Rahmenhygieneplan

für ambulante Pflegedienste

gemäß § 35 Infektionsschutzgesetz (IfSG)

erarbeitet vom:

Länderarbeitskreis
zur Erstellung von Rahmenhygieneplänen nach IfSG

An der aktuellen Fassung haben Mitglieder folgender Institutionen mitgewirkt:

- Ministerium für Soziales, Arbeit und Gesundheit Baden-Württemberg
- Bezirksamt Spandau von Berlin, Gesundheitsamt (ehemals für das Land Berlin)
- Bezirksamt Pankow von Berlin, Gesundheitsamt (aktuell für das Land Berlin)
- Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit Brandenburg
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und gesellschaftlichen Zusammenhalt Brandenburg
- Landkreis Havelland, Gesundheitsamt (für das Land Brandenburg und den BVÖGD*)
- Landesamt für Gesundheit und Soziales Mecklenburg-Vorpommern
- Landesuntersuchungsanstalt für das Gesundheits- und Veterinärwesen Sachsen
- Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt
- Thüringer Landesamt für Verbraucherschutz

*Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.

Stand: 01. Oktober 2026

Zuletzt evaluiert:

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung ... 4

2 Risikobewertung, Hygienemanagement, Verantwortlichkeiten ... 4

2.1 Risikobewertung ... 4
2.2 Hygienemanagement ... 5
2.3 Verantwortlichkeiten ... 5
2.3.1 Ansprechpartner des ambulanten Pflegedienstes, wichtige Telefonnummern, Verantwortliche ... 6

3 Hinweise für Pflegebedürftige und Angehörige zur Hygiene im Wohnumfeld ... 7

4 Basishygiene für das Personal des Pflegedienstes ... 8

4.1 Reinigung, Desinfektion, Aufbereitung von Medizinprodukten ... 8
4.1.1 Grundsätzliche Hinweise ... 8
4.1.2 Händehygiene ... 9
4.1.3 Flächen/Gegenstände ... 11
4.1.4 Aufbereitung von Medizinprodukten (MP) ... 11
4.2 Wäschehygiene und Bekleidung ... 13
4.3 Umgang mit Lebensmitteln durch das Personal ... 14
4.4 Abfallbeseitigung ... 15

5 Spezielle Anforderungen nach Infektionsschutzgesetz ... 16

5.1 Belehrung von Personal, das Speisenzubereitung vornimmt ... 16
5.2 Vorgehen bei meldepflichtigen Infektionskrankheiten und -erregern ... 16

6 Anforderungen nach der Biostoffverordnung (BioStoffV) ... 17

6.1 Gefährdungsbeurteilung ... 17
6.2 Arbeitsmedizinische Vorsorge ... 18
6.2.1 Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchung ... 19
6.2.2 Impfungen für in der Pflege tätiges Personal ... 19
6.3 Schutzkleidung und persönliche Schutzausrüstung (PSA) ... 20

7 Erweiterte Maßnahmen beim Auftreten bestimmter Infektionskrankheiten/ Parasitenbefall ... 22

7.1 Durchfallerkrankungen ... 22
7.2 Kopflausbefall ... 22
7.3 Skabies (Krätze) ... 23
7.4 Befall mit Bettwanzen ... 24

8 Pflege- und Behandlungsmaßnahmen ... 25

8.1 Absaugung (Pneumonieprophylaxe) ... 26
8.2 Gesichts- und Körperpflege ... 27
8.3 Dekubitusprophylaxe ... 28
8.4 Inhalation ... 29
8.5 Injektionen/Punktionen ... 29
8.6 Katheterisierung der Harnblase ... 29
8.7 Sauerstoffinsufflation ... 30
8.8 Sondenernährung ... 31
8.9 Stomapflege (Uro- und Enterostoma) ... 31
8.10 Verbandswechsel/Wundversorgung ... 32
8.11 Umgang mit Medikamenten ... 33

9 Erste Hilfe und Notfallmanagement ... 33

Anlagen:

Anlage 1 Reinigungs- und Desinfektionsplan (Muster) 35

Anlage 2 Hygienemaßnahmen beim Auftreten multiresistenter Krankheitserreger (MRE) 37

Anlage 3 Wichtige rechtliche Grundlagen, Vorschriften, Regeln, fachliche Standards und ausgewählte Literatur 39

Hinweis:
Zur Vereinfachung und besseren Lesbarkeit wird im vorliegenden Rahmenhygieneplan darauf verzichtet, bei jedem personenbezogenen Begriff jeweils die weibliche oder männliche Form zu nennen. Selbstverständlich sind ausdrücklich alle Geschlechter gemeint.

1 Einleitung

Für viele pflegebedürftige Menschen ist es erstrebenswert, Pflege und Betreuung in der häuslichen Umgebung der eigenen bzw. der Wohnung von Angehörigen oder in Wohngemeinschaften in Anspruch zu nehmen. Durch häusliche Krankenpflege kann für Betroffene zunächst ein Krankenhausaufenthalt verkürzt werden (sog. Krankenhausvermeidungspflege). Durch entsprechende ambulante ärztliche Behandlung ist es möglich, die bisherigen Therapiemaßnahmen weiter zu führen und deren Ergebnisse zu sichern (sog. Sicherungspflege).
Um den zu Betreuenden eine ganzheitliche Pflege und Versorgung auf hohem Niveau zukommen zu lassen, bedarf es ambulanter Pflegeunternehmen, die mit fachkompetentem Personal in erforderlichem Umfang ausgestattet und organisatorisch in der Lage sind, alle notwendigen Leistungen nach den allgemein anerkannten medizinisch-pflegerischen Erkenntnissen bedarfsgerecht und wirtschaftlich zu erbringen. Gleichzeitig müssen die Bedürfnisse der zu Pflegenden sowie deren Angehörige nach weitgehender Selbstbestimmung sowie nach physischem und psychischem Wohlbefinden berücksichtigt werden.
Dies gilt auch für die Versorgung Pflegebedürftiger in Wohngruppen.
Nach §35 Abs. 1, Nummer 3 Infektionsschutzgesetz (IfSG) sind *„ambulante Pflegedienste und Unternehmen, die den Einrichtungen nach Nummer 1 oder Nummer 2 vergleichbare Dienstleistungen anbieten“* verpflichtet, in Hygieneplänen innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Infektionshygiene festzulegen. Außerdem unterliegen sie der infektionshygienischen Überwachung des Gesundheitsamtes.
Die infektionshygienische Überwachung von ambulanten Pflegediensten, **die ambulante Intensivpflege erbringen**, erstreckt sich auch auf Orte, an denen die Intensivpflege erbracht wird. Diese ambulanten Pflegedienste, mit ambulanter Intensivpflege haben dem Gesundheitsamt auf dessen Anforderung die Namen und Kontaktdaten der von ihnen versorgten Personen und der vertretungsberechtigten Personen mitzuteilen.
Leiter von ambulanten Pflegediensten, die ambulante Intensivpflege in Einrichtungen, Wohngruppen oder sonstigen gemeinschaftlichen Wohnformen erbringen, haben nach §35 Abs. 1 IfSG sicherzustellen, dass die nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft und der Pflegewissenschaft erforderlichen Maßnahmen getroffen werden, um Infektionen zu verhüten und die Weiterverbreitung von Krankheitserregern, insbesondere solcher mit Resistenzen, zu vermeiden. Für den Bereich der ambulanten Intensivpflege sind die Rahmenempfehlungen nach § 132l Abs. 1 SGB V zur Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege sowie bundesweite und länderspezifische Empfehlungen zu beachten. Spezifische Belange der außerklinischen Intensivpflege sind nicht Teil dieses Rahmenhygieneplanes (s. weiterführende Links im Kapitel 2.2).

2 Risikobewertung, Hygienemanagement, Verantwortlichkeiten

2.1 Risikobewertung

Der Wandel im Gesundheitswesen hat dazu geführt, dass zunehmend medizinisch-pflegerische Leistungen aus den Krankenhäusern in die stationäre oder ambulante Pflege verlagert werden.
Obwohl das Infektionsrisiko im Privathaushalt deutlich niedriger ist als in medizinischen Einrichtungen, muss berücksichtigt werden, dass für ältere Menschen als vulnerable Gruppe (insbesondere Menschen mit bestimmten Vorerkrankungen sowie mit vorliegender Abwehr- oder Immunschwäche) eine erhöhte Infektionsgefahr besteht. Zudem sind individuelle Besonderheiten wie invasive Pflegemaßnahmen am Pflegebedürftigen sowie mögliche Infektionsquellen im häuslichen Umfeld zu berücksichtigen.
Auch in der ambulanten Pflege sind Besiedlungen oder Infektionen mit multiresistenten Krankheitserregern ein zunehmendes Problem.

2.2 Hygienemanagement

Es ist notwendig, Infektionskrankheiten vorzubeugen und Infektionen rechtzeitig zu erkennen, um ihre Weiterverbreitung zu verhindern.

