsangehörigen soweit als möglich einschränken ▶ Hygienische Händedesinfektion (5 Indikatoren der Händehygiene/WHO) mit gelistetem virenwirksamem Händedesinfektionsmittel – Betroffene und Angehörige ebenfalls instruieren ▶ Einmalhandschuhe Nach Ablegen der Handschuhe hygienische Händedesinfektion durchführen ▶ Einmal-Schutzmantel/Schutzkittel ▶ Atemschutzmaske der Filterklasse FFP2 ▶ Gezielte Desinfektionsmaßnahmen mit gelistetem virenwirksamem Flächendesinfektionsmittel durchführen. Konzentration, Verfahren und EWZ nach Herstellerangaben beachten ▶ Pflege-, Behandlungs- und Diagnostikutensilien nach Gebrauch: gezielte Desinfektion mit gelisteten Produkten ▶ Kontaminierte Klienten/Klientinnenwäsche bei mind. 60 °C waschen ▶ Abfallentsorgung: Abfall in verschlossenem Sack zum Restmüll (doppelter Sack, dicht verschließen)

WAS	WANN	WIE/WOMIT
<p>Windpocken</p>	<p>Bis 7 Tage nach Auftreten der letzten Effloreszenen</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Infektionsweg: Tröpfcheninfektion (Ansteckung kann im Umkreis von mehreren Metern erfolgen!) – respiratorische Sekrete; Schmierinfektion: Bläscheninhalt ▶ Nicht immune Schwangere in den ersten 4 Schwangerschaftsmonaten sollten den Kontakt mit Betroffenen während der Möglichkeit einer Keimübertragung unbedingt vermeiden!!! ▶ Während der Möglichkeit einer Keimübertragung Verkehr mit anderen Haushaltsangehörigen (vor allem Immunsupprimierten, Schwangeren, Personen mit Neurodermitis) einschränken – hohe Infektionsgefahr ▶ Tür und Fenster des Klientinnen/Klientenzimmers und Fenster während der Pflgeetätigkeit geschlossen halten. ▶ Hygienische Händedesinfektion (5 Indikatoren der Händehygiene/WHO) mit gelistetem virenwirksamem Händedesinfektionsmittel – Betroffene und Angehörige ebenfalls instruieren ▶ Einmalhandschuhe Nach Ablegen der Handschuhe hygienische Händedesinfektion durchführen ▶ Einmal-Schutzmantel/Schutzkittel ▶ Atemschutzmaske der Filterklasse FFP2 (immune Personen brauchen keine Atemschutzmaske tragen) ▶ Tägliche Umgebungsdesinfektion mit gelisteten virenwirksamen Flächendesinfektionsmitteln durchführen Konzentration, Verfahren und EWZ nach Herstellerangaben beachten ▶ Pflege-, Behandlungs- und Diagnostikutensilien nach Gebrauch: gezielte Desinfektion mit gelisteten Produkten ▶ Kontaminierte Klienten/Klientinnenwäsche bei mind. 60 °C waschen ▶ Abfallentsorgung: Abfall in verschlossenem Sack zum Restmüll (doppelter Sack, dicht verschließen)

WAS	WANN	WIE/WOMIT
<p>Herpes zoster</p>	<p>Bis 7 Tage nach Auftreten der letzten Effloreszenzen</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Infektionsweg: Schmierinfektion ▶ Nicht immune Schwangere in den ersten 4 Schwangerschaftsmonaten sollten den Kontakt mit Betroffenen während der Möglichkeit einer Keimübertragung unbedingt vermeiden!!! ▶ Hygienische Händedesinfektion (5 Indikatoren der Händehygiene/WHO) mit gelistetem virenwirksamem Händedesinfektionsmittel – Betroffene und Angehörige ebenfalls instruieren ▶ Einmalhandschuhe tragen bei Kontaktmöglichkeit mit erregerrhaltigem Material Nach Ablegen der Handschuhe hygienische Händedesinfektion durchführen ▶ Einmalschürze ▶ Gezielte Desinfektionsmaßnahmen mit gelistetem virenwirksamem Flächendesinfektionsmittel durchführen. Konzentration, Verfahren und EWZ nach Herstellerangaben beachten ▶ Pflege-, Behandlungs- und Diagnostikutensilien nach Gebrauch: gezielte Desinfektion mit gelisteten Produkten ▶ Kontaminierte Klienten/Klientinnenwäsche bei mind. 60 °C waschen ▶ Abfallentsorgung: Abfall in verschlossenem Sack zum Restmüll (doppelter Sack, dicht verschließen)

WAS	WANN	WIE/WOMIT
<p>Röteln</p>	<p>Bis 1 Woche nach Auftreten des Exanths</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Infektionsweg: Tröpfcheninfektion – respiratorische Sekrete; Urin ▶ Nicht immune Schwangere in den ersten 4 Schwangerschaftsmonaten sollten den Kontakt mit Betroffenen während der Möglichkeit einer Keimübertragung unbedingt vermeiden!!! ▶ Hygienische Händedesinfektion (5 Indikatoren der Händehygiene/WHO) mit gelistetem virenwirksamem Händedesinfektionsmittel – Betroffene und Angehörige ebenfalls instruieren ▶ Einmalhandschuhe Nach Ablegen der Handschuhe hygienische Händedesinfektion durchführen ▶ Einmal-Schutzmantel/Schutzkittel ▶ Atemschutzmaske der Filterklasse FFP2 (immune Personen brauchen keine Atemschutzmaske tragen) Nasen-Mund-Schutz bei Klientinnen/Klientenkontakt (bei natürlich oder durch Impfung immunisierte Personen nicht notwendig) ▶ Gezielte Desinfektionsmaßnahmen mit gelistetem virenwirksamem Flächendesinfektionsmittel durchführen. Konzentration, Verfahren und EWZ nach Herstellerangaben beachten ▶ Pflege-, Behandlungs- und Diagnostikutensilien nach Gebrauch: gezielte chemische Desinfektion mit gelisteten Produkten durchführen ▶ Kontaminierte Klienten/Klientinnenwäsche bei mind. 60 °C oder waschen ▶ Abfallentsorgung: Abfall in verschlossenem Sack zum Restmüll (doppelter Sack, dicht verschließen)

WAS	WANN	WIE/WOMIT
Scharlach	<p>Bis 24 Stunden nach Therapiebeginn</p> <p>Bei Nichtbehandlung bis zu 3 Wochen</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Infektionsweg: Tröpfcheninfektion – respiratorische Sekrete, direkter Kontakt von Mensch zu Mensch, Schmierinfektion ▶ Während der Möglichkeit einer Keimübertragung Verkehr mit anderen Haushaltsangehörigen so weit wie möglich einschränken ▶ Hygienische Händedesinfektion (5 Indikatoren der Händehygiene/WHO) mit gelistetem virenwirksamem Händedesinfektionsmittel – Betroffene und Angehörige ebenfalls instruieren ▶ Einmalhandschuhe ▶ Einmalschürze ▶ ggf. Atemschutzmaske der Filterklasse FFP2 (bei hustenden Klientinnen/Klienten) ▶ Gezielte Desinfektionsmaßnahmen mit gelistetem Flächendesinfektionsmittel durchführen Konzentration, Verfahren und EWZ nach Herstellerangaben beachten ▶ Pflege-, Behandlungs- und Diagnostikutensilien nach Gebrauch: gezielte Desinfektion mit gelisteten Produkten ▶ Kontaminierte Klienten/Klientinnenwäsche bei mind. 60 °C waschen ▶ Abfallentsorgung: Abfall in verschlossenem Sack zum Restmüll (doppelter Sack, dicht verschließen)

WAS	WANN	WIE/WOMIT
<p>Legionellose</p> <p>Legionellose ist eine Infektionskrankheit, die durch Legionellen (Bakterien) hervorgerufen wird. Besonders gefährdet sind Raucher/innen Menschen mit einer Niereninsuffizienz oder Immunsuppression.</p>	<p>2–10 Tage Inkubationszeit</p>	<p>▶ Die Übertragung erfolgt durch Kontakt mit kontaminiertem Leitungswasser. Dazu müssen die Legionellen in die tiefen Lungenabschnitte gelangen, was möglich ist durch Aspiration winziger Wassermengen und durch Inhalation feinsten Wassertröpfchen.</p> <p>Prävention:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Wichtigste Maßnahme ist zu vermeiden, dass Wasser über längere Zeit in Leitungen steht. ▶ Regelmäßiges Benutzen der Wasserauslässe! ▶ Eventuell Wechsel der Armaturen und Duschköpfe! ▶ Thermische Desinfektion: Alle Zapfstellen aufdrehen und für drei Minuten heißes Wasser (70 °) durchlaufen lassen
<p>SARS-Covid-2</p> <p>Übertragung: Tröpfchen- und/oder Schmierinfektion</p>	<p>Falldefinition lt. Behörde</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Respiratorisches Sekret ist hochinfektiös ▶ Hygiene- und Schutzmaßnahmen einhalten, z. B.: Abstand halten, MNS- oder FFP2-Maske ohne Ausatemventil tragen, in die Ellenbeuge niesen ▶ Hygiene- und/oder Desinfektionsmaßnahmen durchführen ▶ Präventionskonzept/-maßnahmen: organisationsinterne Maßnahmen zur Minimierung des Infektionsrisikos ▶ FFP3-Atemschutzmaske ohne Ausatemventil bei stark aerosolproduzierenden Tätigkeiten, z. B. Absaugen ▶ Bei Bedarf Absonderung/Isolierung ▶ Behördliche Vorgaben einhalten – anzeigepflichtige Erkrankung
<p>Influenza</p> <p>Übertragung: Kontakt-, Schmier- und Tröpfcheninfektion</p>	<p>Stunden bis Tage</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Präventionsmaßnahmen, z. B. Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes mit korrektem Sitz ▶ Ggf. höherwertige FFP2-Maske* ohne Ausatemventil ▶ Bei Bedarf Absonderung/Isolierung ▶ Anzeigepflichtig: bei Influenza A/H5N1 oder anderem bzw. Vogelgrippevirus (Verdacht, Erkrankung, Todesfall) ▶ Ggf. behördliche Vorgaben beachten

^{*)} Bei der Anwendung von Atemschutzmasken (FFP2/FFP3) z. B. im Rahmen einer Pandemie/Epidemie/sonstigen infektiösen Erkrankungen ist darauf zu achten, dass Atemschutzmasken ohne Ausatemventil verwendet werden. Generell sind Atemschutzschutzmasken der Situation angepasst mit oder ohne Ausatemventil zu verwenden.

WAS	WANN	WIE/WOMIT
Flöhe	Während des Befalls	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Einmalhandschuhe ▶ Einmalschürze ▶ Übertragung durch unmittelbaren Kontakt mit betroffenen Personen oder Haustieren sowie Gegenständen wie Bettzeug und Bekleidung ▶ Haustiere lt. Tierärztin/Tierarzt behandeln! ▶ Ganzkörperpflege der Klientin/des Klienten ▶ Täglicher Wechsel der Bekleidung sowie der Wäsche der Klientin/des Klienten, solange Ungezieferbefall besteht ▶ Klienten/Klientinnenwäsche bei 60 °C waschen, 24 Stunden tiefkühlen oder Bekleidung 14 Tage in gut verschlossenen Plastikbeuteln aufbewahren; anschließend waschen; chemische Reinigung ▶ Reinigung von Zierkissen, Plüschtieren, Schlafplätzen der Haustiere. Reinigung von Matratzen, Polstermöbeln, Teppichböden, Fugen und Ritzen von Böden mittels Staubsauger, anschließend mit geeigneten Sprüh- und Nebelmitteln (Naturpyrethrum) – bei Bedarf Entseuchung durch Kammerjäger ▶ Wenn möglich Besuch der Klientin/des Klienten am Ende der Tour einplanen, anschließend Dienstkleidung wechseln
Filzläuse	Während des Befalls täglich	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Einmalhandschuhe ▶ Einmalschürze ▶ Übertragung durch Sexualkontakt mit betroffenen Personen ▶ Partner ebenfalls behandeln ▶ Weitere Maßnahmen siehe unter Kopflaus/Kleiderlaus

WAS	WANN	WIE/WOMIT
<p>Kopfläuse, Kleiderläuse</p>	<p>Während des Befalls täglich</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Übertragung durch unmittelbaren Kontakt mit betroffenen Personen oder Gegenständen wie Bettzeug, Kämmen, Haarbürsten, Kopfbedeckungen etc. ▶ Einmalhandschuhe ▶ Einmalschürze ▶ Ggf. Schutzhaube als Schutz für DLin/DL bei der Grundpflege und Versorgung der Schmutzwäsche ▶ Haarpflege und Haarbehandlung mit entsprechenden Produkten. Behandlung nach 10 Tagen wiederholen, nach 9–10 Tagen Nachkontrolle erforderlich ▶ Kontaktpersonen ebenfalls behandeln! ▶ Täglicher Wechsel der Handtücher, Leib- und Bettwäsche – waschen in der Waschmaschine bei mind. 60 °C Oberbekleidung, Kopfbedeckungen und Schals, wenn nicht waschbar, in einem gut verschließbaren Plastikbeutel mind. 3 Wochen aufbewahren (Zimmertemperatur) oder Oberbekleidung mit geeigneten Insektiziden besprühen ▶ Reinigung von Zierkissen, Plüschtieren, Polstermöbeln: Staub saugen, besprühen mit Insektizid, 24 Stunden tiefkühlen oder im Wäschetrockner behandeln ▶ Pflegeutensilien wie Käämme, Haar- und Kleiderbürsten für 15 Minuten (Temperatur halten) in mind. 60 °C heißes Wasser einlegen ▶ Routinemäßige gründliche Reinigung des Klientenumfeldes ▶ Besuch der Klientin/des Klient am Ende der Tour einplanen und Dienstkleidung wechseln

WAS	WANN	WIE/WOMIT
Würmer (z. B. Spulwurm)	Während des Befalls	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Infektionsweg: fäkal-oral – Schmierinfektion ▶ Medikamentöse Therapie der Klientin/des Klienten – ebenso Haustier (Hund) behandeln ▶ Fingernägel des Betroffenen kurz halten – klientinnen/klienteneigene Nagelschere verwenden ▶ Hygienische Händedesinfektion ▶ Einmalhandschuhe ▶ Einmalschürze ▶ Ggf. gezielte Desinfektionsmaßnahmen durchführen ▶ Unterwäsche und Nachtbekleidung täglich wechseln – kontaminierte Klientinnen/Klientenwäsche thermisch bei mind. 60 °C waschen ▶ Abfallentsorgung: Abfall in verschlossenem Sack zum Restmüll (doppelter Sack, dicht verschließen)

WAS	WANN	WIE/WOMIT
Scabies	Während des Befalls	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Übertragung durch unmittelbaren Kontakt mit betroffenen Personen oder Gegenständen wie Bettzeug und Bekleidung ▶ Soweit möglich, müssen Personen, die während der letzten 2–5 Wochen direkten Kontakt mit der infizierten Person hatten, informiert und auf Selbstbeobachtung hingewiesen werden und sich ggf. in ärztliche Behandlung (Dermatologie) begeben. ▶ Ganzkörperbad und Auftragen von Salbenpräparaten nach ärztlicher Anordnung – Personen mit engem Hautkontakt zur Klientin/zum Klienten ebenfalls behandeln ▶ Während der Einwirkzeit des Arzneimittels sollte die betroffene Person Baumwollhandschuhe tragen (ggf. zusätzlich Plastikhandschuhe). ▶ Nach dem Abwaschen des Arzneimittels sollte die Kleidung vollständig gewechselt werden. ▶ Fingernägel sollen so weit wie möglich gekürzt und die Bereiche darunter vorsichtig ausgebürstet werden. ▶ Bekleidungs- und Wäschewechsel alle 12 bis 24 Stunden, Handtücher 2-mal täglich ▶ Bett-, Schlaf-, Unterwäsche, Handtücher, Blutdruckmanschette bei mind. 60 °C waschen ▶ Betten sollen frisch bezogen und ein abwaschbarer Matratzenschoner/Bezug empfohlen werden. ▶ Oberbekleidung: chemische Reinigung oder siebentägiges Lüften ▶ Reinigung von Zierkissen, Plüschtieren, Schuhen etc.: mehrtägiges Lüften oder Tiefkühlung für 24 Std. (z. B. Plüschtiere) bzw. 14 Tage in einem luftdicht verschlossenen Plastiksack verwahren ▶ Polstermöbel und Teppichböden mittels Staubsauger oder Dampfreiniger reinigen. Der Filter ist nach dem Absaugen zu entsorgen. ▶ Hygienische Händedesinfektion mit gelistetem Händedesinfektionsmittel durchführen – Verfahren und EWZ nach Herstellerangaben beachten ▶ Einmalhandschuhe ▶ Einmalschürze bei Kontaminationsmöglichkeit (bei engem körperlichem Kontakt), z. B. bei Körperpflege ▶ Grundreinigung, ggf. gezielte Desinfektionsmaßnahmen mit gelistetem Flächendesinfektionsmittel durchführen. Konzentration, Verfahren und EWZ nach Herstellerangaben beachten ▶ Klientenbezogene Medizinprodukte sollten möglichst klientenbezogen verwendet oder nach Benutzung mit Flächendesinfektionsmittel gereinigt werden. Wenn möglich Einmalartikel verwenden ▶ Abfallentsorgung: Abfall in verschlossenem Sack zum Restmüll (doppelter Sack, dicht verschließen) ▶ Besuch der Klientin/des Klienten am Ende der Tour einplanen und anschließend Dienstkleidung wechseln ▶ Personen mit Scabies crustosa sollen umgehend isoliert und wenn möglich stationär behandelt werden. Alle Kontaktpersonen zur erkrankten Person der letzten 2–6 Wochen müssen nach Möglichkeit informiert werden. Das gilt auch für Personen mit nur kurzem Haut-zu-Haut-Kontakt. ▶ Alle Personen, die Kontakt zur erkrankten Person oder zu kontaminierten Textilien hatten (z. B. Bettzeug, Kleidung, Polstermöbel), sollten sich zeitgleich in Behandlung begeben. ▶ Wenn Kleider, Bettwäsche, Handtücher oder andere Gegenstände mit längerem Körperkontakt nicht bei mind. 60 °C gewaschen werden können, dann sind diese luftdicht in einem Plastiksack für 14 Tage zu lagern. ▶ Für Polstermöbel oder textile Fußbodenbeläge kann ggf. oder bei Bedarf eine Reinigungsfirma für Sonderreinigungen oder der Kammerjäger empfohlen werden.

WAS	WANN	WIE/WOMIT
Wanzen	Während des Befalls	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Übertragung: von Mensch zu Mensch, durch Benutzung gemeinsamer Schlafstätten Wanzen leben in verschmutzten und verwahrlosten Behausungen. Nächtliche Lebensweise. ▶ Mangelnde Hygiene vor allem der Bettwäsche begünstigt den Wanzenbefall. ▶ Nahrung ist das menschliche Blut. ▶ Schlafende Menschen werden an unbedeckten Körperstellen gebissen, was zu schmerzhaften, juckenden Papeln führt, Kratzeffekte. ▶ Abhilfe: allgemeine hygienische Maßnahmen sowie die Hinzuziehung eines Kammerjägers – durch Versprühen oder Vernebeln von Insektiziden ▶ Wenn die benutzte Kleidung nicht bei mind. 60 °C gewaschen werden kann, dann ist diese luftdicht in einem Plastiksack für 14 Tage zu verwahren. ▶ Die Therapie erfolgt mit lokaler Behandlung nach ärztlicher Anordnung (z. B. mit Antihistaminika/ Lokaltherapeutika), die Einhaltung der Hygienemaßnahmen ist ausschlaggebend für eine erfolgreiche Behandlung. ▶ Nagelpflege ▶ Einmalhandschuhe ▶ Einmalschürze
Fliegen/Motten	Während des Befalls	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Sind in der Lage, Infektionserreger zu übertragen ▶ Abhilfe: gute hygienische Verhältnisse auch in der Umgebung, z. B.: <ul style="list-style-type: none"> • Dicht schließende Müllbehälter, regelmäßige Müllentsorgung • Sauberkeit in der Küche, Verhinderung wilder Müllplätze • Starker Fliegenbefall ist stets ein Indikator für hygienische Unzulänglichkeiten • Lebensmittel immer verschlossen aufbewahren • Gazefenster, Fliegengitter, Fliegenfänger etc. Einmalhandschuhe Einmalschürze
Schaben	Während des Befalls	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Schaben können verschiedenste Keime verschleppen. ▶ Während des Tages Aufenthalt in Wandritzen, Wasser- und Lichtleitungen, aufgrund „superflacher“ Körperform auch in engsten Spalten ▶ Nachts zur Nahrungssuche aktiv, ernähren sich von Lebensmittelresten ▶ Abhilfe: Auf Sauberkeit achten, vor allem im Küchenbereich, Nahrungsreste, Brösel etc. vermeiden Handelsübliche Lockfallen (mit Klebebeschichtung), Insektizide. Kammerjäger hinzuziehen ▶ Einmalhandschuhe ▶ Einmalschürze

WAS	WANN	WIE/WOMIT
Alle Parasiten	Vor dem Befall Während des Befalls	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Gute und regelmäßige Hygiene ▶ Bauliche Veränderungen, die Schädlingen und Ungeziefer den Lebensraum nehmen (rattendichte Kanäle ...) ▶ Schädlings- und Ungezieferbekämpfung (auch Entwesung genannt) kann physikalisch durch Lebend- und Totfallen oder durch Hitze wie Bügeln, Heißluft, Auskochen oder Autoklavieren erfolgen, aber auch chemisch durch Kontaktgifte, Fraßgifte (Insektizide in Köderform) oder Atemgifte (Insektensprays). Diese sollten niemals in Räumlichkeiten in Anwesenheit der Klientin/des Klienten eingesetzt werden! Zur Schädlingsbekämpfung sollte fachkundiges Personal hinzugezogen werden!
Mykosen, Hautpilze	Während des Zeitraums der Erkrankung	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Übertragungsmöglichkeit: Haare, Hautschuppen, Nagelmaterial ▶ Hygienische Händedesinfektion mit gelistetem Händedesinfektionsmittel durchführen ▶ Einmalhandschuhe ▶ Einmalschürze ▶ Umgebung sauber halten, ggf. Flächendesinfektion der klientinnen/klientennahen Flächen und Gegenstände mit gelisteten Produkten ▶ Kontaminierte Klienten/Klientinnenwäsche thermisch bei mind. 60 °C waschen ▶ Abfallentsorgung: Abfall in verschlossenem Sack zum Restmüll (doppelter Sack, dicht verschließen) ▶ Persönliche Wäsche und Pflegeutensilien nur klientenbezogen verwenden (Informationen Angehörige) ▶ Gesonderte Waschschüssel für Ober- und Unterkörper verwenden, sowie Waschlappen und Handtücher (nach Gebrauch wechseln, vorzugsweise Einmalwaschlappen verwenden)

WAS	WANN	WIE/WOMIT
Immunsupprimierte Klienten/Klientinnen	Bei jedem Hausbesuch	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Die Umgebung des/der Betroffenen stellt eine potenzielle Gefahr dar. ▶ Tourenplanung: Betroffene zu Beginn einer Tour besuchen ▶ Vor Besuch frische, saubere Dienstkleidung ▶ Aspekte der Lebensmittelhygiene und Lebensmittelverarbeitung besonders berücksichtigen ▶ Hygienische Händedesinfektion mit gelistetem Händedesinfektionsmittel durchführen – vor allem vor Kontakt mit der Klientin/dem Klienten ▶ Zum Schutz der Klientin/des Klienten: <ul style="list-style-type: none"> • Einmalhandschuhe • Einmalschürze, ggf. Einmal-Schutzmantel/Schutzkittel • Ggf. Mund-Nasen-Schutzmaske • Desinfektion klientinnen/klientennaher Flächen und Gegenstände mit gelisteten Produkten

Merkblätter

PERSÖNLICHE HYGIENE

Merkblatt 1: Händehygiene	63
Merkblatt 2: Schutzhandschuhe – Hautschutz – Hautpflege	64
Merkblatt 3: Haare – Fingernägel – Schmuck	65
Merkblatt 4: Dienstkleidung – bestimmte Arbeitskleidung – persönliche Schutzausrüstung	66

PERSONALSCHUTZ

Merkblatt 5: Versorgung von Verletzungen durch Gegenstände und Tiere	67
Merkblatt 6a: Sofortmaßnahmen bei Verletzungen mit spitzen und scharfen kontaminierten Gegenständen	68
Merkblatt 6b: Weitere Sofortmaßnahmen bei Verletzungen mit spitzen und scharfen kontaminierten Gegenständen	69
Merkblatt 7: Sofortmaßnahmen bei Kontaminationen der Schleimhäute und defekter Haut mit infektiösen Materialien	70

HYGIENE UND HAUSHALT

Merkblatt 8: Allgemeine Hygienerichtlinien 1	71
Merkblatt 9: Allgemeine Hygienerichtlinien 2	72
Merkblatt 10: Dosiertabelle für die Zubereitung von gebrauchsfertigen Desinfektionslösungen	73

SPEZIELLE TÄTIGKEITEN

Merkblatt 11: Umgang mit Ausscheidungen	74
Merkblatt 12: Setzen eines transurethralen Katheters	75
Merkblatt 13: Pflege eines transurethralen und suprapubischen Katheters	76
Merkblatt 14: Der Verbandwechsel	77
Merkblatt 15: Künstliche enterale Ernährung	78
Merkblatt 16: Hygienemaßnahmen bei intravasalen Zugängen 1	79
Merkblatt 17: Hygienemaßnahmen bei intravasalen Zugängen 2	80
Merkblatt 18: Pflege eines Tracheostomas	81
Merkblatt 19: Bronchialtoilette (mit konventionellem Absaugsystem)	82

Händehygiene		
WAS	WANN	WIE
Händewaschen	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Vor Arbeitsbeginn ▶ Nach Arbeitsende ▶ Nach längeren Pausen ▶ Bei sichtbarer Verschmutzung ohne gleichzeitige Infektionsgefahr ▶ Vor Hilfestellung bei der Nahrungsaufnahme ▶ Vor Aufnahme der Tätigkeiten bei der Klientin/beim Klienten sowie vor Verlassen der Klientinnen/Klienteneinheit ▶ Nach Benutzung der Toilette etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mit lauwarmem Wasser befeuchten und mit milder Flüssigseife einreiben und entsprechend lang waschen, s. a. Literaturverzeichnis. • Aufschäumen lassen. • Gründlich abspülen. • Mit Einmalhandtuch, Küchenrolle oder Einmaltaschentuch Klientin/Klienten abtrocknen • Mit Einmalhandtuch (z. B. Küchenrolle) Wasserhahn abdrehen. <p>Hinweis: Nach Möglichkeit nicht beim Küchenbecken durchführen (Umgebungscontamination) – Handwaschbecken benutzen.</p>
Hygienische Händedesinfektion	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 5 Indikatoren der Händehygiene/WHO-Modell ▶ Vor invasiven Maßnahmen wie Injektionen oder Legen eines Blasenverweilkatheters ▶ Vor Tätigkeiten mit Kontaminationsgefahr wie Infusions-, Medikamenten- und Sondennahrungszubereitung ▶ Vor und nach jedem Kontakt mit Wunden ▶ Nach jedem Kontakt mit Körperausscheidungen ▶ Nach Kontakt mit kontaminierten Gegenständen oder Flächen wie Urinsammelgefäßen und Absauggeräten ▶ Nach Kontakt mit Klienten/ Klientinnen, von denen Infektionen ausgehen könnten ▶ Nach dem Niesen und Schnäuzen ▶ Nach dem Ausziehen von Einmalhandschuhen etc. ▶ Grundsätzlich nach jeder potenziell infektiösen Tätigkeit 	<p>Zur Infektionsverhütung (sowohl für Klientinnen/Klienten als auch für DLin/DL):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Auf trockene Hände gelistetes alkoholisches Händedesinfektionsmittel in ausreichender Menge (mind. 3 ml – eine Hohlhand voll) auftragen. • So lange verreiben, bis die Hände trocken sind (mind. 30 Sekunden), bzw. nach Herstellerangaben. • Achtung: Besonderes Augenmerk auf Fingerkuppen, Nagelfalze, Fingerzwischenräume, Handrücken, Daumen legen. • Nicht auf nasse Hände aufbringen. • Desinfektionsmittel nie offen stehen lassen. <p>Bei sichtbarer Verschmutzung mit Stuhl, Blut etc.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grobreinigung mit Einmalwischtuch (z. B. Küchenrolle) • Gründliches Händewaschen • Hygienische Händedesinfektion wie oben angeführt

Schutzhandschuhe – Hautschutz – Hautpflege

WAS	WANN	WIE
Haushaltshandschuhe	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Tätigkeiten im Haushaltsbereich (kein Klientinnen/Klientenkontakt) ▶ Reinigungs- und Desinfektionstätigkeiten 	<ul style="list-style-type: none"> • Vor Gebrauch auf Unversehrtheit und Sauberkeit prüfen. • Beim An- und Ausziehen die Innenseite nicht verunreinigen. • Nach dem Abstreifen der Handschuhe Händereinigung durchführen.
Einmalhandschuhe (steril, unsteril)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Pflegetätigkeiten wie Verbandwechsel, Absaugen, Katheter- und/oder Stomapflege ▶ Bei Gefahr der Kontamination der Hände mit Sekreten oder Exkreten (z. B. beim Waschen des Genital- oder Analbereichs) Bei ▶ Kontakt mit Blut und/oder anderen potenziell infektiösen Materialien ▶ Bei Verletzungen an den Händen der DLin/des DL zum Schutz der Wunde ▶ Bei Blutabnahmen und Injektionen/Infusionen/ZVK ▶ Bei Reinigungs- und Desinfektionstätigkeiten 	<ul style="list-style-type: none"> • Nach dem Abstreifen der Handschuhe ist eine hygienische Händedesinfektion durchzuführen. • Bevorzugt ungepuderte, allergenarme Latexhandschuhe, Handschuhe aus Vinyl oder Nitril verwenden. • Größe und Passform der Handschuhe beachten. • Bei vorhandener, nachgewiesener Latexallergie unbedingt Alternativprodukte einsetzen. • Beim Hantieren mit Zytostatika bzw. beim Einbringen von zytostatischen Augentropfen sind spezielle Handschuhe zu tragen.
Hautschutzmittel	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Vor spez. hautbelastenden Tätigkeiten wie: <ul style="list-style-type: none"> • Feuchtarbeit (Arbeiten in feuchtem Milieu, häufige Händereinigung, langes Tragen von Handschuhen) 	<ul style="list-style-type: none"> • Produkt dünn auftragen.
Hautpflegemittel	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Vor Dienstbeginn ▶ Bei längeren Pausen (z. B. Dienstübergaben) ▶ Regelmäßig auch in der Freizeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Produkt dünn auftragen.

Haare – Fingernägel – Schmuck		
WAS	WANN	WIE
Haare, Bart	▶ Während der Dienstzeit	<ul style="list-style-type: none"> • Generell sauber und gepflegt. • Längere Haare zusammenbinden oder hochstecken. • Die Frisur darf kein ständiges Richten (Zurückstreifen) erfordern. • Keine Kontamination mit Haaren während einer Pflegehandlung. • Bei Barträgern muss ein sicherer Sitz der Atemschutzmaske gewährleistet sein. • Dichtsitz und Passform beachten.
Fingernägel	▶ Generell	<ul style="list-style-type: none"> • Kurz (Fingerkuppenlänge) • Sauber und gepflegt. • Keinen Nagellack oder Kunstnägel verwenden sowie keine Verzierungen wie z. B. aufgeklebte Steinchen (Keimnischen).
Schmuck	▶ Klientinnen-/Klienten-Kontakt	<ul style="list-style-type: none"> • Keine Fingerringe, Armreifen und Armbanduhren tragen. • Während des Dienstes dürfen weder hängender Ohrenschmuck noch hängende Piercings aufgrund der erhöhten Verletzungs- und Infektionsgefahr getragen werden. Flach anliegende Piercings sollten während des Dienstes abgedeckt werden.

Dienstkleidung – Arbeitskleidung		
WAS	WANN	WIE
Dienstkleidung	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Regelmäßiger Wechsel der Dienstkleidung mind. jeden 2. Tag, bei sichtbarer Verschmutzung sofort ▶ Bei Möglichkeit einer Kontamination ist bestimmte Arbeitskleidung oder persönliche Schutzausrüstung zu tragen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Waschen bei mind. 60 °C
Umgang mit Schuhen (Schuhe mit Ferseneinschluss, rutschfeste Schuhe)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ In der Dienstzeit zu tragen ▶ Regelmäßige Reinigung durchführen 	<ul style="list-style-type: none"> • Scheuerreinigung • Bei Kontamination (Stuhl, Harn, Blut etc.) Wischdesinfektion mit gelistetem alkoholischem Flächendesinfektionsmittel
Bestimmte Arbeitskleidung oder persönliche Schutzausrüstung wie: Einmalhandschuhe (steril, unsteril) Einmalschürzen Einmal-Schutzmantel/Schutzkittel Atemschutzmasken der Filterklasse FFP2* Schutzbrille Einmalhaube Überschuhe	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Bei Gefahr von Kontaminationen (Infektionsrisiko) zu tragen ▶ Zum Schutz der Dienstkleidung ▶ Bei aerogenen Infektionskrankheiten sowie speziellen Erkrankungen und Krankheitszuständen siehe Hygieneplan Kapitel 5 <ul style="list-style-type: none"> ▶ Bei starker Verschmutzung/Kontamination 	<ul style="list-style-type: none"> • Adäquaten Umgang mit den Materialien beachten. • Schürzen müssen zugebunden werden. • Atemschutzmasken müssen dicht sitzen, sonst bieten sie keinen Schutz. • Haarschutz muss Haare vollständig bedecken. • Procedere/Reihenfolge beim Anziehen und Ablegen beachten <ul style="list-style-type: none"> • Vorsicht beim An- und Ausziehen und beim Tragen wegen Sturz und/oder Rutschgefahr

*) Bei der Anwendung von Atemschutzmasken (FFP2/FFP3) z. B. im Rahmen einer Pandemie/Epidemie/sonstigen infektiösen Erkrankungen ist darauf zu achten, dass Atemschutzmasken ohne Ausatemventil verwendet werden. Generell sind Atemschutzschutzmasken der Situation angepasst mit oder ohne Ausatemventil zu verwenden.

Versorgung von Verletzungen durch Gegenstände oder Tiere	
WAS	WAS IST ZU TUN
Versorgung von Verletzungen durch Gegenstände	<ul style="list-style-type: none"> • Bei punktuellen Verletzungen Blutung induzieren (herbeiführen). • Durch Kompression und gleichzeitiges Auspressen des Gefäßes oberhalb der Stichverletzung (mind. 1 min). • Hautdesinfektion mit virenwirksamem Hautdesinfektionsmittel (bei großen Wunden mit Schleimhautdesinfektionsmittel), Wunde durch fortlaufende Applikation über 10 Minuten feucht halten. • Größere Blutungen ggf. stillen (bei Schnittverletzungen) – eine Desinfektion der Wunde sollte dem vorausgehen. Die EWZ richtet sich nach dem Zustand der Wunde/nach der Stärke der Blutung. • Gegenstand bewerten (Herkunft, verschmutzt, kontaminiert). • Baldige ärztliche Versorgung (noch am selben Tag). • Meldung über den Dienstweg an Vorgesetzte, behandelnde Ärztin/ behandelnden Arzt der DLin/des DL, Unfallabteilung. • Dokumentation des Vorfalles mittels Unfallmeldeformular der AUVA, Vorfallsprotokoll. <p>Präventionsmaßnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hepatitisimpfschutz • Tetanusimpfschutz • Entsorgungsstandard • Verwendung von Instrumenten mit integrierten Sicherheits- und Schutzmechanismen (siehe Nadelstichverordnung)
Versorgung von Verletzungen durch Tiere	<p>Sofortmaßnahmen bei Blutungen wie oben angeführt.</p> <p>Sowohl bei Verletzungen mit Blutung als auch bei solchen ohne Blutung sind nachfolgende Maßnahmen durchzuführen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Baldige ärztliche Versorgung (noch am selben Tag) • Tier: Gesundheitsstatus über Tierbesitzer erheben • Bei Verdacht: Beginn einer Tollwutprophylaxe • Meldung über den Dienstweg an Vorgesetzte, behandelnde Ärztin/ behandelnden Arzt der DLin/des DL, Unfallabteilung, Verletzungsanzeige (Polizei) • Dokumentation des Vorfalles mittels Unfallmeldeformular der AUVA bzw. Meldeformular der AUVA für Berufskrankheiten, Vorfallsprotokoll <p>Präventionsmaßnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tetanusimpfschutz • Vereinbarung mit der Klientin/dem Klienten über Verbleib des Haustieres während der Hausbesuche

Sofortmaßnahmen bei Verletzungen mit spitzen und scharfen kontaminierten Gegenständen

▶ Bei einer Stichverletzung (Nadelstiche, Schnittwunden)

- Blutung induzieren: Bei geringem Blutfluss kann dieser durch Kompression und gleichzeitiges Auspressen des Gefäßes oberhalb der Stichverletzung verstärkt werden. Abbinden und Quetschen im Einstichbereich können eine Erregerverschleppung in tiefere Gewebeschichten begünstigen und sollten vermieden werden.
- Anschließend die Einstichstelle mit Seife waschen und mit einem Einmalhandtuch abtrocknen.
- Einen Tupfer mit viruzidem Antiseptikum benetzen, über der Stichverletzung fixieren und für 10 Minuten durch fortlaufende Applikation des Antiseptikums feucht halten.

▶ Bei einer Schnittverletzung

- Blutfluss fördern.
- Antiseptische Spülung mit viruzidem Antiseptikum wie oben angeführt.

Die weitere Vorgangsweise nach einer Kontamination/Verletzung richtet sich nach dem Übertragungsrisiko, das durch die Art der Exposition und die Infektiosität des Klienten/der Klientin bestimmt wird.

Zu klären ist:

a) Bei der Klientin/dem Klienten, bei der/dem man sich verletzt/kontaminiert hat:

- ▶ Zugehörigkeit zu Risikogruppen (Drogenkonsumentin/-konsument, Multitransfundierte/r, Sexualekontakte bei Auslandsaufenthalten etc.)
- ▶ HIV-Status sowie Hepatitis-B- und Hepatitis-C-Sero-Status, wenn nicht bekannt: Blutabnahme mit Einverständnis der Klientin/des Klienten

b) Bei dem/der Betroffenen:

- ▶ Impfanamnese (Hepatitis B), nachweislicher Impfschutz durch HBs-AK-Titer-Bestimmung
- ▶ Wenn nicht gegen HBV geimpft: HBc-AK
- ▶ Außerdem Baseline-Blutabnahme: HIV-AK, HCV-AK und Leberparameter

Weitere Sofortmaßnahmen bei Verletzungen mit spitzen und scharfen kontaminierten Gegenständen

Maßnahmen, die sich aus der Recherche ergeben:

a) Bezüglich Hepatitis B:

Ist die Dienstleisterin/der Dienstleister geimpft, dann bei

- erfolgter Grundimmunisierung (HBs-AK-Titer > 100 U/L), aber abgelaufenem Impfintervall: Auffrischungsimpfung
- HBs-AK-Titer > 10 U/L: Schutz vorhanden und keine weiteren Maßnahmen erforderlich
- HBs-AK-Titer < 10 U/L: sofortige Auffrischung erforderlich

Ein bekannter „**Non-Responder**“ ist innerhalb von 48 Stunden aktiv und passiv zu immunisieren. **Ist die Dienstleisterin/der Dienstleister nicht geimpft und HBc-AK-negativ**, dann sind eine Aktiv- und eine Passiv-Immunsierung innerhalb von 48 Stunden durchzuführen. **Ist die Dienstleisterin/der Dienstleister nicht geimpft und HBc-AK-positiv**, dann ist eine Abklärung bzgl. Hepatitis B, falls nichts Näheres bekannt, erforderlich.

b) Bezüglich Hepatitis C:

Klientin/Klient ist HCV-AK-positiv und HCV-PCR-positiv oder -negativ bzw. Status der Klientin/des Klienten ist unbekannt:

- Bei dem/der Betroffenen Baseline-Blutabnahme: HCV-AK und Leberfunktionsproben
- Kontrolle nach 1 Monat: HCV-AK inkl. PCR und Leberfunktionsproben
- Kontrolle nach 2 Monaten: HCV-AK inkl. PCR und Leberfunktionsproben
- Kontrolle nach 3 und 6 Monaten: HCV-AK und Leberfunktionsproben

c) Bezüglich HIV:

Klientin/Klient ist HIV-AK-positiv oder es besteht ein begründeter Verdacht (Risikogruppenzugehörigkeit):

- Entscheidung über Beginn einer postexpositionellen Prophylaxe (PEP) entsprechend den Empfehlungen der Österreichischen AIDS-Gesellschaft möglichst rasch, im Idealfall innerhalb von 1 bis 2 Stunden nach Exposition. Die beigezogene Ärztin/der beigezogene Arzt muss befähigt sein, den Betroffenen/die Betroffene hinsichtlich der möglichen Vorteile und Risiken der PEP nach dem aktuellen medizinischen Wissensstand zu informieren und zu beraten. Das Einverständnis oder die Ablehnung des/der Betroffenen betreffend die PEP ist schriftlich einzuholen.
- Bei dem/der Betroffenen Baseline-Blutabnahme: HIV-AK
- Kontrolle nach 2 Wochen: HIV-PCR
- Kontrolle nach 4 Wochen: HIV-AK inkl. PCR
- Kontrolle nach 3 und 6 und 12 Monaten: HIV-AK

Klientin/Klient ist HIV-AK-negativ (ohne Risikogruppenzugehörigkeit) oder AK-Status ist unbekannt

- Es sind keine weiteren Maßnahmen notwendig, es sei denn, der/die Betroffene wünscht ausdrücklich HIV-Tests. Je nach Expositionsart kann eine PEP angeboten werden.

Dokumentation

Um die richtigen Maßnahmen zur Verhinderung einer Erkrankung des/der Betroffenen sowie zur Verhütung gleicher Unfälle treffen zu können, aber auch um eventuelle rechtliche Ansprüche zu wahren, ist eine genaue Dokumentation des Vorfalls, seiner Folgen und der daraus abgeleiteten Maßnahmen wichtig.

- ▶ Meldung über den Dienstweg an Vorgesetzte, Unfallabteilung oder definierte Anlaufstelle, Dokumentation anhand des Unfallmeldeformulars bzw. Berufskrankheitenmeldeformulars der AUVA (bei begründetem Verdacht auf eine mögliche Infektion), Vorfallsprotokoll.