Deshalb sind in einem **Hygieneplan** innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Infektionshygiene festzulegen.
Der vorliegende Rahmenhygieneplan gibt als Expertenkonsens ambulanten Pflegediensten Empfehlungen für die Erarbeitung ihres spezifischen Hygieneplanes als **verbindliches Instrument zur Einhaltung der Infektionshygiene**. Die aufgeführten Hygienemaßnahmen sind Beispielinhalte, die der konkreten Situation bzw. dem Spektrum der durch den Pflegedienst zu Betreuenden **einrichtungsspezifisch angepasst werden müssen** (z. B. konkrete Ansprechpartner mit Namen, Abläufe, Produktnamen).
Zu berücksichtigen sind neben den fachlichen Empfehlungen der Kommission für Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen und in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe (ehemals „Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention“) (KRINKO) beim Robert Koch-Institut (RKI) oder von Fachgesellschaften auch Vorschriften des Arbeitsschutzes (TRBA 250), Vorgaben der Bundesländer (z. B. Abfallvorschriften) sowie andere fachliche Empfehlungen.
Für ambulante Pflegedienste, die **außerklinische Intensivpflege** erbringen, sind zusätzlich entsprechende Regelungen im Hygieneplan aufzunehmen. Hierzu verweisen wir auf folgende Quellen:

- Rechtsgrundlagen der Länder (PflegeHygVO u. a.)
- Infektionshygienische Mindestanforderungen an Wohngemeinschaften mit außerklinischer Intensivpflege (Mecklenburg-Vorpommern): https://www.lagus.mv-regierung.de/serviceassistent/download?id=1609181.
- Dokumente des Länder-Arbeitskreises „Außerklinische Intensivpflege“: https://www.nlga.niedersachsen.de/hyg_allg_kh/ag-krankenhaushygiene-infektionshygienische-uberwachung-gemass-23-ifsg-204752.html
- Hygienepaket für Intensivpflegedienste in ambulanten Wohngemeinschaften (Niedersächsisches Landesgesundheitsamt)
  https://www.nlga.niedersachsen.de/hyg-intensiv-amb-wg/hygienepaket-202478.html

2.3 Verantwortlichkeiten

Der **Leiter des ambulanten Pflegedienstes** trägt die Verantwortung für die Sicherung der hygienischen Erfordernisse und nimmt seine Verantwortung durch Anleitung und Kontrolle der Mitarbeiter sowie durch Beratung und Aufklärung der Pflegebedürftigen und deren Familienangehörigen wahr.
Zur Organisation und Überwachung des Hygienemanagements soll der Leiter mindestens eine hygienebeauftragte Pflegekraft bzw. Hygienefachkraft (intern oder extern) einsetzen.
Die Etablierung einer Hygienekommission oder eines anderen Gremiums, das sich mit den Fragen der Infektionsprävention befasst, ist empfehlenswert. Konkrete, verbindliche Regelungen der Bundesländer („Pflegehygieneverordnungen“) sind zu beachten.

Die Sicherung der personellen, materiell-technischen und räumlichen Voraussetzungen der Einrichtung liegt in der Verantwortlichkeit des jeweiligen **Trägers/Leiters** des Unternehmens.

Der **Hygieneplan** ist unter Berücksichtigung der Infektionsrisiken individuell an die Erfordernisse des konkreten ambulanten Pflegedienstes anzupassen und in folgenden Schritten zu erarbeiten:

- Festlegungen von Überwachungsmaßnahmen (z. B. regelmäßige Kontrollen vor Ort)
- Überprüfung des Hygieneplans auf Effizienz und Aktualität
- Schulungen für alle Mitarbeiter zu hygienischen Grundsätzen, z. B. zu Standardhygienemaßnahmen, zur Händedesinfektion, zur Aufbereitung von Medizinprodukten sowie zu speziellen

Hygienefragen, wie dem Umgang mit Trägern von multiresistenten Erregern, sind im Hygieneplan festzulegen und zu dokumentieren (Aufstellen eines Schulungsplans).

Der Hygieneplan muss für alle Beschäftigten des ambulanten Pflegedienstes in den Diensträumen der Einrichtung jederzeit zugänglich und einsehbar sein.
Er ist jährlich hinsichtlich seiner Aktualität zu überprüfen und ggf. zu ändern. Das Prüf- bzw. Änderungsdatum ist zu dokumentieren.
Die Beschäftigten werden mindestens einmal pro Jahr hinsichtlich der erforderlichen Hygienemaßnahmen belehrt. Die **Belehrung** ist schriftlich zu dokumentieren.
Die Überwachung der Einhaltung der Hygienemaßnahmen soll regelmäßig sowie aus aktuellem Anlass erfolgen. Die Ergebnisse werden schriftlich dokumentiert.

2.3.1 Ansprechpartner des ambulanten Pflegedienstes, wichtige Telefonnummern, Verantwortliche

Ansprechpartner (Name, Funktion, Adresse, Telefon, E-Mail-Adresse)
- Träger der Einrichtung:
- Leiter der Einrichtung:
- Hygienefachpersonal:

Wichtige Telefonnummern
- Rettungsstelle (Notarzt) Tel.: _____
- Gesundheitsamt Tel.: _____
- Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsbehörde Tel.: _____
- Giftnotrufzentrale (landesspezifische Festlegungen!)
  Giftinformationszentrum Erfurt Tel.: (0361) 730730
  Giftinformationszentrum Berlin Tel.: (030) 19240

Verantwortlichkeiten

Maßnahme	**Verantwortlicher (Name)**	**Telefonnummer**
Erstellung und Aktualisierung des Hygieneplans		
Erstellung und Kontrolle des Reinigungs- und Desinfektionsplans		
Überwachung der Einhaltung der Hygienemaßnahmen		
Durchführung und Dokumentation von Schulungen zu Hygienethemen		
Durchführung und Dokumentation der Folgebelehrungen nach §§ 42/43 IfSG		

Durchführung und Dokumentation der Unterweisung nach § 14 Abs. 2 BioStoffV		
Verantwortlich für die Erste Hilfe		
Einweisung neuer Mitarbeiter ins Hygienemanagement		
Verantwortlich für Medizinprodukte (MP) und Umgang mit Sterilgütern (Beauftragter für MP-Sicherheit)		

3 Hinweise für Pflegebedürftige und Angehörige zur Hygiene im Wohnumfeld

Eine wesentliche Voraussetzung zur Infektionsprävention im Privathaushalt ist die Einhaltung allgemeiner Hygieneregeln durch alle im Haushalt lebenden Personen, um mögliche Infektionsquellen im häuslichen Milieu auszuschließen. Dazu ist ein angemessenes Hygieneverhalten notwendig, unabhängig davon, ob eine Beteiligung an der Pflege erfolgt. Zum Schutz des Pflegebedürftigen und anderer infektionsgefährdeter Personen im Haushalt sowie des Pflegepersonals ist auf die konsequente Einhaltung der routinemäßig durchzuführenden Hygienemaßnahmen zu achten. Mitarbeiter des ambulanten Pflegedienstes bzw. der Hausarzt geben hierzu Hinweise und Empfehlungen.

Folgende Schwerpunkte sind besonders zu beachten:

- Gründliches Reinigen (Wasser + Haushaltsreiniger) insbesondere von Flächen und Gegenständen, die am wahrscheinlichsten für eine Verbreitung von Infektionserregern in Frage kommen:
  - *Feuchtbereiche, z. B.* Toilettenbecken, Waschbecken, Waschschüssel
  - *häufig frequentierte Kontaktflächen, z. B.* Toilettensitze, Griffe und Haltegriffe
  - *Lebensmittelkontaktflächen, z. B.* Arbeitsflächen in der Küche, Kühlschrankinnenflächen, Koch- und Essutensilien
  - *Utensilien zur Nassreinigung, z. B.* Wasch- und Abwaschlappen, Wischlappen
- Ein Einsatz von Desinfektionsmitteln ist nur in Ausnahmesituationen notwendig!
- Verunreinigungen mit Blut, Stuhl, Urin oder Erbrochenem sind sofort zu beseitigen und die betroffenen Flächen oder Materialien anschließend gründlich desinfizierend zu reinigen. Entsprechend kontaminierte Wäsche sollte bei mindestens 60°C gewaschen werden.
- Gegenstände des persönlichen Bedarfs, die mit Blut in Berührung gekommen sind (Rasierer, Zahnbürsten, Nagelschere usw.), dürfen nur personenbezogen benutzt werden.
- Putzwasser sollte nicht im Handwaschbecken entsorgt werden.
- Wischlappen sollten häufig gewechselt und bei mindestens 60°C in der Waschmaschine im Vollwaschgang/-programm mit Vollwaschmittel gewaschen werden.
- Beim Duschen ist zunächst auf eine ausreichenden Ablaufmenge zu achten. Duschköpfe sollten regelmäßig gereinigt werden. Boiler sollten auf eine ausreichend hohe Temperatur eingestellt sein. Vor dem Duschvorgang ist die Temperatur zu kontrollieren, damit es nicht zu Verbrühungen kommt.
- **Träger/Ausscheider** von Erregern, die hauptsächlich fäkal-oral übertragen werden (Salmonellen, Shigellen usw.), müssen auf sorgfältigste Händehygiene achten!

Händehygiene
Im Privathaushalt ist gründliches Händewaschen mit fließendem Wasser und Seife die wichtigste Voraussetzung zur Verhinderung von Infektionen:

- vor Einnahme bzw. Verabreichung von Speisen und Medikamenten
- vor dem Einsetzen von Kontaktlinsen oder Zahnprothesen
- nach der Toilettenbenutzung
- nach Kontakt mit Sekreten (Nasensekret, Speichel) oder Ausscheidungen (Erbrochenes, Stuhl, Urin)
- nach Kontakt mit potenziell kontaminierten Reservoiren (z. B. Abflüsse in Küche oder Sanitärbereich)
- nach Kontakt mit Haustieren und deren Pflege
- nach sichtbarer Verschmutzung der Hände.