Sofortmaßnahmen bei Kontaminationen der Schleimhäute und der defekten Haut mit infektiösen Materialien

► Bei Exposition geschädigter oder entzündlich veränderter Haut

- Entfernen des potenziell infektiösen Materials mit einem Tupfer.
- Sofort unter fließendem Wasser gründlich abspülen, anschließend mit Wasser und Flüssigseife waschen. Mit Einmalhandtuch abtrocknen, reichlich alkoholhaltiges, virenwirksames Hautdesinfektionsmittel (mindestens 30 Sekunden) einwirken lassen.

► Bei Kontamination des Auges

- Sofortiges Ausspülen des Auges mit Wasser oder physiologischer Kochsalzlösung.
- Anschließend Spülung mittels Schleimhautantiseptikum, mit 5%iger wässriger PVP-Jodlösung. Falls diese Lösung nicht griffbereit: Betaisodona-Lösung 1:1 mit sterilem Aqua destillata (oder notfalls mit Leitungswasser) verdünnt oder anderes viruzides Schleimhautdesinfektionsmittel verwenden. Vorzugsweise Verwendung von fertigen Augenspülflaschen.

► Bei Aufnahme in die Mundhöhle

- Sofort möglichst vollständiges Ausspucken des aufgenommenen Materials.
- Danach mehrmaliges Ausspülen der Mundhöhle mit Wasser und, falls vor Ort vorhanden, mit Schleimhautdesinfektionsmittel.

Weitere Vorgangsweise siehe Merkblatt 6:

„Sofortmaßnahmen bei Verletzungen mit spitzen und scharfen kontaminierten Gegenständen“

Allgemeine Hygienerichtlinien 1

Sachgemäße Anwendung von Desinfektionsmitteln (z. B. Instrumentendesinfektionslösungen)

Für den richtigen Umgang mit Desinfektionsmitteln sind folgende Punkte zu beachten:

- Richtige Dosierung (Messbecher, Pumpe, Dosiergerät, Dosiertabellen) – keine Schussmethode!
- Kein heißes Wasser verwenden (maximal 25 Grad Celsius).
- Schutzhandschuhe verwenden (zusätzlich bei Umgang mit Konzentraten: Schutzbrille).
- Für ausreichende Lüftung sorgen.
- Das für den jeweiligen Zweck richtige Präparat verwenden.
- Bei der Zubereitung zuerst Wasser bereitstellen, dann Konzentrat hinzufügen.
- Desinfektionsmittelmischbehälter als solchen beschriften (nur für diesen Verwendungszweck).
- Putzutensilien (Tücher, Mopps etc.) regelmäßig wechseln und einer thermischen Desinfektion zuführen (Waschmaschine: 90 °C) oder Einmalwischtücher verwenden.
- Desinfektionslösungen regelmäßig wechseln – in Abhängigkeit von der Schmutzbelastung (Eiweißfehler).
- Kein Zusatz von Reinigern zu Desinfektionslösungen (Seifenfehler).
- Bei Lagerung und Umgang mit Desinfektionsmittel Herstellerangaben und Sicherheitsdatenblätter beachten.

Eiweißfehler

Desinfektionslösungen verlieren an Wirksamkeit, wenn sie verschmutzen. Durch alle Substanzen, die Eiweißstoffe enthalten, kann diese Wirkungsminderung hervorgerufen werden. Im Anwendungsbereich der häuslichen Pflege finden wir solche Eiweißstoffe z. B. im Blut, in Sekreten, im Eiter und in Ausscheidungen sowie in Nahrungsmitteln (Fleisch, Wurst, Ei etc.). Um dies zu vermeiden, müssen diese Lösungen regelmäßig und je nach Verschmutzungsgrad erneuert werden.

Seifenfehler

Eine Mischung von Desinfektionsmitteln mit Reinigern ist grundsätzlich nicht zulässig (Seifenfehler). Hierbei können giftige Dämpfe entstehen und gleichzeitig kann die desinfizierende Wirkung beeinträchtigt werden. Für eine kombinierte Reinigung und Desinfektion dürfen deshalb nur aufeinander abgestimmte Präparate, die auf ihre Verträglichkeit hin geprüft wurden, eingesetzt werden.

Allgemeine Hygienerichtlinien 2

Gezielte Flächendesinfektion

Darunter versteht man die Behandlung von Flächen mit Desinfektionsmitteln bei sichtbarer Kontamination (z. B. Verschmutzung mit Blut, Sekreten, Ausscheidungen) und nach Tätigkeiten, die auch ohne sichtbare Verschmutzung mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Kontaminationen führen (z. B. Arbeitsflächen nach septischem Verbandwechsel). Es soll verhindert werden, dass Infektionserreger von kontaminierten Flächen auf Angehörige, Dienstleister/innen oder Gegenstände übertragen werden.

Vorgehen

- Schutzhandschuh (unsterilen Einmalhandschuh oder auch Plastiksackerl) anziehen.
- Sichtbare Verschmutzungen z. B. mit Küchenrolle aufnehmen.
- Handschuhe und Küchenrolle sofort entsorgen.
- Erneut frischen Schutzhandschuh anlegen.
- Fläche mit Desinfektionsmittel vollständig benetzen. **Nicht sprühen!**
- Mit Küchenrolle o. Ä. abwischen, dabei überschüssiges Desinfektionsmittel aufnehmen.
- Restfeuchte auf der Fläche belassen – auf keinen Fall trockenreiben.

Zu beachten

Bei der gezielten Flächendesinfektion ist wegen der angestrebten schnellen Wirkung ein Flächendesinfektionsmittel auf Alkoholbasis günstiger.

Dabei ist zur Vermeidung von Brand- und Explosionsgefahren und um die Raumlufbelastung gering zu halten die Anwendung auf kleine Flächen zu beschränken.

Bei Verwendung von Mitteln auf Basis anderer Wirkstoffe (Glucoprotamine, Biguanide) ist die Einhaltung der Einwirkzeit ohne zwischenzeitliche Nutzung sicherzustellen.

Dosiertabelle für die Zubereitung von gebrauchsfertigen Desinfektionslösungen

Konzentrat in %	0,25 %	0,5 %	0,75 %	1,0 %	1,5 %	2 %	2,5 %	3 %	4 %	10 %
1 Liter	2,5 ml	5 ml	7,5 ml	10 ml	15 ml	20 ml	25 ml	30 ml	40 ml	100 ml
2 Liter	5 ml	10 ml	15 ml	20 ml	30 ml	40 ml	50 ml	60 ml	80 ml	200 ml
3 Liter	7,5 ml	15 ml	22,5 ml	30 ml	45 ml	60 ml	75 ml	90 ml	120 ml	300 ml
4 Liter	10 ml	20 ml	30 ml	40 ml	60 ml	80 ml	100 ml	120 ml	160 ml	400 ml
5 Liter	12,5 ml	25 ml	37,5 ml	50 ml	75 ml	100 ml	125 ml	150 ml	200 ml	500 ml
6 Liter	15 ml	30 ml	45 ml	60 ml	90 ml	120 ml	150 ml	180 ml	240 ml	600 ml
7 Liter	17,5 ml	35 ml	52,5 ml	70 ml	105 ml	140 ml	175 ml	210 ml	280 ml	700 ml
8 Liter	20 ml	40 ml	60 ml	80 ml	120 ml	160 ml	200 ml	240 ml	320 ml	800 ml
9 Liter	22,5 ml	45 ml	67,5 ml	90 ml	135 ml	180 ml	225 ml	270 ml	360 ml	900 ml
10 Liter	25 ml	50 ml	75 ml	100 ml	150 ml	200 ml	250 ml	300 ml	400 ml	1000 ml
15 Liter	37,5 ml	75 ml	112,5 ml	150 ml	225 ml	300 ml	375 ml	450 ml	600 ml	1500 ml
20 Liter	50 ml	100 ml	150 ml	200 ml	300 ml	400 ml	500 ml	600 ml	800 ml	2000 ml
30 Liter	75 ml	150 ml	187,5 ml	300 ml	450 ml	600 ml	750 ml	900 ml	1200 ml	3000 ml

Umgang mit Ausscheidungen

Allgemeine Hygieneregeln

- Tragen von bestimmter Arbeitskleidung oder persönlicher Schutzausrüstung (PSA), wobei Art und Umfang von der Art der Tätigkeit und vom Keimpektrum abhängen, mit dem ein Kontakt nicht sicher ausgeschlossen werden kann. Einmalhandschuhe, Einmalschürze, ggf. Einmal-Schutzmantel/Schutzkittel.
- Entsprechendes Handling bei der Entsorgung von Ausscheidungen, um Umgebungscontaminationen zu vermeiden.
- Hygienische Händedesinfektion nach jeglichem Umgang mit Ausscheidungen, auch beim Tragen von Einmalhandschuhen.
- Gezielte Flächendesinfektion bei Kontamination.

Reinigung und Desinfektion von Leibschüsseln und Harnflaschen

Grundsätzlich genügt im häuslichen Bereich – und sofern Leibschüsseln und Harnflaschen nicht von mehreren im Haushalt lebenden Personen benutzt werden – eine Scheuerreinigung mit einem handelsüblichen Allzweckreiniger – die Maßnahmen zum persönlichen Schutz sind auch hier zu treffen.

Eine gezielte Desinfektion ist bei besonders gefährdeten Klientinnen/Klienten notwendig, wie z. B. bei immungeschwächten Klientinnen/Klienten, Klientinnen/Klienten mit Venenverweilkatheter, transurethralem Verweilkatheter etc.; ebenso bei kontagiösen/infektiösen Erkrankungen, vor allem wenn Stuhl als Übertragungsweg dient (z. B. Hep. A).

- Einmalhandschuhe und Einmalschürze, ggf. Einmal-Schutzmantel/Schutzkittel (z. B. bei viralen Durchfallserkrankungen) tragen.
- Vorsichtige Entleerung – Kontamination der Umgebung durch Verspritzen vermeiden.
- Grobreinigung der Leibschüsseln und Harnflaschen (= Dekontamination mit gelisteten alkoholischen Flächendesinfektionsmitteln – Einwirkzeit beachten).
- Handschuhe wechseln.
- Danach gründliche manuelle Reinigung durchführen.
- Im Anschluss nochmalige Wischdesinfektion mit einem gelisteten alkoholischen Flächendesinfektionsmittel (z. B. mittels Küchenrolle) durchführen.
- Nach Beendigung der Tätigkeit hygienische Händedesinfektion durchführen.

Reinigung und Desinfektion von Toilettenstühlen

- Gezielte Reinigung und/oder Desinfektion durchführen.
- Einmalhandschuhe und Einmalschürze, ggf. Einmal-Schutzmantel/Schutzkittel (z. B. bei viralen Durchfallserkrankungen).
- Grundsätzlich genügt im häuslichen Bereich eine Scheuerreinigung, eine Desinfektion ist bei oben beschriebenen Klienten/Klientinnen erforderlich.
- Nach Beendigung der Tätigkeit hygienische Händedesinfektion durchführen.

Umgang mit Sputum

- Bei Hilfestellung zum Aushusten auf erforderlichen Selbstschutz achten (Einmalhandschuhe, Einmalschürze, ggf. Einmal-Schutzmantel/Schutzkittel, ggf. Atemfiltermasken der Filterklasse FFP2).
- Zum Aushusten Einmalspuckbecher mit Deckel verwenden (z. B. McDonald's-Becher) – Zellstoff bereitstellen.
- Abwurfsack für Zellstoff täglich bzw. bei Bedarf wechseln.
- Sputumbecher ausschließlich mit Handschuhen anfassen.
- Sammelbinde verschlossen transportieren.
- Nach Beendigung der Tätigkeit hygienische Händedesinfektion durchführen.

Umgang mit Erbrochenem

- Bei Hilfestellung auf Selbstschutz achten (Einmalhandschuhe, Einmalschürze).
- Bei Nierentassen nach Gebrauch gezielte Desinfektion durchführen und Gefäß reinigen bzw. Einmalnierentassen verwenden
- Nach Beendigung der Tätigkeit hygienische Händedesinfektion durchführen.

Setzen eines transurethralen Katheters

Verabreichen von Einmalkatheter und Blasenverweilkatheter nach strenger Indikation und ärztlicher Anordnung. Harnwegskatheter dürfen nur von dafür ausgebildeten Dienstleisterinnen und Dienstleistern gesetzt werden.

Vorbereitung

- Material griffbereit vorbereiten.
Vorbereitete sterile Kathetersets sind generell zu bevorzugen.
- Klientin/Klient:
 - Information
 - Intimsphäre wahren
 - Intimpflege durchführen – Einmalhandschuhe (unsteril), Einmalschürze
 - Hygienische Händedesinfektion
 - Einmalhandschuhe (steril)
 - Ausreichende Schleimhautantiseptik durchführen (siehe Basisinformation)

Durchführung

Aseptische Technik beim Legen der Drainage des Katheters beachten.

Nachbereitung

- Material entsorgen
- Intimtoilette ermöglichen
- Kontrolle des Harnflusses
- Dokumentation: Datum der Durchführung, Art und Größe des Katheters, Aussehen und Menge des Harns.

Zu beachten

- ▶ Bei Widerstand den Vorgang abbrechen.
- ▶ Blasenkollaps vermeiden (nicht mehr als 500 ml Harn auf einmal ablassen).
- ▶ Bei Kontamination des Katheters (z. B. Kontakt mit Vagina) ist ein neuer Katheter zu verwenden.
- ▶ Empfehlung: Wenn möglich sollte eine 2. Person (Praktikantin/Praktikant, evtl. Angehörige/r) zur Assistenz herangezogen werden.

Pflege eines transurethralen und suprapubischen Katheters

Vor und nach jeglicher Manipulation am Harnableitungssystem ist eine hygienische Händedesinfektion durchzuführen!

- ▶ Einmalhandschuhe, Einmalschürze
- ▶ Intimpflege mit Wasser und milder waschaktiver Substanz mind. 1-mal tgl. im Rahmen der Grundpflege, bei Bedarf öfter.
- ▶ Reinigung des Katheters mit Wasser und Seife (in der Regel ausreichend) von proximal nach distal – eine prophylaktische Antiseptik ist nicht erforderlich; Einsatz von Antiseptika nur bei sichtbarer Verschmutzung mit Stuhl und Vorhandensein von Infektionen.
- ▶ Sichtkontrolle hinsichtlich Durchgängigkeit des Katheters, Beobachtung von Blut- und Eiterbeimengungen – der behandelnden Ärztin/dem behandelnden Arzt melden.
- ▶ Beim Mann Paraphimose vermeiden.
- ▶ Geschlossene Ableitungssysteme verwenden.
- ▶ Auffangbeutel nicht über Blasenniveau geben.
- ▶ Der freie Urinfluss muss sichergestellt sein. Das Abknicken des Katheters und des Drainagesystems ist zu verhindern.
- ▶ Für ausreichende Flüssigkeitszufuhr sorgen.
- ▶ Blasenverweilkatheter gegen Zug schützen (entsprechende hautfreundliche Katheterfixierungen im Handel erhältlich).
- ▶ Das geschlossene Urinbeutelsystem sollte in keinem Fall diskonnektiert werden. Sollte es dennoch einmal erforderlich sein, ist das nur nach streng aseptischen Richtlinien durchzuführen.
- ▶ Silikonkatheter können Aqua verlieren – Blockkontrolle alle 7 Tage. Durch Füllen des Ballons mit Propylenglykol und Aqua bidest im Verhältnis 1:1 oder Glycerin und Aqua bidest im Verhältnis 1:9 kann ein Diffundieren von Aqua aus dem Ballon verhindert werden.
- ▶ Nach Harnablassung Ablassventil desinfizieren und in die vorgesehene Haltevorrichtung geben.
- ▶ Verweildauer des Katheters und des Ableitungssystems nach Herstellerangaben beachten und einhalten.
- ▶ Keine Blasenspülungen durchführen (medizinisch indizierte werden nur durch die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt selbst vorgenommen).
- ▶ Kein Blasentraining durchführen.

Pflegemaßnahmen beim suprapubischen Katheter

- ▶ Hygienische Händedesinfektion
- ▶ Palpation und Kontrolle der Einstichstellen – Dokumentation
- ▶ Verbandwechsel nach Bedarf
- ▶ Abfluss kontrollieren

Die Kriterien des aseptischen Verbandwechsels sind einzuhalten.

Der Verbandwechsel

Die Häufigkeit richtet sich nach

- Ärztlicher Anordnung
- Wundart
- Lage und Zustand der Wunde
- Allgemeinzustand der Klientin/des Klienten (Beschwerden im Wundbereich)
- Zustand und Art des Verbandes (durchfeuchtete Verbände müssen sofort gewechselt werden)

Vorbereitung

- ▷ Verbandvisiten lt. Wocheneinsatzplanung.
- ▷ Einmalhandschuhe, Einmalschürze, ggf. Einmal-Schutzmantel/Schutzkittel, Mund-Nasen-Schutz (bei Verkühlung, Schnupfen oder Herpes labialis der DLin/des DL) – grundsätzlich während des Verbandwechsels wenig sprechen.
- ▷ In der Wohnung der Klientin/des Klienten:
 - Keine offenen Türen oder Fenster!
 - Keine Reinigungsarbeiten während des Verbandwechsels durchführen.
 - Verband unmittelbar vor dem Verbandwechsel abnehmen.
 - Klientin/Klienten über Zweck und Notwendigkeit informieren.
 - Klientin/Klienten richtig lagern – Wundgebiet muss zugänglich und schmerzfrei sein.
 - Arbeitsfläche mit alkoholischem Flächendesinfektionsmitteln desinfizieren bzw. saubere Auflage verwenden.
 - Materialien bereitlegen: sterile und unsterile Verbandsmaterialien gut erreichbar, übersichtlich und handlich anordnen.
 - Vorzugsweise sind sterile Einmalprodukte zu verwenden
 - Bett schützen.

Durchführung

- ▷ Hygienische Händedesinfektion
- ▷ Non-Touch-Technik
- ▷ Nach Möglichkeit Einweginstrumente/-material verwenden.
- ▷ Äußeren Verband mittels Einmalhandschuhs entfernen.
- ▷ Direkte Wundabdeckung mittels sterilen Einmalhandschuhs bzw. Pinzette vorsichtig entfernen.
- ▷ Reinigung (sterile Reinigungslösung), ggf. Desinfektion der Wunde.

Aseptische Wunden von innen nach außen, septische Wunden von außen nach innen reinigen – je Wischvorgang einen frischen, sterilen Tupfer verwenden.

- ▷ Verkrustungen und Verunreinigungen der umliegenden Hautareale entfernen sowie Hautpflege durchführen.
- ▷ Durchführung der Wundbehandlung und Wundabdeckung mit sterilen Einmalhandschuhen oder steriler Pinzette – beim Einsatz sind die Kriterien zur Wundaufgabe zu beachten.

Nachbereitung

- ▷ Materialien korrekt entsorgen.
- ▷ Ggf. benutzte Instrumente in einem Behälter ablegen oder Dekontamination mit alkoholischem Flächendesinfektionsmittel – weitere Aufbereitung in der Sozialstation/am Stützpunkt nach Reinigungs- und Desinfektionsplan.
- ▷ Spitze und scharfe Gegenstände unmittelbar nach Gebrauch in durchstichfestem Behälter entsorgen.
- ▷ Ggf. Flächendesinfektion durchführen.
- ▷ Hygienische Händedesinfektion durchführen.

Dokumentation

- Tag des Verbandwechsels festhalten.
- Wundstatus im Wunddokumentationsblatt dokumentieren.
- Ggf. Zeitpunkt der bakteriologischen Kontrollen (Wundabstriche) festhalten.
- Unterschrift der durchführenden Person.

Künstliche enterale Ernährung

Sondennahrungen sind grundsätzlich ein idealer Nährboden für Mikroorganismen. Daher sollte industriell hergestellte Nahrung bevorzugt verwendet werden. Selbst hergestellte Nahrung ist selten so ausgewogen und zudem immer mikrobiell kontaminiert.

Ursachen für ein rasches Bakterienwachstum

- Geringe Laufgeschwindigkeit (< 48 ml/h) der Sondennahrung
- Unsachgemäßer Umgang mit Sondenkost und Überleitungssystemen
- Unhygienisch hergestellte Spülflüssigkeit
- Kontaminierte Arbeitsflächen
- Erhöhte Raumtemperatur
- Kontaminierte Hände der Dienstleisterinnen/Dienstleister

Die Verabreichung von Sondennahrung

1. Hygienische Händedesinfektion durchführen.
2. Zubereitung der Nahrung auf sauberer, trockener Arbeitsfläche und mittels sauberer Applikationshilfsmittel.
3. Bei der Verabreichung von Sondennahrung über nasale/orale Sonden ist zur Vermeidung eines Refluxes bzw. der Aspiration von Nahrung der Oberkörper um mindestens 30 Grad höher zu lagern – Lagekontrolle der Sonde durchführen.
4. Sondenansatz mit sauberem Wasser reinigen.
5. Verabreichung der Nahrung mittels Einmalspritze oder mittels Überleitungssystem (die Überleitungssysteme sind spätestens nach 24 Stunden zu wechseln).
6. Bei kurzen Unterbrechungen ist die Konnektorstelle mit einer sterilen Verschlusskappe zu schützen.
7. Spülungen sind notwendig, um Keimquellen in der Sonde zu vermeiden (nach jeder Arzneimittelgabe, bei jeder Unterbrechung der Nahrungszufuhr, ansonsten täglich bei Systemwechsel), als Spüllösungen eignen sich (abgekochtes) Leitungswasser, Mineralwasser und Tee (Vorsicht: keine Früchtetees!).
8. Angebrochene Flaschen sind mit Datum und Uhrzeit zu versehen und können max. 24 Stunden im Kühlschrank aufbewahrt werden.
9. Vor Wiedergebrauch muss die Nahrung für ca. 2 Stunden auf Raumtemperatur gebracht werden.

Aufbereitung von Hilfsmitteln

- Sondenspritzen nach Gebrauch thermisch aufbereiten (in Teile zerlegen: Geschirrspüler, „auskochen“ oder Aufbereitung nach erfolgter Reinigung im Vaporisator).
- Aufbewahrung der Applikationsutensilien staubgeschützt und trocken. Grundsätzlich handelt es sich um ein Einmalprodukt – Wiederverwendung mit Vorbehalt.
- Auch die Applikationsgefäße (Plastikbehälter) müssen einer thermischen Aufbereitung zugeführt sowie trocken und staubgeschützt aufbewahrt werden.

Hygienemaßnahmen bei intravasalen Zugängen 1

Leitsätze, egal ob es sich um einen peripheren oder zentralvenösen Zugang handelt:

Vor jeglicher Manipulation hygienische Händedesinfektion durchführen!

**Einmalhandschuhe – bei zentralvenösen Zugängen jedenfalls (sterile) Einmalhandschuhe verwenden!
Einmalschürze**

**Grundsätzlich die Manipulation an intravasalen Kathetern auf das Notwendigste beschränken!
Beim Legen eines zentralvenösen Katheters sind sterile Einmalhandschuhe zu verwenden!**

Pflege von intravasalen Kathetern

- ▶ Verbandwechsel laut ärztlicher Anordnung. Ausnahme: Entzündungszeichen, feuchter/verschmutzter Verband.
- ▶ Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen:
 - Material auf desinfizierter Arbeitsfläche oder sauberer Unterlage vorbereiten.
 - Die Einstichstelle wird großflächig mit einem gelisteten Hautdesinfektionsmittel wischdesinfiziert, und Verkrustungen werden vorsichtig entfernt, dabei ist immer von der Einstichstelle weg zu wischen.
 - Einstichstelle trocknen lassen.
 - Sterilen Verband anlegen. Konventioneller Verband oder Folienverband/Schnellverband: Einsatz von Folienverbänden bei trockener Einstichstelle (nach 24 Std.) – Folienverbände können dann, wenn Einstichstelle trocken, bis zu 7 Tage bleiben.
 - Datumsvermerk am Verband.
- ▶ Täglich optische Kontrolle der Einstichstelle: Einstichstelle muss gut beurteilbar sein.
- ▶ Venenzugänge, die in Notfallsituationen gelegt wurden (Einhaltung der hygienischen Vorschriften erschwert), sind so bald wie möglich zu entfernen.
- ▶ Zentralvenöse Katheter müssen gut fixiert sein, sodass es nicht zum Herausrutschen oder zu ständigem Zug an der Einstichstelle kommt. Eine ständige Reizung an der Hautnaht kann ebenfalls eine Infektion beschleunigen.
- ▶ Ist der zentralvenöse Katheter einmal herausgerutscht, darf er auf keinen Fall zurückgeschoben werden!
- ▶ Aus dem zentralvenösen Venenkatheter nur im Notfall oder unmittelbar vor dem Entfernen Blut entnehmen!
- ▶ Ein Abstöpseln des Katheters ist unbedingt zu vermeiden.

Bei Anzeichen einer Infektion

- Rötung
- Schwellung
- Sezernierung
- Schmerzen – Klientin/Klienten nach Schmerzen befragen
- Funktionseinschränkung und Geruch

Periphere Kanüle sofort entfernen.

Beim zentralvenösen Katheter sofort die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt verständigen.

Hygienemaßnahmen bei intravasalen Zugängen 2

Infusionswechsel und Infusionsbeendigung

- ▶ Vor jeder Manipulation am Infusionssystem (z. B. Abhängen der Infusion) hygienische Händedesinfektion durchführen.
- ▶ Nur Infusionssysteme mit Bakterienfilter und Partikelfilter verwenden.
- ▶ Die Belüftung der Infusionsbehälter erfolgt durch eine integrierte bakteriedichte Belüftungsvorrichtung am Infusionsbesteck – keinesfalls dürfen Einmalnadeln zur Belüftung der Infusionsbehälter verwendet werden.
- ▶ Das Prinzip des geschlossenen Systems gilt auch für die Infusionstherapie. Die Unterbrechung der laufenden Infusion sollte die Ausnahme sein und unter aseptischen Bedingungen erfolgen. Bei Kontamination muss das Infusionssystem sofort ausgewechselt werden!
- ▶ Es sind jedes Mal neue, sterile „Verschlusskone“ zum Verschließen von Dreiweghähnen zu verwenden (Einsatz von einmal verwendeten, evtl. am Nachtkästchen abgelegten Kone ist hygienisch nicht vertretbar!).
- ▶ Dreiweghähne und Verlängerungen nicht direkt auf die Haut des Klienten/der Klientin legen.
- ▶ Infusionsleitungen und Verbindungsstellen nicht an der Analregion, an Tracheostomen, Drainagen, Sonden etc. vorbeiführen und nicht unter Matratzenniveau durchhängen lassen.
- ▶ Bodenkontakt des Infusionsleitungssystems meiden.
- ▶ Eine gute Fixierung des Infusionsbesteckes bzw. der Verlängerungen in der Nähe der Verbindung ist wichtig (Verhinderung der mechanischen Reizung).
- ▶ Infusionssysteme, Dreiweghähne und Verlängerungen werden bei Verabreichung von parenteraler Ernährung spätestens alle 48 Stunden, bei Risiko-Kranken (z. B. mit Diabetes mellitus oder Abwehrschwäche) spätestens nach 24 Stunden gewechselt. Einen sofortigen Wechsel der Infusionsleitungen und Zwischenstücke bei sichtbarer Verschmutzung durchführen – Wechsel der Mehrfachverbinder mit dem Infusionsbesteck.
- ▶ Transfusionsbestecke nach jeder Transfusion wechseln.
- ▶ Vor und nach jedem Infusionswechsel den Katheter spülen. Bei Kontamination des Konus mit Blut Wischdesinfektion mit in alkoholischem Hautdesinfektionsmittel getränktem Tupfer.
- ▶ Reduzierung unnötiger Konnektionsstellen, Dreiweghähne, ungenutzter Mehrfachverbindungen (= flüssigkeitsgefüllte Toträume).

Pflege eines Tracheostomas

Die Häufigkeit der Pflege und des Kanülenwechsels richtet sich nach ärztlicher Anordnung bzw. nach Pflegeplanung.

Persönliche Vorbereitung

- Hygienische Händedesinfektion vor und nach jeglicher Manipulation am Tracheostoma durchführen.
 - Einmalhandschuhe, ggf. Einmal-Schutzmantel/Schutzkittel, ggf. Atemschutzmaske ohne Ausatemventil der Filterklasse FFP2, FFP3 bei respiratorisch infektiösen Erkrankungen, ggf. Schutzbrille tragen.
- ▶ **Vorbereitung der Materialien zur Pflege**
 - Sterile Verbandkomresse zur Reinigung des Tracheostomas
 - Verbandkomresse mit Schlitz
 - Pflegeöl, bei Bedarf Hautschutzsalbe
 - Unterlage
 - Abwurfbehälter
 - ▶ **Zusätzlich beim Kanülenwechsel**
 - Einmal- oder Mehrwegkanüle
 - Gleitmittel
 - Reinigungs- bzw. Desinfektionsmittel für Kanüle
 - Standgefäß (Nierentasse) und Kanülenreinigungsbürste

Durchführung

- ▶ Hygienische Händedesinfektion; es sind die Kriterien des sterilen Verbandwechsels einzuhalten.
- ▶ Einmalhandschuhe anlegen.
- ▶ Tracheostoma mit Pflegeöl und Tupfer reinigen – bei Hautrötung Hautschutzsalbe auftragen.
- ▶ Kanüle wechseln.
- ▶ Vorbereitete Kanüle bereitlegen und mit Gleitmittel benetzen.
- ▶ Kanülentrageband öffnen und Kanüle aus dem liegenden Tracheostoma entfernen und in Nierentasse ablegen.
- ▶ Sterile Einmalhandschuhe anlegen.
- ▶ Schlitztupfer unterlegen und anschließend das Kanülentrageband fixieren.
- ▶ Vorbereitete Kanüle bei normalem Atemrhythmus in bogenförmiger Bewegung von oben nach unten einführen.
- ▶ Schutzlätzchen zum Schutz vor äußeren Einflüssen wie Fremdkörpern, grobem Staub, Insekten, abrasierten Barthaaren etc. nach Rücksprache mit dem Arzt verwenden. Zum Duschen steht ein Duschschutz zur Verfügung.
- ▶ Der Borkenbildung kann durch regelmäßiges Inhalieren oder Anhebung der Luftfeuchtigkeit entgegengewirkt werden.

Nachbereitung

- ▶ Aufbereitung der Kanüle je nach Materialbeschaffenheit und Herstellerangaben.
- ▶ Grobe Verunreinigungen mit Wasser abspülen.
- ▶ Kanüle in Einzelteile zerlegen und in Reinigungs- und Desinfektionsmittel einlegen.
- ▶ Kanüle nach erfolgter Einwirkzeit gründlich bürsten und mit sterilem Aqua bidest abspülen, mit steriler Komresse trocknen.
- ▶ Kanülenbürste täglich chemisch oder thermisch („auskochen“) desinfizieren oder austauschen, ebenso Standgefäß (Nierentasse) täglich desinfizieren.
- ▶ Materialien korrekt entsorgen.
- ▶ Ggf. Flächendesinfektion durchführen.
- ▶ Hygienische Händedesinfektion durchführen.

Dokumentation

- Tag des Verbandwechsels und des Kanülenwechsels festhalten
- Wundstatus festhalten
- Besonderheiten festhalten
- Bei starker Rötung bzw. Hautveränderungen oder wenn Klientin/Klient Blut hustet: behandelnde Ärztin/behandelnden Arzt verständigen.

Bronchialtoilette (mit konventionellem Absaugsystem)

Die Häufigkeit der Pflege und des Kanülenwechsels richtet sich nach dem Bedarf (= Menge und Beschaffenheit des Sekretes)

Persönliche Vorbereitung

- Hygienische Händedesinfektion vor und nach Durchführung einer Bronchialtoilette.
- Einmalhandschuhe, Einmalschürze, ggf. Einmal-Schutzmantel/Schutzkittel, ggf. Atemschutzmaske ohne Ausatemventil der Filterklasse FFP2, ggf. Schutzbrille und FFP3 bei respiratorisch infektiösen Erkrankungen tragen.

Vorbereitung der Materialien

- Einmalhandschuhe (mindestens ein Handschuh steril).
- Funktionstüchtige Absaugeinheit (auf Funktionstüchtigkeit überprüfen, Sogstärke einstellen).
- Absaugkatheter entsprechend den Anforderungen.
- Spüllösung (Trinkwasser in leerer, sauberer Flasche) – Wechsel alle 24 Std.
- Abwurfbehälter.

Vorbereitung der Klientin/des Klienten

- Klientin/Klienten informieren.
- Mund und Nase mit Wasser vorreinigen.

Durchführung

- ▷ Hygienische Händedesinfektion und streng aseptisches Vorgehen:
- Absaugung steril (steriler Handschuh) durchführen.
 - Vitalparameter während der Absaugung beobachten.
 - Absaugschlauch freispülen.

Nachbereitung

- Materialien entsorgen.
- Handschuhe entfernen.
- Hygienische Händedesinfektion durchführen.
- Entleerung des Sekretbehälters in das WC (mind. alle 24 Std.).
- Reinigung und Desinfektion des Behälters nach Reinigungs- und Desinfektionsplan.
- Sekretbehälter trocken aufbewahren.
- Hygienische Händedesinfektion durchführen.

Dokumentation

- Farbe, Menge, Konsistenz des Bronchialsekretes, Beimengungen.
- Reaktion der Klientin/des Klienten.
- Häufigkeit des Absaugens.

Basisinformation

1. PERSÖNLICHE HYGIENE	88
2. PERSONALSCHUTZ	94
3. HYGIENE UND HAUSHALT	101
4. HYGIENEEMPFEHLUNGEN FÜR SPEZIELLE/HÄUFIGE TÄTIGKEITEN DER MOBILEN DIENSTE	113
5. HYGIENEEMPFEHLUNGEN FÜR SPEZIELLE ERKRANKUNGEN UND KRANKHEITZUSTÄNDE	131

1. PERSÖNLICHE HYGIENE	88
1.1 Händehygiene	88
1.1.1 Händereinigung	88
Indikation	88
Gestaltung eines Händewaschplatzes	88
1.1.2 Händedesinfektion	89
Indikation	89
Vorgehen	89
1.1.3 Schutzhandschuhe	90
Indikation	90
Vorgehen	90
Latexallergie	90
Alternativen zu Latexhandschuhen	91
1.1.4 Hautschutz und Hautpflege	91
Hautausschläge und Entzündungen	92
Vorbeugung	92
Einsatz von Hautschutz- und Hautpflegeprodukten	92
1.2 Dienstkleidung	93
1.2.1 Regeln für den Umgang mit der Dienstkleidung	93
1.2.2 Haare, Bart und Schmuck	93
1.2.3 Elektronische Hilfsmittel	93
2. PERSONALSCHUTZ	94
2.1 Grundsätzl. Maßnahmen zur Vermeidung einer Übertragung von Krankheitserregern	94
2.2 Maßnahmen zur Verminderung der Verletzungsgefahr	94
2.3 Sofortmaßnahmen bei Verletzungen mit spitzen und scharfen Gegenständen sowie Kontaminationen der Schleimhäute und defekter Haut mit infektiösen Materialien	94
2.3.1 Bei einer Stichverletzung	94
2.3.2 Bei einer Schnittverletzung	95
2.3.3 Bei Exposition geschädigter oder entzündlich veränderter Haut	95
2.3.4 Bei Kontamination des Auges	95
2.3.5 Bei Aufnahme in die Mundhöhle	95
2.3.6 Weitere Vorgangsweise	95
Blutabnahme	95
Antiretrovirale Maßnahme – postexpositionelle Prophylaxe (PEP)	96
Hepatitisprophylaxe – wenn Klient/Klientin HBs-Ag-positiv	96
2.4 Verhalten bei Bissverletzungen	96
2.5 Ergonomie	97
2.5.1 Ursachen und Vorbeugung	97
2.5.2 Personenbezogene Faktoren	97
2.5.3 Arbeitsorganisatorische Faktoren	98
2.5.4 Technische und ergonomische Faktoren	98
2.6 Psychohygiene	98
2.6.1 Kategorien der Burnout-Symptomatik	99
2.6.2 Prävention und Bewältigung	100

3. HYGIENE UND HAUSHALT	101
<hr/>	
3.1 Allgemeine Hygienerichtlinien	101
3.1.1 Allgemeines zur Desinfektion	101
Wirkungsbereiche von Desinfektionsmitteln	101
Sachgemäße Anwendung von Desinfektionsmitteln	102
Eiweiß- und Seifenfehler	102
3.1.2 Anwendungsgebiete der Desinfektion und Reinigung	103
Hände (siehe Händehygiene)	103
Hautantiseptik	103
Schleimhautantiseptik	103
Flächen	103
Allgemeine desinfizierende Reinigung	104
Gezielte Flächendesinfektion	104
Reinigung ohne Desinfektionsmittel	105
Spezielle Anwendungsbereiche	105
Verschiedene Reinigungsverfahren	105
Instrumente	106
Wäsche	106
Bettausstattung	106
Leibschüsseln und Harnflaschen	106
Reinigungs- und Desinfektionsmittel und -geräte	106
Wechsel des Desinfektionspräparats	107
3.2 Reinigungs- und Desinfektionsplan	107
3.3 Sterilisation	107
3.4 Reinigungsmittel	108
4. HYGIENEEMPFEHLUNGEN FÜR SPEZIELLE/HÄUFIGE TÄTIGKEITEN DER MOBILEN DIENSTE	113
<hr/>	
4.1 Umgang mit Ausscheidungen	113
4.1.1 Umgang mit Stuhl und Harn	113
4.1.2 Umgang mit Sputum	114
4.1.3 Umgang mit Erbrochenem	114
4.2 Hygiene beim Setzen eines Einmal- oder Blasenverweilkatheters	114
4.2.1 Probleme, die ein Blasenverweilkatheter mit sich bringt	114
4.2.2 Katheterarten	114
4.2.3 Lagerung von Kathetern	115
4.2.4 Arten der Katheterisierung	115
Intermittierender Katheterismus	115
Blasenverweilkatheter	115
4.2.5 Wahl des Urinableitungssystems	115
4.2.6 Katheterismus	116
Einmalkatheterismus	116
Blasenverweilkatheter	117
4.2.7 Pflege bei liegendem Blasenverweilkatheter	118
4.3 Hygienemaßnahmen beim Verbandwechsel	118
4.3.1 Verbandwechsel	119
Wundauflagen	119

Vorbereitung	120
Durchführung des Verbandwechsels	120
4.3.2 Wundinfektionen	120
4.3.3 Wundabstrich	121
4.4 Stomaversorgung	121
4.4.1 Definition	121
4.4.2 Stomabeutel	121
4.4.3 Wechsel der Stomaversorgung	122
4.5 Hygienemaßnahmen bei Bronchialtoilette mit konventionellem Absaugsystem	122
4.5.1 Absaugtechniken	122
4.5.2 Prinzipien für Formen des Absaugens	122
4.5.3 Die Durchführung des Absaugens	122
4.6 Verabreichung von künstlicher enteraler Ernährung	124
4.6.1 Sondennahrung	124
Verabreichung von Sondennahrung	125
4.6.2 Aufbereitung von Hilfsmitteln	125
4.6.3 Pflege bei nasal oder oral liegender Sonde	125
4.6.4 Verbandwechsel bei einer PEG- bzw PEJ-Sonde	125
4.7 Umgang mit Arzneimitteln	126
4.7.1 Aufbewahrung von Medikamenten	126
4.7.2 Umgang mit lokal anzuwendenden Medikamenten	126
Salben, Cremes, Gele	126
Suppositorien, Klistiere	127
4.7.3 Entsorgung von Medikamenten	127
4.8 Hygienemaßnahmen bei intravasalen Kathetern	127
4.8.1 Umgang mit Injektionen	127
4.8.2 Hygienemaßnahmen bei peripheren Verweilkanülen	128
Applikation von periphervenösen Zugängen	128
Hygienemaßnahmen bei der Pflege von periphervenösen Zugängen	128
4.8.3 Hygienemaßnahmen bei zentralvenösen Kathetern	129
Hygienemaßnahmen bei der Pflege von zentralvenösen Kathetern	129
Entfernung eines zentralen Venenkatheters	130
4.9 Aseptische Grundregeln bei der Infusionsverabreichung	130
5. HYGIENEEMPFEHLUNGEN FÜR SPEZIELLE ERKRANKUNGEN UND KRANKHEITZUSTÄNDE	131
5.1 Hygienerichtlinien für anzeigepflichtige Erkrankungen	131
5.1.1 Anzeigepflichtige Verdachts-, Erkrankungs- und Sterbefälle	131
5.1.2 Anzeigepflichtige Erkrankungen und Sterbefälle	134
5.1.3 Bei gehäuftem Auftreten anzeigepflichtige Verdachts-, Erkrankungs- und Sterbefälle	136
5.1.4 Jeder Sterbefall ist anzeigepflichtig	138
5.2 Die häufigsten nicht anzeigepflichtigen Infektionskrankheiten	138
5.2.1 Ungeziefer und Parasitenerkrankungen	141
5.3 Umgang mit immunsupprimierten Menschen	142

▶ 1. Persönliche Hygiene

**Die Hygiene am Arbeitsplatz ist in Gesundheitsberufen unerlässlich für den Schutz von Klientinnen und Klienten und für den Eigenschutz der Dienstleisterinnen und Dienstleister.
Körperliche und persönliche Sauberkeit ist Grundvoraussetzung für die Verhütung vermeidbarer Infektionen.**

▶ 1.1 Händehygiene

Da die Gefahr groß ist, Keime über die Hände der Pflegenden und Betreuenden zu übertragen, hat die Händehygiene ebenso wie im stationären Bereich einen hohen Stellenwert. Hände führen nach wie vor die Liste der Übertragungsmöglichkeiten an. Acht von zehn Infektionen werden über die Hände übertragen.

Da jedoch die Umgebungsbedingungen der häuslichen Pflege und Betreuung nur schwer mit den Bedingungen und Risiken der stationären Pflege und Betreuung zu vergleichen sind, ist eine differenziertere Betrachtung, Umsetzung und Anwendung der Händehygiene erforderlich.

Je nach Gesundheitszustand des betreuten Menschen, seinen wirtschaftlichen und sozialen Bedingungen und den Gründen der Betreuung ist die Intensität von Hygienemaßnahmen unter Berücksichtigung allgemein gültiger und aktueller Hygieneerkenntnisse zu bestimmen.