Die Verwendung von Händedesinfektionsmitteln im Hausgebrauch ist nur in besonderen Situationen und nicht routinemäßig notwendig (z. B. Betreuung eines Pflegebedürftigen mit einer Infektion). Bei vorhersehbarem Kontakt mit Blut oder Ausscheidungen sollten zur Vermeidung von Kontaminationen Schutzhandschuhe getragen werden. Auch nach der Nutzung von Schutzhandschuhen ist auf eine sorgsame Händehygiene zu achten.

Umgang mit Lebensmitteln
Um lebensmittelbedingte Erkrankungen zu verhindern, müssen im Umgang mit Lebensmitteln die Hygieneregeln eingehalten werden, die eine ordnungsgemäße Zubereitung, Lagerung und Verabreichung erfordern.

Folgendes ist zu berücksichtigen:
- Händewaschung vor dem Umgang mit Lebensmitteln.
- Die Genusstauglichkeit des Lebensmittels (visuell und geruchlich) und das Haltbarkeitsdatum sind zu prüfen.
- Bei der Anlieferung von Speisen müssen die Transportbehälter sauber sein. Das angelieferte Essen muss in einwandfreiem Zustand sein. Bei den angelieferten Speisen sollen die geforderten Temperaturen (mindestens 65 °C für warme und nicht über 15 °C für kalte Speisen) eingehalten werden.
- Längere Standzeiten sind bei warmen Speisen zu vermeiden (bei Warmhaltung der Speisen maximal 2 Stunden).
- Zu Speisen, die nicht mehr erhitzt werden, sollte kein rohes Ei hinzugegeben werden.
- Tee sollte mehrmals täglich mit kochendem Wasser zubereitet werden (längere Standzeiten über 3 Stunden sind zu vermeiden). Temperierte Heißwasserspender sind für Kräuterteeaufgüsse nicht geeignet.
- Die Aufbereitung von Geschirr und Besteck sollte im Geschirrspülautomaten bei mindestens 65 °C erfolgen.

Wäschehygiene
- s. Kapitel 4.2

4 Basishygiene für das Personal des Pflegedienstes

4.1 Reinigung, Desinfektion, Aufbereitung von Medizinprodukten

4.1.1 Grundsätzliche Hinweise

Eine gründliche und regelmäßige Desinfektion der Hände der Mitarbeiter sowie eine gründliche Reinigung bzw. ggf. Desinfektion der vom Pflegedienst benutzten Flächen und Gegenstände ist wesentliche Voraussetzung für einen guten Hygienestatus.
- Die Desinfektion im Rahmen der Basishygiene dient der Reduktion der Flächenkontamination, ohne dass ein Hinweis auf die Freisetzung von Erregern vorhanden ist, deren Elimination ein

erweitertes Wirkungsspektrum erfordert. Die Entscheidung, ob routinemäßig eine desinfizierende Flächenreinigung oder eine Flächendesinfektion durchgeführt werden muss, ist situationsabhängig zu entscheiden.
- Eine effektive Desinfektion kann nur erreicht werden, wenn ein geeignetes Mittel, unter Beachtung der vorgeschriebenen Konzentration und Einwirkzeit und entsprechend der Gefährdungsbeurteilung (Herstellerangaben beachten) angewendet wird. Dabei ist auch das Wirkungsspektrum für den erforderlichen Anwendungsbereich zu beachten.
- Für die Auswahl der Präparate gewährleistet die VAH-Liste eine hohe Sicherheit für die Anwender zur Erfüllung der Anforderungen an die Wirksamkeit der Desinfektionsmittel.
- Auf den Behältnissen der Händedesinfektionsmittel, die als Arzneimittel zugelassen sind, ist das Anbruch- bzw. Ablaufdatum zu dokumentieren (Haltbarkeitsdauer s. Herstellerangaben).
- Für Biozidprodukte, zu denen keine Angaben zur Aufbrauchfrist beiliegen, sind Herstellerangaben diesbezüglich anzufordern, ggf. auch für die spezifisch empfohlene Produkt-Spender-Kombinationen.
- Reinigungs- und Desinfektionsmittel sind vor dem unberechtigten Zugriff geschützt sowie sachgerecht und sicher aufzubewahren.
- Für Händedesinfektionsmittel sind Originalgebinde zu verwenden, ein Umfüllen ist nicht zulässig.
- Die anzuwendenden Reinigungs- und Desinfektionsmaßnahmen sind in einem **Reinigungs- und Desinfektionsplan** aufzuführen, der gut sichtbar in der Dienststelle ausgehängt wird. Er ist mindestens jährlich auf seine Aktualität zu überprüfen und ggf. zu ändern. Das Prüf- bzw. Änderungsdatum ist zu dokumentieren.
- **Gezielte Desinfektionsmaßnahmen** sind durchzuführen, bei erkennbarer Kontamination (z. B. Verunreinigungen mit Erbrochenem, Blut, Stuhl, Urin oder anderen Körperflüssigkeiten) sowie beim Auftreten spezieller Erreger.
- Nach direktem oder indirektem Kontakt zu Patienten, die an einer Virusinfektion leiden, sollen Mittel mit nachgewiesener entsprechender Wirksamkeit zur Verfügung stehen.
- Bei **Auftreten meldepflichtiger Infektionskrankheiten** oder bei begründetem Verdacht sind erweiterte Maßnahmen erforderlich (z. B. andere Desinfektionsmittel und Einwirkzeiten), die vom Gesundheitsamt veranlasst oder mit diesem abgestimmt werden.

4.1.2 Händehygiene

Übertragungen von Infektionserregern (Kontaktinfektionen) erfolgen hauptsächlich über die Hände. Konsequente Händehygiene ist die wichtigste und wirksamste Maßnahme zur Infektionsverhütung. Sie dient sowohl dem Schutz der Pflegebedürftigen als auch dem Personalschutz.
Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauches als Parameter für die Compliance kann deshalb Bestandteil des Hygienemanagements sein.

Für den Hausbesuch sind vom Personal des ambulanten Pflegedienstes Händedesinfektionsmittel, Einmalhandtücher bzw. Zellstoff sowie Hautschutz- und Hautpflegepräparate mitzuführen. Die Benutzung von Stückseife und textilen Gemeinschaftshandtüchern ist abzulehnen!
Bei vorhersehbarem Kontakt mit Blut oder Ausscheidungen sind **Schutzhandschuhe** zu tragen.

In Pflegezentralen ist eine hygienisch einwandfreie Ausstattung leicht erreichbarer Handwaschplätze erforderlich mit:
- Armaturen, welche ohne Handberührung bedienbar sind (geeignet sind z. B. haushaltsübliche Einhebelmischbatterien mit verlängertem Hebel, die mit dem Handgelenk bedienbar sind, oder selbstschließende Waschtisch-Armaturen mit Druckknopf)
- Spendern für Händedesinfektionsmittel, Hautreinigungsmittel und Einmalhandtücher sowie einem Abwurf für gebrauchte Einmalhandtücher
- Hautschutz- und Hautpflegepräparaten (bevorzugt im Spender).

Bei Handwaschplätzen mit hohem Stagnationsrisiko sollte auf den Anschluss einer Warmwasserleitung verzichtet werden. Alternativ ist ein Spülplan zu erstellen.

Die Anforderungen an
- das Händewaschen
- die hygienische Händedesinfektion
- das Tragen von Schutzhandschuhen
- Hautschutz und -pflege

sind im Hygieneplan auf der Grundlage der aktuellen **Empfehlungen der KRINKO** sowie der **TRBA 250** festzulegen.

Schmuck und Fingernägel
Als Voraussetzung für die Händehygiene dürfen an Händen und Unterarmen keine Schmuckstücke einschließlich Uhren, Eheringe, Armbänder und Piercings getragen werden.
Die Fingernägel sind kurz und rund geschnitten zu tragen und sollten die Fingerkuppen nicht überragen. Auf das Tragen von künstlichen Fingernägeln und das Auftragen von kosmetischem Nagellack ist zu verzichten.

Verhütung einer Infektionsübertragung von infizierter Haut
Bei Vorliegen infektiöser Krankheitsprozesse unbedeckter Hautpartien (insbesondere Hände, Unterarme) seitens des Personals ist jede mit einem Infektionsrisiko verbundene Tätigkeit, z. B. Durchführung invasiver Eingriffe oder Richten von Infusionslösungen, bis zur Sanierung der Haut zu unterlassen.

Händewaschen reduziert die Keimzahl auf den Händen, jedoch werden Übertragungswege nicht wirksam unterbrochen. Vor Arbeitsbeginn und nach Arbeitsende ist eine Händewaschung ausreichend. Die Händedesinfektion ist immer dem Waschen vorzuziehen.
- Stark verschmutzte Hände werden zunächst vorsichtig abgespült und dann gewaschen, wobei darauf zu achten ist, dass die Umgebung und Kleidung nicht bespritzt werden. Gegebenenfalls ist der Kontaminationsbereich danach mit einem sporiziden Flächendesinfektionsmittel zu desinfizieren und der Kittel zu wechseln. Im Anschluss sind die Hände nach gründlicher Trocknung zu desinfizieren.
- Bei punktueller Verunreinigung kann diese mit einem mit Händedesinfektionsmittel getränkten Papiertuch, Zellstoff o. ä. entfernt werden, danach ist eine Händedesinfektion und abschließend eine gründliche Händewaschung durchzuführen.
- Beim Auftreten von ***Clostridioides difficile*-Infektionen (CDI)** sowie bei **parasitären Erkrankungen** (z. B. Wurmerkrankungen, Giardien) kommt neben der hygienischen Händedesinfektion dem nachfolgenden Händewaschen eine entscheidende Bedeutung zu, da Desinfektionsmittel hier nicht ausreichend wirksam sind.