▶ 1.1.1 Händereinigung

Indikation

Die Hände sind zu waschen:

- Vor Arbeitsbeginn und nach Arbeitsende
- Nach längeren Pausen
- Zu Beginn und am Ende des Einsatzes bei der Klientin/beim Klienten
- Bei sichtbarer Verschmutzung ohne gleichzeitige Infektionsgefahr

Vorgehen

Zuerst befeuchten, dann im besten Fall mit handelsüblicher milder Flüssigseife (keine Stückseife!) einreiben und gründlich aufschäumen, mit weiterem Wasserzusatz eine Minute lang waschen (vom Ellbogen bis zu den Fingerspitzen) und abspülen. Abschließend gründlich abtrocknen, idealerweise mit einem Einmalhandtuch aus Papier (auch festes Toilettenpapier oder Küchenrolle ist möglich). Die Benützung von Handtüchern, die sich bei der Waschgelegenheit befinden, sollte vermieden werden!

Das Zudrehen des Wasserhahns ist ebenfalls mit einem Einmalhandtuch durchzuführen. Darüber hinaus ist mit dem Händewaschen ein Zeichen des Vertrauens verbunden, denn dadurch vermitteln Sie Sauberkeit und Sorgfalt bei Ihrer Tätigkeit.

Sauberkeit ist eine berufliche Grundhaltung und durchaus auch eine Grunderwartung von Klientinnen/Klienten in der häuslichen Betreuung und Pflege!

Gestaltung eines Händewaschplatzes

Um Händehygiene entsprechend den Anforderungen gewährleisten zu können, ist die Ausstattung eines adäquaten Händewaschplatzes im Klientinnen-/Klienten-Bereich notwendig.

Dieser soll folgende Kriterien erfüllen:

- Tägliche Reinigung
- Vorhandensein einer freien Abstellfläche
- Vorhandensein eines Abfallbehälters

▶ 1.1.2 Händedesinfektion

Die hygienische Händedesinfektion ist die effektivste, einfachste und wirtschaftlichste Hygienemaßnahme zur Vermeidung von Infektionen.

Indikation

Zwischen folgenden Tätigkeiten ist eine hygienische Händedesinfektion erforderlich:

Körperhygiene	zu	Küchentätigkeit
Ausscheidungsunterstützung	zu	Küchentätigkeit
Ausscheidungsunterstützung	zu	Körperhygiene und Kosmetik
Alle Tätigkeiten	zu	therapeutischen oder diagnostischen Maßnahmen
Therapeutische oder diagnostische Maßnahmen	zu	allen Tätigkeiten
Entsorgungstätigkeiten	zu	allen Tätigkeiten

Dezidiert ist die hygienische Händedesinfektion notwendig:

- Vor invasiven Maßnahmen wie Injektionen, Legen eines Blasenkatheters, Infusions- und Sondennahrungszubereitung
- Vor und nach therapeutischen und diagnostischen Maßnahme wie dem Umgang mit Verbänden, der Manipulation am Venenkatheter und Harnkatheter, dem Absaugen von Trachealsekret, Tracheostoma, Massagen etc.
- Nach Kontakt mit Körperausscheidungen der Klientin/des Klienten sowie eigenen Körperausscheidungen, z. B. nach Husten, Niesen oder Schnäuzen, nach Kontakt mit Blut, Sekreten, Ausscheidungen und anderen (potentiell) infektiösen Materialien
- Nach Kontakt mit kontaminierten Objekten wie Leibstuhl, Leibschüssel oder Schmutzwäsche
- Nach Kontakt mit Klientinnen/Klienten, von denen Infektionen ausgehen könnten
- Nach dem Ausziehen von Einmalhandschuhen etc.

Vorgehen

Bei sicherer oder wahrscheinlicher Kontamination, auch ohne sichtbare Verschmutzung und zur Prophylaxe, ist die Händedesinfektion immer vor dem „Händewaschen“ bzw. „Händereinigen“ durchzuführen!

Bei sichtbarer Verschmutzung der Hände (Stuhl) zuerst grobe Entfernung der Verschmutzung mit einem desinfektionsmittelgetränkten Einmalhandtuch. Danach vorsichtige Händereinigung unter Vermeidung von Spritzern. Anschließend hygienische Händedesinfektion durchführen.

Das Händedesinfektionsmittel ist in ausreichender Menge (ca. mind. 3 ml bzw. eine Hohlhand voll) zu entnehmen und auf beiden Händen zu verteilen. Das Händedesinfektionsmittel ist so lange zu verreiben, bis die Hände trocken sind (mind. 30 Sekunden). Besondere Sorgfalt ist auf die Benetzung der Fingerkuppen, der Nagelfalze, der Fingerzwischenräume, der Handrücken und der Daumen zu legen. Die Handgelenke nicht vergessen! Nach einem Blutkontakt empfiehlt sich je nach Herstellerangaben eine 2-malige Händedesinfektion (Hepatitis!).

Das Desinfektionsmittel darf nicht auf nasse Hände gegeben werden (Verdünnungseffekt). Der Händedesinfektionsmittelpender soll zu Beginn der Betreuung so platziert werden, dass jederzeit ein Zugriff möglich ist (aus dem Pflegekoffer nehmen und beim Waschplatz, evtl. auch geöffnet, abstellen). Es sollen nur Präparate aus der Expertenliste der ÖGHMP oder des VAH bzw. solche mit zwei unabhängigen Gutachten verwendet werden.

Es sei darauf hingewiesen, dass keine Hand auf eine Desinfektion hin „steril“, also wirklich keimfrei wird. Desinfektion führt lediglich zur Verringerung von Keimen. Bei starker Kontaminationsgefahr ist das Tragen von Einmalhandschuhen empfohlen (siehe Handschuhe).

Unterschied zwischen der Händedesinfektion und dem Händewaschen:

***Händewaschen dient der Reinigung,
Händedesinfektion dient der Infektionsverhütung!***

Bei einer Händedesinfektion ist die keimreduzierende Wirkung ca. 100-mal stärker als beim bloßen Händewaschen. Nur mit der Händedesinfektion werden pathogene Keime eliminiert.

▶ 1.1.3 Schutzhandschuhe

Nicht kontaminieren ist besser als desinfizieren.

Indikation

Grundsätzlich dient das Tragen von Schutzhandschuhen in der häuslichen Pflege und Betreuung dem Sicherheits- und Gesundheitsschutz des Personals. Handschuhe werden bei allen Arbeiten getragen, bei denen es zum Kontakt mit Blut oder sonstigen Körperflüssigkeiten bzw. mit (potenziell) infektiösem Material kommt. Hier kommen Handschuhe für den einmaligen Gebrauch zum Einsatz.

Ebenso soll die Klientin/der Klient bei risikoträchtigen Pflege- oder Therapiemaßnahmen vor Keimen aus der Umgebung oder vom Betreuungspersonal ausgehend geschützt werden. In diesem Fall werden sterile Einmalhandschuhe verwendet (z. B. beim Legen von transurethralen Kathetern).

Beim Hantieren mit Reinigungs- und Desinfektionsmitteln kommen Mehrweghandschuhe (Haushaltshandschuhe) oder Einmalhandschuhe zum Einsatz.

Bei der Auswahl der Schutzhandschuhe ist auf Folgendes zu achten:

- Material: je nach Anforderung (z. B. Beständigkeit gegen alkoholische, aldehydhältige oder salzhaltige Lösungen)
- Schnitt: Größe, Passform, leichtes An- und Ausziehen
- Funktion: Griffsicherheit, Fingerspitzengefühl

Nicht oder wenig luftdurchlässige Handschuhe verursachen bei längerem Tragen eine Schweißstauung und damit Hautquellung. Das zusätzliche Tragen von Baumwollhandschuhen bzw. baumwollbeschichteten Handschuhen kann dies verringern.

Vorgehen

Beim Einsatz von Mehrweghandschuhen (Haushaltshandschuhen) ist auf Folgendes zu achten:

Vor jedem Gebrauch sind die Schutzhandschuhe sorgfältig auf Unversehrtheit und Sauberkeit zu überprüfen. Es muss darauf geachtet werden, dass beim An- und Ausziehen der Handschuhe die Innenseite nicht verunreinigt wird oder von oben her Verunreinigungen unter die Stulpe und damit in das Handschuhinnere gelangen. Vor und nach Gebrauch der Handschuhe ist eine Händereinigung durchzuführen. Nach dem Gebrauch die Mehrweghandschuhe reinigen bzw. trocknen lassen (auch auf der Innenseite).

Einmalhandschuhe aus Latex:

Handschuhe aus Naturlatex stellen eine sichere Keimbarriere dar, verfügen über eine extrem hohe Reißfestigkeit, hohe Elastizität und Flexibilität sowie über gute Beständigkeit gegen Körperflüssigkeiten.

Zu beachten ist, dass die schützende Keimbarriere durch organische Lösungsmittel aller Art, pflanzliche, tierische und mineralische Fette und Öle, Vaseline und Paraffinöl sowie durch Zytostatika herabgesetzt werden kann.

Zu beachten ist:

- ▶ Sie sind nur bis zur Beendigung der jeweiligen Tätigkeit zu tragen.
- ▶ Nach dem Abstreifen der Handschuhe ist eine hygienische Händedesinfektion durchzuführen.

Aufgrund der zunehmenden Latexallergien, vor allem bei Personen, die im Gesundheitsbereich tätig sind, sollten ausschließlich ungepuderte und allergenarme Latexhandschuhe verwendet werden, um einer Sensibilisierung mit Latexmolekülen vorzubeugen. Für Dienstleisterinnen/Dienstleister mit bereits bestehender Latexallergie sind latexfreie Alternativprodukte einzusetzen.

Latexallergie:

Bei einer Latexallergie dürfen keine Latexhandschuhe getragen werden. Ursache für die Latexallergie sind verschiedene Naturlatexproteine, die eine hohe allergene Potenz aufweisen. Die Latexallergie kann sich auch privat auswirken. Latex ist in vielen Gegenständen des täglichen Bedarfs enthalten, und bei Kontakt können heftige allergische Reaktionen auftreten. Die allergischen Reaktionen äußern sich zunächst in einer Reizung der Augenschleimhäute und durch Fließschnupfen. Grundsätzlich wird daher das Tragen von puderfreien, allergenarmen Handschuhen empfohlen, da Puder zwar nicht als Allergen, aber als

Transporteur für Allergene fungiert: Das zur besseren Gleitfähigkeit verwendete Puder trägt an seiner Oberfläche Latexmoleküle. Durch das Anziehen aufgewirbelt, verteilen sie sich in der Luft. Die Allergisierung erfolgt somit auch durch die inhalative Aufnahme. Latexallergiker sind beim Tragen latexfreier Handschuhe trotzdem gefährdet, wenn in ihrer Umgebung gepuderte Latexhandschuhe getragen werden. Wenn bereits ein Handekzem besteht, werden Schutzhandschuhe in der Regel schlecht vertragen, weil sie den Juckreiz und die Hauterscheinungen nur noch verstärken. Eine entsprechende ärztliche Behandlung und der Einsatz von Alternativprodukten sind notwendig.

Alternativen zu Latexhandschuhen:

Vinyl oder Polyvinylchlorid (PVC): Vinylhandschuhe sind zwar gut hautverträglich, bieten allerdings nur eine bedingte Keimbarriere und verfügen über eine niedrige Dehn- und Reißfestigkeit. Eine höhere Beständigkeit als bei Latex ist bei verdünnten anorganischen Säuren, Aldehyden, Hypochloriden und jodhaltigen wässrigen Lösungen gegeben (keine Empfehlung bei alkoholischen Lösungsmitteln, Terpentin).

Es wird darauf hingewiesen, dass die Herstellung und Entsorgung von PVC-Handschuhen aus ökologischer Sicht kritisch zu betrachten ist.

Polyethylen-Copolymere (PE): hervorragende Hautverträglichkeit bei geringer Dehn- und Reißfestigkeit und schlechterer Passform; hohe Stabilität bei alkoholischen Lösungen und Salzlösungen, nicht bei organischen Lösungsmitteln; gute Umweltverträglichkeit!

Synthetischer Latex (SL) (Nitrilkautschuk, Isopren, Neopren): gute Hautverträglichkeit, aber niedrigere Dehn- und Reißfestigkeit als Naturlatexhandschuhe; höhere Beständigkeit gegenüber Chemikalien als Naturlatex, daher geeignet für Arbeiten mit wässrigen Salzlösungen, Aldehyden, Ölen, Fetten, Säuren und Laugen.

Nitrilhandschuhe

Vorteilhaft bei Nitrilhandschuhen ist, im Gegensatz zum Latexhandschuh, dass keine Latexallergie ausgelöst werden kann. Besonders hervorzuheben ist zudem die gute Widerstandsfähigkeit der Nitrilhandschuhe. Denn Nitrilhandschuhe bieten guten Schutz gegenüber vielen Ölen und Chemikalien und sind daher auch für Laborarbeiten geeignet. Die Europäische Norm 374 prüft diese Qualitäten und stellt einen guten Schutz sicher.

Trotzdem sollten Sie sich vor Gebrauch der Nitrilhandschuhe versichern, dass die jeweiligen Einmalhandschuhe aus Nitril auch gegen die spezifischen Substanzen Ihres Anwendungsgebietes undurchlässig sind und vollen Schutz bieten.

Des Weiteren haben Nitrilhandschuhe den Vorteil, dass sie sehr reißfest sind und ein sehr gutes Tastempfinden ermöglichen. Allerdings haben auch Nitrilhandschuhe Nachteile, wie etwa die geringere Dehnbarkeit im Vergleich zu den Latexhandschuhen. Die Einsatzbereiche der Nitrilhandschuhe entsprechen denen der Latexhandschuhe: Nitrilhandschuhe werden im Medizinsektor, in der Gastronomie, in der Kosmetikbranche sowie auch bei handwerklichen Arbeiten genutzt.

Ähnlich wie die Latexhandschuhe werden mittlerweile auch Nitrilhandschuhe in verschiedenen Farben hergestellt.

► 1.1.4 Hautschutz und Hautpflege

Hauterkrankungen gehören zu den beruflichen Erkrankungen mit den höchsten Zuwachsraten. Deshalb muss dem Hautschutz und der Hautreinigung am Arbeitsplatz besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden. Der Säureschutzmantel der Haut wirkt durch seine Fette einer Austrocknung entgegen. Über seinen sauren pH-Wert wirkt er gegen pathogene Keime „keimreduzierend“ und stellt durch den Erhalt hauteigener Bakterien einen zusätzlichen Schutz gegen Krankheitserreger dar. Die intakte Haut ist für fast alle Erreger undurchdringbar. Kleinste, nicht bemerkbare Hautläsionen stellen mögliche Eintrittspforten für Erreger dar.

Einige Ursachen, die zu einer nachhaltigen Veränderung des Säureschutzmantels führen:

- Ungezieltes, zu häufiges Händewaschen mit alkalischen Seifen und Anwendung von Desinfektionsmitteln
- Häufiger direkter Kontakt mit Reinigungsmitteln
- Hitze- oder Wärmestaus, z. B. durch zu lange Verwendung von Handschuhen
- Unzureichende Hautpflege (Rückfettung)

Ein erhöhtes Risiko besteht zusätzlich durch:

- Allergiefähigkeit
- Klimatische Einflüsse wie in der kalten Jahreszeit

Meist tritt die Erkrankung der Haut erst nach längerer Zeit auf. Erste Anzeichen können auffallende Trockenheit, Juckreiz und Schrundenbildung sein. Ohne entsprechende Behandlung können schwere und chronische Hautschäden die Folge sein. Sollten erste Symptome auftreten, ist ein Aufsuchen der Fachärztin/des Facharztes empfehlenswert.

Hautausschläge und Entzündungen

Mit Hautausschlägen oder entzündeten Wunden bzw. mit Verletzungen im Bereich der Hände darf nur nach Rücksprache mit der behandelnden Ärztin/dem behandelnden Arzt eine Klientinnen-/Klienten-Betreuung und -Pflege durchgeführt werden. Pflegetätigkeiten mit erhöhtem Infektionsrisiko (z. B. Verbandwechsel) sind bis zur Abheilung nicht durchzuführen. Kleine, nicht entzündete Verletzungen im Bereich der Hände und Unterarme sind mit fest sitzenden, wasserundurchlässigen Verbänden zu sichern. Zusätzlich sind Einmalhandschuhe zu tragen.

Vorbeugung

Zu einem umfassenden Hautschutz gehören:

- Schutzhandschuhe
- Hautschutzmittel
- Hautreinigungsmittel
- Hautpflegemittel

Wenn bereits Hautschädigungen (Ekzeme, Kontaktallergien) aufgetreten sind, sind spezielle individuelle Hautschutzmaßnahmen erforderlich. Es wird dringend empfohlen mit dem zuständigen Arbeitsmediziner/der zuständigen Arbeitsmedizinerin bzw. mit dem behandelnden Hautarzt/der behandelnden Hautärztin Rücksprache zu halten.

Folgende Kriterien sind bei der Durchführung der Hautreinigung zu beachten:

- Nur kaltes bzw. handwarmes Wasser verwenden.
- Nicht zu lange und zu ausgiebig waschen.
- Schmutzreste können zu Hauterkrankungen führen. Das Hautreinigungsmittel soll die Verschmutzung entfernen. Dies wird durch „waschaktive Substanzen“ erreicht.
- Durch die vornehmliche Verwendung von pH-neutralen Produkten wird der Säuremantel der Haut nicht so stark angegriffen.
- Keine Bürsten verwenden.
- Beim Abspülen der Hände müssen alle Reinigungsmittelreste entfernt werden.
- Die Haut muss nach der entsprechend durchgeführten Reinigung sorgfältig auch zwischen den Fingern abgetrocknet werden, da Restfeuchtigkeit die Entstehung von Ekzemen oder Pilzkrankungen begünstigt. Aus hygienischer Sicht sind Einmalpapierhandtücher am besten geeignet.

Folgende Kriterien sind bei der Durchführung der Händedesinfektion zu beachten:

- Nur Händedesinfektionsmittel mit rückfettenden und hautpflegenden Komponenten einsetzen.
- Nur auf trockene Hände aufbringen und bis zur vollständigen Auftrocknung einreiben.

Folgende Kriterien sollen beim Tragen von Schutzhandschuhen beachtet werden:

- Tragen bei jeglicher Manipulation mit Reinigungs- und Desinfektionsmitteln.
- Nur auf sauberer, trockener Haut anlegen. Chemikalienreste werden durch das Tragen von Handschuhen in die Haut eingeschleust.
- Schutzhandschuhe nicht ununterbrochen tragen.
- Keine Puderreste auf der Haut belassen.
- Handschuhe nur dann benutzen, wenn erforderlich.

Hautschutz

Hautschutz ist der systematische Schutz der Haut durch äußerlich auf die Haut aufzubringende Hautmittel (Hautschutz, -reinigung und -pflege) als PSA zum Schutz vor Hauterkrankungen und Hautschädigungen bei der Arbeit. Welche Präparate wofür und wann verwendet werden sollen, ist im Hautschutzplan nachzulesen.

Da bei jeder Reinigung der Säureschutzmantel in seiner Wirkung beeinträchtigt wird, sollte zum Hautschutz vor Arbeitsbeginn ein Hautschutzpräparat mit entsprechenden Inhaltsstoffen aufgetragen werden.

Durch **regelmäßige Hautpflege** wird die Regeneration der Haut unterstützt. Der Hautpflege soll vor Dienstbeginn, nach längeren Pausen (z. B. Dienstbesprechungen), nach Feuchtarbeit und nach der Arbeit sowie in der Freizeit besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden.

Es gibt kein Universalpräparat. Die Cremes sollten an den jeweiligen Arbeitsbereich und den individuellen Hauttyp der Dienstleisterinnen/Dienstleister angepasst sein.

Zu beachten:

- Durch zu dickes Auftragen können die Hautporen verstopft werden.
- Auch Fingerzwischenräume, Handrücken und Unterarme berücksichtigen.

Der Erfolg wird nicht durch die Menge, sondern durch die regelmäßige Anwendung des geeigneten Mittels in dünner Schicht gewährleistet.

▶ 1.2 Dienstkleidung

Professionelle Dienstleister/innen haben saubere Kleidung zu tragen, die regelmäßig, mind. jeden 2. Tag, gewechselt wird. Die einzelnen Trägerorganisationen stellen unterschiedliche Kleidungsstücke als Dienstkleidung zur Verfügung (z. B. Kleid, Kasack, Hose, T-Shirt). Für die Sauberkeit und Intaktheit ist der jeweilige Dienstleister/die jeweilige Dienstleisterin verantwortlich.

▶ 1.2.1 Regeln für den Umgang mit der Dienstkleidung

- Dienstkleidung regelmäßig und bei sichtbarer Verschmutzung sofort wechseln.
- Bei Tätigkeiten mit besonderer Verschmutzungs- und Durchnässungsgefahr sind Einmalschürzen, ggf. Einmal-Schutzmäntel/Schutzkittel zu tragen.
- Schuhe, die während der Betreuung und Pflege getragen werden, müssen einer regelmäßigen Reinigung standhalten (händische Scheuerreinigung). Wildleder oder ähnlich empfindliche Materialien sind nicht geeignet.
- Die Schuhe müssen sicher sein (rutschfest, guter Halt, keine hohen Absätze).

▶ 1.2.2 Haare, Bart und Schmuck

Die Individualität am Arbeitsplatz spielt eine große Rolle. Aus hygienischer Sicht sollen folgende Aspekte, was das Tragen von Haar, Bart und Schmuck betrifft, Beachtung finden:

- ▶ Die Frisur/der Bart ist so zu tragen, dass ein ständiges Richten (Zurückstreifen) mit den Händen nicht notwendig ist. Die Haare/der Bart sollen generell sauber und gepflegt sein. Bei längeren Haaren wird empfohlen, sie zusammenzubinden oder hochzustecken. Eine Kontamination mit Haaren bei einer Pflegehandlung ist zu vermeiden.
- ▶ Bart: Entscheidend für die Wirksamkeit der FFP-Maske ist neben der Filtereigenschaft vor allem der Dichtsitz (Passform). Barthaare im Bereich der Dichtlinie zwischen Atemschutzmaske und Gesichtshaut können die Schutzwirkung der Schutzmaske beeinträchtigen. Darauf sollten Bartträger hingewiesen werden.
- ▶ Beim Kontakt mit Klientinnen/Klienten sollen keine Fingerringe, keine Armreifen und keine Armbanduhren getragen werden.
- ▶ Fingernägel sollen gepflegt und nicht zu lange sein. Die Verwendung von Nagellack ist zu unterlassen (Absplitterungen, Keimnischen, Verschmutzungen unter den Nägeln nicht erkennbar).

1.2.3 Elektronische Hilfsmittel, z. B. Mobiltelefon und /oder Laptop:

Im Rahmen z. B. der Wunddokumentation kommen verstärkt elektronische Hilfsmittel zur Anwendung. Hinweis: Bitte eine entsprechende Reinigung und/oder Desinfektion der Geräte gemäß organisationsinterner Vorgaben.

Grundsätzlich sind Erkenntnisse zu „Hygiene am Arbeitsplatz“ in schriftlicher Form (am besten durch Plakate) der DLin/dem DL bekannt zu geben (Aushang am Stützpunkt). In Dienstbesprechungen soll regelmäßig die „persönliche Hygiene“ thematisiert werden und anhand von aktuellen Beispielen und Problemstellungen aus der Praxis eine laufende Aktualisierung stattfinden.

2. Personalschutz

2.1 Grundsätzliche Maßnahmen zur Vermeidung einer Übertragung von Krankheitserregern

Konsequentes Einhalten hygienischer Regeln bei der täglichen Arbeit ist wesentlich für den Sicherheits- und Gesundheitsschutz für Klientinnen/Klienten und das Personal.

Schutzkleidung (bestimmte Arbeitskleidung oder persönliche Schutzausrüstung)

Die Schutzkleidung soll die Dienstkleidung vor Verschmutzung und Kontamination (Infektionsrisiko) schützen.

Dazu gehören: Schutzhandschuhe, Einmalschürzen, Einmal-Schutzmäntel/Schutzkittel, Schutzbrille, Atemschutzmasken, Einmalhaube, ggf. Überschuhe.

Die Schutzkleidung muss nur bei Gefahr einer Kontamination (Infektionsrisiko) getragen werden. Einmal-Schutzmantel/Schutzkittel müssen am Rücken geschlossen getragen werden. Nach Verwendung ist die Schutzkleidung sicher zu entsorgen.

Händehygiene und systematischer Hautschutz

Dies ist die effektivste, einfachste und gleichzeitig wirtschaftlichste Maßnahme zur Vermeidung von Infektionen.

Information und Unterweisung

Alle Dienstleisterinnen/Dienstleister haben sich regelmäßig zu informieren. Dies kann persönlich in Dienstleisterinnen-/Dienstleisterbesprechungen und schriftlich durch Merkblätter oder/und Aushang geschehen.

2.2 Maßnahmen zur Verminderung der Verletzungsgefahr

Entsorgung von verletzungsrelevanten Gegenständen

Die sichere Entsorgung von verletzungsrelevanten Gegenständen wie Kanülen, Lanzetten, Glasbruch und Ähnlichem ist besonders wichtig. Mit Blut kontaminierte spitze Gegenstände dürfen nicht einfach liegen gelassen werden und vor allem auch nicht in Müllsäcken landen.

Die Entsorgung von verletzungsrelevanten Gegenständen ist an Ort und Stelle und in dazu vorgesehenen durchstichfesten und bruchsicheren Behältern (Nadelabwurfbehälter) vorzunehmen!

Gefahren durch Recapping

Ein besonders großes Verletzungsrisiko besteht beim Wiederaufsetzen der Verschlusskappen auf gebrauchte Kanülen. Beim Recapping passieren nach wie vor die meisten Verletzungen mit spitzen und scharfen Gegenständen. Recapping ist absolut verboten (siehe Nadelstichverordnung)!!!

Handschuhe als Schutz

Abgesehen von Verletzungen kann eine Infektion auch über scheinbar unverletzte Haut (kleinste Verletzungen, Ekzeme) und über die Schleimhaut (Spritzer erregerehaltiger Flüssigkeiten) erfolgen. Zum Schutz der Hände sind daher bei Tätigkeiten, die die Gefahr einer Kontamination mit Blut, Körpersekreten, Ausscheidungen oder sonstigem (potenziell) infektiösem Material mit sich bringen, unbedingt Handschuhe zu tragen.

Bei einer Stichverletzung werden beim Durchdringen der Nadel durch den Handschuh bis zu 50 % des infektiösen Materials abgestreift und dadurch die Menge des inkulierten Materials verringert.

Zur Vermeidung von Kontaminationen der Schleimhäute (Augen, Mund) sind bei risikoträchtigen Tätigkeiten, wie z. B. bei oral-trachealer Absaugung, eine Atemschutzmaske der Filterklasse FFP2 und eine Schutzbrille zu verwenden.

2.3 Sofortmaßnahmen bei Verletzungen mit spitzen und scharfen Gegenständen sowie Kontaminationen der Schleimhäute und defekter Haut mit infektiösen Materialien

2.3.1 Bei einer Stichverletzung

- Blutung induzieren: Bei geringem Blutfluss kann dieser durch Kompression und gleichzeitiges Auspressen des Gefäßes oberhalb der Stichverletzung verstärkt werden. Das Abbinden und Quetschen im Einstichbereich kann eine Erregerverschleppung

in tiefere Gewebeschichten begünstigen und sollte vermieden werden.

- Anschließend die Einstichstelle mit Seife waschen und abtrocknen.
- Einen Tupfer mit viruzidem Antiseptikum (z. B. Betaseptic) benetzen, über der Stichverletzung fixieren und für zehn Minuten durch fortlaufende Applikation des Antiseptikums feucht halten.

Zur HIV-Prophylaxe sind jodophorhaltige Präparate auf Ethanolbasis zu bevorzugen, weil Jod im Unterschied zu reinem Alkohol eine intrazelluläre Wirkung zu entfalten vermag. Ist ein gleichzeitiges Risikofür eine HCV- oder HBV-Infektion gegeben, wird eine Ethanolkonzentration von 80 Volumsprozent benötigt.

▶ 2.3.2 Bei einer Schnittverletzung

- Gegebenenfalls Blutfluss durch Spreizen der Wunde verstärken, danach antiseptische Spülung mit viruzidem Antiseptikum.
- Weitere Vorgangsweise siehe Stichverletzung.

▶ 2.3.3 Bei Exposition geschädigter oder entzündlich veränderter Haut

- Entfernen des potenziell infektiösen Materials mit einem Tupfer.
- Sofort unter fließendem Wasser gründlich abspülen, anschließend mit Wasser und Flüssigseife waschen. Mit Einmalhandtuch abtrocknen, reichlich alkoholhaltiges Hautdesinfektionsmittel mindestens 30 Sekunden einwirken lassen.

▶ 2.3.4 Bei Kontamination des Auges

- Sofortiges Ausspülen des Auges mit Wasser oder physiologischer Kochsalzlösung.
- Schleimhautdesinfektion mit 5%iger wässriger PVP-Jodlösung. Falls diese Lösung nicht griffbereit ist, kann eine Betaisodona-Lösung 1:1, mit sterilem Aqua destillata (notfalls mit Leitungswasser) verdünnt, oder ein anderes zur Verfügung stehendes viruzides Schleimhautantiseptikum zur antiseptischen Augenspülung eingesetzt werden.

▶ 2.3.5 Bei Aufnahme in die Mundhöhle

- Sofort möglichst vollständiges Ausspucken des aufgenommenen Materials.
- Danach mehrmaliges Ausspülen der Mundhöhle mit Wasser und mit einem viruziden Schleimhautantiseptikum (sofern vorhanden).

▶ 2.3.6 Weitere Vorgangsweise

- Zuständige Ärztin/zuständigen Arzt bzw. Arbeitsmedizinerin/Arbeitsmediziner und Vorgesetzte/n informieren.
- Vorfall dokumentieren und Unfall an die AUVA melden:
 - Unfallmeldung der AUVA (eigenes Dokument)
 - Vorfallsprotokoll bei Zwischenfällen mit kontaminierten Materialien

Alle folgenden Maßnahmen sind je nach Art der Verletzung und Krankheitszustand der Klientin/des Klienten individuell mit der Arbeitsmedizinerin/dem Arbeitsmediziner abzustimmen!

Blutabnahme

Feststellung des Ist-Zustandes:

Wenn Dienstleisterin/Dienstleister gegen HBV geimpft: HBs-AK-Titer (wenn nicht bekannt) – außerdem: HCV-AK (Leberparameter), HIV-AK.

Wenn nicht gegen HBV geimpft: HBc-AK – außerdem: HCV-AK, HIV-AK (Leberparameter).

Ist die Klientin/der Klient bekannt, kann mit Einwilligung (kostenpflichtig, Datenschutz) eine Bestimmung von HBs-Ag, HCV-AK, HIV-AK erfolgen. Je nach Klientin/Klient kann außerdem eine Bestimmung von HCV-PCR (RNA-Nachweis, diagnostisches Fenster!) sinnvoll sein.

Wenn die Klientin/der Klient HIV-positiv oder die Herkunft unbekannt ist, aber ein begründeter Verdacht besteht und eine relevante Verletzung vorliegt, empfiehlt sich eine sofortige Kontaktaufnahme mit einer HIV-Ambulanz hinsichtlich des weiteren Vorgehens.

Antiretrovirale Maßnahme – postexpositionelle Prophylaxe (PEP)

Sofortiger Beginn einer antiviralen Therapie (Combivir-Crixivan-Kombination) innerhalb der ersten 1–2 Stunden. Es empfiehlt sich, die Organisation der Präparate für den Anlassfall im Vorfeld zu regeln und schriftlich festzuhalten.

PEP wird empfohlen bei:

- HIV-positiver Kontaktperson
- Kontaktperson mit Risikoverhalten und wenn es sich um eine relevante, tiefe Verletzung (z. B. mit einer blutig tingierten Hohnadel) handelt; hier wird die PEP bis zum Vorliegen weiterer Befunde (PCR) empfohlen.
- In diesen beiden Fällen sollte eine HIV-PEP ebenso nach Schleimhaut- oder Hautkontakt bei einem Hautekzem, einer frischen Wunde oder bei sichtbaren Verletzungen angeboten werden.

HIV-PEP sollte nicht empfohlen werden bei allen fraglichen HIV-Expositionen ohne bzw. mit geringem Risiko, wie z. B. bei Kontakt von intakter Haut mit infektiösem Material.

Hepatitisprophylaxe – wenn Klientin/Klient HBs-Ag-positiv

Ist der/die Dienstleister/in geimpft, dann bei

- erfolgter Grundimmunisierung (HBs-AK-Titer > 100 U/L), aber abgelaufenem Impfintervall: Auffrischungsimpfung
- HBs-AK-Titer > 10 U/L: Schutz vorhanden und keine weiteren Maßnahmen erforderlich
- HBs-AK-Titer < 10 U/L: sofortige Auffrischung erforderlich

Ist der/die Dienstleister/in nicht geimpft und HBc-AK-negativ oder handelt es sich um eine/n bekannten „Non-Responder/in“, ist eine Aktiv-passiv-Immunsierung innerhalb von 48 Stunden durchzuführen.

Ist der/die Dienstleister/in nicht geimpft und HBc-AK-positiv, dann ist eine Abklärung bzgl. Hepatitis B erforderlich, falls nichts Näheres bekannt ist.

▶ 2.4 Verhalten bei Bissverletzungen

Ausgangssituation

Verletzungen von Menschen, die durch Hunde verursacht wurden, müssen umgehend ärztlich versorgt werden.

Im Falle der Verletzung eines Menschen ist jede Ärztin/jeder Arzt und jedes Krankenhaus verpflichtet, diese bei der Polizei anzuzeigen. Ist die Hundebesitzerin/der Hundebesitzer bekannt, so wird sie/er von der Polizei aufgefordert, ihr/sein Tier einer zweimaligen tierärztlichen Untersuchung auf Tollwut zu unterziehen. Dabei hat die erste Untersuchung zum Ausschluss der Tollwuterkrankung am Tag des Bisses bei einem praktizierenden Tierarzt/einer praktizierenden Tierärztin zu erfolgen, die zweite Untersuchung am zehnten Tag nach dem Biss. Das Ergebnis dieser beiden Untersuchungen ist vom untersuchenden Tierarzt/von der untersuchenden Tierärztin auf einem Formblatt, das in jedem Polizeiwachzimmer aufliegt, einzutragen und der Polizei nach der zweiten Untersuchung zu übermitteln. Auf der Rückseite dieses Formblattes befinden sich Anweisungen an die Hundehalterin/den Hundehalter, die diese/r während der Beobachtungszeit (bis zur zweiten Untersuchung seines Hundes durch den Tierarzt/die Tierärztin) einzuhalten hat.

Sollte sich die Hundebesitzerin/der Hundebesitzer weigern, diese beiden Untersuchungen durchführen zu lassen, ist der Arbeitgeber zu informieren, der die weiteren Schritte veranlasst.

Arten von Bissverletzungen

Hunde- und Katzenbisse befinden sich meistens an Händen oder Unterarmen. Vor allem Kampfhunde können aber auch schwerste Gesichtsverletzungen verursachen.

Die Wunden können von sehr unterschiedlichem Charakter sein: von punktförmigen Wunden (insbesondere bei Katzenbissen) bis hin zu tiefen, blutenden Fleischwunden mit Verletzungen von Sehnen, Muskeln oder Gelenkknorpeln.

Bissverletzungen sind zumeist tiefe Wunden; lediglich Nagerbisse (Hamster, Ratten usw.) sind oberflächlicher. Die Wundränder sind im typischen Fall unregelmäßig.

Erste-Hilfe-Maßnahmen

- Siehe Vorgangsweise bei Stich- und Schnittverletzungen mit kontaminierten Materialien.

- Stark blutende Wunden sind nach vorangegangener Wunddesinfektion durch manuellen Druck oder Druckverband zu versorgen.
- Ärztin/Arzt aufsuchen bzw. Rettungsdienst verständigen.

Tollwut-Gefahr

Bei wild lebenden Tieren (z. B. Fuchs) besteht die Gefahr einer Tollwutübertragung. Schon der Hautkontakt mit Speichel oder Tränenflüssigkeit des Tieres kann ansteckend sein.

Anzeichen für ein tollwutinfiziertes Tier:

- Verdächtiges Verhalten: Das Tier ist unerwartet aggressiv („rasende Wut“) oder ungewöhnlich zutraulich, d. h., es hat seine natürliche Scheu verloren.
- Fortwährender Speichelfluss oder Schluckstörung.
- Das Tier beißt ohne vorangehende Provokation.
- Nachtaktive Tiere treten tagsüber auf.
- Das Tier stammt aus einem tollwutgefährdeten Bezirk (amtlich gekennzeichnet).

▶ 2.5 Ergonomie

Bei Beschäftigten im Gesundheitsdienst ist das Risiko für eine Erkrankung der Wirbelsäule deutlich erhöht. Wirbelsäulenerkrankungen im Betreuungs- und Pflegeberuf stellen durch ihre Qualität ein medizinisches und betriebswirtschaftliches Problem dar. Maßnahmen der Prävention sind daher sowohl aus medizinischen als auch aus ökonomischen Gründen erforderlich.

▶ 2.5.1 Ursachen und Vorbeugung

Wirbelsäulenerkrankungen sind multikausal. Für die arbeitsbedingten Wirbelsäulenerkrankungen sind personenbezogene, organisatorische und technische Faktoren ursächlich.

▶ 2.5.2 Personenbezogene Faktoren

- Alter • Geschlecht • Ausbildung • Fitness
- Ausbildung der Rückenmuskulatur • Psychische Faktoren
- Wissen/Fähigkeit/Erfahrung/Gesundheitsverständnis

Die Mineralisation des Knochens ist alters- und belastungsabhängig. Sie erreicht mit etwa 30 Jahren ihr Maximum. Belastungen stellen Wachstumsreize dar. Immobilität führt zu einem vermehrten Abbau (Atrophie). Im Knochen erfolgt eine ständige Adaptierung an die Beanspruchung. Bei untrainierten Personen kann das gelegentliche Heben immobiler und schwerer Klientinnen/Klienten eher zu Beschwerden durch Überlastung führen als bei trainierten Personen, die bei adaptiertem Stützapparat ständig schwere Lasten transportieren. Der Bewegungsapparat, vor allem der Muskel, ist trainierbar.

Vorbeugung

Zur Prävention wirbelsäulenbedingter Erkrankungen sind nicht alle, sondern nur schädliche Belastungen zu reduzieren. Die Beanspruchung der Wirbelsäulenmuskulatur ist eine wichtige Voraussetzung für deren Stärkung.

Empfohlen werden:

- Ergonomische Beratungen.
- Regelmäßige Ausgleichsgymnastik.
- Vermeiden von physischen und psychischen Überlastungen. Ein Zusammenhang zwischen Wirbelsäulenhaltung und seelischem Befinden ist nachgewiesen (siehe Psychohygiene).
- Einsatz von Hilfsmitteln.

Richtig durchgeführte Bewegungsabläufe führen zu einer sinnvollen Belastung der Wirbelsäule.

In diesem Zusammenhang soll auch auf das Tragen von geeignetem Schuhwerk (Absatzhöhe) hingewiesen werden, um dadurch

zusätzliche Belastungen der Wirbelsäule sowie auch Rutsch- und Sturzgefahr zu vermeiden. Vom Arbeitgeber werden Unterweisungen/Informationen/Schulungen betreffend das richtige Heben und Tragen zur Verfügung gestellt.

► 2.5.3 Arbeitsorganisatorische Faktoren

- Information, Unterweisung, Schulung
- Weiterbildung (Kinästhetik, Rückenschule)
- Arbeitstagsorganisation
- Ergonomie
- Innerbetriebliches Klima
- Akzeptanz von Änderungen
- Betriebliche Gesundheitsförderung

Zu einer Verbesserung der Umfeldbedingungen sind Informations- und Fortbildungsmaßnahmen (Techniken zur Reduktion der Hebe- und Tragebelastungen) sinnvoll. Durchgeführt werden können diese von:

- Arbeitsmedizinerinnen/Arbeitsmedizinern
- Sicherheitsfachkräften
- Physiotherapeutinnen/-therapeuten
- Ergotherapeutinnen/-therapeuten
- Gesundheitsförderinnen/Gesundheitsförderern

Vorbeugung

Organisation der Arbeitsabläufe unter Einbeziehung ergonomisch-kinästhetischer Kenntnisse und/oder personeller Ressourcen (Kollege/Kollegin, Angehörige) bei mobilitätseingeschränkten Klientinnen/Klienten.

Auf arbeitsplatztypische Bewegungsmuster achten. Tragetechniken unterliegen einem ständigen Änderungsprozess.

► 2.5.4 Technische und ergonomische Faktoren

- Raumgestaltung und Ausstattung
- Betten
- Hilfsmittel

Vorbeugung

Die Gestaltung und die Ausstattung der Räume sind so zu wählen, dass genügend Platz für Bewegung vorhanden ist. Die „Verkehrswege“ im Wohnbereich sollen breit genug und frei von Stolperfallen sein. Höhenverstellbare Betten stellen nicht nur eine Transfererleichterung für die Klientinnen/Klienten dar, sondern unterstützen auch die Betreuerin/den Betreuer und die Pflegenden dabei, eine rückschonende Arbeitshaltung einzunehmen. Der Einsatz von Hilfsmitteln wie Liftern, Transferfolien, Gleitbrettern, Drehscheiben, Badewannenlift und Rutschmatten bei Klienten/Klientinnen mit vollständiger Immobilität tragen wesentlich zum beiderseitigen Schutz der Sicherheit und Gesundheit bei.

Zusammenfassende Empfehlungen

1. Mehr Bewegung stärkt den gesamten Bewegungsapparat.
2. Aktives Leben und positive Lebenseinstellung sind Grundvoraussetzungen für die richtige Berufshaltung.
3. Alltagsaktivitäten richtig durchführen
4. Ausgleichsübungen bei einseitiger Belastung
5. Vermeidung falscher Bewegungsabläufe und Muskelaufbau
6. Haltungsschulung
7. Abbau von unnötigem Körpergewicht
8. Richtige Arbeitsplatzgestaltung

► 2.6 Psychohygiene

Neben der physischen Betrachtungsweise von Gesundheit gibt es auch eine aus psychischer Sicht. Psychische Gesundheit ist in gleichem Maße zu schützen wie körperliche Gesundheit.

Gesundheitsgefährdende Faktoren im Betreuungs- und Pflegeberuf sind z. B.:

- Mangelnde Fähigkeit zur Abgrenzung

- Mangelnde ausgleichende körperliche Betätigung
- Unregelmäßige Arbeit und deren Auswirkungen auf das soziale Leben und die Familie
- Psychisch kranke oder auffällige Klienten/Klientinnen, Multimorbide
- Sterbende
- Stress, Überforderung

Die menschliche Psyche ist so konstruiert, dass ein gewisses Maß an Stress als gesund und notwendig angesehen werden muss. Menschen können überfordert, aber auch unterfordert sein. Auch der Umgang der Menschen miteinander am Arbeitsplatz kann Stress bedeuten. Das Betriebsklima hat enorme Auswirkungen auf die Gesundheit und auch auf die Arbeitsergebnisse. Je nach Arbeitsplatzklima herrschen bestimmte Kommunikations- und Begegnungsformen vor. Das so genannte „Burnout-Syndrom“ ist am ausführlichsten im Zusammenhang mit sozialen oder helfenden Berufen beschrieben worden.