Die **hygienische Händedesinfektion** dient der Abtötung von Infektionserregern.
Sie ist erforderlich:
- vor Kontakt zum Pflegebedürftigen
- vor aseptischen Tätigkeiten
- vor dem Umgang mit Lebensmitteln
- vor dem Verlassen der Wohnung
- nach Kontakt mit potentiell infektiösen Materialien
- nach Kontakt zum Pflegebedürftigen
- nach Ablegen von Schutzhandschuhen
- nach Kontakt mit Oberflächen in unmittelbarer Umgebung des zu Pflegenden
- nach dem Niesen und Husten
- nach Tierkontakt
- ggf. nach der Toilettenbenutzung.

Durchführung der Händedesinfektion:
- 3 - 5 ml des Präparates werden in die trockenen Hände eingerieben, wobei Fingerkuppen, Fingerzwischenräume, Daumen und Nagelfalze besonders zu berücksichtigen sind.
- Während der vom Hersteller geforderten Einwirkzeit (in der Regel 30 sec.) müssen die Hände vom Desinfektionsmittel feucht gehalten werden.

Hautschutz und Hautpflege
Für die Erhaltung einer gesunden Haut an den Händen kommt dem Hautschutz und der Hautpflege als weitere wichtige Maßnahmen der Händehygiene eine große Bedeutung zu. Hautgefährdungen bestehen in der ambulanten Pflege insbesondere durch den Umgang mit Desinfektionsmitteln und Hautreinigungsmitteln, die unsachgemäße Verwendung von Schutzhandschuhen sowie bei Feuchtarbeiten.
Welche konkreten Mittel, in welchen Arbeitsbereichen und bei welchen Arbeiten anzuwenden sind, soll in einem **Hand- und Hautschutzplan** niedergeschrieben werden. Die Erarbeitung des Hand- und Hautschutzplans sollte unter sicherheitstechnischer und betriebsärztlicher Beratung erfolgen. Der Plan sollte Teil des Hygieneplans sein und ist idealerweise an den Handwaschplätzen für alle Mitarbeiter sichtbar auszuhängen.

4.1.3 Flächen/Gegenstände

Im Privathaushalt sind im Umfeld des Pflegebedürftigen Reinigungsmaßnahmen, vorzugsweise eine Feuchtreinigung, ausreichend. Flächendesinfektionsmaßnahmen sind notwendig, z. B.:
- wenn Arbeitsflächen für aseptische Tätigkeiten vorbereitet werden
- während einer MRSA-Dekolonisierung oder bei Vorhandensein anderer relevanter Erreger
- nach tatsächlicher oder möglicher Kontamination mit potentiell oder definitiv infektiösem Material
- Desinfektion nicht mehr benötigter Hilfsmittel/ Geräte wie Rollstühle, Pflegebetten, Inhalationsgeräte usw. vor der Rückgabe zur erneuten Nutzung.

Die Flächendesinfektion ist als Wischdesinfektion durchzuführen und sollte mit Mitteln der VAH-Liste erfolgen (siehe auch: Empfehlungen der KRINKO: „Anforderungen an die Hygiene bei der Reinigung und Desinfektion von Flächen“).

Wischtextilien zum mehrmaligen Gebrauch sollen mit desinfizierenden Waschverfahren aufbereitet werden. Ist das nicht möglich, sind alternativ mit Desinfektionsmittellösung getränkte Wischtextilien aus Einwegverpackungen oder vorgetränkte Wischtextilien aus aufbereitbaren Tuchspendersystemen oder aus der Waschmaschine (konfektioniert) einzusetzen.
Bei Einsatz von Tuchspendersystemen in Form aufbereitbarer Systeme sind die vom Hersteller deklarierte Verwendungsdauer (Vorhandensein gutachterlicher Bestätigung) und die Aufbereitungsanleitung des Systems (bakterizid, fungizid und sporizid) vor Neubestückung einzuhalten.
Nach jeder Tuchentnahme ist das Spendersystem sorgfältig zu verschließen.
Flächen können nach Antrocknung der Desinfektionsmittel wieder betreten/genutzt werden.

Bei den Desinfektionsmaßnahmen ist auf den Arbeitsschutz zu achten und ggf. Schutzkleidung zu tragen (Kittel/Schürze, Schutzhandschuhe).

4.1.4 Aufbereitung von Medizinprodukten (MP)

Sofern nicht grundsätzlich Einwegmaterialien verwendet werden, ist eine validierte Aufbereitung erforderlich.
Die Aufbereitung von Medizinprodukten hat so zu erfolgen, dass eine Weiterverbreitung bzw. Übertragung von obligat pathogenen und fakultativ pathogenen Krankheitserregern sicher ausgeschlossen und wie es in der Empfehlung der KRINKO/BfArM „Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten“ entsprechend dem **Medizinprodukterecht-Durchführungsgesetz (MPDG) und der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV)** gefordert wird.

Für die Aufbereitung der Medizinprodukte ist ein verantwortlicher Mitarbeiter als **Beauftragter für MP-Sicherheit** zu benennen.

Die Aufbereitung ist nur von **sachkundigem Personal** auszuführen. Wenn Medizinprodukte aufbereitet werden müssen, sollte mindestens ein Mitarbeiter die Sachkunde besitzen (Sachkundelehrgang zum „Erwerb der Sachkenntnis gemäß § 4 Abs. 2 MPBetreibV für die Instandhaltung von Medizinprodukten in der ärztlichen Praxis“).
Die Pflegekraft gilt gemäß § 4 Abs.6 i.V.m. § 2 Abs. 3 der Medizinprodukte-Betreiberverordnung als Benutzer, der sich vor der Benutzung eines Produktes von der Funktionsfähigkeit und dem ordnungsgemäßen Zustand des Produktes zu überzeugen und die Gebrauchsanweisung sowie die sonstigen beigefügten sicherheitsbezogenen Informationen und Instandhaltungshinweise zu beachten hat. Dies gilt entsprechend für Produkte, die zur Benutzung angeschlossen werden, für Zubehör einschließlich Software oder andere Gegenstände, die zur Benutzung mit Produkten verbunden werden, sowie für die jeweilige Kombination.
Wenn neue Medizinprodukte zum Einsatz kommen, muss eine entsprechende Einweisung durch den Hersteller erfolgen.
Zur Erfüllung der Melde- und Mitwirkungspflichten der Benutzer, sowie ggf. zur Umsetzung der Korrekturmaßnahmen hat der Pflegedienst den Beauftragten für Medizinproduktesicherheit seines Betriebs (in einem Betrieb mit über 20 Beschäftigten) gemäß §6 MPBetreibV zu informieren.

Benutzte Medizinprodukte sind sicher in festen, durchstichsicheren, desinfizierbaren und verschlossenen Transportbehältnissen zur Wiederaufbereitung zu transportieren.

Die Einzelschritte der Aufbereitung sind grundsätzlich folgende:

a) sachgerechtes Vorbereiten (z. B. Vorbehandeln, Sammeln, Vorreinigen und gegebenenfalls Zerlegen) der angewendeten Medizinprodukte und deren zügiger, Transport zum Ort der Aufbereitung, unter Vermeidung von Kontaminationen, Beschädigungen sowie von Verletzungen (Arbeitsschutz gewährleisten)
b) Reinigung, ggf. Zwischenspülung, Desinfektion, Spülung und Trocknung
c) Prüfung auf Sauberkeit und Unversehrtheit (z. B. Korrosion, Materialbeschaffenheit), gegebenenfalls Wiederholung von Schritt b) und die Identifikation, z. B. zum Zwecke der Entscheidung über eine erneute Aufbereitung bei deren zahlenmäßiger Begrenzung
d) Pflege und Instandsetzung
e) Funktionsprüfung
und je nach Erfordernis
f) Kennzeichnung sowie
g) Verpacken
h) ggf. Sterilisation.

Die Aufbereitung endet mit der dokumentierten Freigabe des Medizinproduktes zur Anwendung. Zwischen den einzelnen Aufbereitungsschritten sind die Anforderungen der Händehygiene einzuhalten. Auf die strikte Trennung von reinen und unreinen Tätigkeiten (z. B. räumlich und organisatorisch ist zu achten).

- Für alle aufzubereitenden Medizinprodukte ist eine Risikoeinstufung vorzunehmen.
- Benutzte Medizinprodukte sind in der Reihenfolge Reinigung, Zwischenspülung, Desinfektion (in zerlegter Form), Spülen, Trocknen, Pflegen, Prüfen auf Funktionsfähigkeit, ggf. Verpacken, Sterilisieren und sachgerechte Lagerung wiederaufzubereiten.
- Einmalprodukte dürfen nicht wiederaufbereitet werden.
- Bei der Desinfektion sind thermische und chemische Verfahren möglich.
- Die maschinelle Aufbereitung im Reinigungs- und Desinfektionsautomaten (RDG) ist aus hygienischer Sicht zu bevorzugen.

- Bei der Verwendung von Reinigungs- und Desinfektionsgeräten sowie von Sterilisatoren sind die Aufbereitungsprozesse zu validieren. Manuelle Abläufe sind in Standardarbeitsanweisungen festzulegen.
- Bei der **manuellen Aufbereitung** wird die Einwirkzeit des Desinfektionsmittels ab dem Einlegen des letzten Medizinprodukts gerechnet. Medizinprodukte mit Hohlräumen müssen luftblasenfrei in die Lösung eingetaucht werden. Die Desinfektionslösung ist entsprechend den Herstellerangaben sowie bei optischer Verschmutzung zu wechseln. Der Einsatz eines viruziden Desinfektionsmittels ist ggf. zu prüfen.
- Im Anschluss an die Aufbereitung ist Sorge für eine **sachgerechte Lagerung** der Medizinprodukte zu tragen.

Lagerfristen für Sterilgut nach DIN 58953, Teil 8

DIN-gerechte Sterilverpackung	**Lagerung im Sterilbarrieresystem (alt: Primärverpackung)**		**Lagerung im Verpackungssystem (alt: Lagerverpackung)**
Lagerart	ungeschützt	geschützt (in Schränken oder Schubladen)	
Lagerungszeit	alsbaldiger Verbrauch (innerhalb von maximal 48 Stunden)	6 Monate (jedoch nicht länger als gem. Verfallsdatum)	5 Jahre (sofern keine andere Verfallsfrist vom Hersteller festgelegt ist)

Die Angaben sind Richtwerte. Der Verlust der Sterilität ist weniger von der Lagerdauer als vielmehr von äußeren Einflüssen und Einwirkungen während Lagerung, Transport und Handhabung abhängig. Die Verantwortung für Lagerdauer und Lagerbedingungen liegt beim Betreiber. Auf die aktuelle Empfehlung des Fachausschusses Qualität der DGSV zur Lagerdauer für sterile Medizinprodukte wird hingewiesen.

4.2 Wäschehygiene und Bekleidung

Pflegebedürftiger:

Wäschewechsel
Der Wäschewechsel soll in Abhängigkeit vom Verschmutzungsgrad der Wäsche und der Pflegebedürftigkeit des zu Pflegenden erfolgen:
- Bei sichtbarer Verschmutzung sofort, sonst Bettwäsche alle 2 Wochen, bei Bettlägerigen wöchentlich,
- Handtücher mindestens 2 x wöchentlich,
- Waschlappen täglich, nach Möglichkeit Einmalgebrauch,
- Unterwäsche täglich.

Wäschebehandlung
- Leibwäsche, Bettwäsche, Handtücher, Waschlappen sollten bei mindestens 60 °C gewaschen werden.
- Mit Blut, Stuhl, Urin oder Erbrochenem verunreinigte Wäsche ist nach Möglichkeit mit einem desinfizierenden Waschverfahren zu waschen.

Weitere Hinweise für Pflegebedürftige und Angehörige zur Hygiene im Wohnumfeld werden in Kapitel 3 gegeben – s. dort.

Personal:

Arbeitskleidung
Während der Pflegetätigkeiten ist Arbeitskleidung zu tragen, diese ist arbeitstäglich zu wechseln. Ist mit Kontaminationen der Arbeitskleidung zu rechnen, ist die vom Arbeitgeber gestellte Schutzkleidung sowie die jeweils notwendige persönliche Schutzausrüstung (vgl. 6.3 Schutzkleidung und persönliche Schutzausrüstung) zu verwenden.
Das Pflegepersonal sollte Arbeitskleidung aus Gewebe tragen, das mit einem nachweislich wirksamen desinfizierenden Waschverfahren gewaschen werden kann. Bei Nutzung privater Arbeitskleidung ist diese ebenfalls mit einem nachweislich wirksamen desinfizierenden Waschverfahren zu waschen. Eine Trennung zwischen privater und Arbeitskleidung ist jederzeit sicher zu stellen. Grundsätzlich ist die potenziell bzw. kontaminierte Arbeitskleidung immer professionell zu reinigen – und nicht durch die Beschäftigten zu Hause (Vorgabe der TRBA 250).
Wird die Arbeitskleidung nicht in einer geprüften Wäscherei gewaschen, ist eine strikte Trennung ebenfalls einzuhalten und ein validiertes desinfizierendes, bevorzugt thermisches Waschverfahren mit mindestens 85°C zu nutzen. Die Liste der vom Robert Koch-Institut geprüften und anerkannten Desinfektionsmittel und -verfahren enthält folgende Vorgaben zur Temperatur und Einwirkzeit für die thermische Desinfektion: 85 °C/15 min bzw. 90 °C/10 min (Flottenverhältnis 1:4 bis 1:5).

Schutzkleidung und persönliche Schutzausrüstung (PSA)
s. Kapitel 6.3

4.3 Umgang mit Lebensmitteln durch das Personal

Werden durch das Pflegepersonal Lebensmittel zubereitet und/oder gereicht, sollte dies mit der zuständigen Lebensmittelüberwachungsbehörde abgestimmt werden. Nachfolgend werden beispielhaft einige hygienische Grundsätze aufgeführt:

- Es dürfen nur sichere Lebensmittel, von denen keine Gefahr für die menschliche Gesundheit ausgeht, in den Verkehr gebracht werden.
- Beschäftigte, die mit Lebensmitteln in der Gemeinschaftsverpflegung in Berührung kommen, müssen die Inhalte der §§ 42 und 43 des IfSG kennen und eine Bescheinigung des zuständigen Gesundheitsamtes nach § 43 vorweisen können (s. Kapitel 5.1).
- Die Vorgaben der EU-Verordnungen zur Lebensmittelhygiene und anderer rechtlicher Grundlagen sowie Normen und Leitlinien sind einzuhalten.
- Lebensmittel sind gut verschlossen zu lagern (Schädlingsprophylaxe), Schädlingsbefall ist vorzubeugen.
- Gründliche Händewaschung oder Händedesinfektion vor dem Umgang mit Lebensmitteln.
- Personal mit eitrigen Wunden an den Händen darf keinen Umgang mit Lebensmitteln haben.
- Auf Lebensmittel darf nicht gehustet oder geniest werden.
- Das Personal soll sich optisch und durch Geruchswahrnehmung von der Genusstauglichkeit des Lebensmittels überzeugen, das Haltbarkeitsdatum ist zu prüfen.
- Rohes Obst, Gemüse, Salat u. Ä. muss vor der Ausgabe gründlich abgewaschen werden.
- Bei der Anlieferung von Speisen müssen die Transportbehälter sauber sein und die geforderten Temperaturen (mindestens 65°C für warme und nicht über 15°C für kalte Speisen) eingehalten werden. Das angelieferte Essen muss in einwandfreiem Zustand sein; nicht verwertete Speisen können u. U. bei entsprechender Kühllagerung später verbraucht werden.
- Vermeidung von längeren Standzeiten bei warmen Speisen (bei Warmhaltung der Speisen maximal 2 Stunden).
- Leichtverderbliche Lebensmittel bzw. solche, bei denen der Hersteller dies vorschreibt, sind kühl zu lagern (ggf. Temperaturkontrollen).

- Nahrungsmittel mit hohem Risiko für eine bakterielle Kontamination durch Krankheitserreger (z. B. Rohei, rohe oder nicht ausreichend erhitze Fleisch- und Fischprodukte, Rohmilchprodukte) sollten nach individueller Risikoeinschätzung vermieden werden.
- Lebensmittel die unter Verwendung von rohen Bestandteilen von Hühnereiern hergestellt werden, müssen vor Abgabe ausreichend durcherhitzt werden.
- Tee sollte mehrmals täglich mit kochendem Wasser frisch zubereitet werden (längere Standzeiten über 3 Stunden sind zu vermeiden). Temperierte Heißwasserspender sind für Kräuterteeaufgüsse nicht geeignet.
- Die Aufbereitung von Geschirr und Besteck sollte im Geschirrspülautomaten bei mindestens 65 °C erfolgen.
- Geschirrtücher und Lappen sind nach Benutzung aufzubereiten oder zu verwerfen. Auf Schwämme sollte verzichtet werden.

4.4 Abfallbeseitigung

Abfälle sind nach den Anforderungen der LAGA-Mitteilung 18 „Vollzugshilfe zur Entsorgung von Abfällen aus Einrichtungen des Gesundheitsdienstes“ ordnungsgemäß zu sammeln und zu entsorgen. Es sind die landesrechtlichen Regelungen und regionalen Besonderheiten der Abfallentsorgungssatzungen zu beachten.