„Das Burnout-Syndrom ist ein Erscheinungsbild geistiger, seelischer und körperlicher Erschöpfung mit Demoralisierung und gestörten Sozialbeziehungen, das gehäuft in Dienstleistungs- und Sozialberufen auftritt.“ (Vgl. Burisch 1989.)

Man spricht von einer besonderen Gefährdung der „hilflosen Helfer“.

Nach Mierke entwickelt sich das Burnout-Syndrom aus einer Belastung, die zur Überforderung führt, wenn keine ausreichenden inneren und äußeren Ressourcen, keine adäquaten Reaktionsmöglichkeiten und keine persönliche Stabilität (mehr) gegeben sind. Die Handlungsmöglichkeiten und Fähigkeiten der Selbststeuerung sind beeinträchtigt oder nicht mehr vorhanden.

Beim Versuch, die Lage doch noch zu meistern, kommt es zu folgendem Prozess (vgl. Petzold 1968):

Agitationsphase: Überaktivität, Überspannung, Alarmiertheit, Gefühl der Überforderung; beim Scheitern Übergang in die

Resignationsphase: Verleugnung eigener Bedürfnisse mit Lähmung, Unterspannung, Stumpfheit, Ohnmachtsgefühlen

Restitutionsphase: Entlastung, Entspannung, Erholung – neue Möglichkeiten der Selbstregulation, Gefühle des Wohlbefindens

► 2.6.1 Kategorien der Burnout-Symptomatik

Nach Burisch (vgl. Burisch 1989, S. 11 ff.) wird die Burnout-Symptomatik in sieben Kategorien eingeteilt.

1. Warnsymptome der Anfangsphase

Vermehrtes Engagement für Ziele (Überengagement).

„Wer ausbrennt, muss wahrscheinlich einmal gebrannt haben.“ Es besteht eine hohe Energieabgabe an den Beruf als Lebensinhalt, an Klienten/Klientinnen etc., die jahrelang bestehen kann, wenn z. B. das Missverhältnis von Anstrengung und Belohnung, von Positiva und Negativa nicht zu groß ist. Wahrnehmungsform: Erschöpfung.

2. Reduziertes Engagement (Rückzug)

Bei einer Stagnation ist der Beruf nicht mehr alles. Es kommt zur Selbstdistanzierung, und die eigenen Interessen stehen im Vordergrund. Parallel dazu entwickelt sich ein ausgeprägter „Überdruß“ gegenüber der Arbeit, der sich später auf weitere Lebensbereiche ausdehnen kann. Die Frage nach dem Sinn, Wert, Erfolg der Arbeit tritt auf. Die Menschen haben es aufgegeben zu leben, um zu arbeiten – sie arbeiten allenfalls, um zu leben. Die Bezahlung wird sehr viel wichtiger (einzige Möglichkeit des Bestreiten des Lebensunterhaltes).

3. Emotionale Reaktionen und Schuldzuweisungen

Sieht die/der Ausbrennende die Ursachen ihrer/seiner Probleme in erster Linie bei sich selbst, so wird sie/er überwiegend depressiv reagieren. Es kann zum Gefühl des Verlusts der Existenzberechtigung kommen.

Wahrnehmungsform: • Depression
• Aggression

4. Abbau (Leistungsabfall)

In Wechselwirkung mit den oben angeführten Reaktionsweisen kommt es nun auch zu Leistungsabfällen. Der Abbau kann depressive Reaktionen und Angstreaktionen verstärken, was zu einem negativen Kreislauf führt.

Wahrnehmungsform: • Abnahme der kognitiven Leistungsfähigkeit
• Abnahme der Motivation
• Abnahme der Kreativität
• Entdifferenzierung (rigides Schwarzweißdenken)

5. Verflachung

Es kommt zu einer Verflachung des emotionalen, sozialen und geistigen Lebens. Dieser Verlust der Anteilnahme an der Umwelt schlechthin kann ebenfalls in einem Teufelskreis münden. Freunde ziehen sich zurück und die nachfolgende Einsamkeit macht alles noch aussichtsloser.

6. Psychosomatische Reaktionen

Parallel zu den Symptomen der Anfangsphase zeigen sich psychosomatische Symptome wie Schwächung der Immunreaktion, Unfähigkeit zur Entspannung in der Freizeit, Schlafstörungen, Alpträume, sexuelle Probleme, Herzklopfen, Engegefühl in der Brust, Atembeschwerden, beschleunigter Puls, erhöhter Blutdruck, Muskelverspannungen, Rückenschmerzen, Kopfschmerzen, nervöse Ticks, Verdauungsstörungen, Übelkeit, Magen-Darm-Geschwüre, Gewichtsveränderungen, veränderte Essgewohnheiten (öfter oder mehr essen, mehr Süßigkeiten), mehr Alkohol/Kaffee/Tabak/andere Drogen.

7. Verzweiflung (terminales Burnout)

Das temporäre Gefühl der Hilflosigkeit hat sich zu einem chronischen Gefühl der Hoffnungslosigkeit verdichtet. Das Leben hat seinen Sinn verloren. Selbstmordgedanken tauchen auf. Negative Einstellung zum Leben, Hoffnungslosigkeit, Gefühl der Sinnlosigkeit, Selbstmordabsichten.

▶ 2.6.2 Prävention und Bewältigung

- Die Ansatzpunkte liegen bei der betroffenen Person selbst und bei ihrer Umwelt, speziell ihrer Arbeitsumwelt. Es werden vom Arbeitgeber Evaluierungen zu psychischen Belastungen durchgeführt.
- Präventive Maßnahmen müssen sowohl von der betroffenen Person als auch vom gesamten Arbeitsteam gemeinsam als solche bewusst gemacht, angewendet und gelebt werden.
- Die Bereitschaft, emotionale Spannungen zu bearbeiten, die bestehenden Verhaltensmuster zu analysieren und gemeinsam zu verändern, dient nicht nur den zwischenmenschlichen Beziehungen, sondern ist auch eine wirksame Methode, die Burnout-Symptomatik zu beherrschen.
- Transparenz in den Aufgabenstellungen fördert nicht nur die Fähigkeit, sich abzugrenzen, sondern ermöglicht auch den Lernprozess, sich der eigenen Kompetenz bewusst zu werden.
- Die regelmäßigen Teambesprechungen dürfen nicht nur zur Übermittlung von Weisungen genutzt werden, die für jeden nachzulesen sind, sondern müssen Platz zur Bearbeitung personen- und teamspezifischer Themen bieten.
- Die Förderung und die Bereitschaft, an Fortbildungen teilzunehmen, tragen erheblich zur Berufszufriedenheit bei.
- Sich einzugestehen und auch zu akzeptieren, dass die Pausenzeiten und auch die Freizeit als Erholungszeiten anzuerkennen und wahrzunehmen sind, ist ein wesentlicher Punkt.

Burnout ist zwar relativ häufig, kann aber verhindert werden!

▶ 3. Hygiene und Haushalt

▶ 3.1 Allgemeine Hygienerichtlinien

Reinigung:

Die Reinigung dient der Entfernung von Schmutz und Staub. Das Ziel ist, sichtbare Sauberkeit zu erzielen. Da Mikroorganismen meist an Schmutz gebunden sind, lassen sich mit einer gründlichen Reinigung zwischen 50 und 80 % der Mikroorganismen entfernen. Eine sichere Elimination pathogener Mikroorganismen ist nur durch Reinigungsmaßnahmen allein nicht möglich.

Desinfektion:

Die Desinfektion ist die Abtötung bzw. Inaktivierung von pathogenen Mikroorganismen mit dem Ziel, Infektionen durch Gegenstände zu verhindern. Man unterscheidet physikalische (thermische) und chemische Desinfektionsverfahren, wobei bei Flächen- und Instrumentendesinfektion von einer ausreichenden Wirkung gesprochen werden kann, wenn die Keimzahl um 5 Zehnerpotenzen reduziert wird (d. h., von 100.000 Bakterien darf max. ein Bakterium überleben).

Sterilisation:

Sterilisation ist die Abtötung bzw. irreversible Inaktivierung aller vermehrungsfähigen Mikroorganismen. Die Aussage, dass ein Gegenstand frei von Keimen, also steril ist, ist jedoch nur mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit möglich. Sterilität ist durch die Wahrscheinlichkeit definiert, dass max. eines von einer Million Produkten einen vermehrungsfähigen Keim aufweist.

Im Folgenden werden die Desinfektionsmaßnahmen ausführlicher erläutert, die in der häuslichen Betreuung und Pflege primäre Bedeutung haben.

▶ 3.1.1 Allgemeines zur Desinfektion

Auswahl der Desinfektionsverfahren

Unter Beachtung des Zieles der beabsichtigten Desinfektion sollte das jeweils bestgeeignete Verfahren ausgewählt werden. Dabei richtet man sich nach dem Anwendungs- und dem Wirkungsbereich. Stets ist aber, wenn ein thermisches (durch Hitzeinwirkung) und ein chemisches Verfahren zur Verfügung stehen, dem thermischen Desinfektionsverfahren wegen der größeren Sicherheit der Vorzug zu geben.

Anwendungsgebiete

Für folgende Anwendungsgebiete gibt es unterschiedliche Desinfektionsverfahren:

- Hände, Haut, Schleimhaut
- Flächen
- Ausscheidungen, Abfälle
- Instrumente
- Geschirr
- Wäsche
- Hilfsmittel (z. B. Leibschüsseln)

Wirkungsbereiche von Desinfektionsmitteln

Der Wirkungsbereich gibt jene Gruppen von Mikroorganismen an, gegen die ein bestimmtes Desinfektionsverfahren wirksam ist. Entsprechend der Wirkung von Desinfektionsmitteln gegen Krankheitserreger werden vier Wirkungsbereiche unterschieden:

- Wirkungsbereich A: Abtötung von vegetativen bakteriellen Keimen (einschließlich Mykobakterien) sowie von Pilzen (einschließlich Pilzsporen)
- Wirkungsbereich B: Inaktivierung von Viren einschließlich Hepatitis B
- Wirkungsbereich C: Abtötung von Sporen des Erregers des Milzbrandes
- Wirkungsbereich D: Abtötung von Sporen der Erreger von Gasödem und Tetanus

Für die Praxis sind nur die Wirkungsbereiche A und B von Bedeutung.

Im häuslichen Bereich eingesetzte Desinfektionsmittel sollen folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Leichte Handhabung
- Kurze Einwirkzeit, da im häuslichen Bereich Desinfektionsmittel nur zur gezielten Desinfektion eingesetzt werden

- Geprüfte Wirksamkeit – Einsatz von begutachteten Produkten (Expertisenliste der ÖGHMP oder des VAH)
- Nicht belastend für Mensch und Umwelt

Dazu eignen sich vor allem Desinfektionsmittel auf Alkoholbasis. Hier ist zu beachten, dass diese Produkte noch häufig in Form von Sprühdessinfektionsmitteln angeboten werden. Aus heutiger Sicht ist der Einsatz eines Sprühdessinfektionsmittels sehr begrenzt sinnvoll.

Sprühdessinfektion:

- Belastet Mensch und Umwelt.
- Entbindet nicht vom nachfolgenden Wischen, da Sprühen alleine die Wirkung nicht sicherstellt.
- Ist bei der gezielten Desinfektion kontraindiziert, da durch Sprühen Keime aufgewirbelt werden.

Zu beachten bei Anwendung von Desinfektionsmitteln auf Alkoholbasis:

- Einsatz nur kleinflächig.
- Richtige Lagerung – Flammpunkt beachten (Brand- und Explosionsgefahr).
- Hantieren mit Handschuhen.
- Beim Einsatz im Lebensmittelbereich ist vor der Wiederverwendung von Flächen, die mit Wasser in Berührung kommen, nach erfolgter Einwirkzeit eine Spülung mit Trinkwasser vorzunehmen (z. B. nach Vorbereitung von Geflügel).
- Alkoholische Flächendesinfektionsmittel nur auf trockenen Flächen aufbringen, da ansonsten ein Verdünnungseffekt auftritt und die Wirkung nicht sichergestellt ist.
- Sprühen nur dann, wenn Wischtechnik nicht möglich (z. B. in Fugen und Ritzen), ein Besprühen von Matratzen ist obsolet!

Ist bei der Klientin/dem Klienten nach einer infektiösen Erkrankung eine laufende bzw. eine Schlussdesinfektion durchzuführen, kann ein wässriges Desinfektionsmittel mit entsprechendem Wirkungsumfang eingesetzt werden. Zu beachten sind die Zubereitung und die Einhaltung der Einwirkzeit nach Herstellerangaben.

Im Stützpunkt selbst kommen vorwiegend wässrige Desinfektionsmittel zum Einsatz (Flächendesinfektionsmittel für die tägliche Abschlussdesinfektion sowie ein Instrumentendesinfektionsmittel). Ein Reinigungs- und Desinfektionsplan sollte als Arbeitsanleitung die notwendigen Maßnahmen festhalten sowie Informationen über Anwendung, Zubereitung, Konzentration und Einwirkzeit enthalten.

Sachgemäße Anwendung von Desinfektionsmitteln

Für den richtigen Umgang mit Desinfektionsmitteln sind folgende Punkte zu beachten:

- Richtige Dosierung (Messbecher, Pumpe, Dosiergerät, Dosiertabellen).
- Keine Schussmethode!
- Kein heißes Wasser verwenden (maximal 25 Grad Celsius)!
- Schutzhandschuhe verwenden (bei Umgang mit Konzentraten Schutzbrille).
- Für ausreichende Lüftung sorgen.
- Das für den jeweiligen Zweck passende Präparat verwenden.
- Bei der Zubereitung zuerst Wasser bereitstellen, dann Konzentrat hinzufügen.
- Desinfektionslösungsbehälter als solchen beschriften (nur für diesen Verwendungszweck).
- Putzutensilien (Tücher, Mopps etc.) regelmäßig wechseln und einer thermischen Desinfektion unterziehen (Waschmaschine 90 °C).
- Desinfektionslösungen regelmäßig wechseln – in Abhängigkeit von der Schmutzbelastung (Eiweißfehler).
- Kein Zusatz von Reinigern zu Desinfektionslösungen (Seifenfehler).

Eiweiß- und Seifenfehler

Eiweißfehler

Durch alle Substanzen, die Eiweißstoffe enthalten, kann eine Wirkungsminderung von Desinfektionswirkstoffen hervorgerufen werden. Im Anwendungsbereich der häuslichen Pflege finden wir solche Eiweißstoffe z. B. im Blut, in Sekreten, im Eiter und in Ausscheidungen sowie in Nahrungsmitteln (Fleisch, Wurst, Ei etc.).

Seifenfehler

Durch den Zusatz von Reinigungsmitteln kann ein Desinfektionsmittel unwirksam werden. Für eine kombinierte Reinigung und Desinfektion dürfen deshalb nur aufeinander abgestimmte Präparate, die auf ihre Verträglichkeit hin geprüft wurden, eingesetzt werden.

► 3.1.2 Anwendungsgebiete der Desinfektion und Reinigung

Hände (siehe Händehygiene)

Hautantiseptik

Unter Hautdesinfektion ist die Elimination bzw. weitgehende Reduzierung der transienten (kontaktresidenten) und standortresistenten Hautflora zu verstehen. Es soll so verhindert werden, dass beim invasiven Durchdringen der Haut (z. B. Einschnitt, Einstich etc.) infektiöse Erreger von der Haut in tiefere Gewebeabschnitte verlagert werden und dort Infektionen verursachen.

Indikation

Z. B. subkutane, intrakutane, intramuskuläre und intravenöse Injektionen, venöse und kapillare Blutentnahme.

Vorgehen

Mit Hautantiseptikum satt benetzen, mit Tupfer wischdesinfizieren und je nach Eingriff und nach Herstellerangaben einwirken lassen. Keine Nachpalpation!

Schleimhautantiseptik

Unter Schleimhautdesinfektion versteht man die Reduktion der physiologischen mikrobiellen Schleimhautflora sowie der Besiedelung mit Infektionserregern. Es soll verhindert werden, dass beim Durchdringen der Schleimhaut (Einschnitt, Einstich etc.) infektiöse Erreger von der Schleimhaut in tiefere Gewebeabschnitte verlagert werden und dort Infektionen verursachen.

Indikation

Z. B. im Nasen-Rachen-Raum zur Mundhygiene, im Urogenitalbereich vor dem Legen eines Blasenkatheters.

Vorgehen

Anwendung und Einwirkzeiten nach Produktbeschreibung.

Flächen

Der Stellenwert von Flächenreinigung und -desinfektion als infektiösverhütende Maßnahme ist nicht ohne Weiteres festzulegen. Die ungezielte (d. h. routinemäßige) Anwendung von Desinfektionsmitteln verursacht nur Kosten und ein falsches Gefühl der Sicherheit.

Außer Streit steht zweifellos die Notwendigkeit einer gründlichen und regelmäßigen Reinigung. Schon allein aus fachlichen Gründen wird dies niemand ernsthaft in Frage stellen. Die Reinigung bedingt aber keine Abtötung der Mikroorganismen und kann somit deren Verschleppung nicht mit Sicherheit unterbinden. Wird eine Abtötung unerwünschter pathogener Keime auf Flächen angestrebt, so ist eine exakt durchgeführte Flächendesinfektion erforderlich.

Die Entscheidung, ob lediglich eine Reinigung oder eine Desinfektion mit gleichzeitiger oder anschließender Reinigung durchzuführen ist, wird also davon abhängen, um welche Flächen (klientinnen-/klientennahe oder -ferne) und Grundgegebenheiten des Ausscheidungsweges es sich handelt (z. B. infektiöse Erkrankungen unter Beachtung des Infektionsweges).

Es ist zu unterscheiden zwischen:

- allgemeiner desinfizierender Reinigung
- gezielter Flächendesinfektion
- Reinigung ohne Desinfektionsmittel

Gezielte Flächendesinfektion und allgemeine desinfizierende Reinigungen im häuslichen Bereich sollen nur im Zusammenhang mit therapeutisch-diagnostischen Verrichtungen und kontaminativen Verschmutzungen von Flächen und Gegenständen durchgeführt werden.

Wichtige Hinweise:

Bei der Flächendesinfektion muss grundsätzlich das Desinfektionsmittel auf die Fläche aufgebracht und mechanisch verteilt werden (sog. Scheuer- und/oder Wischdesinfektion), damit eine flächendeckende Einwirkung des Desinfektionsmittels gewährleistet ist.

Alleiniges Aufsprühen des Desinfektionsmittels verfehlt den Zweck, belastet die Umwelt und die Gesundheit der Klientinnen/Klienten und Dienstleisterinnen/Dienstleister. Sprühdesinfektionen sind obsolet bei Beseitigungen von sichtbaren Kontaminationen wie z. B. Blut oder Stuhl (Umgebungscontaminationen durch Sprühen). Sprühdesinfektionen sollten nicht mehr durchgeführt werden!

Allgemeine desinfizierende Reinigung

Darunter versteht man die regelmäßige Behandlung von Flächen mit Flächendesinfektionsmitteln im Rahmen einer allgemeinen Infektionsprophylaxe. Da im häuslichen Bereich vornehmlich mit den üblichen Reinigungsmaßnahmen eine offenbar ausreichende Keimreduktion gegeben ist, kann auf die laufende Desinfektion grundsätzlich verzichtet werden.

Zu überdenken ist eine laufende Desinfektion bei exponierten Räumlichkeiten wie Bad, Toilette und Küche, wenn aufgrund der Art einer Erkrankung auch von der üblichen Keimbesiedelung ein Gesundheitsrisiko ausgehen kann (Immunsuppression, Hepatitis).

Vorgehen

In Abhängigkeit von der zu desinfizierenden Fläche (Material, Größe, Oberflächenbeschaffenheit etc.) sind verschiedene Arbeitstechniken anzuwenden (z. B. Eimer mit Putzlappen, Mopp, Maschine etc). Unabhängig von der Arbeitstechnik sind die folgenden Punkte unbedingt einzuhalten:

- Schutzhandschuhe (Haushaltshandschuhe/Einmalhandschuhe) anziehen.
- Fläche mit Desinfektionsmittel vollständig benetzen.
- Überschüssiges Desinfektionsmittel aufnehmen – Restfeuchte auf der Fläche belassen.
- Auf keinen Fall trocken nachreiben.

Zu beachten

Desinfektionsmittel-Lösungen verlieren an Wirksamkeit, wenn sie verschmutzen (Eiweißfehler). Um dies zu vermeiden, müssen diese Lösungen je nach Verschmutzungsgrad regelmäßig erneuert werden.

Außerdem darf das Desinfektionsmittel nur mit gereinigten (bevorzugt thermische Aufbereitung) oder frischen, sauberen Lappen, Tüchern, Mopps o. Ä. aus den Behältern (z. B. Eimer) entnommen und verteilt werden. Lappen etc. sind je nach Verschmutzungsgrad regelmäßig zu erneuern.

Eine Mischung von Desinfektionsmitteln mit Reinigern ist grundsätzlich nicht zulässig (Seifenfehler). Hierbei können giftige Dämpfe entstehen, und gleichzeitig kann die desinfizierende Wirkung beeinträchtigt werden.

Liegen keine größeren, sichtbaren Kontaminationen vor, kann unabhängig von der Art der Erreger (d. h. auch bei meldepflichtigen Infektionskrankheiten) für die Desinfektion von Flächen auf Konzentrationen zurückgegriffen werden, die gemäß dem Expertenverzeichnis der ÖGHMP oder des VAH anzuwenden sind. Für die Auswahl und Bereitstellung der Desinfektionsmittel ist die Pflegedienstleitung ggf. in Zusammenarbeit mit der Hygienebeauftragten verantwortlich. Im Zweifelsfall ist mit einem Hygiene-Institut Rücksprache zu halten.

Gezielte Flächendesinfektion

Darunter ist die Behandlung von Flächen mit Desinfektionsmitteln zu verstehen:

- Bei sichtbarer Kontamination (z. B. Verschmutzung mit Blut, Sekreten, Ausscheidungen).
- Nach Tätigkeiten, die auch ohne sichtbare Verschmutzung mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Kontaminationen führen (z. B. Arbeitsflächen nach septischem Verbandwechsel). Es soll verhindert werden, dass Infektionserreger von kontaminierten Flächen auf Angehörige, Dienstleisterinnen/Dienstleister oder Gegenstände übertragen werden.

Vorgehen

- Schutzhandschuhe (Haushaltshandschuhe/Einmalhandschuhe) anziehen.
- Sichtbare Verschmutzungen z. B. mit Küchenrolle aufnehmen.
- Sofortiges Entsorgen der Schutzhandschuhe und der Küchenrolle.
- Frische Schutzhandschuhe anziehen.
- Fläche mit Desinfektionsmittel vollständig benetzen. Nicht sprühen!
- Abwischen mit Küchenrolle o. Ä. Dabei überschüssiges Desinfektionsmittel aufnehmen.
- Restfeuchte auf der Fläche belassen – auf keinen Fall trocken reiben.

Zu beachten

Bei der gezielten Flächendesinfektion ist wegen der angestrebten schnellen Wirkung ein Flächendesinfektionsmittel auf Alkoholbasis günstiger.

Dabei ist zwecks Vermeidung von Brand- und Explosionsgefahren und um die Raumluftbelastung gering zu halten, die Anwendung auf kleine Flächen zu beschränken.

Bei Verwendung von Mitteln auf Basis anderer Wirkstoffe (Glucoprotamine, Biguanide) ist die Einhaltung der Einwirkzeit ohne zwischenzeitliche Nutzung sicherzustellen.

Reinigung ohne Desinfektionsmittel

Hierunter wird die regelmäßige Feuchtreinigung von Flächen ohne Einsatz von Desinfektionsmitteln in Bereichen mit geringem Infektionsrisiko verstanden. Es sollen Staub und Schmutz in Bereichen mit geringem Infektionsrisiko durch Reinigung entfernt werden. Bevorzugte Methode für den häuslichen Bereich.

Vorgehen

Nach Möglichkeiten und Gewohnheiten der Klientin/des Klienten.

Zu beachten

Jedes Reinigungsverfahren soll staubbindend erfolgen, trockene Reinigungsverfahren (Besen, Staublappen etc.) sind auch im häuslichen Bereich nicht als günstig einzustufen. Der Zusatz von handelsüblichen Reinigungsmitteln erhöht die Effektivität und ergibt durchaus eine Zeitersparnis.

Spezielle Anwendungsbereiche

Arbeitsgerätschaften

Pflegekoffer und Arbeitsflächen zur Medikamentenzubereitung bei der Klientin/dem Klienten sollten regelmäßig gereinigt und ggf. desinfiziert werden. Wegen der kurzen Einwirkzeit haben alkoholische Schnelldesinfektionsmittel einen Vorteil.

Bett

In der Regel ist eine Reinigung der Einrichtungsgegenstände (und der Betten) im Wohnbereich ausreichend. Ausnahmen sind nur bei Klientinnen/Klienten mit infektiösen Erkrankungen (z. B. Durchfallerkrankungen) zu machen. Wenn nötig, ist eine Wischdesinfektion durchzuführen.

Sanitärbereich

Auch der Sanitärbereich wird in der Regel durch eine routinemäßige Reinigung ausreichend hygienisch versorgt. Waschbecken und Badewannen sollten regelmäßig gereinigt werden.

Böden

Böden im Wohnbereich brauchen in der Regel nicht desinfiziert zu werden. Im Allgemeinen reicht eine hygienisch einwandfreie Reinigung aus.

Verschiedene Reinigungsverfahren

Trockenreinigung

Kehrbesen oder Kehrmaschinen sind für den häuslichen Bereich grundsätzlich nicht bedenklich. Sie sind jedoch aufgrund der Staubaufwirbelung bei Atmungsproblemen abzulehnen.

Feuchtreinigung

Bei diesem Verfahren wird die laufende Reinigung mit nebelfeuchten Wischern aus Baumwolle oder synthetischen Fasern durchgeführt. Diese Reinigungsmethode hat viele Vorteile:

- Einfache Handhabung
- Große Flächenleistung
- Geringe Sachkosten

Nassreinigung

Dabei sind maschinelle und manuelle Verfahren zu unterscheiden. Nassreinigung wird dort angewandt, wo stärkere Verschmutzungen auftreten, vor allem im Sanitärbereich.

Instrumente

Instrumentenaufbereitung impliziert die Elimination bzw. weitgehende Reduktion unerwünschter Mikroorganismen an Oberflächen und in Hohlräumen von Instrumenten, die in direktem oder indirektem Klientinnen-/Klientenkontakt standen, nach einem validierten, reproduzierbaren Verfahren (lt. Medizinproduktegesetz, ansonsten geht die Produkthaftung auf die Anwenderin/den Anwender über). Hiervon ist gebrauchtes Einmalmaterial ausgeschlossen. Es ist daher dem Einsatz von Einmalmaterialien zur einmaligen Anwendung im häuslichen Bereich der Vorzug zu geben.

Wäsche

Grundlegende Hygieneregeln bei der Wäscheaufbereitung sind zu beachten:

- Kein Kontakt zwischen Schmutzwäsche und sauberer Wäsche
- Persönliche Hygiene
- Händehygiene
- Sauberer Aufbewahrungsort für die Reinwäsche

Bettausstattung

Matratze

Bei der Neuanschaffung von Matratzen ist abzuklären, ob eine sachgemäße Durchführung der Reinigung und Desinfektion von Matratzen erfolgen kann. Das ist insbesondere notwendig, wenn keine Matratzenschonbezüge verwendet werden können (z. B. bei Würfelkernmatratzen).

Matratzenschonbezüge

Der Einsatz von Matratzenschonbezügen ist aus hygienischen sowie wirtschaftlichen Aspekten angezeigt. Matratzenschonbezüge sollen waschbar bzw. desinfizierbar, flüssigkeitsdicht und vorzugsweise atmungsaktiv sein.

Tuchent, Einziehdecken und Pölster

Bei einer Neuanschaffung ist auf die hygienische und wirtschaftliche Zweckmäßigkeit zu achten.

Einziehdecken und Pölster sollen aus waschbaren bzw. chemikalienfesten Materialien bestehen. Werden Einziehdecken und Pölster mit Federfüllung verwendet, so ist die Reinigung erfahrungsgemäß als problematisch einzuschätzen. Eine Verwendung solcher Produkte ist jedoch im häuslichen Bereich als unbedenklich zu betrachten.

Bei Bedarf können auch für Pölster entsprechende Schonbezüge verwendet werden.

Leibschüsseln und Harnflaschen

Die manuelle Reinigung und Desinfektion ist mit einer Kontaminationsgefahr für die aufbereitende Person und die Umgebung verbunden. Es sind daher entsprechende Vorkehrungen und Maßnahmen zu ergreifen (Einmalhandschuhe, Einmalschürze, Gestaltung des Reinigungsortes).

Reinigungs- und Desinfektionsmittel und -geräte

Lagerung

Reinigungs- und Desinfektionsmittel sind an einem sicheren Ort (für Kinder unerschwinglich), in kleinen Mengen und getrennt von Medikamenten und Lebensmitteln aufzubewahren. Bei gefährlichen Produkten (Kennzeichnung mittels Gefahrensymbolen giftig, gesundheitsschädlich, ätzend, leicht entzündlich – bzw. mittels Gefahrenklassen und -kategorien [Achtung = neue Kennzeichnung]) sollen Informationen über R-Sätze und S-Sätze bzw. H-Sätze und P-Sätze (gemäß der neuen Kennzeichnung nach dem Globally Harmonized System [GHS]) verfügbar sein. Bei Lagerung und Umgang sind die Herstellerangaben und Sicherheitsdatenblätter zu beachten.

Behandlung der Reinigungs- und Desinfektionsutensilien

Während der Reinigung und Desinfektion kommt es zu einer Kontamination der Wischtücher und Mopps. Nicht desinfizierte Wischtücher und Mopps oder Bürsten können also durchaus bedeutsame Keimträger darstellen. Keime können durch diese selbst, aber auch durch die Hände verbreitet werden.

Nach Gebrauch müssen deshalb die Wischtücher und Mopps entsprechend aufbereitet werden. Durch Auskochen oder Waschen in Waschmaschinen bei 90 Grad Celsius kann eine sichere Aufbereitung gewährleistet werden.

Alle Utensilien sollen, sofern sie nicht sofort wieder verwendet werden, getrocknet und trocken aufbewahrt werden.

Wechsel des Desinfektionspräparats

Der routinemäßige Wechsel von Desinfektionspräparaten ist nicht erforderlich. Die Entwicklung einer Resistenz gegenüber den üblichen Desinfektionswirkstoffen wird unter Praxisbedingungen nicht beobachtet. Für die Auswahl der Desinfektionsmittel ist die Pflegedienstleitung und/oder in Zusammenarbeit mit der Hygienebeauftragten verantwortlich.

Kriterien für den Wechsel des Desinfektionsmittels

- Unverträglichkeiten
- Materialunverträglichkeit
- Geruchsprobleme
- Umwelthygienische Bedenklichkeit
- Preis-Leistungs-Verhältnis

► 3.2 Reinigungs- und Desinfektionsplan

Da im häuslichen Bereich von keiner potenziellen Gefahr durch bekannte Hospitalismuskkeime auszugehen ist, wird der Einsatz einer gezielten systematischen Desinfektion genau zu bestimmen sein; und sie wird nur äußerst selten zur Anwendung kommen.

Dennoch kann für den Einzelfall die folgende Vorgangsweise überlegt werden:

Voraussetzung für eine effiziente Reinigung und Desinfektion ist eine entsprechende Organisation, die einen Ablauf nach hygienischen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten ermöglicht.

Empfehlung für die Vorgangsweise bei der Erstellung eines Reinigungs- und Desinfektionsplans (z. B. für einen Stützpunkt)

- Rücksprache mit den pflegenden Angehörigen
- Rücksprache mit einer Hygienefachkraft, einem/r Hygieniker/in bzw. einem Hygiene-Institut (Wirkstoffgruppe, Keimspektrum etc.)
- Einbeziehung aller ausführenden Personen (Materialverträglichkeit, Reizungen) – Testphase durchführen
- Kosten und Nutzen bestimmen
- Erstellung des Plans
- Probelauf
- Rückmeldungen erfassen und ggf. Korrektur
- Freigabe und Inkraftsetzung durch die Leitung

Wesentlich für die Befolgung der Pläne erscheint die Festlegung von Zuständigkeiten und Kompetenzen. Auf eine ständige Aktualisierung bzgl. Änderungen und Ergänzungen ist zu achten.

Wichtige Reinigungs- und Desinfektionsaufgaben sollten in geeigneter Form (Durchführungsnachweisen) dokumentiert werden. Hierfür haben sich einfache Listen bewährt, in denen neben Datum und Uhrzeit die Durchführung mittels Handzeichen bestätigt wird (siehe Modul Checkliste).

***Die Dokumentation gilt als Arbeitsnachweis.
Die Dokumentation garantiert geordnete Arbeitsabläufe.
Die Dokumentation dient der Schwachstellenanalyse.***

► 3.3 Sterilisation

Auf dem Gebiet der Sterilisation hat sich in den letzten Jahren sehr viel Neues ergeben. Es sind eine Reihe von neuen (europäischen) Normen in Kraft getreten, die sich u. a. mit den Sterilisatoren befassen, andererseits deren Zubehör sowie die Prüfung von Sterilisierverfahren und schließlich die Validierung regeln. Nicht zuletzt ist das Medizinproduktegesetz von 1997 (MPG) in Kraft getreten, das für Einrichtungen des Gesundheitswesens die Validierung von Reinigungs-, Desinfektions- und Sterilisationsverfahren vorschreibt.

Demzufolge ist die Sterilisation im häuslichen Bereich sozusagen mit einem Ablaufdatum versehen, da es in Anbetracht der in der Regel begrenzten Anzahl der steril zur Anwendung kommenden Instrumente wirtschaftlich nicht vertretbar erscheint, die oben genannten gesetzlichen und normativen Anforderungen zu erfüllen, sodass es in Hinkunft ratsam erscheint, sterile Einmalprodukte zu verwenden.

Eine Möglichkeit, Mehrweginstrumente einem validierten Verfahren zu unterziehen, besteht darin, Vereinbarungen mit validierten, zertifizierten Sterilisationseinheiten bzgl. der Aufbereitung zu treffen (z. B. Krankenhäuser).

▶ 3.4 Reinigungsmittel

Der Verbraucherin/dem Verbraucher wird heute eine unüberschaubare Vielfalt an Pflege- und Reinigungsmitteln angeboten. Die Palette reicht vom Backofenspray über Mülleimerdeos bis zum Desinfektionsreiniger. Fast alle Reinigungsmittel gelangen nach ihrem Gebrauch ins Abwasser und belasten Kläranlagen und Wasserreinigung.

Einige Reinigungsmittel enthalten aktive Chlorverbindungen (wie z. B. Sanitärreiniger) und tragen zur Belastung des Abwassers bei. Wieder andere wirken korrosiv auf Materialien (z. B. Rohrreiniger). Gefahren gehen auch von lösemittelhaltigen Produkten wie Fleckentfernern und Bodenbehandlungsmitteln aus.

Nur ein kleiner Teil der auf dem Markt angebotenen Reinigungsmittel ist wirklich nötig. Praktisch alle haushaltsüblichen Reinigungsvorgänge lassen sich mit Seife, einem milden Allzweckreiniger, Scheuermitteln, Spülmitteln sowie Essig und Alkohol auf preiswerte und relativ umweltschonende Weise erledigen.

Allzweckreiniger sind flüssige Universalreiniger für wasserbeständige Oberflächen.

Neutralreiniger sind auch für empfindliche Oberflächen geeignet, während andere einen pH-Wert bis 10 und darüber aufweisen können. Dazu gehören Salmiakreiniger, deren Ammoniumgehalt aber zu einer unerwünschten Abwasserbelastung führt. Erwähnt werden sollten noch die leicht sauren Allzweckreiniger auf Essigbasis (**Essigreiniger**) die aber nur für säurebeständige Materialien geeignet sind. Ihr Einsatzgebiet sind vor allem der Sanitärbereich und die Küche, wo mineralische Ablagerungen (Kalk) beseitigt werden müssen (**Sanitärreiniger**).

Alkoholreiniger eignen sich insbesondere für glänzende Flächen.

Seifenreiniger schließlich empfehlen sich überall dort, wo neben der Reinigungsleistung auch Pflegeeigenschaften verlangt werden. Der Seifenanteil sorgt nämlich für die Ausbildung eines dünnen, antistatischen Filmes, der insbesondere in der Fußbodenpflege erwünscht ist. Seifenreiniger stellen deshalb eine empfehlenswerte Alternative zu wachshaltigen Bodenbehandlungsmitteln dar, weil letztere häufig zum Aufbau stark haftender Pflegeschichten führen, die nur noch mit aggressiven und umweltbelastenden Grundreinigern entfernt werden können.

Moderne Allzweckreiniger für den Haushaltsbereich enthalten in der Regel keine stark umweltbelastenden Komponenten mehr. Da Allzweckreiniger heute zunehmend schnell und vollständig abgebaut werden können, gehört dieser Produkttyp zu den weniger umweltbelastenden Reinigungsmitteln, vorausgesetzt, die zu beseitigende Verschmutzung ist nicht mechanisch oder allein mit Wasser entfernbar, es werden Konzentrate eingesetzt und diese nicht überdosiert.

Grundreiniger sind aggressive Spezialreiniger für Fußböden zur Entfernung stark haftender, angesetzter Pflegefilme.

Grundreiniger stellen auch wegen ihrer konzentrierten Anwendung eine erhebliche Abwasserbelastung dar. Sie sollten grundsätzlich vermieden werden, was durch Anwendung von Seifenreinigern ohne Weiteres umzusetzen ist.

Spülmittel stellen die mengenmäßig bedeutendste Produktgruppe unter den Reinigungsmitteln dar.

Sie dienen zum Reinigen von Geschirr in Haushalt und Gewerbe. Es sind zwei Arten zu unterscheiden, nämlich Hand- und Maschinenspülmittel, die völlig unterschiedlich aufgebaut und auch nicht austauschbar sind.

Hand-Spülmittel sind im Vergleich zu Allzweckreinigern relativ konzentrierte Lösungen, die vor allem Fett ablösen und in der Spülflotte stabilisieren sollen. Sie sind schaumstark und müssen entsprechend ihrem häufigen Gebrauch möglichst hautverträglich sein. Z. T. werden spezielle Hautschutzkomponenten zugesetzt. Außerdem soll ein guter Klartrocknungseffekt vorliegen.

Maschinen-Spülmittel: Die intensive Flottenbewegung der Spülmaschine verlangt extrem schaumarme Tenside. Diese Eigenschaft mit ausreichender biologischer Abbaubarkeit zu verbinden war lange Zeit ein großes Problem. Basis von Maschinen-Spülmitteln sind Bleichmittel. Die Produkte reagieren meist stark alkalisch (pH-Wert über 12) und wirken dadurch ätzend auf der Haut. Maschinen-Spülmittel sind trotz der heftigen Diskussion um das Phosphat der letzte große Einsatzbereich für diesen umweltbelastenden Stoff. Maschinen-Spülmittel werden meist als Pulver, aber auch in flüssiger Form angeboten. Sie sind im

Gegensatz zu den Hand-Spülmitteln aufgrund ihres Phosphat- und Chlorgehaltes stark umweltbelastend. Es ist daher phosphat- und chlorfreien Produkten der Vorzug zu geben. Hinzu kommt, dass beim Maschinenspülen ein zusätzliches Produkt, nämlich der Klarspüler, notwendig wird.

Alkalische Sanitärreiniger:

Reinigungsmitteltyp speziell für Sanitärbereich, Fliesen und Armaturen, der sowohl anorganische Ablagerungen und Urinstein als auch fettartige Rückstände von Seifen und Kosmetika entfernt.

Da mit den alkalischen Sanitärreinigern Kalkablagerungen nicht entfernt werden können, ist die Gefahr groß, dass bei unbefriedigendem Reinigungserfolg nachfolgend saure Sanitärreiniger zur Anwendung kommen und sich spontan Chlorgas bildet. Aus den gleichen Gründen wie bei den flüssigen Rohrreinigern muss daher von alkalischen Sanitärreinigern dringend abgeraten werden.

Seife:

Seife ist die mit Abstand älteste von Menschen hergestellte waschaktive Substanz. Seife wird seit etwa 5.000 Jahren aus natürlichen Fetten und Ölen durch Sieden mit Alkalien, heutzutage meist Natron- und Kalilauge, hergestellt.

Seifen sind Salze der Fettsäuren, wobei die Natriumseifen fest sind (Kernseife) und als Haushalts- und Feinseife sowie Seifenspäne oder -flocken vielfältigen Einsatz finden. Die Kaliseifen sind pastös (Schmierseife) bis flüssig (Flüssigseife) und werden vor allem für Haushaltsreinigungsmittel und Rasierseife verwendet. Während die Seifen vom Kokos- und Palmkernöltyp hohe Waschkraft, Anschäumvermögen und Löslichkeit selbst in kaltem Salzwasser zeigen, allerdings auch relativ aggressiv gegenüber der Haut sind, lösen sich Talgseifen erst beim Erwärmen schnell, sind sehr empfindlich gegenüber der Wasserhärte, aber gut hautverträglich. Deshalb werden je nach Anwendungszweck die Seifeneigenschaften durch Verschneiden verschiedener Fettrohstoffe optimiert. Seifen haben insbesondere gegenüber Textilien eine gute Reinigungskraft. Seifenwaschmittel werden bevorzugt als Baukastenwaschmittel angeboten. Die Seifenanwendung erzeugt typischerweise einen feinen Film auf den benetzten Materialien. Dies ist auf glatten, glänzenden Flächen (Kacheln, Fenstern, Geschirr) unerwünscht, aber durchaus vorteilhaft auf der Faser und für Böden. In ersterem Fall wird dem Textil ein angenehmer Griff verliehen, der Weichspüler überflüssig macht. Bei der Bodenreinigung ersetzt der Seifenfilm spezielle Bodenpflegemittel auf Kunstharz- und Wachsbasis.

Seifenbehandelte Bodenbeläge sind trittsicher, antistatisch und lassen sich bei Anschmutzung leicht reinigen.

Konsequenterweise werden jetzt die ersten Seifenprodukte angeboten, die mit Fetten und Ölen aus dem ökologischen Landbau hergestellt werden.

Scheuermittel:

Untergruppe der Reinigungsmittel, deren entscheidendes Prinzip abrasiv wirkende Gesteinsmehle (Quarz, Marmor, Kieselgut, Tonerde etc.) sind, sodass sie überwiegend als Hilfsmittel für eine mechanische Reinigung eingesetzt werden. Wichtig für die Materialverträglichkeit der Scheuermittel sind Größe und Härte der Partikel. So sollte beispielsweise für empfindliches Messing nur ein weiches Scheuermittel auf Basis von Marmor o. Ä. benutzt werden.

Scheuermittel werden sowohl in fester Form (Scheuerpulver) als auch als wässrige Scheuermilch angeboten. Die Übergänge zu den Putzmitteln sind fließend.

Insgesamt stellen Scheuermittel in der Regel empfehlenswerte Produkte dar, die hohe Reinigungsleistung mit einem geringen Chemikalienaufwand erzielen. Ganz ohne direkte Abwasserbelastung kommen Scheuerschwämmchen (Pads), Stahlwolle etc. aus. Der Absatz von Scheuermitteln entwickelt sich immer mehr zugunsten des Typs Scheuermilch, weil dieser meist weichere Abrasivstoffe enthält.

Putzmittel:

Zum Putzen harter Oberflächen aus Metall oder Keramik. Sie enthalten als wesentliche Wirkstoffe fein gemahlene Mineralien (Quarz, Kreide ...) zur mechanischen Schmutzentfernung. Problematisch sind Lösemittelanteile und speziell bei Silber-Putzmitteln der enthaltene giftige Wirkstoff Thioharnstoff. Insbesondere Metalle wie Messing, Aluminium, Silber, Kupfer und Zinn lassen sich dagegen rein mechanisch und umweltfreundlich mit feiner Stahlwolle (Stärke 00 oder 000) polieren. Lösemittelfreie Scheuermittel sind empfehlenswerte Alternativen.

Rohrreiniger:

Rohrreiniger sollen Verstopfungen im Abflussbereich, die sich aus Kalkseifen, Fett, Haaren und Speiseresten aufbauen können, verhindern bzw. bereits entstandene wieder beseitigen.

Dazu wird sehr aggressive Chemie eingesetzt. Es gibt zwei Anwendungsformen:

Rohrreiniger-Granulate: Die hoch alkalische Substanz verseift Fette und greift Haare etc. an. Außerdem löst sie das ebenfalls enthaltene metallische Aluminium unter starker Wärmeentwicklung und Bildung von Wasserstoffgas. Die Gasproduktion soll den Schmutz lockern helfen. Da Wasserstoff mit Luft das entzündliche Knallgas bilden kann, wird noch Nitrat zugesetzt, das den Wasserstoff unter Bildung von Ammoniak abfängt.

Flüssige Rohrreiniger: Diese sind ebenfalls hoch alkalisch, enthalten daneben noch Tenside und Chlorbleichlauge, wobei Letzteres insbesondere gegen Haarverstopfungen wirkt.

Von beiden Varianten muss dringend abgeraten werden. Sie sind aufgrund ihrer ätzenden Natur gefährlich für die Anwenderin/den Anwender und korrodieren die verschiedensten Materialien. Bei den chlorhaltigen Varianten besteht bei falscher Anwendung zusammen mit WC-Reinigern die Gefahr spontaner Bildung von Chlor-Gas. Hinzu kommt die Belastung des Abwassers als weiterer Nachteil.

Seit kurzem werden Rohrreiniger auf Enzym-Basis angeboten. Hier ist das unmittelbare Gefährdungspotenzial sicherlich geringer, das ändert jedoch nichts an der Tatsache, dass Rohrverstopfungen wirksamer, preiswerter und umweltschonender mit mechanischen Methoden wie Saugglocke und Spirale behoben werden können.

Spiritus (lateinisch: Lufthauch, Atem, Geist, Sinn):

Spiritus ist vergällter (Ethyl)alkohol, der für den Genuss unbrauchbar gemachtem mehr als 90%igem Ethanol besteht.

Vergällungsmittel werden Waren zugesetzt, um diese aus steuerrechtlichen Gründen als Lebensmittel oder Genussmittel unbrauchbar zu machen (z. B. bei Ethanol, wenn dieser als Spiritus oder Lösemittel gebraucht werden soll, oder bei Streusalz bzw. Streumitteln).

Vergällungsmittel verderben oft nicht nur den Geschmack einer Ware, sondern sind für den Menschen zum Teil auch giftig. Z. B. wird manchen Parfümalkoholen das giftige Diethylphtalat zugesetzt. Zahlreiche Lebensmittelvergiftungen, die 1981 in Spanien auftraten, wurden auf mit vergälltem Rapsöl verfälschtes Olivenöl zurückgeführt.

Waschmittel:

Zur Säuberung von Textilien im wässrigen Medium bestimmte, komplex zusammengesetzte Wirkstoffgemische, die immer Tenside, meist auch Gerüststoffe, Bleichmittel etc. enthalten. Es werden Waschmittel für den Privathaushalt und das Gewerbe hergestellt.

Die vorherrschende Praxis ist, die Wäsche in der privaten Trommelwaschmaschine zu waschen. In der Trommelwaschmaschine können nur schaumarm eingestellte Rezepturen Verwendung finden, da andernfalls der mechanische Wascheffekt gestört wird. Dazu werden meist spezielle Schauminhibitoren (langkettige Seifen bzw. Silikonöle) eingesetzt. Einzig in den Wollwaschmitteln, die allein auch noch Bedeutung für die Handwäsche haben, kann darauf verzichtet werden, da bei Wolle und anderen sehr empfindlichen Textilien die Dämpfung der Waschmechanik durch den Schaum eher erwünscht ist.

Grundsätzlich werden bei Waschmitteln **Universal- und Spezialwaschmittel** unterschieden. Zu ersteren zählt man pulverförmige und flüssige Vollwaschmittel, wobei der Oberbegriff Universalwaschmittel verdeutlichen soll, dass diese Waschmittel für alle Textilien, Temperaturen und Waschverhalten geeignet seien. Entsprechend beherrschen auch diese Produkttypen bei Weitem den Waschmittelmarkt. Der Anteil gewerblicher Waschmittel ist dabei vergleichsweise gering.

Der **Universalanspruch** muss jedoch infrage gestellt werden. So weist die Rahmenrezeptur die Vollwaschmittel als deutlich alkalische Waschmittel aus, die ihren Leistungsschwerpunkt bei stark verschmutzter Weißwäsche aus Baumwolle und Mischgeweben sowie bei Waschttemperaturen von 60–95 °C haben. Es wird deutlich, dass Vollwaschmittel noch zu einer Zeit konzipiert wurden, als wesentlich andere Rahmenbedingungen herrschten, nämlich stärkere Verschmutzung der Wäscheposten, hohe Anteile von Weißwäsche, keine Synthefasern und vorwiegend Kochwäsche. Dies ist heute eher die Ausnahme. Die Buntwäsche ist allein zwischen 1970 und 1980 von 54 % auf 79 % des privaten Textilbestandes gestiegen, und nicht einmal mehr jede fünfte Wäsche erfolgt heute noch bei Kochtemperaturen (1989: 19 %).

Es gab verschiedene Ansätze, die klassischen Vollwaschmittel den sich verändernden Verbraucherbedürfnissen anzupassen. Einmal wurde die Tensidkombination auf niedrigere Waschttemperaturen ausgerichtet. Inhaltsstoffe, die insbesondere bei niedrigen Temperaturen Wirkung erzielen (z. B. Sauerstoffbleiche), kommen verstärkt in den neuen Kompaktwaschmitteln zum Einsatz. Die Palette der verfügbaren Enzyme ist auch durch die Gentechnologie immer reichhaltiger geworden. Waren es früher nur die gegen Eiweißflecken wirksamen Proteasen, so werden heute zusätzlich Amylasen gegen kohlehydratige Verschmutzungen und, als jüngstes, Lipasen (Fettlöser) den Waschmitteln beigefügt. All das kann aber nicht an der Grundtatsache rühren, dass das integrierte Bleichsystem und die optischen Aufheller das Vollwaschmittel als wenig geeignet für die heute vorherrschende Buntwäsche erscheinen lassen. Nachteilige Einwirkungen auf Farben und Fasern sind die unvermeidliche Konsequenz. Hinzu kommt, dass angesichts der meist nur gering verschmutzten Wäsche eine Bleiche völlig überflüssig ist oder mittels einer lokalen

Fleckenvorbehandlung (zum Beispiel mit Gallseife) Sauberkeit schonender und unter weit geringerem Chemikalieneinsatz erzielt werden kann.

In diesem Sinne günstiger ist das Konzept der **flüssigen Universalwaschmittel** zu beurteilen. Diese sind ausnahmslos frei von Bleichmitteln, schlicht weil zurzeit keine geeignete, in flüssiger Form beständige Bleichsubstanz auf Basis von Aktivsauerstoff verfügbar ist. Die Rahmenrezepturen der Flüssigprodukte unterscheiden sich auch sonst deutlich von denen der pulverförmigen Universalwaschmittel. Wird hier Seife als Enthärter eingesetzt, müssen als Konsequenz zur Vermeidung von Kalkseifenablagerungen in Textilien und Maschine entsprechende Mengen nichtionischer Tenside zugegeben werden. Es ist daher nicht überraschend, dass das Waschen mit diesem Flüssigwaschmitteltyp eine vielfach höhere Tensidbelastung des Abwassers nach sich zieht, als das mit Pulvern der Fall ist. Ein weiterer Kritikpunkt sind gewisse Leistungsschwächen, obwohl diese tensidreichen Mittel speziell gegen Fettflecken auch bei niedrigen Temperaturen gute Wirksamkeit zeigen. Insgesamt stellen die flüssigen Universalwaschmittel keine überzeugende Antwort auf heutige Waschanforderungen dar. Nach anfänglichen Erfolgen brach denn auch der Absatz dieser Flüssigprodukte in fast allen europäischen Staaten ein.

Sinnvoll erscheint dagegen die Einbindung von flüssigen Waschmittelkomponenten in ein **Baukastenwaschmittel**, da die Kombination mit einem Enthärterbaustein viele Vorteile wie Tensideinsparungen und geringere organische Abwasserfracht verspricht.

Eine ebenfalls interessante Weiterentwicklung im Pulverbereich sind die **Colorwaschmittel**, die kein Bleichsystem enthalten, dafür aber einen Zusatz. Dieser unterdrückt das Verfärben der Wäsche bei Vorliegen „ausblutender“, nicht waschechter Farben. Damit ist der Übergang zum zweiten großen Segment des Waschmittelmarktes erreicht, nämlich den **Spezialwaschmitteln**. Auch diese gibt es als Pulver oder als Flüssigprodukte. Hierunter fallen als mengenmäßig bedeutendste Gruppe die Feinwaschmittel, die in der Regel frei von Bleichmitteln sind. Ein weiteres Merkmal ist die Abwesenheit von optischen Aufhellern und eine insgesamt mildere Rezeptureinstellung zwecks Schonung empfindlicher Farben und Fasern.

Trotzdem steht die Waschkraft von Feinwaschmittelpulvern jener vieler Universalwaschmittel, abgesehen von der naturgemäß fehlenden Bleichwirkung, nicht viel nach, verbunden aber mit größerer Wäscheschonung. Dies veranlasste Umwelt- und Verbraucherberatung schon vor Jahren zu der Empfehlung, für die tägliche Wäsche keine Universal-, sondern Feinwaschmittel zu verwenden und im Bedarfsfall durch ein Fleckensalz zu verstärken bzw. gleich aufs Baukastensystem umzusteigen. Wermutstropfen war dabei früher der unverhältnismäßig hohe Gehalt des Füllstoffs Natriumsulfat von bis zu 50%! Inzwischen werden auch hier Konzentrate und Kompaktpulver ohne diese Salzbelastung angeboten, sodass niedrigere Dosierungen möglich sind.

Unter Mengengesichtspunkten stellen die Waschmittel die mit Abstand größte regelmäßige Belastung des häuslichen Abwassers mit Chemikalien dar, was einen verantwortungsbewussten Umgang mit diesen Produkten erfordert. Während in der Nachkriegszeit eine stürmische Absatzentwicklung einsetzte, stagniert der Verbrauch seit Ende der 70er Jahre, allerdings auf hohem Niveau.

Baukastenwaschmittel:

Universelles Waschmittelsystem aus mindestens zwei Komponenten, das eine flexiblere Anpassung an die unterschiedlichen Waschanforderungen erlaubt als ein einziges Produkt, z. B. Vollwaschmittel.

Dadurch kann mit Baukastenwaschmitteln bei vergleichbarer Waschleistung die Chemikalienbelastung der Umwelt reduziert werden. Zumeist bestehen Baukastenwaschmittel aus drei Komponenten:

1. Basiswaschmittel, das frei von Bleichmitteln ist und für weiches Wasser dosiert wird.
2. Enthärter, der die Anpassung des Baukastenwaschmittels an die unterschiedlichen Wasserhärten sicherstellt.
3. Bleichmittel, das nur bei starker Verschmutzung und bleichbarer Wäsche zum Einsatz kommt.

Dem Baukastenwaschmittel wird von Umwelt- und Verbraucherverbänden das größte Einsparungspotenzial in Sachen Chemikalienverbrauch zugeschrieben. Voraussetzung dafür ist jedoch, dass die verschiedenen Systeme nicht überdosiert werden, was vielfach durch mangelnde Kenntnis geschieht. Damit ist das Baukastenwaschmittel der einzige Waschmitteltyp, der mit dem Umweltzeichen ausgestattet werden kann.

Weichspüler:

Mengenmäßig mit Abstand die bedeutendste Gruppe der Waschlösungsmittel. Sie werden zur so genannten „Avivage“ eingesetzt. Sie unterdrücken den als Wasserstarre bezeichneten Effekt, wonach maschinengewaschene Wäsche den durch die Waschmechanik hervorgerufenen Unordnungszustand der Fasern beim Trocknen in unbewegter Luft (z. B. in Badezimmern) beibehält. Dies macht sich als harter Griff insbesondere bei Frottierware bemerkbar. Der einfachste Weg zur Abhilfe ist Trocknen im Freien. Aber auch das Walken und Ziehen der schleuderfeuchten Wäsche hilft beachtlich. Einen ganz ähnlichen Effekt erzielt das

Trocknen im Tumbler. Trotzdem preist die Industrie Weichspüler gerade auch für tumblergetrocknete Wäsche an. Hier kommt deren zweiter Effekt zum Tragen: die antistatische Ausrüstung der Fasern. Gerade Synthefasern erleiden nämlich sonst im Wäschetrockner eine starke elektrostatische Aufladung.

Inzwischen bieten die Weichspüler-Hersteller sogar eine spezielle Anwendungsform des Weichspülers für Tumbler an, die Pflegetücher. Das sind präparierte Lappchen, die während des Trocknungsvorgangs ihre Wirkstoffe auf die Textilien übertragen. Die bei Weitem häufigste Anwendung aber bleibt die Avivage im letzten Spülbad des Waschprozesses. Weichspüler sind hoch verdünnte Produkte, die bis zu 95 % Wasser enthalten. Seit einigen Jahren sind Konzentrate auf dem Markt.

Die heute eingesetzten Avivage-Wirkstoffe sind tatsächlich bedeutend besser abbaubar. Jedoch macht auch das Weichspüler nicht zu empfehlenswerten Produkten. Nach wie vor stellen sie angesichts des Massenverbrauchs eine erhebliche Abwasserbelastung dar, während ihr Gebrauchsnutzen umstritten ist. Schließlich beeinträchtigen sie die Saugfähigkeit von Textilien, die Trageeigenschaften von Wetterschutzbekleidung und werden immer wieder als auffällig in Zusammenhang mit Hautunverträglichkeiten genannt.

Wer gar nicht auf Avivage verzichten will, sollte umweltverträgliche Weichpfleger oder Seifenwaschmittel verwenden, denn Seife ergibt auch einen angenehmen Griff.

Fleckentferner:

Fleckentferner sind Präparate, die Flecken unterschiedlichster Herkunft aus Materialien wie Geweben, Holz, Metall, Papier etc. beseitigen sollen.

Abhängig von der Art des Flecks und des verfleckten Gegenstandes können sehr unterschiedlich aufgebaute Fleckentferner angebracht sein.

Dabei kommen bei Textilien folgende Prinzipien zur Anwendung:

1. Tensidhaltige Fleckentferner: Hierbei wirken Tenside konzentriert ein und trennen die fleckbildenden Farbstoffe von der Faser. Wirksam, nur gering umweltbelastend sowie gut hautverträglich ist die Gallseife, die es als Kern- oder Flüssigseife (Seife mit Rindergallenzusatz) gibt.
2. Oxidierende oder reduzierende Fleckentferner: Diese wirken vor allem durch chemische Zerstörung der Farbstoffe (Bleichmittel). Bekannteste Beispiele sind die in letzter Zeit stark gefragten Fleckensalze. Es gibt durchaus auch Kombinationen von Typ 1 und 2, also Kernseifen, in die bleichende Substanzen eingearbeitet sind. Abzuraten ist von Produkten mit aktivem Chlor.
3. Lösemittelhaltige Fleckentferner: Diese sind problematische Produkte. Egal, ob als Lösemittel allein (Fleckenwasser) oder gemischt mit Tensiden etc. (Fleckenmilch, Fleckenpasten), enthalten sie mehr oder weniger gefährliche Stoffe. Zwar dürfen die giftigsten in Fleckentfernern nicht mehr enthalten sein, es ist aber nicht auszuschließen, dass sich Spuren davon finden (z. B. Benzol als Verunreinigung in Aceton).
Eingesetzt werden Waschbenzin, Aceton, Äther und chlorierte Kohlenwasserstoffe. Abgesehen von der Arbeitsplatztoxizität und der Umweltbelastung stellen speziell die entzündlichen Lösemittel ein weiteres Risiko dar, wenn beispielsweise benzinbehandelte Textilien vor der vollständigen Abtrocknung in die Waschmaschine gegeben werden. Die sich dort entwickelnden Benzin-Luft-Gemische haben, gezündet durch elektrische Funken in der Maschine, schon zu schweren Unfällen geführt.
4. Enzymatisch wirkende Fleckentferner enthalten außer Tensiden etc. Enzyme, wie sie auch in Waschmitteln und anderen Reinigungsprodukten Verwendung finden.

▶ 4. Hygieneempfehlungen für spezielle/häufige Tätigkeiten der mobilen Dienste

▶ 4.1 Umgang mit Ausscheidungen

Stuhl, Sputum und Harn gelten grundsätzlich als potenziell infektiöse Materialien. Hier sind die wichtigsten Hygienemaßnahmen, um sich persönlich zu schützen und eine Umgebungskontamination sowie eine Verbreitung von pathogenen Keimen zu vermeiden:

- Beim Hantieren Einmalhandschuhe, Einmalschürzen anlegen.
- Das entsprechende Handling bei der Entsorgung von Ausscheidungen beachten.
- Hygienische Händedesinfektion nach jeglichem Umgang mit Ausscheidungen durchführen (auch beim Tragen von Schutzhandschuhen).
- Bei Kontamination gezielte Flächendesinfektion durchführen.

▶ 4.1.1 Umgang mit Stuhl und Harn

Intimtoilette

Voraussetzungen, dass die Klientin/der Klient die Intimtoilette selbstständig ausführt:

- Klientin/Klient erreicht die Toilette.
- Klientin/Klient kann sich selbstständig aus- und anziehen.
- Hygienischer Gebrauch von Toilettenpapier ist möglich.
- Geeigneter Händewaschplatz ist vorhanden.
- Klientin/Klient wäscht sich selbstständig die Hände.

Kann die Klientin/der Klient nicht alle Voraussetzungen erfüllen, so muss dies von der Dienstleisterin/vom Dienstleister erkannt und die nötige Hilfestellung angeboten werden.

Verwenden einer Leibschüssel im Bett

- Bett vor zu erwartender Verschmutzung schützen (Lagerungshilfsmittel entfernen).
- Intimbereich des Klienten wahren (bei Stuhlgang alleine lassen).
- Zum Reinigen unbedingt Einmalhandschuhe und Einmalschürze verwenden.
- Grundsätzlich von Symphyse Richtung Anus mit milder Waschlotion und warmem Wasser oder Reinigungssprays reinigen.
- Führt die Klientin/der Klient die Intimtoilette selbst durch, so ist ihm jedes Mal die Möglichkeit anzubieten, eine Händehygiene durchzuführen.

Die Reinigung und Desinfektion von Leibschüsseln und Harnflaschen sollten grundsätzlich in einem Schüsselspüler durchgeführt werden. Da dies bei der Klientin/ beim Klienten nicht möglich ist, erfordert dies entsprechende Maßnahmen, um auch hier die hygienischen Kriterien zu erfüllen.

Grundsätzlich genügt im häuslichen Bereich und sofern Leibschüsseln und Harnflaschen nicht von mehreren im Haushalt lebenden Personen benützt werden, eine Scheuerreinigung mit einem handelsüblichen Allzweckreiniger – die Maßnahmen zum persönlichen Schutz sind auch hier zu treffen.

Eine gezielte Desinfektion ist bei besonders gefährdeten Klientinnen/Klienten notwendig, wie z. B. bei immungeschwächten Klientinnen/Klienten, Klientinnen/Klienten mit Venenverweilkatheter, transurethralem Verweilkatheter etc. Dies gilt ebenso bei kontagiösen/infektiösen Erkrankungen, vor allem, wenn der Stuhl als Übertragungsweg z. B. für Hepatitis A infrage kommt.

- Herstellerangaben beachten
- Einmalhandschuhe und Einmalschürze tragen (ggf. Einmal-Schutzmantel/Schutzkittel).
- Vorsichtige Entleerung – Kontamination der Umgebung durch Verspritzen vermeiden.
- Grobreinigung der Leibschüsseln und Harnflaschen = Dekontamination mit gelistetem alkoholischem Flächendesinfektionsmittel (Einwirkzeit und Herstellerangaben beachten).
- Handschuhe wechseln.
- Danach gründliche manuelle Reinigung durchführen.
- Im Anschluss nochmalige Wischdesinfektion mit einem gelisteten alkoholischen Flächendesinfektionsmittel.
- Nach Beendigung der Tätigkeit hygienische Händedesinfektion durchführen.

Reinigung und Desinfektion von Toilettenstühlen

- Gezielte Reinigung und bei Bedarf Desinfektion durchführen.

▶ 4.1.2 Umgang mit Sputum

- Bei Hilfestellung zum Aushusten auf erforderlichen Selbstschutz achten (Einmalhandschuhe, Einmalschürze, ggf. Einmal-Schutzmantel/Schutzkittel, ggf. Atemschutzmaske der Filterklasse FFP2, ggf. FFP3).
- Zum Aushusten Einmalspuckbecher mit Deckel verwenden – Zellstoff bereitstellen.
- Abwurfsack für Zellstoff täglich bzw. bei Bedarf wechseln.
- Sputumbecher ausschließlich mit Handschuhen anfassen.
- Sammelgebinde verschlossen transportieren.
- Nach Beendigung der Tätigkeit hygienische Händedesinfektion durchführen.

▶ 4.1.3 Umgang mit Erbrochenem

- Bei Hilfestellung auf Selbstschutz achten (Einmalhandschuhe, Einmalschürze, bei infektiösen Durchfallserkrankungen mit Erbrechen Einmal-Schutzmantel/Schutzkittel und bei nahem Kontakt zum/zur Erkrankten während des Erbrechens Atemschutzmasken der Filterklasse FFP2).
- Bei Nierentassen nach Gebrauch gezielte Desinfektion durchführen und Gefäß reinigen.
- Nach Beendigung der Tätigkeit hygienische Händedesinfektion durchführen.

▶ 4.2 Hygiene beim Setzen eines Einmal- oder Blasenverweilkatheters

▶ 4.2.1 Probleme, die ein Blasenverweilkatheter mit sich bringt

Die katheterinduzierte Harnwegsinfektion

Der transurethrale Blasenverweilkatheter ist eine Infektionsschiene. Die Harnröhre ist mit normaler Standortflora besiedelt wie andere Körperregionen auch (z. B. Darmflora): Die Bakterien bilden eine Schleimschicht zwischen der Urethralwand und dem Katheter, eine sogenannte mukopurulente Membran. Diese Membran bietet den pathogenen Keimen optimale Lebensbedingungen und schützt sie vor gegebenenfalls applizierten antibiotisch wirksamen Medikamenten. Emmerson et al. (1996) belegten, dass 23,2 % der im Krankenhaus verursachten Infektionen katheterinduzierte Harnwegsinfektionen sind.

Falkiner listete 1993 die Ursachen für katherinduzierte Harnwegsinfektionen auf:

Ursachen für Harnwegsinfektionen bei Katheterisierung

- Der Katheter ist ein Fremdkörper.
- Der Katheter unterbricht den natürlichen Fluss des Harnlassens und das Zusammenziehen der Blase.
- Die katheterisierte Blase ist über den gelegten Katheter ständig in Kontakt mit urethraler und anderer Keimflora, die den verbleibenden Urin ständig kontaminieren (ungefähr 20 ml Urin bleiben trotz permanenter Ableitung in der Blase).
- Bildung einer mukopurulenten Membran, die die Keime gegen antibiotische Medikamente schützt.

(Vgl. Falkiner 1993)

Sticker und Zimakoff belegten 1994 in einer 12 Monate dauernden Studie, in der sie Klientinnen/Klienten in Pflegeheimen mit und ohne Dauerkatheter beobachteten, dass Klientinnen/Klienten mit Dauerkatheter dreimal so häufig Antibiotika benötigten, dreimal so häufig hospitalisiert wurden und am Ende des Jahres eine dreimal so hohe Sterberate aufwiesen.

▶ 4.2.2 Katheterarten

Heute steht uns eine Reihe verschiedener Produkte zur Verfügung, die jedoch genauer betrachtet werden müssen. Wir unterscheiden zwischen Kathetern mit kurzer Verweildauer – 7 bis maximal 28 Tage – und Kathetern mit einer langen Verweildauer – bis zu 12 Wochen. Die voraussichtliche Verweildauer sollte die Wahl des Katheters induzieren. Grundsätzlich gilt, dass Latexkatheter nicht mehr zur Anwendung kommen sollen. Beschichtete Teflon-Latexkatheter sind für eine kurze Verweildauer akzeptabel. Silikonkatheter, Silikon-Elastomer-beschichtete Katheter und Hydrogel-beschichtete Katheter sind als Langzeitkatheter im Gebrauch (vgl. Sutton 1992).

Latexkatheter

Latexkatheter werden mit einer Reihe von Komplikationen in Verbindung gebracht. Davon sind folgende hervorzuheben: hohes Risiko für eine Harnwegsinfektion (Cox et al. 1989), Inkrustationen (Cox et al. 1987) und Zytotoxizität (Rutu et al. 1985).

Silikonkatheter

Diese bestehen aus einer Polysiloxan-Mischung. Ihre längere Verweildauer ist bei strenger medizinischer Indikation durchaus gerechtfertigt. Die positiven Eigenschaften des Silikonkatheters sind seine geringere Inkrustationsneigung die Vermeidung späterer Stenosen, kaum allergische Reaktionen. Nicht korrekt ist die Angabe einiger Herstellerinnen/Hersteller, dass Silikon umweltfreundlich ist. Dies mag in Bezug auf die geringere Menge des Verbrauchs stimmen, nicht aber hinsichtlich der Entsorgung.

Silikon ist ein Material, das sich nicht abbauen lässt. Daher werden Silikonbrustprothesen von den Herstellerinnen/Herstellern wieder zurückgenommen und in einem speziellen Verfahren recycelt. Offen bleibt, welche Möglichkeiten es dazu beim Silikonkatheter gibt.

Beschichtete Einmalkatheter

Die Oberfläche des Katheters ist mit Polyvinylpyrolidon (PVP) oder ähnlichen Substanzen und mit NaCl beschichtet. Nach dem Eintauchen in Wasser bildet die hydrophile Oberflächenschicht eine glatte Oberfläche, und der Katheter kann ohne Verwendung von Gleitmitteln eingeführt werden.

Unbeschichtete Einmalkatheter

Bestehen aus PVC. In dieser Gruppe lassen sich anhand der Ausführung und Verarbeitung der einzelnen Produkte große Qualitätsunterschiede feststellen. Ein wesentliches Qualitätsmerkmal sind die abgerundeten Augen. Vor allem bei regelmäßiger Durchführung des Katheterismus sind abgerundete Augen wichtig, da sie eine atraumatische Passage durch die Harnröhre ermöglichen. Ein weiterer Faktor zur Vermeidung von Verletzungen ist eine weiche, möglichst konische Spitze. Starre, hochgebogene Katheterspitzen führen zu Verletzungen und damit zur Gefahr der Striktur und Infektion.

Wahl der richtigen Kathetergröße

Dazu lässt sich sagen, dass die Praxis zeigt, dass immer noch viele zu große Katheter verwendet werden. Zudem scheint sich auch die Meinung festgesetzt zu haben, dass, wenn neben dem Dauerkatheter Urin entleert wird, die Ursache in einem zu kleinen Lumen liegt. Hier gilt es ganz besonders darauf hinzuweisen, dass unter Umständen das Gegenteil – ein zu großes Lumen – die Ursache ist. Denken könnte man auch an eine zu pralle Ballonfüllung, die Blasenkrämpfe verursacht, oder noch simpler: Der Katheter ist durch alte Zelltrümmer verlegt. Die Empfehlung englischer Experten liegt bei CH 12 für die Frau und CH 14 für den Mann. Die Füllung des Ballons erfolgt nach Herstellerangaben.

▶ 4.2.3 Lagerung von Kathetern

Schließlich sollte auch die richtige Lagerung in den Spitälern, Pflegeheimen und Hauskrankenpflegeeinrichtungen nicht vergessen werden. Eine interessante Untersuchung von Mulhall und Lee (1990) ergab, dass 65,7 % der Katheter in diesen Institutionen älter als 5 Jahre waren, der Sonne ausgesetzt wurden oder dass die Packungen zerstört waren. Daraus lässt sich ableiten, dass kleine Einheiten bestellt werden sollten und dass diese in der Originalverpackung an Plätzen zu lagern sind, wo sie weder der Heizungswärme noch direkter Sonnenbestrahlung ausgesetzt sind.

▶ 4.2.4 Arten der Katheterisierung

Intermittierender Katheterismus

Unter intermittierendem Katheterismus verstehen wir die periodische Entleerung der Blase mittels Einmalkatheter. Dies wurde ursprünglich angewendet, um eine retinierte Blase zu entleeren oder um Medikamente zu instillieren. Seit Mitte der 70er Jahre ist der intermittierende Einmalkatheterismus eine etablierte Form der Blasenentleerung bei neurogenen Blasenstörungen. Üblicherweise führt der/die Klient/in den intermittierenden Katheterismus selbst durch.

Blasenverweilkatheter

Der Dauerkatheter wird durch einen entsprechend gefüllten Ballon in der Blase gehalten. Dr. Frederic B. Foley entwickelte 1930 dieses System, der Dauerkatheter wird auch heute noch häufig Foley-Katheter genannt.

▶ 4.2.5 Wahl des Urinableitungssystems

Zu bevorzugen ist ein geschlossenes, steriles Urindrainagesystem, das folgenden hygienischen Anforderungen entspricht:

- Belüftete Tropfkammer

- Pasteur'scher Weg (Urin muss frei abtropfen)
- Refluxventil zwischen Tropfkammer und Auffangbeutel
- Urinauffangbeutel mit Harnablassvorrichtung (nicht nachtropfend)
- Proximale Probeentnahmestelle am Ableitungsschlauch
- Problemlose Fixierung für Klient/in und Personal
- Graduierung zur Urinmengenbestimmung
- Umweltfreundliche Produkte

▶ 4.2.6 Katheterismus

Einmalkatheterismus

Indikation

Wenn eine ausreichende Blasenentleerung entweder temporär oder dauerhaft nicht mehr gewährleistet ist, z. B.:

- ▷ Bei neurogen gestörter Blasenentleerung
- ▷ Bei Detrusorakontraktilität
- ▷ Bei erhöhtem Auslasswiderstand
- ▷ Bei Überlaufinkontinenz

Indikation und Frequenz ordnet die behandelnde Ärztin/der behandelnde Arzt an.

Information

Die Aufklärung über Sinn und Zweck der Maßnahme sowie die Aussicht auf eine bessere Lebensqualität und Wiedereingliederung in das sozialgesellschaftliche Leben sollen bestehende Unsicherheiten und Ängste überwinden helfen und zur Motivation anregen. Bereits Kinder ab dem 6. Lebensjahr können den intermittierenden Selbstkatheterismus erlernen, wenn sie die notwendige Bereitschaft dazu zeigen.

Vorbereitung

- ▷ Händedesinfektionsmittel
- ▷ Unterlage wasserdicht
- ▷ Einmalhandschuhe (unsteril und steril)
- ▷ Einmalkatheter lt. Verordnung
- ▷ Gleitmittel
- ▷ 3–6 Mullkompressen
- ▷ Schleimhautdesinfektionsmittel (z. B. Octenisept)
- ▷ Schere
- ▷ Sterile Pinzette oder sterile Einmalhandschuhe
- ▷ Harnauffanggefäß
- ▷ Abwurfbehälter

Durchführung

- 1) Klientin/Klient informieren.
- 2) Intimtoilette durchführen bzw. Klientin/Klient dazu veranlassen.
- 3) Arbeitsfläche herstellen.
- 4) Klientin/Klient in Position bringen.
- 5) Einmalunterlage einlegen.
- 6) Hygienische Händedesinfektion durchführen.
- 7) Arbeitsmaterialien vorbereiten.
- 8) Einmalhandschuhe anziehen.
- 9) Desinfektion:
 - (a) Beim Mann:
Bei zurückgezogener Vorhaut von der Harnröhre weg mit dem Tupfer (getränkt mit Schleimhautdesinfektionsmittel) einmal über die Eichel wischen, mit 2. Tupfer ebenso, 3. für Tupfer nur Harnröhrenmündung verwenden.
 - (b) Bei der Frau:
Große Schamlippen mit je einem Tupfer von Symphyse Richtung Anus wischen. Kleine Schamlippen ebenso. Zweimaliges Desinfizieren der Urethralöffnung mit je einem Tupfer.

- 10) Steriles Gleitmittel verabreichen.
 - (a) Beim Mann in die Harnröhre instillieren.
 - (b) Bei der Frau auf den Katheter auftragen.
 - (c) Bei gleitmittelbeschichtetem Katheter: mit sterilem Aqua bidest benetzen (führt die Klientin/der Klient die Katheterisierung selbst durch, kann in Eigenverantwortung Leitungswasser verwendet werden).
- 11) Sterile Verabreichung des Katheters mittels sterilen Einmalhandschuhs, Pinzette oder Papiertechnik: Papierhülle zuschneiden – Katheter in der Mitte halten, 5–6 cm vorne und hinten einschneiden, Katheter umdrehen und auf der Gegenseite das Gleiche durchführen. Der/die Rechtshänder/in nimmt das Mittelstück in die rechte Hand und entfernt zuerst das Papier am Katheterende (Urinbeutel anhängen), führt dann das Papier an der Spitze langsam in die Blase ein, bis der Harn abfließt.
- 12) Wenn Urinfluss stoppt, leichten Druck auf das kleine Becken (Blasenbereich) ausüben, Katheter langsam zurückziehen. Wenn Urin kommt, warten bis Urinfluss stoppt, dann Katheter entfernen.
- 13) Beim Mann Vorhaut zurückziehen.
- 14) Bei Bedarf der Klientin/dem Klienten Intimtoilette ermöglichen.
- 15) Material entsprechend versorgen.
- 16) Hygienische Händedesinfektion nach Abstreifen der Handschuhe.

Blasenverweilkatheter

Indikation

Der Einsatz eines Dauerkatheters muss stets streng durch einen Arzt / eine Ärztin indiziert sein. Gründe für die Wahl eines

- ▷ Dauerkatheters: Behebung eines Abflusshindernisses (z. B. Prostatahyperplasie ...)
- ▷ Neurogen gestörte Blasenentleerung
- ▷ Detrusorakontraktilität
- ▷ Urologische Eingriffe und andere Operationen
- ▷ Genaue Flüssigkeitsbilanzierung bei schwer kranken Menschen

Vorbereitung

- ▷ Siehe Einmalkatheterismus und zusätzlich:
 - Blasenverweilkatheter
 - Sterile Einmalspritze mit Aqua bidest laut Herstellerangaben
 - Steril verpacktes geschlossenes Urinbeutelssystem

Bereits fertig verpackte sterile Kathetersets wirken sich hygienisch günstig aus.

Durchführung

- 1) Siehe Einmalkatheterismus und zusätzlich:
- 2) Ballonfüllung laut Herstellerangaben.
- 3) Katheter bis zum Widerstand zurückziehen.
- 4) Geschlossenes Urinbeutelssystem anbringen.
- 5) Harnableitungssystem unter Blaseniveau zug- und druckfrei fixieren, Schleifenbildung vermeiden.

Bei der Wahl des Dauerkatheters ist auf das Material und die Größe des Katheters zu achten (siehe Einleitung).

- Bei Frauen: CH 12
- Bei Männern: CH 14

Zu beachten:

- Für die Ballonfüllung ist ausschließlich Aqua bidest zu verwenden (Natriumchlorid kristallisiert im Ballon, und dieser lässt sich dann oft nicht entfernen), laut Herstellerangaben.
- Bei Widerstand den Vorgang abbrechen (Verletzungsgefahr).
- Blaskollaps vermeiden (durch zu rasches Ablassen großer Harnmengen, > 500 ml).
- Empfehlung: Wenn möglich sollte eine 2. Person (Praktikant/in, evtl. Angehörige/r) zur Assistenz herangezogen werden.

Verboten!

Sollte ein Einmal- oder Blasenverweilkatheter aus der Hülle genommen und unsteril geworden sein oder wurde er in eine falsche Körperöffnung eingeführt, darf er auf gar keinen Fall mehr in die Blase eingeführt werden!

► 4.2.7 Pflege bei liegendem Blasenverweilkatheter

- ▶ Intim- und Katheterpflege sind täglich durchzuführen. Durch den Blasenverweilkatheter produziert die Schleimhaut vermehrt Sekret. Dieses rinnt entlang dem Katheter und führt zu Verklebungen bzw. stellt einen idealen Nährboden für Keime dar. Daher ist es täglich mit klarem Wasser zu entfernen. Bei der Dauerkatheterpflege ist darauf zu achten, dass die Manipulation so gering wie möglich ist und der Dauerkatheter nicht nach vorne gezogen wird. Routinemäßige Desinfektionen mit Schleimhautantiseptika oder Ähnlichem sind zu unterlassen (Irritation der Schleimhäute). Starke Verkrustungen können mit Kompressen, die mit steriler physiologischer Kochsalzlösung getränkt werden, aufgelöst und entfernt werden. Nur bei Kontamination mit Stuhl oder bereits vorhandenen Infektionen ist die Anwendung einer Schleimhautdesinfektion indiziert.
- ▶ Der freie Urinfluss muss sichergestellt sein. Das Abknicken des Katheters und des Drainagesystems ist zu verhindern.
- ▶ Blasenverweilkatheter zugfrei fixieren – Auftreten von Mikroschleimhautverletzungen im Bereich des Meatus und damit Eintrittsmöglichkeit von Keimen (im Bedarfsfall sind entsprechende hautfreundliche Katheterfixierungen im Handel erhältlich).
- ▶ Das geschlossene Urinbeutelsystem sollte in keinem Fall diskonnektiert werden. Sollte es dennoch einmal erforderlich sein, ist das nur nach streng aseptischen Richtlinien durchzuführen. Die Anschlussstellen sind vor erneuter Konnektion mit einem Hautdesinfektionsmittel ausreichend zu desinfizieren.
- ▶ Silikonkatheter können Aqua verlieren – Blockkontrolle alle 7 Tage.
- ▶ Nach Harnablassung Ablassventil desinfizieren und in die vorgesehene Haltevorrichtung geben.
- ▶ Verweildauer des Katheters und des Ableitungssystems nach Herstellerangaben beachten und einhalten.

***Vor und nach jeglicher Manipulation am Harnableitungssystem
ist eine hygienische Händedesinfektion durchzuführen!***

Blasenspülungen sind in keinem Fall durchzuführen!

***Ärztlich indizierte Blasenspülungen werden in der Regel von der behandelnden Ärztin/vom behandelnden
Arzt selbst durchgeführt!***

***„Blasentraining“ (intervallmäßiges Abklemmen des Katheters zur Unterstützung der Spontanurinierung vor
Entfernen des Katheters) ist im Verhältnis zum gewünschten Erfolg aus hygienischer Sicht nicht durchzuführen.
Die ununterbrochene Harnableitung muss gewährleistet sein.***

Probleme, Komplikationen und Gefahren:

- ▶ Harnwegsinfektion
- ▶ Irritation von Haut und/oder Schleimhaut
- ▶ Druckstellen an der Harnröhrenmündung, aber auch in der Blase am Übergang Blasenboden-Urethramündung
- ▶ Harnstein
- ▶ Bei Männern: Urethrafisteln, eitrige Epididymitis, Skrotumabszess, Prostatitis, Prostataabszess
- ▶ Blasenverweilkatheter undicht (Grund: Blasenkrämpfe – keinen größeren Katheter setzen!)

► 4.3 Hygienemaßnahmen beim Verbandwechsel

Aseptische Wunden

Das sind Wunden, die nach einem aseptischen Eingriff (OP) mit einer Naht verschlossen wurden oder nach einer Verletzung durch Wundausschneidung und Naht versorgt wurden. In beiden Fällen zeigt sich in der Folge keine Wundheilungsstörung. Ebenfalls dieser Gruppe zuzuordnen sind z. B. blande Venenkathetereinstichstellen.

Bedingt aseptische Wunden

Das sind Wunden, die bei einer Operation entstanden sind, in deren Verlauf eine Körperhöhle mit physiologischer Keimbesiedelung eröffnet wurde (wie Gastrointestinaltrakt, Urogenitaltrakt etc.).