Art der Abfälle/Abfallschlüssel		**Entsorgung**
Zeitschriften, Papier, Kunststoff, Glas, Verpackungsmaterial, Küchenabfälle Hausmüll, hausmüllähnliche Abfälle	**Gemischte Siedlungsabfälle** **AS 20 03 01**	wie Hausmüll, jeweiliges Erfassungssystem (Verwertung oder Restmüll) - Papiertonne - spezielle Glascontainer - gelber Sack, gelbe Tonne - Biotonne
geöffnete Ampullen, Kanülen; Lanzetten; scharfe, spitze, zerbrechliche Gegenstände	**Spitze und scharfe Gegenstände** **AS 18 01 01**	alle geöffneten Ampullen, benutzten Kanülen; scharfe, spitze u. zerbrechliche Gegenstände (**auch gesicherte Instrumente**) sind z. B.in bruch- u. durchstichsicheren, verschließbaren Einwegbehältern (weiterführende Anforderungen unter: Nummer 4.2.5 Abs.6 TRBA 250) zu sammeln, u. können über den Hausmüll entsorgt werden (gemeinsam mit AS 180104 möglich)
Wund-, Gipsverbände, Einwegwäsche, -artikel, Stuhlwindeln u. a., die mit Blut, Sekreten, Exkreten behaftet sind	**Abfälle, an deren Sammlung und Entsorgung aus infektionspräventiver Sicht keine besonderen Anforderungen zu stellen sind** **AS 18 01 04** [ehem. Gruppe B]	- in reißfesten, feuchtigkeitsbeständigen und dichten Behältnissen (Beutel) zu sammeln u. verschlossen zu entsorgen - Entsorgung mit Siedlungsabfällen möglich - größere Flüssigkeitsmengen können unter Beachtung hygienischer Gesichtspunkte/Arbeitsschutz dem Abwasser zugeführt werden - Abfälle dürfen nicht sortiert oder umgefüllt werden

Die Abfälle sind dem Hausmüll so zuzuführen bzw. der Standort der Abfallbehälter muss so gewählt sein, dass ein missbräuchlicher Zugriff durch Dritte und eine damit verbundene Gefährdung ausgeschlossen ist (z. B. keine Zugriffsmöglichkeit für spielende Kinder).
Altmedikamente sind getrennt zu erfassen; ihre Entsorgung erfolgt in Absprache mit der Apotheke bzw. den kommunalen Abfallentsorgungsunternehmen (Schadstoffmobile, Wertstoffsammlung).
Die Sammlung hat ebenfalls so zu erfolgen, dass ein missbräuchlicher Zugriff durch Dritte und eine damit verbundene Gefährdung ausgeschlossen ist.

5 Spezielle Anforderungen nach Infektionsschutzgesetz

5.1 Belehrung von Personal, das Speisenzubereitung vornimmt

Personal, das im Rahmen der hauswirtschaftlichen Tätigkeiten mit der Zubereitung von Speisen beauftragt ist, muss über eine Bescheinigung des Gesundheitsamtes oder eines vom Gesundheitsamt beauftragten Arztes gemäß § 43 IfSG verfügen. Erfolgt durch (sonstiges) Pflegepersonal in der Regel nur eine Hilfe bei der Nahrungsaufnahme kann hiervon ebenfalls abgesehen werden. Eine Belehrung durch den Arbeitgeber, vorzugsweise durch das Hygienefachpersonal, ist vor Aufnahme der Tätigkeit (Erstbelehrung) und im Weiteren im Abstand von 2 Jahren (Wiederholungsbelehrung) erforderlich. Die Teilnahme an der Belehrung ist zu dokumentieren.

5.2 Vorgehen bei meldepflichtigen Infektionskrankheiten und -erregern

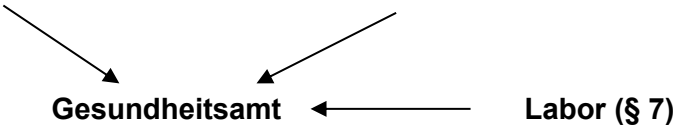
Nach §§ 6 und 7 IfSG sind bestimmte Infektionskrankheiten bzw. der Nachweis bestimmter Infektionserreger meldepflichtig. Grundsätzlich ist nach § 8 IfSG der **feststellende Arzt** verpflichtet, das Auftreten bzw. den Verdacht der im § 6 genannten Erkrankungen bzw. **der Leiter des diagnostizierenden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

Ist das jedoch primär nicht erfolgt, so muss die Meldung nach § 8 (1) Nr. 5 durch einen **Angehörigen eines anderen Heil- oder Pflegeberufs,** der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung oder Anerkennung haben muss (z. B. Krankenschwester, Altenpflegerin), erfolgen.
An das zuständige Gesundheitsamt ist außerdem gemäß § 6 Abs. 3 unverzüglich das gehäufte Auftreten nosokomialer Infektion (zwei oder mehr nosokomiale Infektionen), bei denen ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet wird, als Ausbruch nichtnamentlich zu melden.

Wichtige Maßnahmen beim Auftreten meldepflichtiger Infektionskrankheiten
- Information des behandelnden Arztes
- Verständigung von Angehörigen und Besuchern
- Feststellung möglicher Infektionsquellen (z. B. Sicherung von Nahrungsmittelresten)
- Ermittlung von Kontaktpersonen
- ggf. Isolierung Betroffener und Festlegungen zur Personalschutzausrüstung in Absprache mit dem behandelnden Arzt/ Gesundheitsamt

Wichtige Meldeinhalte der namentlichen Meldung (§ 9 IfSG):
- Name, Vorname, Geburtsdatum, Geschlecht des Patienten
- Anschrift der Hauptwohnung, ggf. des derzeitigen Aufenthaltsortes
- Art der Erkrankung bzw. des Verdachtes
- Tag der Erkrankung oder Tag der Diagnose, ggf. Tag des Todes
- Name, Anschrift, Telefon-Nr. bzw. E –Mail – Adresse des Meldenden
- Kontaktpersonen (Personal, Angehörige)

Meldewege nach § 8 IfSG und zur Meldung verpflichtete Personen (vereinfacht)



Darüber hinaus müssen die zusätzlich geltenden Gesetze und Verordnungen der einzelnen Länder, die die Meldepflichten nach IfSG erweitern, beachtet werden.

6 Anforderungen nach der Biostoffverordnung (BioStoffV)

6.1 Gefährdungsbeurteilung

Beschäftigte im Bereich der ambulanten Pflege können beim beruflichen Umgang mit Menschen durch ihre Tätigkeit Biostoffe (Mikroorganismen, wie Viren, Bakterien, Pilze, die Infektionen, sensibilisierende oder toxische Wirkungen verursachen) freisetzen und mit diesen direkt oder im Arbeitsbereich in Kontakt kommen. Gemäß § 5 Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) ist der Arbeitgeber auch für biologische Einwirkungen verpflichtet, durch eine Beurteilung der für die Beschäftigten mit ihrer Arbeit verbundenen Gefährdung zu ermitteln, welche Maßnahmen des Arbeitsschutzes erforderlich sind. Dabei hat der Arbeitgeber die Beurteilung je nach Art der Tätigkeiten vorzunehmen. Bei gleichartigen Arbeitsbedingungen ist die Beurteilung eines Arbeitsplatzes oder einer Tätigkeit ausreichend.
Diese allgemein gültige Vorschrift wird für Tätigkeiten mit Biostoffen in der Biostoffverordnung (BioStoffV) durch die Regelungen im § 4 und in den Technischen Regeln für Biologische Arbeitsstoffe (TRBA) 400 (Handlungsanleitung zur Gefährdungsbeurteilung und für die Unterrichtung der Beschäftigten bei Tätigkeiten mit Biologischen Arbeitsstoffen) und Abschnitt 3 der TRBA 250 (Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitsdienst und der Wohlfahrtspflege) konkretisiert. Darüber hinaus können diese TRBA für die Durchführung der Gefährdungsbeurteilung herangezogen werden. Das methodische Vorgehen bei der Durchführung der Gefährdungsbeurteilung umfasst immer:

- die Erfassung von Arbeitsbereichen und Tätigkeiten,
- die Ermittlung der am Arbeitsplatz bestehenden Gefährdungen und Belastungen, z. B. durch Biostoffe,
- die Bewertung der ermittelten Belastungen und Gefährdungen,
- die Festlegung der notwendigen Schutzmaßnahmen unter Beachtung des STOP-Prinzips (Substitution, Technische Schutzmaßnahmen, Organisatorische Schutzmaßnahmen, Persönliche Schutzmaßnahmen)
- die regelmäßige Überprüfung der Wirksamkeit der getroffenen Schutzmaßnahmen,
- die Dokumentation der Gefährdungsbeurteilung gem. § 7 BioStoffV, einschließlich Erstellung des Biostoffverzeichnisses.

Die Verletzungs- und Infektionsgefahr durch Nadelstichverletzungen, z. B. beim Umgang mit benutzten medizinischen Instrumenten und Geräten, sind im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung ebenfalls zu beurteilen.

Für den Bereich der ambulanten Pflege sind die aufgrund des Ergebnisses der Gefährdungsbeurteilung konkretisierten, möglichen Arbeitsschutzmaßnahmen im Abschnitt 5.1 der TRBA 250 aufgeführt.

Die nach § 14 Abs.1 BioStoffV zu erstellende Betriebsanweisung ist ein Resultat der Gefährdungsbeurteilung, anhand derer die Unterweisung der Beschäftigten erfolgen soll (vgl. § 14 Abs.2 BioStoffV).

Der Arbeitgeber hat die Gefährdungsbeurteilung unverzüglich zu aktualisieren, wenn

- maßgebliche Veränderungen der Arbeitsbedingungen oder neue Informationen, zum Beispiel Unfallberichte oder Erkenntnisse aus arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen, dies erfordern,
- wenn die Prüfung von Funktion und Wirksamkeit der Schutzmaßnahmen ergeben hat, dass die festgelegten Schutzmaßnahmen nicht wirksam sind.