Kontaminierte Wunden

Kontaminierte und potenziell kontaminierte Wunden sind alle offen behandelten Wunden, solange keine Zeichen einer Infektion vorliegen, z. B.:

- ▷ Offen behandelte Verletzungswunden
- ▷ Eröffnete Wundhämatome
- ▷ Verbrennungswunden
- ▷ Tracheostoma
- ▷ Drainageaustrittsstellen
- ▷ Ulcus cruris
- ▷ Dekubitalgeschwüre

Septische Wunden

- ▷ Wunden mit eitrigen Entzündungen
- ▷ Infizierte Wunden wie eröffnete Eiterherde (Abszess, Phlegmone ...)
- ▷ Wunden, die zunächst durch eine Naht verschlossen waren (z. B. nach bedingt aseptischen Eingriffen oder Wundversorgung) und Zeichen einer Infektion zeigen
- ▷ Kontaminiert oder bedingt kontaminierte Wunden nach Auftreten von Zeichen einer Infektion

▶ 4.3.1 Der Verbandwechsel

Grundsätzlich gilt, dass bei jedem Verbandwechsel die Grundprinzipien der Asepsis einzuhalten sind, unabhängig davon, ob es sich um eine aseptische oder septische Wunde handelt:

- ▷ **Ziel des aseptischen Verbandwechsels ist, Krankheitskeime von primär aseptischen Wunden fernzuhalten.**
- ▷ **Ziel des septischen Verbandwechsels ist, bereits vorhandene Keime zu bekämpfen sowie ein Hinzukommen weiterer Keime oder eine Verschleppung durch Kreuzinfektionen zu vermeiden.**

Die Häufigkeit des Verbandwechsels richtet sich nach der ärztlichen Anordnung, nach Art der Wunde und nach Art des verwendeten Verbandmaterials.

Personal mit Schnupfen und/oder Husten sollte nach Möglichkeit nicht am Verbandwechsel teilnehmen bzw. sehr sorgsam während des Verbandwechsels verfahren: Mund-Nasen-Schutz tragen, Niesen und Husten während der Durchführung vermeiden.

Wundauflagen

Eine Vielzahl verschiedener Wundauflagen sind zurzeit erhältlich. Es ist ein enormes Fachwissen erforderlich, um die passende Wundauflage für die richtige Wunde zu verwenden. Grundsätzlich unterscheiden wir zwischen zwei Methoden:

- 1) Feuchte Wundheilung
- 2) Trockene Wundheilung

Allgemeine Kriterien, die an eine Wundauflage gestellt werden:

- ▷ Keimundurchlässigkeit (Schutz vor Sekundärinfektionen)
- ▷ Entfernen von überschüssigem Exsudat
- ▷ Gasaustausch
- ▷ Thermische Isolation der Wunde
- ▷ Schutz vor partikulären und toxischen Schadstoffen
- ▷ Atraumatischer Verbandwechsel

Verbandstoffgruppen:

- ▷ Textilprodukte (Wundauflagen aus Baumwolle, Seide, Zellstoff ...)
- ▷ Polymer-Schaumstoff-Verbände
- ▷ Folienverbände
- ▷ Hydrocolloidverbände
- ▷ Alginate
- ▷ Zusatzprodukte (Hydrogele, Hydrofasern, Pasten ...)

Vorbereitung

- ▷ Geeignete desinfizierte Arbeitsfläche vorbereiten (Ablegen von Verbandmaterialien auf Betten, Fensterbänken u. Ä. verboten).
- ▷ Saubere Schutzunterlage (frisch gewaschenes und gebügelt Tuch, Einmalmaterial).
- ▷ Händedesinfektionsmittel vorbereiten.
- ▷ Spüllösungen (Ringerlösung, physiologische Kochsalzlösung) müssen steril sein.
- ▷ Gegebenenfalls Schleimhautdesinfektionsmittel (z. B. Octenisept ...).
- ▷ Einmalhandschuhe (unsteril), Einmalschürze (vor allem beim Versorgen von septischen Wunden), ggf. Mund-Nasen-Schutz (zum Schutz der Wunde vor Keimbelastung durch DLin/DL).
- ▷ Material zum Verbandwechsel (Einsatz von Materialien nach Anordnung des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärztin, grundsätzlich steril, keine unsterilen Materialien in Verbände mit einbeziehen (z. B. Zellstoff), keine luftdichten Wundaufgaben verwenden).
- ▷ Fixationsmaterial vorbereiten.
- ▷ Je nach Wunde sterile Verbandschere, Pinzette, bei Bedarf Knopfsonden, scharfer Löffel, Skalpell, Spritze, Kanüle, Katheter.
- ▷ Plastikbehälter mit Deckel (z. B. Tupperware ...) mit Instrumentendesinfektionslösung, in welcher die gebrauchten Instrumente abgelegt werden, oder alkoholisches Flächendesinfektionsmittel zur Dekontamination.
- ▷ Müllbeutel.
- ▷ Durchstichsichere Behälter bei Bedarf.

Durchführung des Verbandwechsels

NON-TOUCH-TECHNIK

1. Hygienische Händedesinfektion durchführen.
2. Handschuhe anziehen.
3. Verbandfixierung und Verband bis auf wundabdeckende Kompresse mit Einmalhandschuhen oder Pinzette entfernen und sofort in geeignetem Abwurfbehälter entsorgen: den alten Verband in vorbereiteten Müllbeutel geben und diesen so zusammenfallen, dass möglichst wenig Luft aufgewirbelt wird (Umgebungscontamination), danach in den bereitstehenden Müllbeutel geben.
4. Handschuhwechsel durchführen.
5. Wundinspektion durchführen.
6. Reinigung der Wunde – kurz und zügig (bei aseptischen Wunden von innen nach außen, bei septischen Wunden von außen nach innen, in beiden Fällen für jeden Wischvorgang einen frischen sterilen Tupfer verwenden).
7. Verkrustungen werden mit steriler, physiologischer Kochsalzlösung oder Ringerlösung aufgeweicht und entfernt.
8. Klebereste in der Wundumgebung mit hautfreundlichen Klebelösern aus der Stomaversorgung entfernen (Comfeel, Dansac). Wundbenzin reizt die Haut sehr stark und sollte daher nicht mehr verwendet werden.
9. Steriles Aufbringen des neuen Verbandes.
10. Verband fixieren.
11. Gebrauchte Instrumente in Desinfektionsmittel (Plastikbehälter) einlegen bzw. mit alkoholischem Flächendesinfektionsmittel wischdesinfizieren und/oder in verschlossenen Behältern transportieren. Die Endversorgung kann dann im Stützpunkt durchgeführt werden.
12. Müllbeutel entsorgen.
13. Hygienische Händedesinfektion durchführen.

▶ 4.3.2 Wundinfektionen

Wundinfektionen im Bereich der Langzeitpflege werden in vielen Fällen Dekubitalulcera und Ulcus cruris betreffen. Die Vermeidung einer bakteriellen Besiedelung in chronisch langsam heilenden Wunden ist generell sehr schwierig. Eine gewisse Keimbesiedelung wird also in diesen Wunden immer vorherrschen. Es gilt hier jedoch, eine Superinfektion zu verhindern.

Häufige bakterielle Infektionserreger:

Enterobakterien, z. B. Escherichia coli: bräunliche, fäkulent riechende Wunde
 Pseudomonas aeruginosa: blaugrünlischer, süßlich riechender Eiter
 Staphylokokkus aureus: rahmig gelblicher, geruchloser Eiter
 Streptokokken: dünnflüssiger, gelbgrauer Eiter

Nachweis mittels Wundabstrich. Maßnahmen nach ärztlicher Anordnung, konsequente Wundhygiene durchführen (siehe Verbandwechsel).

▶ 4.3.3 Wundabstrich

Der Wundabstrich wird auf Anordnung der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes durchgeführt. Die benötigten Utensilien sind bei der Ärztin/beim Arzt erhältlich. In Ausnahmefällen können sie aber auch direkt beim zuständigen Hygieneinstitut angefordert werden. In manchen Bundesländern kann der Wundabstrich auch über die Ambulanz der Gebietskrankenkassen durchgeführt werden.

Durchführung des Wundabstriches:

- ▶ Wundsekret abtupfen.
- ▶ Wunde mit steriler Ringer- oder Kochsalzlösung reinigen.
- ▶ Material vom Wundboden und vom Randgebiet der Wunde (Entzündungszone, Rötung) mit sterilem Tupfer entnehmen (bei mehreren Entnahmen mehrere Probensets verwenden).
- ▶ Eiter mit Watteträger aufnehmen.
- ▶ Transportröhrchen sicher verschließen.
- ▶ Umgehenden Transport ins Hygienelabor veranlassen.

▶ 4.4 Die Stomaversorgung

▶ 4.4.1 Definition

Stoma ist griechisch und bedeutet Mund, Öffnung. Im medizinischen Bereich ist damit die Ausleitung von Darm in die Bauchdecke zur Ableitung von Stuhl oder Harn gemeint.

Eine Stomaanlage ist für die Betroffenen ein sehr großer und traumatischer Eingriff, denn das gesamte bisherige Körpergefühl verändert sich. Insbesondere der Umgang mit Ausscheidungen, die nun über den Bauch „rinnen“, ist für viele ein großes Problem. Daher ist es wichtig, eine Stomaanlage nie als Wunde zu bezeichnen und sie auch nicht so zu behandeln.

Treten Stomakomplikationen auf, ist sofort die nächste Stomaambulanz aufzusuchen, wo sich eine Pflegeexpertin/ein Pflegeexperte (Fachpersonal für Stoma und Inkontinenz) oder ein Facharzt/eine Fachärztin dieses Problems annimmt.

Oft gibt die professionelle Anleitung der Klientin/dem Klienten kurz nach der Spitalsentlassung Sicherheit, manchmal die Versorgung in Zusammenhang mit einer umfassenden pflegerischen Betreuung. Es sollte das Ziel sein, die weitgehende Selbstständigkeit der Klientin/des Klienten rasch wiederherzustellen.

▶ 4.4.2 Stomabeutel

Zur Verfügung stehen einteilige und zweiteilige Stomaversorgungssysteme. Eine weitere Unterteilung treffen wir wie folgt:

Offene Beutel:

- ▶ In postoperativer Phase
- ▶ Bei Diarrhö
- ▶ Bei Hautirritationen
- ▶ Bei Ileostomieanlagen
- ▶ Evtl. bei Fisteln

Geschlossene Beutel:

- ▶ Bei Transversostomie mit breiigem Stuhl
- ▶ Bei Sigmakolostomie
- ▶ Bei Kolostomien mit geformtem bis breiigem Stuhl

Einteilige Systeme:

Diese kommen bei allen Arten von Stomaanlagen zum Einsatz. Dabei ist zu beachten, dass für Ileostomien und Urostomien Beutel mit entsprechendem Auslass verwendet werden.

Zweiteilsysteme:

Diese können bei allen Arten von Stomata zum Einsatz kommen. Jedoch sollte immer genau abgewogen werden, was der Klientin/dem Klienten in der Handhabung, im Komfort, im Tragegefühl usw. angenehmer ist.

Der Nachteil eines Zweiteilsystems liegt im vermehrten Auftragen und in der Starrheit des Ringes.

Konvexe Systeme:

Diese bewähren sich bei der Versorgung von retrahierten Stomata. Es gibt sie sowohl als Einteil- wie auch als Zweiteilsystem. Auch hier gilt die Überlegung, was für die Klientin/den Klienten angenehmer ist.

▶ **4.4.3 Wechsel der Stomaversorgung****Anpassen der Stomaversorgung:**

Die Stomaversorgung muss so angepasst sein, dass keine Haut in der Stomaumgebung mehr frei ist. Sie darf jedoch auch nicht zu eng sein, da es sonst zur Einschnürung des Stomas kommt. Ist das Stoma im Idealfall rund angelegt, kann der Durchmesser mittels einer Schablone ausgemessen werden. Diese Schablone liegt jeder Packung mit Stomabeuteln bei. Ist keine vorgestanzte Größe für die Klientin/den Klienten verfügbar, wird eine individuelle Schablone angefertigt und ein Stomabeutel mit zuschneidbarer Hautschutzplatte verwendet.

Vorbereitung:

- ▷ Einmalhandschuhe, Einmalschürze
- ▷ 2 Kompressen mit Wasser und Seife
- ▷ 2 Kompressen mit Wasser
- ▷ 2 trockene Kompressen
- ▷ Schablone, Schere
- ▷ Neue Versorgung (evtl. Verschlussklammer)
- ▷ Müllbeutel
- ▷ Eventuell zusätzlich nötig:
 - Kleberestentferner (kein Wundbenzin)
 - Einmalrasierer
 - Spiegel
 - Brille

Gänzlich in der Stomapflege zu vermeiden sind Alkohol, Benzin, Wasserstoffperoxid, Waschäther sowie Paraffin, rückfettende Waschlotionen und fetthaltige Cremes.

Durchführung des Versorgungswechsels:

1. Die Klebefläche wird langsam von oben nach unten heruntergezogen, wobei man mit einer Hand einen Gegendruck erzeugt, um es schmerzfreier zu gestalten und kleine Einrisse in der Haut zu vermeiden.
2. Nach dem Entfernen wird die Haut in der Stomaumgebung gereinigt. Dies erfolgt immer von außen nach innen, um eine Kontamination der Haut mit Stuhl zu vermeiden. Zuerst wird die Haut mit Seife gewaschen, dann mit klarem Wasser nachgereinigt und anschließend gut trockengetupft. Sind Klebereste von Pasten oder Hautschutzplatte nicht zu entfernen, sollten diese belassen werden, da sie beim nächsten Versorgungswechsel mit entfernt werden.
3. Haare im Bereich der Haut rund um das Stoma müssen entfernt werden, da sie sonst durch die Klebefläche ausgezupft werden und eine Follikulitis entstehen kann. Die einfachste Art der Haarentfernung ist die mit einem Einmalrasierer. Elektrorasierer eignen sich ebenfalls. Auf gar keinen Fall dürfen Rasiermesser, Scheren, Pinzetten etc. verwendet werden (Verletzungsgefahr).
4. Nach der Reinigung wird die Stomaversorgung von unten nach oben angebracht. Die Klebefläche muss gut anmodelliert werden der Klient/die Klientin legt dazu die Hand ringförmig um die Stomaversorgung.
5. Die Häufigkeit des Wechsels hängt von der Art der Versorgung ab. Unbedingt gewechselt wird, wenn die Versorgung undicht wird, wobei eine Versorgung bereits als undicht gilt, wenn der Klient/die Klientin über Jucken, Brennen oder Schmerzen klagt. Oft kann man durch die Versorgung selbst nur schlecht beurteilen, ob Harn oder Stuhl die Versorgung unterminiert hat.
6. Nach der Versorgung der Materialien hygienische Händedesinfektion durchführen.

▶ 4.5 Hygienemaßnahmen bei Bronchialtoilette mit konventionellem Absaugsystem

Bei schwer kranken und intubierten Klienteninnen/Klienten ist aus verschiedenen Gründen der physiologische Abtransport von Sekreten nicht möglich, weshalb in gewissen Abständen abgesaugt werden muss.

▶ 4.5.1 Absaugtechniken

- Orales und nasales Absaugen: Absaugen von Atemwegssekret oder aspirierten Stoffen direkt aus dem Mund oder über die Nase bzw. Nasopharyngealtuben
- Bronchotracheale Absaugung: Absaugen von Trachealkanüle

▶ 4.5.2 Prinzipien für Formen des Absaugens

- Die Häufigkeit des Absaugens hängt von der Menge und der Beschaffenheit des Sekrets ab
- Streng aseptisch vorgehen, um Klientinnen/Klienten und Pflegende vor Infektionen zu schützen
- Der Absaugvorgang darf nicht länger als 5–10 Sekunden dauern, um einen Sauerstoffmangel der Klientin/des Klienten zu vermeiden

▶ 4.5.3 Die Durchführung des Absaugens

Die Häufigkeit des Absaugens richtet sich nach dem Bedarf und orientiert sich nach folgenden Kriterien:

- Wunsch der Klientin/des Klienten
- Klinischer Zustand (z. B. Rasselgeräusche, Husten der Klientin/des Klienten)
- Die routinemäßige Bronchialtoilette ist aus Gründen der Klienten/Klientinnensicherheit abzulehnen

Vorbereitungen zum Absaugen:

- Hygienische Händedesinfektion durchführen.
- Materialien bereitlegen.
- Steril verpackter Einmalhandschuh für die Hand, die den Absaugkatheter halten soll.
- Unsteriler Einmalhandschuh für die andere Hand zum Selbstschutz.
- Funktionstüchtiges Absauggerät – Kontrollparameter mit Skalierung (der Sog beim Erwachsenen bewegt sich zwischen 0,2 und 0,6 bar, bei Kindern zwischen 0,05 und 0,2 bar). Je niedriger der Sog, umso länger die Absaugzeit, je höher der Sog, umso größer das Verletzungsrisiko (Hypoxie und Atelektasen).
- Sterile, einzeln verpackte atraumatische (nicht verletzende) Absaugkatheter (endständige Öffnung mit Seitenaugen) mit guter Gleitfähigkeit.
- Richtigen Durchmesser des Katheters wählen: Zu große Absaugkatheter fördern Atelektasenbildung, Hypoxienergung und steigern das Verletzungsrisiko. Zu klein gewählte Absaugkatheter führen zu einer ineffizienten Schleimelimination und zu einer Steigerung der Absaugfrequenz.
- Für orales Absaugen eignen sich Katheter von 14 bis 20 Charrière Durchmesser, für nasales Absaugen von 10 bis 14 Ch. Bei trachealer Absaugung Rücksprache mit dem behandelnden Arzt/der behandelnden Ärztin über Kathetergröße halten.
- Spüllösung: Trinkwasser in einer sauberen Flasche – Wechsel alle 24 Stunden.
- Abwurfsack direkt neben dem Klienten platzieren.
- Utensilien für Mund- und Nasenpflege.
- Einmalschürze, ggf. Atemschutzmaske ohne Ausatemventil der Filterklasse FFP2, ggf. FFP3, ggf. Einmal-Schutzmantel/ Schutzkittel und Schutzbrille bei Gefahr der Aerosolbildung und bei Infektionsgefahr (HIV, Hepatitis B, C) verwenden.

Vorbereitung der Klientin/des Klienten:

- Klientin/Klienten informieren (sehr wichtig bei veränderter Bewusstseinslage).
- Mund und Nase reinigen, um eine mögliche Keimverschleppung zu vermeiden.
- Klientin/Klienten in Oberkörperhochlagerung oder Seitenlage bringen (Aspirationsprophylaxe).

Durchführung:

- Ruhig auf Klientin/Klienten einwirken, Angst mindern.
- Klientin/Klienten anweisen, mehrmals tief einzuatmen, oder Sauerstoff nach Anordnung geben, damit vor dem Absaugen eine optimale Sauerstoffversorgung gewährleistet ist.
- Katheter auf das Zwischenstück aufstecken, dabei Katheter in der Packung belassen.

- Sterilen Katheter ohne Sog einführen und bis in den unteren Rachen vorschieben.
- Katheter unter Sog mit leicht drehenden Bewegungen zurückziehen. Evtl. muss der Sog mit Fingertipp intermittierend unterbrochen werden, damit sich der Katheter nicht an der Schleimhaut festsaugen kann.
- Während des Absaugvorganges Vitalparameter beachten.
- Nach dem Absaugen Absaugschlauch durchspülen.
- Katheter um die steril behandschuhte Hand wickeln, Handschuh über den Katheter stülpen und entsorgen.
- Absaugvorgang bei Bedarf nach einer angemessenen Pause für die Klientin/den Klienten mit einem neuen, sterilen Katheter und frischen Handschuhen wiederholen.
- Kein Ablegen des Saugers während des Absaugvorganges.

Dokumentation:

- Häufigkeit des Absaugens
- Reaktion der Klientin/des Klienten
- Menge, Farbe, Konsistenz sowie evtl. Beimengungen des abgesaugten Sekrets

Nachbereitung:

In der mobilen Pflege wäre die Handhabung der Einmalabsaugbehälter, bei denen die Innenbeutel geschlossen entsorgt werden können, zu bevorzugen. Der Außenbehälter wird einer Wischdesinfektion unterzogen.

Bei den herkömmlichen Absaugbehältern sind folgende Hygienemaßnahmen zu berücksichtigen:

- Haushaltshandschuhe/Einmalhandschuhe, Einmalschürze.
- Entleerung des Sekretbehälters mind. alle 24 Std.
- Entleerung in das WC – Achtung: Umgebungskontamination.
- Vordesinfektion des Behälters durchführen.
- Reinigung anschließen.
- Sekretbehälter trocken aufbewahren.
- Gegebenenfalls Flächendesinfektion der Umgebung durchführen.
- Hygienische Händedesinfektion durchführen.

Als Absaugschlauch sollten zwecks einer einfacheren und sicheren Aufbereitungsform Einmalabsaugschläuche mit Fingertipp eingesetzt werden, die regelmäßig gewechselt werden.

▶ 4.6 Verabreichung von künstlicher enteraler Ernährung

Definition:

Immer häufiger obliegt es auch der Hauskrankenpflege, Klientinnen/Klienten mit künstlicher enteraler Ernährung zu betreuen. Die Notwendigkeit dieser Versorgungsform ist vielfältig. Neben chronischen Darmerkrankungen und extremer Mangelernährung können auch vereinzelt Klientinnen/Klienten mit apallischem Syndrom zu Hause betreut werden. Die Verabreichung von Nahrung kann über transnasale bzw. über PEG oder PEJ erfolgen.

▶ 4.6.1 Die Sondennahrung

Sondennahrungen sind grundsätzlich ein idealer Nährboden für Mikroorganismen. Daher sollte industriell hergestellte Nahrung bevorzugt verwendet werden. Selbst hergestellte Nahrung ist selten so ausgewogen und zudem immer mikrobiell kontaminiert.

Ursachen für ein rasches Bakterienwachstum:

- Herstellerangaben beachten
- Geringe Laufgeschwindigkeit (< 48 ml/h) der Sondennahrung
- Unsachgemäßer Umgang mit Sondenkost und Überleitungssystemen
- Unhygienisch hergestellte Spülflüssigkeit
- Kontaminierte Arbeitsflächen
- Erhöhte Raumtemperatur
- Kontaminierte Hände der Dienstleister/innen

Die Verabreichung von Sondennahrung

Vorbereitung:

- Saubere, trockene Arbeitsfläche
- Saubere Geräte
- Händedesinfektionsmittel
- Spüllösungen (Leitungswasser, Mineralwasser, Tee). CAVE: Früchtetees
- Einmalhandschuhe und Einmalschürze
- Enterale Nahrung in Flaschen oder Beuteln
- Überleitungsbesteck oder sterile Einmalspritze zu 60–100 ml und Gefäß

Durchführung:

1. Hygienische Händedesinfektion durchführen.
2. Die Nahrung vorbereiten.
3. Bei der Verabreichung von Sondennahrung über orale/nasale Sonden ist zur Vermeidung eines Refluxes bzw. einer Aspiration von Nahrung der Oberkörper um mindestens 30 Grad erhöht zu lagern.
4. Lagekontrolle der Sonde durchführen.
5. Sondenansatz mit sauberem Wasser reinigen.
6. Nahrung mittels Einmalspritze oder mittels Überleitungssystem verabreichen. (Die Überleitungssysteme sind spätestens nach 24 Stunden zu wechseln.)
7. Bei kurzen Unterbrechungen ist die Konnektorstelle mit einer sterilen Verschlusskappe zu schützen.
8. Spülungen sind notwendig, um Keimquellen in der Sonde zu vermeiden (nach jeder Arzneimittelgabe, bei jeder Unterbrechung der Nahrungszufuhr, ansonsten täglich bei Systemwechsel). Als Spüllösungen eignen sich (abgekochtes) Leitungswasser, stilles Mineralwasser, Aqua destillata. Verboten sind Früchtetees, schwarzer oder russischer Tee, Fruchtsäfte.

Angebrochene Flaschen sind mit Datum und Uhrzeit zu versehen und können max. 24 Stunden im Kühlschrank aufbewahrt werden. Vor Wiedergebrauch muss die Nahrung innerhalb von ca. 2 Stunden auf Raumtemperatur gebracht werden.

▶ 4.6.2 Aufbereitung von Hilfsmitteln

- Sondenspritzen nach Gebrauch thermisch aufbereiten (in Einzelteile zerlegen: Geschirrspüler 85 °C/30 Sek. oder „auskochen“ oder Aufbereitung nach erfolgter Reinigung im Vaporisator).
- Die Aufbewahrung muss staubgeschützt und trocken erfolgen. Grundsätzlich handelt es sich um ein Einmalprodukt – Wiederverwendung mit Vorbehalt.
- Auch die Applikationsgefäße (Plastikbehälter usw.) einer thermischen Desinfektion zuführen sowie trocken und staubgeschützt aufbewahren.

▶ 4.6.3 Die Pflege bei nasal oder oral liegender Sonde

Vorbereitung:

- ▶ Hygienische Händedesinfektion durchführen.
- ▶ Einmalhandschuhe und Einmalschürze anlegen.

Durchführung:

- ▶ Haut und Schleimhaut inspizieren.
- ▶ Mund- u. Nasenpflege durchführen.
- ▶ Pflasterreste mit Kleberlöser aus der Stomapflege entfernen.
- ▶ Durchgängigkeit, Funktion und Lage der Sonde kontrollieren.
- ▶ Zug- und druckfreie Fixierung der Sonde überprüfen.
- ▶ Die gebrauchten Materialien entsorgen.

▶ 4.6.4 Verbandwechsel bei einer PEG- bzw. PEJ-Sonde

Während der Wundheilungsphase erfolgt eine tägliche Inspektion des Verbandes. Erster geplanter Verbandwechsel am 3. Tag nach Anlage der PEG- bzw. PEJ-Sonde. Die erste Mobilisation der Sonde erfolgt durch den Arzt/die Ärztin.

Nach der initialen Wundheilungsphase erfolgt die Wundreinigung der PEG- bzw. PEJ-Sonde und ggf. ein Verbandwechsel maximal alle 72 Stunden, bis zum Abschluss der Wundheilung mit Wundspüllösung.

Versorgung nach abgeschlossener Wundheilung der PEG: Bei Klientinnen, die die Versorgung und Pflege der PEG und der Sonde nicht selbständig durchführen: tägliche Beurteilung, Inspektion und Mobilisation der Sonde. Bei Klientinnen, die dies selbständig durchführen: werden informiert, Veränderungen und Auffälligkeiten bzgl. PEG- und Sonde unverzüglich zu melden. Bei Verschmutzung der PEG erfolgt eine Reinigung z. B. mit Prontosan® und anschließend Versorgung der Gastrostomie; entweder ohne Verband oder Schlitzkompressen zwischen äußerer Halteplatte und Haut mit Klebevlies fixieren.

▶ 4.7 Umgang mit Arzneimitteln

Definition:

Im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG i. d. g. F.) sind Arzneimittel bzw. Heilmittel wie folgt sinngemäß definiert:

A.: als notwendige Arzneien

B.: als sonstige Mittel, die zur Beseitigung und Linderung von Krankheiten oder zur Sicherung des Heilerfolges dienen

▶ 4.7.1 Aufbewahrung von Medikamenten

Medikamente sind stets so aufzubewahren, dass sie von Unbefugten, insbesondere von Kindern, nicht erreicht werden können. Die Klientinnen/Klienten sind für die Lagerung der Medikamente entsprechend der Gebrauchsanweisung verantwortlich. Im Haushalt der Klientin/des Klienten entscheidet diese/dieser über den Ort.

Aufbewahrung:

- ▶ Alle Substanzen sind in der Originalpackung aufzubewahren.
- ▶ Die Raumtemperatur soll 25 °C nicht überschreiten.
- ▶ Medikamente dürfen nicht in der Nähe von Wärmequellen (Herd, Sonnenbestrahlung ...) aufbewahrt werden.
- ▶ Vor Feuchtigkeit und Licht schützen.
- ▶ Kontrolle des Ablaufdatums sollte regelmäßig (1-mal monatlich) erfolgen.
- ▶ Vermerken des Anbruchsdatums bei:
 - Tees – 6 Monate ab Anbruch haltbar.
 - Säften – 14 Tage ab Anbruch bei kühler Lagerung haltbar.
 - Nasentropfen: 6 Wochen nach Anbruch verwerfen (Kontamination durch Nasensekret).
 - Augentropfen: 4 Wochen nach Anbruch verwerfen (Keimbeseidlung). Sind sie als Rezeptur hergestellt und nicht konserviert, sind sie 24 Stunden haltbar.

Gebrauch:

- ▶ Vor jeder Medikamentenverabreichung bzw. -einteilung ist eine hygienische Händedesinfektion durchzuführen.
- ▶ Das Umfüllen von Substanzen ist verboten.
- ▶ Medikamente wie Tropfen oder Säfte erst unmittelbar vor dem Gebrauch bereitstellen.
- ▶ Vorbereitung von Tabletten, Kapseln, Dragees etc. nur in verschließbaren Dispensern. Die Dispenser sind regelmäßig zu reinigen.
- ▶ Augen-, Nasen- und Ohrentropfen bzw. -salben nur personenbezogen verwenden.

Die Verabreichung von Arzneimitteln ist grundsätzlich eine ärztliche Tätigkeit, die die behandelnde Ärztin/der behandelnde Arzt im Rahmen der mitverantwortlichen Tätigkeiten einer diplomierten Pflegeperson schriftlich delegieren kann, falls die Klientinnen/die Klienten die Arzneimittel nicht selbst einteilen und zu sich nehmen können.

▶ 4.7.2 Umgang mit lokal anzuwendenden Medikamenten

Salben, Cremes, Gele

- ▶ Salben sollen vorzugsweise aus Tuben entnommen werden.

- ▷ Zur Entnahme von Salben aus Tiegeln saubere, keimarme Holzspatel verwenden.
- ▷ Salbenstrang nicht mit kontaminierten Fingern oder Gegenständen von der Tubenöffnung abstreichen.
- ▷ Salbentuben und andere Aufbewahrungsbehälter nach Gebrauch gut verschließen.
- ▷ Tubeninhalte innerhalb einer gewissen Zeit aufbrauchen. Ranzig riechende Salben sind nicht mehr zu verwenden.
- ▷ Ablaufdatum beachten (Rezepturmittel ohne Konservierungsstoffe sind nur kurz haltbar).
- ▷ Salben, Cremes, Gele etc. bei Raumtemperatur lagern (es sei denn, die Gebrauchsanweisung enthält eine andere Angabe).

Suppositorien, Klistiere

- ▷ Bei der Verabreichung von Suppositorien und Klistieren sind Einmalhandschuhe und Einmalschürze zu tragen.
- ▷ Weiche Suppositorien kühl bei 2 bis 8 °C lagern.
- ▷ Suppositorien in der Originalpackung aufbewahren (Wärme- und Feuchtigkeitsschutz).
- ▷ Klistiere in der Originalpackung bei Raumtemperatur lagern.

▶ 4.7.3 Entsorgung von Medikamenten

Stellt die/der zuständige DLin/DL bei einer Klientin/einem Klienten fest, dass abgelaufene Medikamente gelagert werden, so ist die Klientin/der Klient über die Entsorgung zu informieren. Die Entsorgung dieser Medikamente erfolgt in der Apotheke.

▶ 4.8 Hygienemaßnahmen bei intravasalen Kathetern

Bei der parenteralen Applikation von Medikamenten wird die Schutzfunktion der Haut, die eine natürliche Barriere gegen das Eindringen von Keimen darstellt, durchbrochen. Mikroorganismen ist es möglich, ungehindert in das Körperinnere einzudringen. An der Einstichstelle besteht die Gefahr der Keimverschleppung (auch primär apathogener Hautkeime) in die tieferen Schichten der Haut und in die punktierte Vene. Die zusätzliche permanente Reizung des Gewebes durch den Fremdkörper „Verweilkanüle“ verstärkt das Risiko einer Infektion.

Da die Hautflora mit Keimen vieler Art besiedelt ist, spielt sie bei der Kolonisierung von Kathetern die Hauptrolle. Führend sind hier Staphylokokken mit einem prozentuellen Anteil von 30 bis 50 %, aber auch *Candida species* und *Enterobacter species* spielen eine große Rolle.

Intravasale Verweilkanülen und -katheter können zur Eintrittspforte oder zum Träger von Keimen werden – die Indikationen sind streng festzulegen, und die Verabreichung ist unter aseptischen Bedingungen durchzuführen.

Infektionen, Hautschäden und Hauterkrankungen an oder in unmittelbarer Umgebung der Punktionsstelle stellen für intravasale Verweilkanülen und -katheter eine Kontraindikation dar.

Leitsätze, egal ob es sich um einen periphervenösen, zentralvenösen Zugang oder Porth-A-Cath-Katheter handelt:

- Vor jeglicher Manipulation ist eine hygienische Händedesinfektion durchzuführen!
- Grundsätzlich die Manipulation an intravasalen Kathetern auf das Notwendigste beschränken!

▶ 4.8.1 Umgang mit Injektionen

Injektionen sind häufige routinemäßige Eingriffe, bei denen Mängel in der Hygiene leicht möglich sind. Dadurch können Keime verschleppt werden und zu Infektionen führen. Im Vordergrund stehen vor allem lokale Prozesse, wie z. B. ein Spritzenabszess (in seltenen Fällen können Thrombophlebitis oder Sepsis auftreten).

Vorbereitung:

- ▷ Hygienische Händedesinfektion durchführen.
- ▷ Spritze und Aufziehkanüle unmittelbar vor der Verwendung vorbereiten: Verpackung auf Unversehrtheit prüfen, die Verpackung vorschriftsmäßig auseinanderziehen, das Durchstoßen der Packung ist zu vermeiden!
- ▷ Es dürfen nur Produkte aus einwandfreier Verpackung zur Anwendung kommen. Ist die Verpackung beschädigt, muss das Produkt verworfen werden.
- ▷ Spritze und Kanüle vor Kontamination schützen (entsprechender aseptischer Umgang).

Durchführung:

1. Inspektion der Einstichstelle (in ödematöses, entzündetes, vernarbtes oder minder durchblutetes Gewebe darf nicht injiziert werden).
2. Wischdesinfektion der Einstichstelle durchführen (Einwirkzeit beachten, nach Herstellerangaben mind. 30 Sekunden).
3. Injektion durchführen.
4. Material entsorgen: Kanüle niemals in die Schutzhülle zurückstecken – Verletzungs- und Infektionsgefahr (HIV, Hepatitis B und C). Spitze und scharfe Gegenstände sind in einem durchstichfesten Plastikbehälter zu entsorgen. Die durchstichfesten Behälter können, wenn sie dicht verschlossen sind, mit dem normalen Hausmüll entsorgt werden.

▶ **4.8.2 Hygienemaßnahmen bei peripheren Verweilkanülen****Applikation von peripheren venösen Zugängen**

Periphere Verweilkanülen sind Kanülen zur Punktion peripherer Blutgefäße (Extremitätengefäße), die über längere Zeit im punktierten Blutgefäß belassen werden (z. B. Venflon).

Über die Notwendigkeit bzw. die Art und Weise eines venösen Zuganges entscheidet die behandelnde Ärztin/der behandelnde Arzt. Dabei müssen die Zusammensetzung der Infusionslösung, die vorgesehene Art des Zuganges und die Verweildauer berücksichtigt werden.

Bei vereinzelt und kurz dauernden parenteralen Verabreichungen von Infusionen sind nach Möglichkeit Metallkanülen (Butterflys) zu verwenden, die bei jeder Applikation neu gesetzt werden (Schiene für das Eindringen von Mikroorganismen fällt weg, die Infektionsgefahr sinkt).

Vorbereitung (hygienische Händedesinfektion vor der Materialvorbereitung): Materialien:

- Zellstofftupfer
- Hautantiseptikum
- Kanüle
- Steriles Verbandmaterial
- Heftpflaster
- Spüllösung u. Spritze
- Durchstichfester Behälter

Durchführung:

- Bei Bedarf eine Kürzung der Haare an der Einstichstelle einer Rasur vorziehen.
- Handschuhe und Einmalschürze tragen (HBV, HCV, HIV).
- Sorgfältige Hautantiseptik!
- Einwirkzeit nach Herstellerangaben einhalten (nicht nachpalpatieren – Rekontamination!).
- Leitungen steril entnehmen, d. h., Leitung bleibt bis zur Applikation in der Verpackung.
- Unter aseptischen Bedingungen die Punktion des Blutgefäßes und die Einführung der Verweilkanüle an einer möglichst peripheren Körperstelle durchführen.
- Mandrin nach dem Setzen unmittelbar in einem durchstichsicheren Behälter entsorgen (Gefahr einer Stichverletzung!).
- Unsteril gewordene Leitungen (z. B. durch Fehlpunktion) müssen verworfen werden.
- Leitungen steril verbinden und gut fixieren. Zug oder ständiges Reiben an der Einstichstelle erhöht die Gefahr von Infektionen, da die Einstichstelle erweitert wird und Mikroorganismen leichter einwandern können.
- Periphere Venenkanülen nur zum Zeitpunkt des aktuellen Bedarfs setzen.

Hygienemaßnahmen bei der Pflege von peripheren venösen Zugängen

- ▶ Täglich eine optische Kontrolle der Einstichstelle vornehmen: Die Einstichstelle muss gut beurteilbar sein (Verband mit Folienfenster).
- ▶ Verband nach Bedarf wechseln, spätestens nach 72 Stunden.
- ▶ Der Verband ist trocken zu halten und muss bei Durchnässen unverzüglich entfernt und erneuert werden.
- ▶ Leitungen und Verband müssen frei von Blutverkrustungen sein. Blut ist ein guter Nährboden für Mikroorganismen.
- ▶ Die Einstichstelle wird großflächig mit einem gelisteten Hautdesinfektionsmittel wischdesinfiziert, und Verkrustungen werden vorsichtig entfernt. Dabei ist immer mit jeweils einem frischen Tupfer von der Einstichstelle weg zu wischen.
- ▶ Vor und nach jedem Infusionswechsel den Katheter spülen. Bei Kontamination des Konus mit Blut: Wischdesinfektion mit in

alkoholisches Hautdesinfektionsmittel getauchtem Tupfer.

- ▷ Es sind jedes Mal neue, sterile „Verschlusskonen“ zum Verschließen von Dreiweghähnen zu verwenden. (Der Einsatz von einmal verwendeten, evtl. am Nachtkästchen abgelegten Konen ist hygienisch nicht vertretbar!)
- ▷ Tägliche Kontrolle des periphervenösen Zuganges auf:
 - Rötung
 - Schwellung
 - Sezernierung
 - Schmerzen des Klienten/der Klientin, Funktionseinschränkung und Geruch

Infektionen können im Bereich der Einstichstelle und/oder im Verlauf der punktierten Vene (Phlebitis) auftreten. Sie sind durch Rötung (im Venenverlauf), leichte Schwellung und Schmerzen gekennzeichnet.

Entzündungsfördernde Faktoren sind neben der Vermehrung von Bakterien auch der mechanische Reiz, den eine Verweilkanüle auf die Venenwand ausübt, sowie die Belastung bei der Verabreichung von hypertonen Lösungen.

Bei Verdacht einer Infektion muss die Venenverweilkanüle nach Information der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes unverzüglich entfernt werden.

Grundsätzlich ist die periphere Venenkanüle nur für eine Kurzzeitinfusion vorgesehen (weniger als 48 Std.). Wenn es die Umstände erfordern und keine Infektionszeichen erkennbar sind, können diese venösen Zugänge auch länger belassen werden. Der deutliche Anstieg der Komplikationsrate auf über 70 % nach über 72 Stunden Liegedauer untermauert die Forderung nach einer Begrenzung der Liegedauer im Normalfall auf zwei bis drei Tage.

▶ 4.8.3 Hygienemaßnahmen bei zentralvenösen Kathetern

Indikationen:

- Voraussehbare Langzeitinfusion
- Parenterale Ernährung inkl. hyperosmolarer Lösungen
- Wenn peripherer Zugang nicht möglich

Hygienemaßnahmen bei der Pflege von zentralvenösen Kathetern

- ▷ Zentralvenöse Katheter müssen steril, aber luftdurchlässig verbunden werden, ansonsten entsteht ein feuchtwarmes Milieu an der Einstichstelle, das die Vermehrung von Mikroorganismen begünstigt, wodurch es schneller zur Infektion kommen kann.
- ▷ Zentralvenöse Katheter müssen gut fixiert sein, sodass es nicht zum Herausrutschen oder ständigen Zug an der Einstichstelle kommt. Eine ständige Reizung an der Hautnaht kann ebenfalls eine Infektion beschleunigen.
- ▷ Ist der zentralvenöse Katheter einmal herausgerutscht, darf er auf keinen Fall zurückgeschoben werden!
- ▷ **Konventioneller Verband:** Verbandwechsel bei blander Einstichstelle alle 48 Stunden mit sterilen Materialien. Verbinden nur unter streng sterilen Kautelen. Ist die Einstichstelle bereits gerötet, erfolgt der Verbandwechsel täglich und muss der behandelnden Ärztin/dem behandelnden Arzt zur Beurteilung gezeigt werden. Feuchte Verbände sind sofort zu wechseln, da sie einen Nährboden für Keime darstellen können.
- ▷ **Folienverband:** Vorteil dieser Verbände ist, dass die Einstichstelle jederzeit beurteilbar ist. Wenn diese ohne Befund ist, können Folienverbände je nach Herstellerangaben bis zu sieben Tagen belassen werden. (In den ersten 24 Stunden nach dem Legen ist ein VW nicht empfehlenswert, da die Einstichstelle erst trocknen muss – Nachblutungen – feuchte Kammer – idealer Nährboden für Mikroorganismen.) Folienverbände ersparen dem Pflegepersonal Zeit und der Klientin/dem Klienten das ständige Entfernen des Verbandes, was zu Hautreizungen führen kann und besonders bei Männern aufgrund des Haarwuchs unangenehm, wenn nicht schmerzhaft ist. Das Anlegen und Entfernen solcher Folien erfordert eine gewisse Technik, die vom Pflegepersonal erlernt werden muss.
- ▷ Aus dem Venenkatheter nur im Notfall oder unmittelbar vor dem Entfernen Blut entnehmen.
- ▷ Ein Abstöpseln des Katheters ist unbedingt zu vermeiden.
- ▷ Täglich optische Kontrollen der Einstichstelle vornehmen:
 - Rötung
 - Schwellung
 - Sezernierung
 - Sanfte Palpation der Einstichstelle: Klientin/Klienten über mögliche Schmerzen befragen!
 - Bei Unklarheiten der behandelnden Ärztin/dem behandelnden Arzt zur Beurteilung zeigen.

Entfernung eines zentralvenösen Venenkatheters

Wenn der Katheter nicht mehr gebraucht wird, sollte wegen des hohen Infektionsrisikos eine möglichst baldige Entfernung angestrebt werden.

Ein vorzeitiges Entfernen des Katheters ist indiziert bei:

- Lumenverlegung
- Katheterdefekten (Emboliegefahr)
- Veränderungen der Einstichstellen
- starker Rötung, Schwellung
- Sezernierung
- Fieber unklarer Genese
- Schmerzen, Funktionseinschränkung, Geruch

Die Entfernung des Cavakatheters erfolgt durch die Ärztin/den Arzt.

▶ 4.9 Aseptische Grundregeln bei der Infusionsverabreichung

- ▶ Vor jeder Manipulation am Infusionssystem (z. B. Abhängen der Infusion) ist eine hygienische Händedesinfektion durchzuführen.
- ▶ Schutzkappe des Bestecks erst unmittelbar vor Anschließen entfernen.
- ▶ Nur Infusionssysteme mit Bakterienfilter und Partikelfilter verwenden.
- ▶ Der Infusionsbehälter wird durch eine integrierte bakteriendichte Belüftungsvorrichtung am Infusionsbesteck belüftet – keinesfalls dürfen Einmalnadeln zur Belüftung der Infusionsbehälter verwendet werden.
- ▶ Je kürzer die Infusionsdauer, desto günstiger. Infusionen mit Zumischung sollten nicht länger als 12 Stunden laufen – das Maximum beträgt 24 Stunden.
- ▶ Sämtliche Dreiweghähne und Verlängerungen, die am zentralvenösen Katheter angeschlossen werden, dürfen nicht direkt auf der Haut des Klienten/der Klientin liegen. Sie müssen mit einer sterilen Mullbinde oder eigens dafür von Firmen angebotenen Schutzhüllen geschützt werden.
- ▶ Eine gute Fixierung des Infusionsbestecks bzw. der Verlängerungen in der Nähe der Verbindung ist wichtig (Verhinderung der mechanischen Reizung).
- ▶ Infusionssysteme, Dreiweghähne und Verlängerungen werden bei Verabreichung von parenteraler Nahrung spätestens alle 48 Stunden, bei Risiko-Kranken (z. B. mit Diabetes mellitus oder Abwehrschwäche) spätestens nach 24 Stunden gewechselt. Bei sichtbarer Verschmutzung ist ein sofortiger Wechsel der Infusionsleitungen und Zwischenstücke durchzuführen – Transfusionsbesteck nach jeder Transfusion wechseln bzw. Herstellerangaben beachten!
- ▶ Reduzierung unnötiger Konnektionsstellen, Dreiweghähne, ungenutzter Mehrfachverbindungen (= flüssigkeitsgefüllte Toträume).
- ▶ Wechsel der Mehrfachverbinder mit dem Infusionsbesteck!
- ▶ Infusionsleitungen und Verbindungsstellen nicht an der Analregion, an Tracheostomen, Drainagen, Sonden etc. vorbeiführen!
- ▶ Bodenkontakt des Infusionsleitungssystems meiden!
- ▶ Das Prinzip des geschlossenen Systems gilt auch für die Infusionstherapie. Die Unterbrechung der laufenden Infusion sollte die Ausnahme sein und unter aseptischen Bedingungen erfolgen. Bei Kontamination muss das Infusionssystem sofort ausgetauscht werden!

▶ 5. Hygieneempfehlungen für spezielle Erkrankungen und Krankheitszustände

▶ 5.1 Hygienerichtlinien für anzeigepflichtige Erkrankungen

Epidemiegesetz von 1950:

Es wird hier nur auf relevante Erkrankungen in der Hauskrankenpflege näher eingegangen. Wichtige Informationen zur Einleitung und Umsetzung notwendiger Maßnahmen finden Sie im Hygieneplan. Alle anderen Erkrankungen werden nur exemplarisch aufgezählt.

▶ 5.1.1 Verdachts-, Erkrankungs- und Sterbefälle sind anzeigepflichtig

Cholera (asiatische)	<p>Erreger: <i>Vibrio cholerae</i> Infektionsweg: orale Aufnahme (infiziertes Wasser und Speisen) Inkubationszeit: 2–5 Tage Symptome: Übelkeit, Erbrechen, Bauchkrämpfe, „reiswasserähnlicher“ Stuhl (bei unklaren Durchfällen ist immer an einen vorhergehenden Auslandsaufenthalt zu denken)</p>
Übertragbare Kinderlähmung	<p>Erreger: Poliomyelitis-Erreger Infektionsweg: Die Infektion erfolgt oral. Erreger finden sich häufig in stehenden Gewässern. Das Virus wird im Stuhl, anfänglich auch über Rachensekret ausgeschieden. Symptome sind uncharakteristisches Fieber, Abgeschlagenheit, Kopfschmerzen, Nackensteifigkeit, später können Lähmungen folgen. Nur eine Impfung schützt!</p>
Salmonellen-Typhus und Paratyphus	<p>Gastroenteritisches Krankheitsbild: Wenige Stunden bis drei Tage nach der Aufnahme von kontaminierten Nahrungsmitteln (Trinkwasser, Milch/Milchprodukte, faschiertes Fleisch, Eis, Eier ...) treten Symptome wie Kopfschmerzen, Erbrechen, Durchfall und Fieber bis zu 40 °C auf. Bei älteren oder immungeschwächten Menschen kann es in weiterer Folge zu Kreislaufversagen kommen.</p> <p>Prophylaktische Maßnahmen: Lebensmittelhygiene beachten – Speisen gut erhitzen (Kerntemperatur von 75 °C), Geschirr ausreichend heiß (85 °C) nachspülen, aufgetaute Lebensmittel dürfen nicht wieder eingefroren werden, keine Holzbretter oder Holz-Kochlöffel verwenden, da sich hier die Bakterien festsetzen (möglichst Materialien aus Kunststoff einsetzen).</p> <p>Typhöses Krankheitsbild: 1 bis 3 Wochen nach oraler Infektion kommt es zu einem langsamen Anstieg der Körpertemperatur. Symptome sind Roseolen an Bauch, Rücken und Brust – runde, leicht erhabene Flecken, Kopf und Gliederschmerzen, selten „erbsenbreiartiger“ Durchfall.</p> <p>Maßnahmen: Die Therapie erfolgt durch die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt. Strenge Händehygiene beachten, sicherstellen, dass die Toilette bzw. der Leibstuhl von keiner anderen Person im Haushalt verwendet wird bzw. nach Benützung einer Desinfektion mit gelisteten Produkten unterzogen wird. Stuhlverschmutzte Wäsche sofort in der Waschmaschine waschen.</p>
Escherichia coli	<p>Hier sind die Infektionswege „Mensch – Lebensmittel – Mensch“ oder „Mensch – Abwasser – Lebensmittel – Mensch“. Die Erreger sind insbesondere in Ländern mit mangelnden Sanitärverhältnissen, wie z. B. in den Entwicklungsländern, zu finden. Daher nur abgekochtes oder desinfiziertes Wasser trinken, kein rohes Gemüse oder Salate und keine „nicht durchhitzten“ Fleischgerichte (medium) essen! Diese Maßnahmen gelten ebenso für alle anderen auslandsassoziierten Durchfallserkrankungen.</p> <p>Prophylaxe und Hygienemaßnahmen: gleich wie bei Salmonellen und Typhus.</p>

EHEC (Enterohämorrhagische Escherichia coli)	Inkubationszeit: Stunden bis 6 Tage Infektionsweg: Stuhl, evtl. Erbrochenes, Schmierinfektion Prophylaxe und Hygienemaßnahmen: gleich wie bei Salmonellen und Typhus.
Yersinia enterocolitica	Erreger in Schlachtschweinen, Geflügel, frischem und vakuumverpacktem Fleisch, Milch, Speiseeis, Muscheln, Austern und Trinkwasser. Prophylaxe und Hygienemaßnahmen: gleich wie bei Salmonellen und Typhus.
Campylobacter jejuni	Epidemien können nach Verzehr von Rohmilch, nicht ausreichend erhitztem Geflügel und rohem faschiertem Fleisch auftreten. Prophylaxe und Hygienemaßnahmen: gleich wie bei Salmonellen und Typhus.
Intoxikation durch Staphylokokken	Dies ist eine der häufigsten Lebensmittelvergiftungen. Ursache sind die im Lebensmittel gebildeten Enterotoxine. Im Vordergrund der Symptomatik steht vor allem Erbrechen. Inkubationszeit: sehr kurz – 1/2 Stunde bis 6 Stunden Die Erkrankung dauert meist nur 24 Stunden. Die Kontamination der Lebensmittel erfolgt zumeist durch Staphylokokken tragende Menschen (Nasensekret, Speichel, Hustenaerosole, kleine Hautwunden an den Händen). Besonders häufig wird die Erkrankung durch fertige Fleischgerichte, Pasteten, gekochten Schinken, Milch und Milchprodukte, Eiprodukte, Salate, Cremes, Kuchenfüllungen, Speiseeis und Teigwaren übertragen. Prophylaxe und Hygienemaßnahmen: gleich wie bei Salmonellen und Typhus.
C. botulinum	Inkubationszeit: 1–3 Tage Die Erkrankung beginnt häufig mit gastrointestinalen Störungen, darauf folgen Lähmungen. Der Tod tritt durch Atemlähmung oder Herzstillstand ein.
Shigellen	Erreger: Shigella Inkubationszeit: einige Stunden bis wenige Tage Der Mensch ist das einzige Erregerreservoir; Übertragung über fäkal-orale Kontaktinfektion, kontaminiertes Wasser bzw. Lebensmittel; Verbreitung durch Fliegen; epidemische Ausbreitung unter schlechten hygienischen Bedingungen.
Papageienkrankheit (Psittakose)	Inkubationszeit : 5–14 Tage Die Infektion erfolgt über die Luftwege, durch engen Kontakt mit Vögeln und deren Ausscheidungen. Klinisch langsamer Beginn mit uncharakteristischen Beschwerden, Gliederschmerzen, regelmäßigen starken Schläfen- u. Stirnkopfschmerzen u. Kreuzschmerzen, Fieberanstieg auf 39 °C und mehr. Es bilden sich bronchopneumonische Herde, die zusammenfließen. Es können auch typhusähnliche Symptome auftreten. Komplikationen: toxische Schädigung des Myokards, Kreislaufdekomensation; fast immer Thrombophlebitis (Letalität bei 20–50 %).
Milzbrand (Bacillus anthracis)	Es gibt drei Formen: Hautmilzbrand, Lungenmilzbrand, Darmmilzbrand. Inkubationszeit: 1–7 Tage, je nach Milzbrandform. Die Symptome sind je nach Eintrittsform unterschiedlich gestaltet. <ul style="list-style-type: none"> • Hautmilzbrand: Eintritt der Keime durch kleinste Hautwunden. Kleine, juckende Schwellung, Rötung, innerhalb weniger Tage schmerzfreies, sekretgefülltes Geschwür mit Neigung zur Nekrose. • Lungenmilzbrand: Übertragung durch Inhalieren von sporenhaltigem Staub. Fieber, Muskelschmerzen, Übelkeit und Husten, innerhalb weniger Tage Atemnot, hohes Fieber und Schock. • Darmmilzbrand: Selten. Eintritt der Keime durch infiziertes rohes Fleisch. Milzbrandkarbunkel im Darm mit baldiger Perforationsperitonitis. <p>Frühzeitig einsetzende Antibiotikatherapie ist in den meisten Fällen erfolgreich. Die Gesundheitsbehörde ordnet alle zu treffenden Maßnahmen an (Isolierung in Infektionsabteilung, Schutzmaßnahmen für alle Kontaktpersonen, Umgang mit kontaminiertem Material und Räumen sowie Maßnahmen bei der Bestattung).</p>

- Tollwut (Lyssa) sowie Bissverletzungen durch wutkranke oder wutverdächtige Tiere** Der Erreger der Tollwut gehört zu den Rhabdo-Viren. Die Infektion erfolgt durch Bissverletzungen durch infizierte Hunde, Katzen und Füchse.
 Inkubationszeit: zwischen 3 Wochen und 3 Monaten
 Symptome: Schmerzen an der Bissstelle, Reizbarkeit und Niedergeschlagenheit, danach kommt es zum Erregungsstadium mit Reizbarkeit, Ängstlichkeit, motorischer Unruhe und Hydrophobie (= Wasserscheu, bedingt durch schmerzhafte Krämpfe der Schlundmuskulatur, die schon durch den Anblick von Flüssigkeit ausgelöst werden). Weiters treten Krämpfe der Atem- und anderer Muskeln auf, und schließlich kommt es zu Tobsuchtsanfällen.
 Eine Impfprophylaxe sollte nach jeder Bissverletzung erfolgen!
- Hepatitis A** Nahrungsmittelinfektion, wobei das Virus bei ungenügenden hygienischen Bedingungen (Wasser, Abfall) durch Schmierinfektion übertragen wird. Einschleppung durch Reisende aus Endemiegebieten, daher Häufung der Infektionen nach der Urlaubssaison. Bei uns sind Kleinraumepidemien (Kindergärten, Schulen, Heime) möglich.
 Je älter die Klientin/der Klient, desto gefährdeter ist sie/er, einen schweren Krankheitsverlauf zu entwickeln. Die Infektion muss aber nicht in allen Fällen zur Erkrankung führen. Allerdings scheidet die/der Betroffene das Virus über den Stuhl aus und ist damit eine Infektionsquelle. Beim Umgang mit an Hepatitis A Erkrankten und ihren Kontaktpersonen ist zu berücksichtigen, dass der Höhepunkt der Virusausscheidung und damit der Gipfel der Infektiosität in der späten Inkubationsphase, d. h. 1–2 Wochen vor Ausbruch des Ikterus, liegt. Bei Auftreten des Ikterus lässt sich bei etwa der Hälfte der Erkrankten mittels des immunologischen Antigentests kein Virus im Stuhl mehr nachweisen.
 Prophylaxe: Impfung
 Die Übertragung des Erregers kann wirksam durch das Vermeiden einer fäkal-oralen Schmierinfektion, vor allem durch eine effektive Händehygiene (Desinfektion mit viruswirksamem Desinfektionsmittel) vermieden werden.
- Hepatitis B / Hepatitis C** Ca. 3 % der Weltbevölkerung sind HCV-infiziert. Es wird vermutet, dass 1 % der Österreicher/innen infiziert ist, aber es dürfte nur die Hälfte der Betroffenen davon wissen. Die Übertragung durch Blutprodukte ist dank der rigorosen Sicherheitsmaßnahmen selten geworden. Bei 56 % der HCV-Infektionen bleibt der Übertragungsweg ungeklärt.
 Prophylaxe: Wie bei allen durch Blut übertragbaren Infektionen (Hepatitis B, C, HIV/Aids)
 • Schutzhandschuhe tragen bei Kontakt mit Blut, Körperflüssigkeiten und Ausscheidungen.
 • Kein Zurückstecken (Recapping) der Nadel in die Hülle!
 • Keine offenen Blutabnahmesysteme verwenden.
 • Instrumente (Nagelscheren etc.) nach Gebrauch bzw. vor Wiederverwendung bei der nächsten Klientin/beim nächsten Klienten desinfizieren. Klientinnen-/klientenbezogener Einsatz!
 • Entsorgung: spitze und scharfe Gegenstände (Nadeln!) in durchstichsichere, verschließbare verschließbare Behälter, Verbände u. a. kontaminiertes Material in zusätzlicher Verpackung (PE-Säcke) in den Hausmüll.
 • Hepatitis-B-Impfung
- Hepatitis D (HDV):** Das Virus ist ein inkomplettes RNA-Virus und kann sich nur in Gegenwart des HBV vermehren.
 Vorkommen: Im mediterranen Raum endemisch unter HBV-Infizierten über persönlichen Kontakt, Verbreitung in Westeuropa und Nordamerika über intravenösen Drogenmissbrauch.
 Übertragung und Prophylaxe: Parenteral wie HBV, Hep.B-Impfung ist der wirksamste Schutz.
 Therapie: Interferon- α .
- Hepatitis E (HEV):** Unbehülltes RNA-Virus, zweithäufigste Hepatitis in Afrika und Vorderasien, auch in Europa steigende Infektionszahlen.
 Ursache in den Industrieländern: Genuss tierischer Produkte, v. a. Schweinefleisch, Wildschwein.

In Ländern mit niedrigem Hygienestandard sind meist mit Fäkalien verunreinigtes Trinkwasser oder Lebensmitteln verantwortlich, Schmierinfektion.

Prävention: wie HAV, in Ländern mit Verbreitung nicht abgekochtes Leitungswasser vermeiden, Verzehr von nicht gekochten oder unzureichend erhitzten Speisen vermeiden.

Therapie: keine oder symptomatisch. Impfung nur in China zugelassen.

SARS

(schweres akutes respiratorisches Atemnotsyndrom)

Erreger: Coronaviren

Infektionsweg: Respirationstrakt; nicht ausgeschlossen: aerogen, Wasser oder Klimaanlage.

Inkubationszeit: 2–7 Tage, selten 10 Tage

Symptome: plötzlicher Beginn und Fieber > 38,5 °C und Muskelschmerzen und mindestens ein respiratorisches Symptom und Aufenthalt in einem Dispositionsland innerhalb von 2 Wochen vor Symptombeginn oder Kontakt mit einer erkrankten Person.

Prophylaxe: Reiseempfehlungen des Bundesministeriums beachten. In den gefährdeten Gebieten von Menschenansammlungen fernhalten, Tragen einer Atemschutzmaske der Filterklasse FFP3.

SARS-Covid-2:

Erreger: Erreger: Coronaviren

Infektionsweg: Respirationstrakt, Schmier- und/oder Tröpfcheninfektion

Inkubationszeit: Die Inkubationszeit gibt die Zeit von der Ansteckung bis zum Beginn der Erkrankung an. Die mittlere Inkubationszeit (Median) wird in den meisten Studien mit 5-6 Tagen angegeben. (s. a. lt. aktueller Falldefinition des Ministeriums bzw. www.rki.de)

Symptome: Fieber, Husten, Kurzatmigkeit und Atembeschwerden, plötzliches Auftreten einer Störung bzw. Verlust des Geschmacks- oder Geruchssinns, Pneumonie; Symptome können unterschiedlich stark ausgeprägt sein.

Prophylaxe: Präventionskonzept/-maßnahmen: Abstand halten, Händehygiene, Mund-Nasenschutz bis zu Atemschutzmasken ohne Ausatemventil der Filterklasse FFP2/FFP3, Vermeidung von Menschenansammlungen, ...

Weitere Erkrankungen, die bei Verdacht, Erkrankung und Sterbefall anzeigepflichtig sind:

Hepatitis D, E, F, G oder nicht klassifiziert, Aussatz (Lepra), Fleckfieber (Flecktyphus), Gelbfieber, Pest, Pocken, Wochenbettfieber, übertragbare Ruhr (Amöbenruhr), Rotz, Tularämie, virales hämorrhagisches Fieber (Ebola etc.).

► 5.1.2 Erkrankungen und Sterbefälle sind anzeigepflichtig

Aids

(Meldung erfolgt auf eigenen Meldebögen, nur bei manifestierter an das BM für Gesundheit)

Weltweit sind ca. 40 Mio. Menschen infiziert. In Österreich leben ca. 13.500 Betroffene, rund die Hälfte davon in Wien.

Infektiös sind Blut, Samen- und Scheidenflüssigkeit. Die Infektiosität ist verglichen mit Hepatitis B gering, aber es gibt keine Impfung dagegen, daher ist der Eigenschutz besonders wichtig. Erkrankung

Maßnahmen wie bei allen durch Blut übertragbaren Infektionen (siehe Hepatitis B und C).

Übertragbare

Genickstarre

(Meningokokken)

Erreger sind Meningokokken, die Übertragung erfolgt durch Tröpfcheninfektion.

Die Behandlung sollte so früh wie möglich einsetzen. In Epidemiezeiten hat sich die prophylaktische Gabe von Antibiotika für Kontaktpersonen bewährt.

Diphtherie

Erreger ist das *Corynebacterium diphtheriae*.

Die Übertragung erfolgt durch Tröpfcheninfektion oder Schmierinfektion.

Für die Verbreitung sind sowohl Ausscheider als auch Bakterienträger von Bedeutung.

Inkubationszeit: 2–7 Tage

Symptome: Es kommt zur Bildung grauer, schmieriger Beläge. Hauptlokalisation sind die Gaumenmandeln, der Schlund, der Kehlkopf, die Bronchien und die Nase. Nach 2–5 Tagen kommt es zu Kopfschmerzen, Glieder- und Bauchschmerzen und Angina. Bald entstehen weißliche Beläge auf stark geröteter, geschwollener Schleimhaut mit Beteiligung der regionalen Lymphknoten und starkem Fieber.

Prophylaxe und Maßnahmen: Die beste Prophylaxe ist die Impfung.

Keuchhusten

Erreger: Bordetella pertussis Inkubationszeit: 1–2 Wochen

Die Symptome sind ähnliche wie bei Diphtherie, wobei es hier zusätzlich zu starken Hustenattacken mit Atemnot kommen kann.

Scharlach

Hervorgerufen durch β -hämolisierende Streptokokken.

Infektionsweg: Tröpfcheninfektion, selten auch über indirekten Weg. Inkubationszeit: 2–4 Tage

Symptome: hohes Fieber, Kopfschmerzen, Schluckbeschwerden infolge der Angina, auf der Zunge oft schmierige Beläge, die sich erst nach einigen Tagen lösen, und man sieht eine hochrote Zunge – Himbeerzunge (4.–8. Tag). Ausschlag mit Hauptlokalisation auf dem Bauch und in der Leistenbeuge, sekundär kann es zu rheumatischen Erkrankungen, Myokarditis, Glomerulonephritis und generalisierten Infektionen kommen.

Immungeschwächte und alte Menschen von infizierten Personen fernhalten.

Trichinose

Bei Trichinenbefall ist zwischen den Darmtrichinen und den Muskeltrichinen zu unterscheiden. Letztere entstehen dadurch, dass Larven aus dem Darm über den Lymph- und Blutweg in die Muskulatur verschleppt werden, wo sie eingekapselt lange entwicklungsfähig bleiben. Die Infektion erfolgt durch den Genuss trichininhaltigen rohen Fleisches, nicht ausreichend tiefgefrorenen Fleisches oder trichinösen Trocken- und Pökelfleisches. Neben Schweinen und Ratten können eine Reihe von Haus- und Wildtieren Trichinenträger sein.

Darmtrichinen verursachen enteritische Bilder, Muskeltrichinen führen zu rheumatischen Beschwerden, Ödemen, deliranten Zuständen sowie typhusähnlichem Fieber mit hoher Letalität.

Prophylaxe: unbedingt Fleischschau durch Tierarzt. Kein Genuss von rohem Fleisch!

Tuberkulose

(getrennt in Tbc der Atmungsorgane und Tbc anderer Organe)

Die Infektion erfolgt durch direkten Kontakt, Tröpfcheninfektion oder über Nahrungsmittel (Milch und Milchprodukte). Durch Pasteurisierung der Milch und Tilgung der Rindertuberkulose konnte die Übertragung durch Milch und Milchprodukte weitgehend unterbunden werden.

Bei extrapulmonaler TBC sind auch Urin, Eiter und Sekrete aus Läsionen befallener Organe infektiös. Maßnahmen bei einer Erkrankung sind das Tragen von Einmal-Schutzmantel/Schutzhittel, Handschuhen und bei offener Lungen-Tbc unbedingt Atemschutzmaske der Filterklasse FFP2 bis FFP3 (resistente Form). Rückfälle oder Reinfektionen werden durch Mangelernährung, Alkoholismus, Diab. mell., Immunsuppression, Lungenerkrankungen und Niereninsuffizienz gefördert.

FSME

Inkubationszeit: 7–14 Tage

Symptome sind Fieber, Abgeschlagenheit, Gelenks- und Muskelschmerzen.

FSME kann in verschiedenen Formen zum Ausbruch kommen: Meningitis, Enzephalitis, Lähmungsform.

Die Übertragung erfolgt durch den Stich oder Biss von Zecken oder durch den Genuss roher Kuh- und Ziegenmilch.

Prophylaxe: Impfung

Weitere Erkrankungen, die bei Auftreten und Sterbefall anzeigepflichtig sind

Meningitis (bakterielle Gehirnhautentzündung – Meningokokken, Haemophilus influenzae, Pneumokokken, E. coli, Streptokokken und sonstige), Rückfallfieber, Körnerkrankheit (Ägyptische Augenentzündung, Trachom), Leptospiren, Malaria, Meningoenzephalitis (übertragbare Gehirnhautentzündungen, aufgeschlüsselt in Masern, FSME, Herpes und sonstige), Bang'sche Krankheit (Brucellose).

5.1.3 Verdachts-, Erkrankungs- und Sterbefälle sind bei gehäufterem Auftreten anzeigepflichtig

► Masern, Mumps, Röteln und Schafblättern (Varizellen).

Meldung nur bei gehäufterem Auftreten in Anstalten, Heimen usw.

Masern

Erreger: Masernvirus

Inkubationszeit: 8–10 Tage, katarrhalisches Stadium 14 Tage bis zum Ausbruch des Exanthems. Die Ansteckungsgefahr beginnt bereits 5 Tage vor Auftreten des Exanthems und hält 4 Tage nach Auftreten des Exanthems an. Unmittelbar vor Erscheinen des Exanthems ist die Ansteckungsgefahr am größten.

Vorkommen: weltweit verbreitet, vor allem in Entwicklungsländern. Masern ist eine der ansteckendsten Krankheiten: durch Einatmen infektiöser Expirationströpfchen (Sprechen, Husten, Niesen) oder durch Sekrete aus Nase und Rachen. Bereits eine kurze Exposition führt zur Infektion (Kontagionsindex nahe 100 %).

Symptome: zweiphasiger Verlauf. Zu Beginn: Fieber, Konjunktivitis, Schnupfen, Husten und ein Exanthem am Gaumen (kalkspritzerartige weiße Flecken an der Mundschleimhaut). Das Masernexanthem (bräunlich-rosafarbene Hautflecken) entsteht 3–7 Tage nach Auftreten der initialen Symptome, beginnt im Gesicht hinter den Ohren und bleibt 4–5 Tage bestehen. Abklingen mit kleienartiger Schuppung.

Komplikationen: bakterielle Superinfektionen wie Otitis media, Bronchitis, Pneumonie und Diarrhöen. Postinfektiöse Enzephalitis. Vor allem bei immunsupprimierten Personen und Personen mit Immundefekten sind schwere Organkomplikationen möglich.

Therapie: symptomatisch

Prophylaxe: Schutzimpfung

Mumps

Erreger: Mumpsvirus

Inkubationszeit: 12–25 Tage

Vorkommen: weltweit endemisch verbreitet, überwiegend im Kindes- und Jugendalter auftretend.

Tritt während des ganzen Jahres, gehäuft im Winter und im Frühjahr auf. Der Mensch ist das einzige Erregerreservoir.

Die Übertragung erfolgt vor allem durch Tröpfcheninfektion, seltener durch mit Speichel kontaminierte Gegenständen. Die Ansteckung ist 2 Tage vor bis 4 Tage nach Erkrankungsbeginn am größten.

Symptome: 30–40 % verlaufen subklinisch. Typisches Krankheitsbild ist eine Entzündung der Speicheldrüsen in Verbindung mit Fieber.

Komplikationen: Meningitis, Akustikus-Neuritis und Labyrinthitis mit Innenohrschwerhörigkeit, in der Schwangerschaft im 1. Trimester kann es zum Spontanabort kommen.

Therapie: symptomatisch

Prophylaxe: Schutzimpfung

Röteln (Rubella)

Erreger: Rötelnvirus Inkubationszeit: 14–21 Tage

Die Ansteckungsfähigkeit besteht bereits eine Woche vor Ausbruch des Exanthems und dauert bis zu einer Woche nach dem Auftreten des Exanthems.

Vorkommen: weltweit endemisch verbreitet. In gemäßigten Klimazonen wird im Frühjahr die höchst-

te Erkrankungshäufigkeit beobachtet. Röteln ist eine klassische „Kinderkrankheit“ (ca. 50 % der Infektionen verlaufen asymptomatisch).

Symptome: Ein kleinfleckiges, makulöses oder makulopapulöses Exanthem beginnt im Gesicht, breitet sich über Körper und Extremitäten aus und verschwindet nach 1–3 Tagen wieder. Weiters können Kopfschmerzen, subfebile Temperaturen, Lymphknotenschwellungen, leichter Katarrh der oberen Luftwege und eine Konjunktivitis auftreten.

Prophylaxe durch Impfung (Kombinationsimpfstoff MMR: Masern – Mumps – Röteln) möglich. Alle Frauen im gebärfähigen Alter sollten gegen Röteln geschützt sein (Feststellung mittels Titerbestimmung). Erkrankt eine Frau in den ersten drei Monaten der Schwangerschaft an Röteln, so besteht die Gefahr, dass beim Embryo teils schwere Missbildungen auftreten, wobei die Gefahr umso größer ist, je früher in der Schwangerschaft die Infektion erfolgt.

Weitere Komplikationen können Arthritiden, Bronchitis, Otitis, Enzephalitis, Myo- und Perikarditis sein. Therapie: symptomatisch

Schafblattern (Windpocken)

Erreger: Varicella-zoster-Virus
Inkubationszeit: 8–28 Tage

Herpes-Zoster (Gürtelrose)

Ansteckungszeit beginnt 1–2 Tage vor Auftreten des Exanthems und endet 7 Tage nach Auftreten der letzten Effloreszenzen.

Das Varicella-Zoster-Virus kann zwei verschiedene klinische Krankheitsbilder verursachen: **Varizellen** bei exogener Neuinfektion und **Herpes-Zoster** bei endogener Reaktivierung.

Vorkommen: Varizellen sind weltweit verbreitet. Reservoir ist einzig der Mensch. Das Virus verliert außerhalb des Körpers rasch seine Infektiosität. Varizellen sind äußerst infektiös. Nach einer Exposition erkranken über 90 von 100 Exponierten. Saisonale Häufungen in gemäßigten Breitengraden im Winter und im Frühjahr. Eine Übertragung erfolgt durch virushaltigen Bläscheninhalt oder Krusten als Schmierinfektion.

Beim Herpes-Zoster besteht eine geringere Kontagiosität.

Symptome: zu Beginn grippeähnliche Symptome, dann juckendes Exanthem, Fieber, Hautläsionen bestehend aus Papeln, Bläschen und Schorf in verschiedenen Entwicklungsstadien. Komplikationen: bakterielle Superinfektion der Hautläsionen, schwerwiegende Varizellenpneumonie, Meningitis, Enzephalitis, Myokarditis, Nephritis, Arthritis. Bei Auftreten während der Schwangerschaft Missbildungen des Fötus, bei Auftreten um den Geburtszeitraum für das Neugeborene schwerer Krankheitsverlauf mit einer Letalitätsrate von bis zu 30 %.

Herpes-Zoster tritt vor allem bei immungeschwächten Personen und älteren Menschen auf (endogenes Rezidiv der in den Spinal- bzw. Hirnnervenganglien persistierenden Erreger).

Symptome: Dermatome mit starken Schmerzen.

Komplikationen: Neuralgie über lange Zeit mit erheblichen Schmerzen, Meningoenzephalitis.

Therapie:

Varizellen: symptomatisch bei immunkompetenten Klienten/Klientinnen, vor allem Vermeidung der Superinfektion der Hautläsionen. Immungeschwächte: antivirale Therapie, parenteral verabreicht.

Herpes-Zoster: antivirale Therapie.

Besonders gefährdet sind Neugeborene, immungeschwächte Personen und Personen unter Kortisonbehandlung.

Prophylaxe: aktive Immunisierung.

Postexpositionelle Prophylaxe möglich.

► 5.1.4 Jeder Sterbefall ist anzeigepflichtig

Creutzfeld-Jakob- Erkrankung

Infektionsweg:

Hohe Infektiosität: Gehirn, Rückenmark, Auge.

Mittlere Infektiosität: Milz, Tonsillen, Lymphknoten, Ileum, proximales Colon, Liquor, Hypophyse, Nebenniere, Dura mater, Zirbeldrüse, Plazenta, distales Colon, peripheres Nervensystem.

Geringe Infektiosität: Nasenschleimhaut, Thymus, Knochenmark, Leber, Lunge, Pankreas.

Keine Infektiosität nachweisbar: Skelettmuskulatur, Herz, Brustdrüse, Milch, Blut und Blutgerinnsel, Serum, Kot, Niere, Schilddrüse, Speicheldrüse, Speichel, Ovarien, Uterus, Hoden, Samen, fetales Gewebe, Kolostrum, Galle, Knochen, Sehnen, Bindegewebe, Haare, Haut, Urin.

CJK lässt sich nicht durch normalen Kontakt von Mensch zu Mensch übertragen. Auch der Hautkontakt mit Blut, Serum und Ausscheidungen aller Art birgt kein Infektionsrisiko.

► 5.2 Die häufigsten nicht anzeigepflichtigen Infektionskrankheiten

MRE (Multi-resistente Erreger)

MRE sind multiresistente Bakterien und besitzen immer noch ihre grundlegenden Eigenschaften, d.h. sie sind zur Vermehrung auf Wasser und Nahrungsstoffe angewiesen. Auf unbelebten Oberflächen können sie Tage bis Wochen überleben, von hier können sie über nicht desinfizierte Hände oder Gegenstände weiter getragen werden. Das Verhalten gegenüber Desinfektionsmitteln bleibt gleich: Es entstehen keine Desinfektionsmittelresistenzen. HDM und FDM sind und bleiben wirksam (bei richtiger Anwendung).

MRSA (Multiresistenter Staphylococcus aureus)

Staphylokokken sind Eitererreger, die leicht übertragbar sind und meist gut auf Antibiotika ansprechen. Allerdings entwickelten sich durch häufige Antibiotikagaben Keime mit Resistenzen (nicht nur Methicillin!). In Spitälern ist MRSA wegen der schwierigen Behandlung und der Konzentration von Patient/innen mit disponierenden Faktoren (z. B. Multimorbidität, großflächige Wunden, invasive Eingriffe, Venenkatheter, Dialyse-Shunts u. v. a.) ein zunehmendes Problem. Da die frühzeitige Entlassung von Patient/innen mit MRSA eine wichtige Maßnahme zur Verhinderung von Epidemien im Krankenhaus ist, sind Kenntnisse im Umgang mit MRSA-Trägern auch im ambulanten Bereich notwendig.

Die Besiedelung mit diesem Keim stellt für gesunde und immunkompetente Personen keine Gefahr dar. In der gesunden Bevölkerung kommen diese Keime noch selten vor.

Nicht vergessen werden darf, dass auch Pflegepersonen Keimträger sein können. Eine Übertragung auf gefährdete Personen ist daher unbedingt durch strikte Einhaltung der Hygienemaßnahmen zu vermeiden. Bei Klienten/Klientinnen mit geschwächter Abwehr besteht nämlich die Möglichkeit, dass sich aus der Besiedelung eine manifeste Infektion entwickelt, die aufgrund der Antibiotikaresistenz dann nur sehr schwer zu behandeln ist.

Risikofaktoren für den Erwerb eines MRSA sind lange/wiederholte Krankenhausaufenthalte und die häufige Behandlung mit Breitbandantibiotika.

Häufige Lokalisation: Nase, Wunden – chronische Hautulzera!

Bei der Entlassung müssen der Klient/die Klientin und alle an der weiteren Betreuung beteiligten Personen informiert werden.

3MRGN/4MRGN (gramnegative Stäbchen)

Nachdem die letzten Jahre durch eine zunehmende Ausbreitung grampositiver nosomialer Infektionserreger gekennzeichnet waren, zeichnet sich in den letzten Jahren eine Zunahme der Resistenzen bei gramnegativen Stäbchen-Bakterien ab.

3MRGN (gramnegative Stäbchen, bei der noch eine der Antibiotikagruppen wirksam ist), 4MRGN (gramnegative Stäbchen die gegen alle vier Gruppen resistent sind)

Antibiotikagruppen:

Acylaminopenicilline
Cephalosporine der 3. und 4. Generation
Carbapeneme
Chinolone

Leitsubstanz:

Piperacillin
Cefotaxim und/od. Ceftazidim
Imipenem und/od. Meorpenem
Ciprofloxacin

VRE (Vancomycin-resistente Enterokokken)	Kommen in der normalen Darmflora des Menschen vor, dazu gehören z.B. die Familie der Enterobacter spp. VRE können bei Immunabwegeschwächten Personen Infektionen verursachen. Sie sind allerdings sehr resistent gegenüber gebräuchlichen Antibiotika.
Pseudomonaden (Pseudomonas aeruginosa)	Ausgesprochene Nasskeime. Sie kommen z. B. im Leitungswasser und an nassen Stellen wie Waschbecken, Luftbefeuchter und Inhalatoren, Wetex, in Augentropfen, in Wundsekreten (übel riechender blaugrüner Eiter), Harn und Dickdarm vor. Achtung bei abwegeschwächten Klientinnen/Klienten; ansonsten geringe Virulenz.
Listerien	Vorsicht bei älteren oder abwegeschwächten Menschen. Kommen vor in Rohmilch, mangelhaft gereinigten Geräten oder durch schlechte persönliche Hygiene. Vorsicht bei vakuumverpackten und lange gelagerten Lebensmitteln. Fleisch und Fleischgerichte sollen ausreichend gegart, Rohmilch abgekocht werden. Inkubationszeit: 1–4 Wochen Komplikationen sind Meningitis, Enzephalitis und Hirnabszess.
Erysipel (Rotlauf)	Eine Entzündung der Haut und Unterhaut, vorwiegend durch β -hämolisierende Streptokokken verursacht. Symptome: scharf begrenzte, stark gerötete Schwellung, die zu lymphogener Ausbreitung neigt und mit schweren Allgemeinerscheinungen und Schmerzen einhergeht. Die Verbreitung erfolgt vorwiegend über Tröpfcheninfektion oder über indirekte Infektionswege.
Toxoplasmose	Infektionsquelle sind vor allem Haustiere. Die Übertragung erfolgt vorwiegend durch Ausscheidungen der Katze oder durch Genuss nicht ausreichend gekochten Fleisches von Rind, Schwein oder Schaf. Diese Erkrankung ist besonders gefährlich für Schwangere, da es zum Abortus oder zu einer Enzephalomyelitis beim Ungeborenen kommen kann.
Staphylokokken	Staphylokokkus-aureus-Erkrankungen sind meist durch Eiterungen charakterisiert. Symptome sind Furunkel, Abszesse an Schleimhäuten und inneren Organen, Brustdrüseneiterung, Augenbindehautentzündung, Mittelohrentzündung, Scheidenentzündung, Hirnabszesse, Lungenentzündungen und Knochenmarksentzündungen. Maßnahmen sind das Tragen von Einmalhandschuhen und exakte Händehygiene. Vor allem Pflege- und Betreuungspersonal sowie Küchenpersonal dürfen nicht mit eitrigen Fingerwunden arbeiten. Es kann zur Kontamination von Nahrungsmitteln kommen und damit zu einer Staphylokokken-Lebensmittelvergiftung.
Gasbrand	Clostridium perfringens, Erreger des Gasbrandes und auch von Lebensmittelvergiftungen. Inkubationszeit: 5–48 Stunden Lebensmittelvergiftungen Symptome: heftige Leibkrämpfe und Durchfall. Die Klienten/Klientinnen können sich oft schon nach wenigen Stunden erholen. Die meisten Erkrankungen werden nach zu langem Warmhalten von Speisen beobachtet. Als prophylaktische Maßnahme ist das nur kurzzeitige Warmhalten von Speisen bei hohen Temperaturen anzusehen. Gasbrand Der Erreger gelangt durch offene Verletzungen ins Gewebe und bildet unter anaeroben Bedingungen sein Toxin. Wunde ist geschwollen. Gasödem: Knistern bei Palpation.

Virale Erkrankungen der Herpes-Gruppe Herpes-simplex-Viren: Die Infektion erfolgt meist im Kindesalter. Das Virus verbleibt in den Epithelzellen und verursacht Rezidive durch verschiedene Belastungen, wie z. B. Menstruation, intensive Sonnenbestrahlung, psychische Belastung und fieberhafte Erkrankungen. Die Erkrankung manifestiert sich meist an Haut und Schleimhäuten mit sogenannten Fieberblasen. Es kann auch zu schmerzhaften Hornhautentzündungen oder Meningo-Enzephalitiden kommen. Vorsicht bei Neugeborenen – hier kann es zu einer Herpes-Sepsis kommen.

Konjunktivitis epidemica (viral bedingte Konjunktivitis) Erreger: Adenoviren. Ausgehend von augenärztlichen Praxen und Kliniken kommt es nicht selten zu örtlichem Auftreten bis hin zu Klein epidemien. Der Mensch ist das einzige Reservoir.

Inkubationszeit: 5–12 Tage

Übertragung durch Schmier- und Tröpfcheninfektion, vor allem über kontaminierte Instrumente, Tropfpipetten, Augenlösungen, aber auch kontaminierte Handtücher und Hände des Personals. Ansteckung direkt von Mensch zu Mensch mittels Augensekret möglich, ebenso eine Ansteckung über kontaminiertes Schwimmbadwasser.

Symptome: plötzlicher Beginn mit Rötung, ringförmiger Bindehautschwellung, Fremdkörpergefühl, Lichtscheu, Juckreiz und Tränenfluss, ödematöse Schwellung der Lider. Beteiligung der Kornea (20–90 %). Konjunktivitis klingt in der Regel nach 2–4 Wochen ab.

Es kommt fast immer zu einer vollständigen Ausheilung, nur gelegentlich kann sich eine Visusminderung entwickeln.

Legionellose Bei einer **Legionellose** handelt es sich um eine Infektionskrankheit, die durch Bakterien der Gattung Legionella (Legionellen) hervorgerufen wird. Der mit Abstand häufigste Erreger (90 % bis 95 % der Fälle) ist Legionella pneumophila.

Epidemiologie Die Legionärskrankheit befällt als schwere Form der Lungenentzündung vor allem starke Raucher sowie Menschen, die an Niereninsuffizienz oder Immunsuppression leiden. Obwohl die Infektion in jedem Alter erfolgen kann, tritt die Erkrankung bevorzugt im mittleren Lebensalter auf. Männer erkranken zwei- bis dreimal so häufig wie Frauen.

Die Übertragung geschieht dabei nicht über Kontaktpersonen, sondern durch **Einatmung der Legionellen**. Da sich die Legionellen bevorzugt in warmem Wasser (28–30 °C) vermehren, bergen insbesondere Schwimmb Becken, Whirlpools, Klimaanlage n und Duschen ein hohes Infektionsrisiko. Bei der Infektion werden zerstäubte Wassertröpfchen zusammen mit den Legionellen eingeatmet (aero gener Übertragungsweg); auch ein unabsichtliches Einatmung von geschlucktem Wasser (Aspiration) ist möglich. Vor allem im Sommer ist ein epidemisches Auftreten möglich, aber auch in der anderen Zeit sind Infektionen nicht ausgeschlossen.

Ursachen für Legionellenprobleme

Die erhöhte Koloniezahl im Trinkwasser kann auf mehreren Quellen beruhen.