Ansonsten hat der Arbeitgeber die Gefährdungsbeurteilung mindestens jedes zweite Jahr zu überprüfen und bei Bedarf zu aktualisieren. Ergibt die Überprüfung, dass eine Aktualisierung der Gefährdungsbeurteilung nicht erforderlich ist, so hat der Arbeitgeber dies unter Angabe des Datums der Überprüfung in der Dokumentation nach § 7 BioStoffV zu vermerken.
Bezüglich der konkreten Gefährdungen im Bereich der ambulanten Pflege ist davon auszugehen, dass Beschäftigte von ambulanten Pflegediensten im Rahmen der Körper- und Behandlungspflege durch den Kontakt zu Blut, Sekreten und Exkreten Krankheitserregern der Risikogruppe 2 und/oder 3 ausgesetzt sind. Eine Übertragung von Hepatitis, Tuberkulose, Herpesinfektionen, Magen-Darm-Infektionen u. a. ist möglich. Bei Tätigkeiten mit Kontakt zu Körperflüssigkeiten (z. B. Wund- und Verbandspflege, Injektion, Blutentnahme, Verletzungsmöglichkeit durch spitze und scharfe Gegenstände) besteht eine erhöhte Infektionsgefahr. Eine hohe Ansteckungsgefahr, z. B. über Aerosole kann zu weitergehenden Schutzmaßnahmen führen. Liegen keine entsprechenden Tätigkeiten bzw. Gefährdungen vor, sind beim beruflichen Umgang mit Menschen die allgemeinen Hygienemaßnahmen ausreichend. Hierunter fallen Tätigkeiten, bei denen kein oder selten Kontakt zu Körperflüssigkeiten besteht, z. B. Hilfe bei der Nahrungsaufnahme, An- und Auskleiden, Begleitung beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung, Verabreichen von Medikamenten, hauswirtschaftliche Tätigkeiten.
Tätigkeiten der ambulanten Pflege sind im Sinne der BioStoffV nicht gezielte Tätigkeiten. Im Gegensatz zu den meisten Tätigkeiten im Gesundheitsdienst, werden Tätigkeiten der ambulanten Pflege keiner Schutzstufe zugeordnet.

6.2 Arbeitsmedizinische Vorsorge

Bei Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen hat der Arbeitgeber in Abhängigkeit der Gefährdungsbeurteilung für eine angemessene arbeitsmedizinische Vorsorge zu sorgen (§ 12 BioStoffV i.V.m. Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV)). Hierzu gehört neben der arbeitsmedizinischen Beurteilung der Gefährdungen, der Beratung und der Unterrichtung der Beschäftigten nach § 14 BioStoffV auch, dass bei Tätigkeiten nach Anhang Teil 2 Abs.1 der ArbMedVV mit beruflicher Exposition gegenüber bestimmtem Mikroorganismen eine spezielle arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchung, die sogenannte **Pflichtuntersuchung**, veranlasst und nach den Maßgaben des Anhang Teil 2 Abs.2 der ArbMedVV für manche Tätigkeiten, die nicht einer Pflichtuntersuchung unterliegen, eine sogenannte **Angebotsuntersuchung** angeboten werden muss. Des Weiteren ist den Beschäftigten **Wunschvorsorge** anzubieten. Dies ist arbeitsmedizinische Vorsorge über die Vorschriften des Anhangs der ArbMedVV hinaus, die der Arbeitgeber den Beschäftigten auf ihren Wunsch hin regelmäßig zu ermöglichen hat, es sei denn, aufgrund der Beurteilung der Arbeitsbedingungen und der getroffenen Schutzmaßnahmen ist nicht mit einem Gesundheitsschaden zu rechnen.
Ist eine Pflichtuntersuchung erforderlich, ist diese Voraussetzung für die Ausübung der Tätigkeiten.

6.2.1 Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchung

Für Beschäftigte ambulanter Pflegedienste besteht durch regelmäßigen Kontakt zu Körperflüssigkeiten sowie Verletzungsgefahren u. a. eine Expositionsmöglichkeit gegenüber Hepatitis B- und C-Viren. Vom Arbeitgeber sind die entsprechenden **arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen zu veranlassen**. Erfolgt eine ambulante Pflege von Kindern, sind verpflichtende arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen bei Tätigkeiten mit regelmäßigem direktem Kontakt zu erkrankten oder krankheitsverdächtigen Kindern hinsichtlich Varizella-Zoster-Virus (VZV) erforderlich.

Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen sind grundsätzlich anzubieten (Angebotsvorsorge) am Ende einer Tätigkeit, bei der eine Pflichtvorsorge zu veranlassen war und, wenn sich Beschäftigte eine Erkrankung zugezogen haben, die auf eine Tätigkeit mit biologischen Arbeitsstoffen zurückzuführen ist. Dies gilt auch für Beschäftigte mit vergleichbaren Tätigkeiten.

Ein Untersuchungsangebot ist ebenfalls zu unterbreiten für nicht gezielte Tätigkeiten, die der Schutzstufe 3 zuzuordnen sind oder für die eine vergleichbare Gefährdung besteht (z. B. bei vorliegender Hepatitis-B-/C-Erkrankung oder Tuberkulose). Dasselbe gilt für nicht gezielte Tätigkeiten, die der Schutzstufe 2 zuzuordnen sind oder für die eine vergleichbare Gefährdung besteht, es sei denn, nach der Gefährdungsbeurteilung und auf Grund der getroffenen Schutzmaßnahmen ist nicht von einer Infektionsgefährdung auszugehen. Des Weiteren muss eine Angebotsvorsorge erfolgen, wenn als Folge einer Exposition gegenüber biologischen Arbeitsstoffen mit einer schweren Infektionskrankheit gerechnet werden muss und Maßnahmen der postexpositionellen Prophylaxe möglich sind oder eine Infektion erfolgt ist, die im Zusammenhang mit der durchgeführten Tätigkeit steht.

Den Beschäftigten muss arbeitsmedizinische Wunschvorsorge bei Tätigkeiten, bei denen ein Gesundheitsschaden nicht ausgeschlossen werden kann, ermöglicht werden. Dies gilt nicht, wenn aufgrund der Beurteilung der Arbeitsbedingungen und der getroffenen Schutzmaßnahmen nicht mit einem Gesundheitsschaden zu rechnen ist.

Mit der Durchführung der speziellen arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen ist ein Facharzt für Arbeitsmedizin oder ein Arzt mit der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ zu beauftragen, vorrangig der Betriebsarzt (§ 3 Abs. 2 ArbMedVV).

6.2.2 Impfungen für in der Pflege tätiges Personal

Mit der Empfehlung der KRINKO „Impfungen von Personal in medizinischen Einrichtungen in Deutschland“ von 2021 (einschl. Ergänzung: Empfehlung zur Umsetzung der gesetzlichen Regelung in § 23a Infektionsschutzgesetz“ zur COVID-19-Impfung vom Feb. 2023), die gemeinsam mit der Ständigen Impfkommission (STIKO) erarbeitet worden ist, haben sich auch die Impfempfehlungen für Personal in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen geändert.
Der Arbeitgeber darf personenbezogene Daten von Beschäftigten über den Impf- und Serostatus verarbeiten, um über die Begründung eines Beschäftigungsverhältnisses oder über die Art und Weise einer Beschäftigung zu entscheiden.
Es gilt grundsätzlich, dass alle Beschäftigten gemäß **STIKO-Empfehlungen** altersentsprechend mit den Standardimpfungen und den beruflich indizierten Impfungen geimpft sein sollen.
Einerseits ist das Personal aufgrund seiner beruflichen Tätigkeit einem erhöhten Expositionsrisiko gegenüber bestimmten Infektionserregern ausgesetzt, andererseits kann es selbst zu einer Infektionsquelle für die betreuten Personen werden bzw. kann es auch zu Übertragungen unter den Beschäftigten kommen.
Auch ergeben sich spezifische Impferfordernisse aus Tätigkeiten in definierten Bereichen, die ein erhöhtes Ansteckungs- bzw. Übertragungsrisiko für Infektionen aufweisen. Dies ist besonders wichtig bei der Versorgung von Personen, die keine Immunität aufweisen, weil sie ungeimpft sind, nicht geimpft werden können (z. B. Kontraindikationen) oder nach einer Impfung keine zufriedenstellende Immunantwort entwickelt haben (z. B. immunsupprimierte oder ältere Personen).