- In zu großen Warmwasserspeichern oder Rohrleitungen verbleibt das Wasser länger und die Organismen entwickeln sich besser als in fließendem Wasser. Auch bei zeitweise geringer oder fehlender Wasserentnahme kommt es zu stehendem Wasser, das das Wachstum begünstigt.
- Wenn der Warmwasserkreislauf nicht zirkuliert, entstehen Zonen mit Temperaturen, die ein Wachstum erleichtern.

Gegenmaßnahmen zur Vermeidung

Die wichtigste Maßnahme ist, stehendes Gewässer zu vermeiden. Regelmäßiges Benutzen der Wasserauslässe! Eventueller Wechsel der Armaturen und Duschköpfe!

Thermische Desinfektion

Dazu sind alle Zapfstellen für drei Minuten mit heißem Wasser von 70 °C zu betreiben.

Pilzkrankungen

Die häufigsten Erreger sind Candida-Arten. Sie treten hauptsächlich als Infektion von Schleimhäuten und Gewebe auf und fühlen sich im feuchtwarmen Milieu wohl. Candida tritt sehr häufig bei Immunschwäche und Diabetes mellitus auf.

Drei Formen:

1. Besiedelung der Haut und der Schleimhäute (äußere Genitalien, Mund, Nasen-Rachen-Raum, Magen-Darm-Trakt).
2. Infektionen der Haut und der Schleimhäute, begünstigt durch Faktoren wie feuchtes, okklusives Milieu (Ursache der Windeldermatitis), Schwangerschaft, Diabetes mellitus, Immundefekte, schwere Erkrankungen oder Traumen, Zytostatika- u. Antibiotikatherapie, Alkoholkrankheit u. a.
3. Tiefe Organmykose bei immunsupprimierten Klienten/Klientinnen mit zellulärer Immunschwäche, besonders im Bereich der Atemwege, seltener als Candida-Endokarditis, -Meningitis, -Nephritis oder -Endophthalmitis.

Symptome: weißliche Beläge, Rötung und Juckreiz, typischer Hautbefund mit Papeln u. Pusteln im Randbereich des Herds.

Prophylaxe: Zehenzwischenräume gut abtrocknen, überall, wo Haut an Haut liegt (Intimbereich, Achseln), trocken halten, täglich Socken, Unterwäsche und Strümpfe wechseln. Für die Waschmaschine gibt es in der Apotheke bereits antimykotische Zusätze (Canestra-Waschzusatz).

Pilzinfektionen gehören unbedingt behandelt – meist lokal.

Vorsicht: Auch wenn kein Ausschlag mehr zu sehen ist, sollte noch einige Zeit lokal weiterbehandelt werden. Exakte Händehygiene und Einmalhandschuhe sind obligatorisch.

Schimmelpilze

Meist auf Nahrungsmitteln oder an feuchten Wänden zu finden.

Befallene Nahrungsmittel dürfen auf keinen Fall gegessen werden.

Prophylaxe: Nahrungsmittel trocken lagern, Ablaufdatum beachten.

Bei Schimmelbefall an Wänden: Räume oft lüften.

Befallene Wohnungen unbedingt austrocknen lassen und sanieren.

Bei abwehrgeschwächten Personen besteht die Gefahr einer Pilzpneumonie.

Scabies

Weltweit verbreitet, sporadisch, aber auch pandemisch auftretend, vorwiegend im Kindes- und jüngeren Erwachsenenalter. Erkrankung des gepflegten wie auch ungepflegten Menschen, weltweiter Anstieg.

Übertragung durch unmittelbaren Kontakt mit betroffenen Personen oder Gegenständen wie Bettzeug und Bekleidung.

Symptome: Juckreiz nach dem Manifestationsstadium, oft nachts, nach dem Duschen (Milbenfreisetzung). Folgen des extremen Juckreizes sind durch Kratzen („Krätze“) hämorrhagische Verkrustungen und Sekundärinfektionen.

► 5.2.1 Ungeziefer und Parasitenerkrankungen

Ungezieferarten, die zwar nicht am Menschen parasitieren, die aber Krankheitserreger verschleppen, verbreiten und auch übertragen können.

Schaben

Die Krankheitserreger haften nicht nur an Beinen und Körper der Schaben, sondern überstehen auch die Darmassage zum größten Teil und gelangen mit dem abgesetzten Kot auf Lebensmittel, Möbel, und Materialien aller Art. Außerdem erbrechen Schaben häufig kleinere Mengen des Darminhaltes, womit einer weiteren Verbreitung der verschleppten Keime Vorschub geleistet wird.

Sauberkeit ist das wirksamste Mittel bei der Schabenbekämpfung.

Quellen für Schabenbefall sind z. B. offen aufgestellte Speisen, über Nacht stehen gelassene Speisereste, Lebensmittelabfälle in undichten Abfalleimern, leere Getränkeflaschen mit Flüssigkeitsresten und vor allem auch viele bauliche Unzulänglichkeiten (Schlupfwinkel).

Zur effektiven Bekämpfung und Ausrottung bei Schabenbefall ist eine Spezialfirma (Kammerjäger) zu beauftragen.

Pharaoameise Hier gelten dieselben Maßnahmen wie bei Schaben.

Fliegen Die Krankheitserreger haften an Beinen und Körper der Fliege. Außerdem erbrechen sie bei der Nahrungsaufnahme Teile des Darminhaltes oder setzen Kottröpfchen ab, wodurch ebenfalls zahlreiche Keime verbreitet werden können.

Weiters können die Weibchen mancher Fliegen ihre Eier oder Larven in Wunden oder im Genital- und Analbereich ablegen und eine Myiasis (Madenfraß) hervorrufen. Die Fliegenlarven dringen in die Wunden oder Körperhöhlen ein, ernähren sich besonders von nekrotischem Gewebe, von Exkreten und Sekreten.

Bekämpfung: Fliegengitter anbringen (vor allem im Küchenbereich), Insektizide.

Rasche Beseitigung aller Materialien, die Fliegen anlocken (Fäkalien, Abfälle und verunreinigte Verbände).

Flöhe Übertragung durch unmittelbaren Kontakt mit betroffenen Personen oder Haustieren sowie Gegenständen wie Bettzeug und Bekleidung.

Menschenfloh: pathogene Bedeutung gering.

Hunde- u. Katzenfloh: Geht auch auf den Menschen über, gelegentlich Überträger von *Rickettsia typhi*, Zwischenwirt von Bandwürmern.

Tropischer Rattenfloh: häufigster Floh von Haus- u. Wanderratte in warmen Ländern; wichtigster Pestfloh.

Tierflöhe befallen bei fehlendem Hauptwirt auch den Menschen. Bei einer Flohplage ist die Artbestimmung wichtig, um Brutplätze (z. B. Katzenkörbe oder Vogelnester) zu ermitteln.

Läuse 3 Arten beim Menschen:

- Kleiderlaus
- Kopflaus
- Scham- oder Filzlaus

Kopflaus und Kleiderlaus legen ihre Eier an Haaren ab. Die Übertragung von Läusen erfolgt zum überwiegenden Teil durch unmittelbaren Kontakt mit einer befallenen Person oder deren Kleidung. Filzläuse werden ausschließlich beim Geschlechtsverkehr übertragen.

Bei starkem Lausbefall kann es durch häufiges Kratzen zu Sekundärinfektionen kommen.

Ratten und Mäuse Hier gilt dasselbe wie bei Schaben.

Würmer (Oxyuren = Madenwurm) Die Weibchen legen Eier in der Analfalte ab. Der Juckreiz verleitet zum Kratzen, die Eier werden wiederum durch orale Reinfektion aufgenommen. Dieser Wurm wird beim Menschen, vor allem aber bei Kindern, sehr häufig gefunden. Er ist weltweit verbreitet.

Neben Juckreiz, Perianalekzem und Vulvitis kann diese Wurmerkrankung auch Ursache des Bettnässens und psychischer Störungen sein.

Prophylaxe: gründliches Waschen von Gemüse und Salat; Händewaschen vor dem Essen und nach jedem Toilettenbesuch.

► 5.3 Umgang mit immunsupprimierten Menschen

Die Aufgabe des Immunsystems ist die Abwehr von körperfremden Strukturen, Zellen und Organismen. Es kann daher Bakterien, Viren, Pilze und Parasiten wirksam bekämpfen.

Manchmal werden vom Immunsystem allerdings auch körpereigene Zellen als fremd angesehen, dann spricht man von Autoimmunerkrankungen (z. B. Lupus erythematosus und andere, eher seltene Erkrankungen). Aber auch bei rheumatischen Erkrankungen wird körpereigenes Gewebe von Immunzellen attackiert. In solchen Fällen und bei überschießenden

Abwehrreaktionen – allergischen Reaktionen – werden Medikamente eingesetzt, die die körpereigene Abwehr unterdrücken. Kurzzeitig genommen, hat dies keine unerwünschten Folgen. Bei langer Einnahme kann aber die Abwehr von Krankheitserregern beeinträchtigt werden.

So wie es sich empfiehlt, vor der ersten Verabreichung von neuen Medikamenten nach etwaigen Medikamentenallergien zu fragen, ist es empfehlenswert, auch danach zu fragen, ob Medikamente verordnet sind, die auf das Immunsystem dämpfend wirken (Beipackzettel durchlesen). Die Verschreibung solcher Medikamente wird auch in der Praxis immer häufiger. Außer dem altbekannten Kortison gibt es neue Substanzen, wie z. B. Sandimmun, Tacrolimus oder auch monoklonale Antikörper.

- Bei Organtransplantationen müssen trotz vorheriger Verträglichkeitstestung lang – manchmal lebenslang – diese Medikamente eingenommen werden.
- Klienten/Klientinnen, die mit Zytostatika oder Kortison behandelt werden, sind ebenfalls immunsupprimiert und damit besonders infektanfällig.
- Immunschwache Klientinnen/Klienten sind z. B. Aids-Patientinnen/Patienten.

Während Transplantatempfänger/-innen, Aids- und Krebspatienten/-patientinnen meist gut über ihre Krankheit und die Nebenwirkungen der von ihnen eingenommenen Medikamente Bescheid wissen, ist vielen anderen Klienten/Klientinnen gar nicht bewusst, dass ihre Abwehr geschwächt ist.

Weiters ist in folgenden Fällen daran zu denken, dass eine Immunsuppression vorliegen könnte:

- Bei unterernährten, kachektischen Klienten/Klientinnen
- Bei Diabetikern
- Bei Asthma: Selbst bei nur inhalativer Kortisongabe kann es zu Soorbelägen im Mund kommen.
- Bei Klientinnen/Klienten mit Rheuma, Autoimmunerkrankungen, chronischen entzündlichen Darmerkrankungen, Blutkrankheiten (z. B. bei manchen Formen der Anämie)
- Bei Säuglingen mit einem noch nicht voll ausgebildeten Immunsystem
- Bei alten Menschen – einem immer größer werdenden Teil unserer Bevölkerung (sie sind infektionsanfälliger, weil das Immunsystem nicht mehr so effektiv funktioniert)

Maßnahmen:

Für immunsupprimierte Klienten/Klientinnen stellt die Umgebung eine potenzielle Gefahr dar.

Achtung vor der Übertragung banaler Infekte (z. B. Mund-Nasen-Schutz (Op-Maske), wenn die DLin/der DL verkühlt ist und trotzdem Dienst versehen muss).

Peinlich genaue Beachtung der Hygienevorschriften (Händedesinfektion).

Bei der Mundpflege auf Soor und Ulzera achten und der behandelnden Ärztin/dem behandelnden Arzt melden.

Bei zytostatisch behandelten Klienten auf Blutungen achten (Mund, Zahnfleischbluten, Petechien = flohstichartige Hautblutungen).

Bläschen auf der Haut, Schleimhaut (Mund, Genitalgegend) können Symptome einer Herpesinfektion sein, die entsprechend behandelt werden muss. Personen mit Infektionserkrankungen sollen keinen Kontakt mit Immunsupprimierten haben. Pilzbefall muss ebenfalls lokal rasch behandelt werden, da die Gefahr der Generalisation gegeben ist (Haut und Hautfalten beachten, in dem feuchtwarmen Milieu ist das Wachstum begünstigt, ebenso auf den Schleimhäuten).

C Checklisten

DOKUMENTATIONSPROTOKOLL: ZWISCHENFÄLLE MIT KONTAMINIERTEN MATERIALIEN	147
INFORMATIONSPROTOKOLL	149
FORMVORLAGE: REINIGUNGS- UND DESINFEKTIONSPLAN	150
DOKUMENTATIONSPROTOKOLL: HYGIENEMÄNGEL (MUSTER)	156
DOKUMENTATIONSPROTOKOLL: SCHUTZMASSNAHMEN (MUSTER)	158
HAUTSCHUTZPLAN – PERSÖNLICHE HYGIENE	160
LITERATURHINWEISE UND QUELLENANGABEN	163

Trägerorganisation/Einsatzstelle:	
Anschrift:	
Tel.-Nr.:	E-Mail:

Betroffene/r Dienstleisterin/Dienstleister

Name:		Geburtsdatum:			
Adresse:					
Tel.-Nr.:					
Erhobene Befunde des Betroffenen/der Betroffenen					
Datum					
HBs-Ag					
HBc-AK (wenn nicht geimpft)					
HBs-AK-Titer (wenn geimpft, aber nicht bekannt)					
HC-AK					
HIV-AK					
Leberparameter					

Abnahmeschema siehe Hygieneplan/Merkblatt 6 – Personalschutz

Kontaktperson (Klientin/Klient) – Infektionsquelle

Keimquelle bekannt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
Name:		Geburtsdatum:			
Adresse:					
Tel.-Nr.:					
Risikofaktoren <input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Hepatitis-pos. <input type="checkbox"/> HIV-pos. <input type="checkbox"/> Drogenabhängigkeit <input type="checkbox"/> Dialyse <input type="checkbox"/> Andere					
Erhobene Befunde Kontaktperson					
Datum					
HBs-Ag					
HCV-AK					
HIV-AK					

Beschreibung des Zwischenfalls	
Datum:	Uhrzeit:
Stich-/Schnittverletzung	<input type="checkbox"/>
Kontamination der Schleimhäute (Auge, Mund)	<input type="checkbox"/>
Verletzung durch Tierbiss	<input type="checkbox"/>
Beschreibung des Vorfalles	
Wie?	
Womit?	
Dauer der Einwirkung des kontaminierten Materials:	
Bei Stich-, Schnitt- und Bissverletzungen: Injektion von Flüssigkeit:	<input type="checkbox"/> oberflächliche Wunde <input type="checkbox"/> tiefe Wunde <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Durchgeführte Sofortmaßnahmen	
	<input type="checkbox"/> sofort ____ Stunden nach Vorfall
Bei Stich-, Schnitt- und Bissverletzungen	Blutung induziert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wunddesinfektion <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bei Kontamination der Schleimhäute (Augen, Mund)	Schleimhautdesinfektion <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bei Kontamination defekter Haut	Hautdesinfektion <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Weitere durchgeführte Maßnahmen	
HIV-Prophylaxe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Begründung:
Hepatitis-Immunsierung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> aktiv <input type="checkbox"/> passiv
Begründung:	
Tollwutprophylaxe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Begründung:
Weitere Vorgangsweise	
Weiterbehandlung beim niedergelassenen Arzt oder Facharzt/Fachärztin	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Name:	
Unfallanzeige bei AUVA erstattet	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Anzeige bei der Polizei erstattet (Bissverletzung durch Tier)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Weitere empfohlene Maßnahmen:	

Akt abgeschlossen am:

Name der/des versorgenden Ärztin/Arztes (BLOCKBUCHSTABEN):

Unterschrift der/des versorgenden Ärztin/Arztes_____
Unterschrift der betroffenen Person**Ablage im Personalakt, eine Kopie der Dokumentation ergeht an die betroffene Person.**

Fortbildung		Ort:	
Besprechung		Datum:	
Sonstiges		Uhrzeit:	
Thema:			Unterlagen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Information durch:			
Anmerkungen:			
LFD. NR.	NAME (BLOCKSCHRIFT)	TEILGENOMMEN UNTERSCHRIFT	NICHT TEILGENOMMEN LESEBESTÄTIGUNG
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			
21.			
22.			
23.			
24.			

Reinigungs- und Desinfektionsplan						
Trägerorganisation:			Stützpunkt:			
Seite 1 von 6			Erstellungsdatum:			
Gegenstand	Mittel/ Verfahren	Konz%	EWZ	Häufigkeit	Ausführung	Überwachung
Hände waschen						
Hygienische Händedesinfektion						
Hautschutz/ Hautpflege						
Instrumente/ Pflegeutensilien Nierentassen, Verbandschere, Nagelschere, Nagelfeile etc.						
Blutdruck-Apparat						
Fieberthermometer axillär						
Fieberthermometer rektal						
Pflegekoffer/ Pflegetasche						
elektronische Hilfsmittel (z. B. Mobiltelefon und Laptop)						

Reinigungs- und Desinfektionsplan						
Trägerorganisation:			Stützpunkt:			
Seite 2 von 6			Erstelldatum:			
Gegenstand	Mittel/ Verfahren	Konz%	EWZ	Häufigkeit	Ausführung	Überwachung
Gezielte Desinfektion von Flächen und Arbeitsflächen	<p>Alkoholisches Flächen-desinfektionsmittel: gezielte Wisch-desinfektion</p> <p>Vorgehen bei sichtbarer Kontamination:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schutzhandschuhe anziehen • Sichtbare Verschmutzungen z. B. Mit Küchenrolle aufnehmen • Sofortiges Entsorgen der Schutzhandschuhe und der Küchenrolle • Erneut frische Schutzhandschuhe anlegen • Scheuerreinigung durchführen • Nach Reinigung – Fläche trocknen • Anschließend Fläche mit Desinfektionsmittel vollständig benetzen Nicht sprühen! • Wischdesinfektion durchführen • Überschüssiges Desinfektionsmittel aufnehmen • Restfeuchte auf der Fläche belassen – auf keinen Fall trockenreiben <p>NUR EINSATZ VON EINMALWISCH-TÜCHERN</p>			<p>Vor reinen Tätigkeiten wie Infusionszubereitung, Abstellfläche VW</p> <p>Bei infektiösen oder kontagiösen Klientinnen/ Klienten</p> <p>Sofort nach Kontamination der Flächen mit potenziell, infektiösen Materialien wie Blut, Stuhl, Harn, Erbrochenem, Sekreten usw.</p>		
Medikamentenschrank						

Reinigungs- und Desinfektionsplan						
Trägerorganisation:			Stützpunkt:			
Seite 3 von 6			Erstelldatum			
Gegenstand	Mittel/ Verfahren	Konz%	EWZ	Häufigkeit	Ausführung	Überwachung
Medikamentenkühl- schrank						
Absauggerät Absaugschlauch mit oder ohne Adapter Sekretflasche Sekretdeckel Bakterienfilter Gerät						
Pflegebehelfe/ Leihgeräte • • • • • • •						
Spender für Seifen, Händedesinfek- tionsmittel und Hautschutz- und Hautpflegemittel (gesamtes Gehäuse und Pumpe)						

Reinigungs- und Desinfektionsplan

Trägerorganisation: _____ **Stützpunkt:** _____

Seite 4 von 6 Erstelldatum: _____

Gegenstand	Mittel/ Verfahren	Konz%	EWZ	Häufigkeit	Ausführung	Überwachung
------------	----------------------	-------	-----	------------	------------	-------------

Boden						
Sanitär- einheiten						
Reinigungsgeräte, Reinigungs- utensilien (Schwämme, Wischtücher, Schwammtücher etc.)						

Allgemeine Hinweise zur Reinigung und Desinfektion

- 1) Bei der Zubereitung von Reinigungs- und Desinfektionsmitteln ist Folgendes zu beachten:
 - a. Zur Dosierung **Dosierhilfen** (Anlage, Pumpe, Messbecher, Einmalspritze) und **Dosiertabelle** verwenden. **Keine Schussmethode!**
 - b. Reinigungs- und Desinfektionsmittel sind **streng nach Anwendungsvorschrift einzusetzen**.
 - c. **Die vorgegebenen** Konzentrationen und Einwirkzeiten (EWZ) sind grundsätzlich einzuhalten. Es ist darauf zu achten, dass die EWZ vor allem bei der hygienischen Händedesinfektion, bei der gezielten Desinfektion und Instrumentendesinfektion eingehalten wird!
 - d. Bei der Zubereitung von Desinfektionslösungen kein heißes **Wasser verwenden** (maximal 25 °C).
 - e. Bei der Zubereitung zuerst Wasser bereitstellen, dann **Konzentrat**inzufügen.
 - f. Beim Umgang mit Reinigungs- oder Desinfektionslösungen **immer Schutzhandschuhe und Einmalschürze, ggf. Einmal-Schutzmantel/Schutzkittel tragen** (zusätzlich **beim Umgang mit Konzentraten: Schutzbrille**).
 - g. Für ausreichende Lüftung sorgen!
 - h. **Desinfektionslösungskübel** also solche beschriften (nur für diesen Verwendungszweck einsetzen).
 - i. **Putzutensilien** (Tücher, Mopps etc.) **regelmäßig wechseln** und einer **thermischen Desinfektion** zuführen (Waschmaschine 90 °C) oder Einmalwischtücher verwenden.
 - j. **Zur gezielten Desinfektion Einmalwischtücher einsetzen**.
- 2) Reinigungs- und Desinfektionsmaßnahmen werden in Form von Wischtechniken durchgeführt. **NICHT SPRÜHEN!** Belastet die Umwelt, das Personal und entbindet nicht vom Wischen – aufsprühen alleine genügt nicht. Eine Sprühdesinfektion bei gezielter Desinfektion von infektiösen Materialien ist obsolet.
- 3) Desinfektionslösungen regelmäßig wechseln – in Abhängigkeit von der Schmutzbelastung (**Eiweißfehler**).
- 4) Kein Zusatz von Reinigern zu Desinfektionslösungen (**Seifenfehler**).
- 5) Reinigungs- und Desinfektionsutensilien rechtzeitig wechseln.

Hier sind nur auszugsweise die wichtigsten Hygieneregeln angeführt. Weitere Informationen entnehmen Sie dem Hygieneplan, den Merkblättern 8 und 9 sowie der Basisinformation!

Legenden:

EWZ = Einwirkzeit

Konz = Konzentration

Eingesetzte Reinigungs- und Desinfektionsmittel und deren Zubereitung:

Flächendesinfektionsmittel:

Alkoholisches Flächendesinfektionsmittel:

Reinigungsmittel:

Allzweckreiniger:

Sanitärreiniger:

Flüssigseife:

Händedesinfektionsmittel:

Hautpflege/Hautschutz:

Hautdesinfektionsmittel:

Schleimhautdesinfektionsmittel:

Bei der Handhabung von Reinigungs- und Desinfektionsmitteln ist die entsprechende Schutzkleidung zu tragen (Haushaltshandschuhe/ Einmalhandschuhe, Einmalschürze und ggf. Schutzbrille).

Erstellt von:	
In Kraft gesetzt von:	
In Kraft gesetzt am:	

Dokumentationsprotokoll: Hygienemängel (Muster)*

Name der Klientin/des Klienten:	Geburtsdatum:
Pflegediagnose/n:	
Medizinische Diagnose:	

Datum	Hygienemängel	Bemerkung

Informationen weitergeleitet an:

Kollegen/Kolleginnen:	Datum:
behandelnde Ärztin/behandelnden Arzt, andere Ärztin/anderen Arzt:	Datum:
Direkte/n Vorgesetzte/n:	Datum:
Pflegedienstleitung:	Datum:
Andere Personen:	Datum:

Behebung der Mängel	Bis wann	Wer

 Datum

 Unterschrift der Dienstleisterin/des Dienstleisters

* Dieses Dokumentationsprotokoll ist eine Mustervorlage. Die Hygienemängel können auch in der Pflegedokumentation oder in einer anderen organisations-internen Vorlage dokumentiert werden.

Information:

Mängel könnten sein:

- Fehlen von Desinfektionsmitteln (für Hände, Haut, Flächen, ...)
- Fehlen von bestimmter Arbeitskleidung oder persönlicher Schutzausrüstung (Schutzhandschuhe, steril oder unsteril; Einmalhauben, Schutzbrille, Einmalschürzen, Einmal-Schutzmäntel/Schutzkittel, Atemschutzmasken der Filterklasse FFP2 und FFP3, Mund-Nasen-Schutz zum Schutz der Klientin/des Klienten z. B. bei Verkühlung der DLin/des DL, Überschuhe, ...)
- Fehlen von mobilen Pflegebehelfen (Rollstuhl, Gehwagen, Gehstock, ...)
- Fehlen von Pflegeutensilien (Salben, Cremes, ...)
- Fehlen von Verbandsutensilien (Wundsalben, Auflagen, Scheren, Pinzetten, ...)
- Fehlen von Medikamenten (Tropfen, Tabletten, Zäpfchen, ...)
- Fehlen von bruch sicheren Abwurfbehältnissen
- Schädlinge aller Art (Ameisen, Schaben, Läuse, Flöhe, ...)
- Fehlen von Dokumenten (Stichverletzungen, Schnittverletzungen, Bisse, ...)
- Fehlen von Pflegebehelfen (Harnflaschen, Bettschüsseln, Nierentassen, RR-Gerät, ...)
- Fehlende Kooperation der Klientin/des Klienten mit der DLin/dem DL
- Fehlende Kooperation zwischen Pflegenden und behandelndem Arzt/behandelnder Ärztin
- Fehlende Informationen von infektionsgefährdenden Personen und/oder Erkrankungen
- Fehlende Müllentsorgungsmöglichkeiten
- etc.

Dokumentationsprotokoll: Schutzmaßnahmen (Muster)*

Name der Klientin/des Klienten:

Geburtsdatum:

Med. Diagnose/Verdachtssymptome:

Mitbewohner/innen; Angehörige, im selben Haushalt lebend

Allein	<input type="checkbox"/>
Ehefrau/-gatte od. Lebensgefährte/gefährtin	<input type="checkbox"/>
Kinder	<input type="checkbox"/>
Nahe Angehörige (Schwester, Bruder, Schwiegerkinder, ...)	<input type="checkbox"/>
Andere Personen:	<input type="checkbox"/>

Erreger/infektiöses Material

Stuhl	<input type="checkbox"/>
Blut u. Körperflüssigkeiten (Trachealsekret, Harn, Speichel, Wundsekrete, ...)	<input type="checkbox"/>
Andere:	<input type="checkbox"/>

Empfohlene Schutzmaßnahmen (Zutreffendes ankreuzen)

Hygienische Händedesinfektion vor und nach Klientinnen-/Klienten-Kontakt bzw. Betreten des Zimmers/der Wohnung.	<input type="checkbox"/>
Klientinnen/Klienten oder auch Angehörige in hygienische Händedesinfektion einweisen. (nach WC-Besuch bei Salmonellenerkrankungen, Noro-Viren, ...)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Einmal-Schutzmantel/Schutzkittel (täglich/pro Schicht frisch):	
Betreten des Zimmers	<input type="checkbox"/>
Kontakt mit Körperflüssigkeiten/Ausscheidungen/Sekreten	<input type="checkbox"/>
Kontakt mit kontaminierten Körperarealen/Betten des Klienten/der Klientin	<input type="checkbox"/>
Körperpflege (Waschen, Cremes, ...)	<input type="checkbox"/>
Andere Tätigkeiten:	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Einmalhandschuhe:	
Kontakt mit Körperflüssigkeiten/Ausscheidungen/Sekreten/kontaminierten Körperarealen	<input type="checkbox"/>
Körperpflege (Waschen, Cremes, Pediküre, Maniküre, ...)	<input type="checkbox"/>
Verbandwechsel	<input type="checkbox"/>
Injektionen/Infusionen, Hantieren an Sonden, ...	<input type="checkbox"/>
Manipulationen an Harnleitungssystemen, Stomaversorgung, ...	<input type="checkbox"/>
Bronchialtoilette/Tracheostomaversorgung (wahlweise „sterile“ verwenden!)	<input type="checkbox"/>
Reinigungsarbeiten oder bei Kontakt mit Desinfektionsmitteln	<input type="checkbox"/>
Andere Tätigkeiten:	<input type="checkbox"/>

Empfohlene Schutzmaßnahmen (Zutreffendes ankreuzen)	
<input type="checkbox"/> Atemschutzmasken der Filterklasse FFP2, ggf. FFP3 (wenn es zum Verspritzen von potenziell infektiösem Material oder zur Aerosolbildung kommt!):	
Bronchialtoilette/Tracheostomaversorgung	<input type="checkbox"/>
MRSA im Nasen-Rachen-Raum-Bereich	<input type="checkbox"/>
Andere Tätigkeiten:	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Schutzbrille (wenn es zum Verspritzen von potenziell infektiösem Material oder zur Aerosolbildung kommt!)	
Bronchialtoilette/Tracheostomaversorgung	<input type="checkbox"/>
MRSA im Nasen-Rachen-Raum-Bereich	<input type="checkbox"/>
Andere Tätigkeiten:	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Einmalhauben (wenn es zum Verspritzen von potenziell infektiösem Material oder zur Aerosolbildung kommt oder bei Schädlingskontakt!):	
Bronchialtoilette/Tracheostomaversorgung	<input type="checkbox"/>
MRSA im Nasen-Rachenraum-Bereich	<input type="checkbox"/>
Andere Tätigkeiten:	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Laufende Desinfektion der Pflege-/Behandlungs-/Untersuchungsmaterialien (Instrumente, Bettpfannen, Urinflaschen, Nagelschere, Thermometer, ...):	
Wischdesinfektion	<input type="checkbox"/>
Tauchdesinfektion	<input type="checkbox"/>
Andere:	<input type="checkbox"/>

Bei Unklarheiten oder Fragen ist Rücksprache mit den jeweiligen Vorgesetzten oder mit einer für Hygiene verantwortlichen Person zu halten.

Datum

Unterschrift der Dienstleisterin/des Dienstleisters

Hierdurch wird nicht die Meldepflicht nach dem Infektionsschutzgesetz erledigt. Dies obliegt der behandelnden Ärztin/dem behandelnden Arzt!

* Dieses Dokumentationsprotokoll ist eine Mustervorlage. Die Schutzmaßnahmen können auch in der Pflegedokumentation oder in einer anderen organisations-internen Vorlage dokumentiert werden.

Vorlage für einen Hautschutzplan

Da die Haut der Hände naturgemäß besonders stark gefährdet ist, hat der systematische Hautschutz vor, während und nach hautbelastenden Tätigkeiten großen Stellenwert. Durch gezielten Hautschutz soll ein Eindringen von Schadstoffen in die Haut möglichst vermieden und die Hautreinigung erleichtert werden.

Händereinigung

Die Art und der Grad der Verschmutzung bestimmen die Wahl des Reinigungsmittels. Grundsätzlich ist immer das mildeste Präparat zu verwenden. Nur wenn die Reinigungswirkung nicht ausreicht, sollte man reibemittelhaltige Hautreiniger verwenden.

Händedesinfektion

Die Händedesinfektion wird gemäß dem gültigen Desinfektionsplan durchgeführt. Ein gewissenhaftes Vorgehen ist dabei erforderlich, da es sonst zu Problemen hinsichtlich der Wirkung wie auch zu Hautschädigungen kommen kann. Die häufigsten Fehler bei der Händedesinfektion und Händedekontamination sind in der folgenden Tabelle dargestellt:

Fehler/mögliche Probleme	Wirkung
Hände (noch) nass	Verdünnung des Produktes, abgeschwächte Wirkung, Hautreizung
Hände zu stark mit Schmutz, Fett, Talg oder Schweiß belastet	Mittel erreicht die Haut nicht bzw. wird verdünnt, Aufweichen der Haut, Hautreizung
Ungenügendes Reiben der Hände während der gesamten Einwirkzeit	Unzureichende Wirkung
Ungenügende Beachtung schwer erreichbarer Stellen (Nagelfalze, Fingernägel)	Keine vollständige Desinfektion
Vorher benutzte Reinigungspräparate unzureichend abgespült	Hautreizung, abgeschwächte Wirkung
Hände werden vor dem Auftragen des Präparates nass gemacht	Verdünnung des Produktes, abgeschwächte Wirkung, Hautreizung
Nach Auftragen des Präparates sofortiges Waschen unter fließendem Wasser	Zu kurze Einwirkzeit, schwache Wirkung

Hautpflege

Eine regelmäßige Hautpflege unterstützt die Regeneration der Haut. Aus diesem Grunde sind nach der Hautreinigung fett- und feuchtigkeitshaltige Pflegemittel anzuwenden.

Auswahl der Präparate

Die Auswahl richtet sich nach dem Hauttyp bzw. nach der Art der Schadstoffe, mit denen umgegangen wird.

Vorlage für einen Hautschutzplan

Hautpflege	Hautpflegeprodukt gründlich in die Hände einmassieren	Beispielhaft: Silonda feuchtigkeitsspendende O/W- Emulsion für beanspruchte und trockene Haut, zieht schnell und rückstandsarm ein Silonda lipid Besonders regenerative W/O- Emulsion für empfindliche Haut	Wann: Nach häufigem Händewaschen, in den Pausen, nach Bedarf, nach Arbeitsende
-------------------	--	--	--

Schutzhandschuhe

Als wichtige präventive Hautschutzmaßnahme ist das Tragen von Handschuhen zu betrachten, da so der direkte Hautkontakt zu Schadstoffen vermieden wird. Dieser Schutz ist aber nur gewährleistet, wenn die Handschuhe dem Anwendungszweck angepasst sind.

Grundsätzlich ist beim Tragen von Handschuhen Folgendes zu beachten:

Aufgrund des Luftabschlusses der Haut stauen sich unter dem Handschuh Feuchtigkeit und Wärme. Durch die vermehrte Produktion von Schweiß, der nicht verdunsten kann, quillt die Hornschicht auf und hautreizenden oder sensibilisierenden Stoffen wird ein Eindringen in die Haut erleichtert.

Deshalb sind folgende Punkte zu beachten:

Fehler/mögliche Probleme	Maßnahme
Schutzhandschuhe dürfen nur auf sauberer, trockener Haut angezogen werden	Nach Handreinigung mit Wasser und Waschlotion Hände gründlich und schonend mit Einmalhandtuch (Küchenrolle, Einmaltaschentuch, etc.) abtrocknen.
Auf der Haut befindliche Chemikalienreste werden durch das Tragen von Handschuhen in die Haut geschleust.	Seifenreste vom Waschen gründlich mit Wasser abspülen.
Schutzhandschuhe sind dann zu benutzen, wenn es erforderlich ist	Wenn von der Tätigkeit keine Gefahr für die DLin/ den DL ausgeht, auf Handschuhe verzichten
Wasser und waschaktive Substanzen trocknen die Haut aus und entfetten sie.	Geeignete Pflegemittel benutzen (s. o.)
Bei sensiblen Personen können durch Handschuhe Allergien ausgelöst werden.	Dienstleisterinnen/Dienstleister mit Hautdefekten an den Händen müssen die Arbeitsmedizinerin/ den Arbeitsmediziner aufsuchen, um die Ursache der Hautirritation abklären zu lassen und Abhilfe zu schaffen.

Literaturhinweise und Quellenangaben

Aktion-saubere-Hände - Infomaterial Händehygiene

https://www.aktion-sauberehaende.de/fileadmin/ash/user_upload/pdf/Uebersichten_Materialien/Praesentation_Materialien_fuer_Ambulante_Medizin.pdf; 25.03.2021, Seite 12

Sicherheitsinformation der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt: M 705, Sicherheit kompakt, Schutzhandschuhe, 2016
<https://www.auva.at/cdscontent/load?contentid=10008.634109&version=1547719599>

<https://www.aerzteblatt.de/archiv/170502/Cimikose-Bettwanzen-Weltweit-auf-dem-Vormarsch>; 29.04.2021

BGLBl. II Nr. 409/2020 Abfallverzeichnisverordnung

<https://www.ris.bka.gv.at/eli/bqbl/II/2020/409>

Bundesgesetzblatt 77/2014: Verordnung Persönliche Schutzausrüstung – PSA-V und Änderung der Bauarbeiterschutzwverordnung https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2014_II_77/BGBLA_2014_II_77.html

Bundesgesundheitsblatt: Hygienemaßnahmen bei Infektionen oder Besiedlung mit multiresistenten gramnegativen Stäbchen. Springer-Verlag, <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00103-012-1549-5.pdf>2012

Bundesgesundheitsblatt: Liste der vom Robert Koch Institut geprüften und anerkannten Desinfektionsmittel und –verfahren. Springer-Verlag, 2017

https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/5723/2017_Article_ListeDerVomRobertKoch-Institut.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Bundesministerium für Gesundheit: Multiresistente Erreger. Informationen für Patientinnen und Patienten.

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz: Infomationen zu Corona, 20.4.2021;
Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (sozialministerium.at)

<https://www.gesundheit.gv.at/krankheiten/haut-haare-naegel/skabies-kraetze>

Informationen für medizinisches Fachpersonal Scabies

[https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Uebertragbare-Krankheiten/Infektionskrankheiten-A-Z/Scabies-\(Kr%C3%A4tze\).html](https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Uebertragbare-Krankheiten/Infektionskrankheiten-A-Z/Scabies-(Kr%C3%A4tze).html)

www.bmj.com

Medizinische Schutzmaske und Bart: <https://www.cdc.gov/niosh/npptl/pdfs/facialhairwmask11282017-508.pdf>; 16.2.2021

Persönliche Schutzausrüstung – Überziehschuhe:

https://www.dguv.de/de/praevention/fachbereiche_dguv/gesund_wohlfahrt/sq-gesund/fragen/index.jsp#Anker%20ueberziehschuhe; 13.4.20

<https://www.diversitycare.wien/ycare.wien/>

Groß, Uwe: Kurzlehrbuch Medizinische Mikrobiologie und Infektiologie, 3. Auflage. Thieme Verlag, Stuttgart, 2013.

Hartmann Wundforum

<https://www.hartmann.info/de-de/wundforum/2021-1/12/index.html>

KAGes - Händewaschen und Hautschutz/Hautpflege der Hände:

.... Aufschäumen mit warmem, fließendem Wasser bis zum Handgelenk - Dauer mind. 30 Sekunden...

https://www.krankenhaushygiene.at/fileadmin/media/ikm/FRL_PDF/03_Haendewaschen_und_Hautschutz_28.02.2018.pdf; 25.03.2021

Hygienefachrichtlinien des Instituts für Krankenhaushygiene und Mikrobiologie der Steiermärkischen

Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.:
<https://www.krankenhaushygiene.at/test>

Infomaterial KAV: Schutzausrüstung an- und ablegen:
https://www.youtube.com/watch?v=Xj2AVCkipFk&feature=emb_title; 20.5.2020

KBV: Richtiges Händewaschen: 30 Sekunden sind 1 Minute
<https://www.youtube.com/watch?v=Poaxm1KDcOM>

Kramer A., Ossadian O., et al.: Krankenhaus- und Praxishygiene: Hygienemanagement und Infektionsprävention in medizinischen und sozialen Einrichtungen. Urban & Fischer Verlag/Elsevier GmbH; 3. Edition, 2016.

Hygienische Händedesinfektion
MA 15 Nr. 30 Richtlinie für die hygienische Händedesinfektion in Gesundheitseinrichtungen (wien.gv.at); 13.4.2021

[Hygienerichtlinien \(wien.gv.at\)](http://wien.gv.at),

MA 15-1067206/2018 - Skabies Therapiemanagement bei epidemischem Auftreten

MA48: Entsorgen Sie Mund-Nasen-Schutz und FFP2-Masken in Restmüll und nicht ins Altpapier. <https://www.wien.gv.at/umwelt/ma48/>; 25.03.2021

www.medicine-worldwide.de

Hygienerichtlinien der Medizinischen Universität Wien:
<https://www.meduniwien.ac.at/hp/krankenhaushygiene/hygiemappe/hygienerichtlinien/>; 13.4.2021

Dauer des Händewaschens
<https://www.minimed.at/medizinische-themen/infektion-allergie/haende-waschen-richtig/>

<https://www.netdoktor.de/krankheiten/bisswunden/hundebiss/>

Hinweis:

Das Experten-Verzeichnis der Österreichischen Gesellschaft für Hygiene, Mikrobiologie und Präventivmedizin (ÖGHMP) ist unter folgender Website gratis abrufbar: www.oeghmp.at.

<http://www.oegstd.at/uploads/Skabies%20-%20Information%20f%C3%BCr%20PatientInnen.pdf>

Skabies im Altenheim: www.pharmzeitung.de

Robert Koch Institut: www.rki.de
RKI: Hepatitis B und D, RKI-Ratgeber, 20.05.2016. Zugriff am 12.07.2021.
RKI: Hepatitis E, RKI-Ratgeber, 02.11.2015. Zugriff am 12.07.2021.

Händehygiene in Einrichtungen des Gesundheitswesens, Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut (RKI)
https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Downloads/Haendehyg_Rili.pdf?__blob=publicationFile; 25.03.2021, Seite 10

https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/6224/2019_Article_Hygiene%20maßnahmenBeiClostridioi.pdf

https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Staphylokokken_MRSA.html;jsessionid=ED667FE8EE646F1A19D369DBE2FD5A04.internet121#doc2373986bodyText1

https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Downloads/Gramneg_Erreger.pdf?__blob=publicationFile

RKI: Prävention von Infektionen, die von Gefäßkathetern ausgehen Teil 1 – Nichtgetunnelte zentralvenöse Katheter Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut, 2017
https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Downloads/Gefaesskath_Inf_Teil1.pdf?__blob=publicationFile

RKI: Prävention von Infektionen, die von Gefäßkathetern ausgehen Teil 2 – Peripherenöse Verweilkanülen und arterielle Katheter Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut, 2017
https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Downloads/Gefaesskath_Inf_Teil2.pdf?__blob=publicationFile

RKI: Prävention und Kontrolle Katheter-assoziiierter Harnwegsinfektionen Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut, 2015 https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Downloads/CAUTI_2015.pdf?__blob=publicationFile

Robert Koch Institut: Prävention und Management von Covid-19 in Alten- und Pflegeeinrichtungen und Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen, V.20, 07.04.2021
[Alten_Pflegeeinrichtung_Empfehlung.pdf](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Alten_Pflegeeinrichtung_Empfehlung.pdf) (rki.de)

https://www.umweltbundesamt.de/sites/default/files/medien/1410/publikationen/171013_uba_rg_bettwanzen_bf.pdf

www.who.org

WHO: Hand Hygiene in Outpatient and Home-based Care and Long-term Care Facilities, 2012
https://www.who.int/gpsc/5may/hh_guide.pdf

WHO Modell – die 5 Indikationen der Händedesinfektion



WHO, Glove Use Information Leaflet, 2009
https://www.who.int/gpsc/5may/Glove_Use_Information_Leaflet.pdf