Zum Schutz der betreuten Personen erforderlich sind Impfungen gegen **Masern, Mumps und Röteln (MMR)** und gegen **Varizellen** nach Risikobewertung. Darüber hinaus empfohlen sind Impfungen gegen **Influenza, COVID-19 und Pertussis.**
Nach 1970 geborene Personen sollen insgesamt eine zweimalige Impfung mit einem MMR-Impfstoff (bei gleichzeitiger Indikation zur Varizellen-Impfung ggf. MMRV-Kombinationsimpfstoff) erhalten. Die Anzahl der notwendigen Impfstoffdosen richtet sich nach der Komponente mit den wenigsten dokumentierten Impfungen. Bei Frauen ist für jede der drei Impfstoffkomponenten (M-M-R) eine zweimalige Impfung erforderlich. Bei Männern ist für die Masern- und Mumps-Impfstoffkomponente eine zweimalige Impfung erforderlich, zum Schutz gegen Röteln reicht eine einmalige Impfung aus. Bei bestehender Immunität gegen einzelne Komponenten existieren keine Sicherheitsbedenken gegen weitere MMR-Impfungen.
Für eine vollständige Immunität gegen Varizellen ist die zweimalige Impfung erforderlich (bei gleichzeitiger Indikation zur MMR-Impfung ggf. MMRV-Kombinationsimpfstoff verwenden).
Die Impfung gegen Influenza sollte jährlich im Herbst mit einem Impfstoff mit aktueller Antigenkombination für die jeweilige Altersgruppe erfolgen.
Analog sollte die Impfung gegen COVID-19 ebenfalls jährlich mit einem zugelassenen Impfstoff mit jeweils empfohlener Variantenanpassung erfolgen. Personal in Gemeinschaftseinrichtungen (auch Einrichtungen der Pflege) soll alle 10 Jahre eine Dosis Pertussisimpfstoff erhalten.
Eine Impfung gegen **Hepatitis B und Hepatitis A** ist entsprechend den STIKO-Impfempfehlungen dann indiziert, wenn ein erhöhtes arbeitsbedingtes Expositionsrisiko, wie beispielsweise in Einrichtungen, in denen eine erhöhte Prävalenz von Hepatitis-B-Infizierten zu erwarten ist (möglicherweise in Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen), vorliegt. Eine routinemäßige serologische Testung zum Ausschluss einer vorbestehenden HBV-Infektion vor Impfung gegen Hepatitis B ist nicht notwendig. Eine serologische Testung kann in bestimmten Situationen aber sinnvoll sein. Zur Kontrolle des Impferfolges sollte 4 bis 8 Wochen nach der letzten Impfstoffdosis einer Impfserie Anti-HBs quantitativ bestimmt werden.
Die Kosten für die empfohlenen beruflich indizierten Impfungen sind vom Arbeitgeber zu tragen.
Unabhängig von einer durch den Arbeitgeber anzubietenden Impfung sollte im Interesse des öffentlichen Gesundheitsschutzes **entsprechend den Impfempfehlungen der STIKO ein vollständiger, altersgemäßer und ausreichender Impfschutz** gegeben sein. Eine Beratung durch das Gesundheitsamt oder den Hausarzt wird empfohlen.
Darüber hinaus sind eventuelle länderspezifische Impfempfehlungen zu beachten.

6.3 Schutzkleidung und persönliche Schutzausrüstung (PSA)

Ist bei den Pflegetätigkeiten mit Kontaminationen der getragenen Arbeitskleidung zu rechnen, ist die vom Arbeitgeber gestellte Schutzkleidung sowie die jeweils notwendige persönliche Schutzausrüstung (Schutzhandschuhe, flüssigkeitsdichte Schürzen, FFP-Masken als Atemschutz, wenn infektiöse Aerosole freiwerden können) zu verwenden.

Der Arbeitgeber hat festzulegen, bei welchen Tätigkeiten welche Schutzkleidung und Persönliche Schutzausrüstung (PSA) zu tragen ist. Er legt auch fest, wann Mund-Nasen-Schutz als Berührungsschutz erforderlich ist. Diese Festlegungen sind im Rahmen der Durchführung der Gefährdungsbeurteilung zu treffen und zu dokumentieren (vgl. Abschnitt 6.1 Gefährdungsbeurteilung). Auch wenn besondere Infektionsgefährdungen aufgrund einer Erkrankung/Infektion des Pflegekunden/Patienten auftreten, sind weitergehende Schutzmaßnahmen unter Einbeziehung des Übertragungsweges im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung (vgl. Abschnitt 6.1) festzulegen.

Die Bereitstellung von Schutzkleidung, persönlicher Schutzausrüstung und Arbeitsmitteln erfolgt in der Regel in den Diensträumen des ambulanten Dienstes. Finden hier auch Tätigkeiten wie die Reinigung kontaminierter Arbeits- oder Schutzkleidung oder der PSA statt, sind diese in die Gefährdungsbeurteilung einzubeziehen (zur Gefährdungsbeurteilung vgl. Abschnitt 6.1).

Bei der Auswahl der PSA sind die Beschäftigten in geeigneter Weise zu beteiligen. Der Einsatz belastender PSA ist auf das unbedingt erforderliche Maß zu beschränken und darf keine

Dauermaßnahme sein. Darüber hinaus hat der Arbeitgeber in Arbeitsanweisungen Festlegungen zum Umgang mit Arbeits- und Schutzkleidung und persönlicher Schutzausrüstung sowie zu den erforderlichen Maßnahmen zur Hygiene und Desinfektion zu treffen.
Kontaminierte Schutzkleidung und PSA sind – sofern es sich nicht um Einwegprodukte handelt − vom Arbeitgeber mit geeigneten Verfahren zu desinfizieren und zu reinigen. Muss bei bestimmten pflegerischen Tätigkeiten nur Arbeitskleidung getragen werden, ist bereits bei der Möglichkeit der Kontamination der Arbeitskleidung, diese wie Schutzkleidung zu behandeln.
Behältnisse zum Sammeln kontaminierter benutzter, wiederverwendbarer Schutzkleidung (z. B. mitwaschbarer ausreichend widerstandsfähiger Wäschesack) bzw. kontaminierter PSA sind vorzuhalten.

Wenn der ambulante Pflegedienst einen zentralen Bereich in den Diensträumen vorhält, in dem kontaminierte Arbeitskleidung gewaschen, Schutzkleidung bzw. PSA desinfiziert und gereinigt, kontaminierte Arbeitsgeräte aufbereitet und/oder kontaminierte Abfälle zur Entsorgung zentral gesammelt werden, muss dieser Arbeitsbereich über leicht zu reinigende Oberflächen (Fußböden, Arbeitsflächen, Oberflächen von Arbeitsmitteln) verfügen, die beständig gegen die verwendeten Reinigungs- und Desinfektionsmittel sind. Kontaminierte Wäsche, wie kontaminierte Arbeits- und Schutzkleidung, darf vor dem Waschen nicht sortiert werden. Der gefüllte Wäschesack ist ungeöffnet einem geeigneten Waschverfahren zuzuführen. Grundsätzlich gilt, die potenziell bzw. kontaminierte Arbeits- und Schutzkleidung ist immer professionell zu reinigen – und nicht durch die Beschäftigten zu Hause.
In Bereichen der Diensträume zur Reinigung von Arbeits- und Schutzkleidung und Desinfektion von PSA, hat der Arbeitgeber leicht erreichbare Handwaschplätze, Spender für Hautreinigungsmittel und Einmalhandtücher zur Verfügung zu stellen. Die Handwaschbecken sind mit Armaturen auszustatten, welche ohne Handberührungen bedienbar sind. Geeignet sind z. B. haushaltsübliche Einhebelmischbatterien mit verlängertem Hebel, die mit dem Handgelenk bedienbar sind, oder selbstschließende Waschtisch-Armaturen (Druckknopf). Darüber hinaus sollen Desinfektionsmittelspender für die hygienische Händedesinfektion sowie Hautschutz- und Hautpflegemittel wie im Hautschutzplan beschrieben, zur Verfügung stehen.

Kontaminierte Einweg-Schutzkleidung und Einweg-PSA sind gemäß der Vollzugshilfe der LAGA (Bund/Länder-Arbeitsgemeinschaft Abfall) einzusammeln und zu entsorgen. Der Transport muss strikt getrennt von der Arbeitskleidung erfolgen.

Nachfolgend ist beispielhaft aufgeführt, bei welchen Tätigkeiten die jeweilige Schutzkleidung bzw. PSA zu tragen ist:

- **Schutzkleidung** beim Pflegen von Patienten mit Inkontinenz oder mit sezernierenden Wunden. Die ausgewählte Schutzkleidung muss die Arbeitskleidung an allen Stellen bedecken, die tätigkeitsbedingt kontaminiert werden können. Bei einer möglichen Durchnässung der Kleidung bzw. des Schuhwerks ist vom Arbeitgeber gestellte flüssigkeitsdichte Schutzkleidung bzw. Fußbekleidung zu tragen.
- **Schutzhandschuhe**, wenn bei einer Tätigkeit mit einem Kontakt der Hände zu potenziell infektiösem Material gerechnet werden muss. Welche Schutzhandschuhe geeignet sind, ist in der TRBA 250 unter Abschnitt 4.2.8 Abs. 2 festgelegt.
- **Augen- und Gesichtsschutz**, wenn bei einer Tätigkeit mit Verspritzen oder Versprühen potenziell infektiöser Materialien oder Flüssigkeiten gerechnet werden muss. Als Augen- bzw. Gesichtsschutz sind z. B. Bügelbrille mit Seitenschutz, ggf. mit Korrekturgläsern, Überbrille, Korbbrille, Visier und Gesichtsschutzschild geeignet.
- Geeigneter **Atemschutz** bei Gefährdung durch luftübertragbare Krankheitserreger. Dazu hat der Arbeitgeber z. B. geeignete FFP-Masken bereitzustellen. Sind Patienten mit luftübertragbaren Krankheitserregern infiziert und müssen Tätigkeiten an diesen Patienten bzw. in deren Nähe ausgeführt werden, sind mindestens FFP2-Masken zu tragen. Dies gilt nicht, wenn der erkrankte Patient und Behandler gleichzeitig einen Mund-Nasen-Schutz (MNS) tragen, dann reicht dies als geeignete Hygienemaßnahme in der Regel aus. Wenn der Erreger der Risiko-

gruppe 3 zugeordnet ist (z. B. Erkrankung Tuberkulose), gelten entsprechende höhere Schutzmaßnahmen (s. TRBA 250). Generell ist ein Mund-Nasen-Schutz (MNS) ein wirksamer Schutz vor Berührung von Mund und Nase mit kontaminierten Händen. Ein Mund-Nasen-Schutz (MNS) ist jedoch kein Atemschutz und schützt nicht vor dem Einatmen von Aerosolen.

7 Erweiterte Maßnahmen beim Auftreten bestimmter Infektionskrankheiten/ Parasitenbefall

7.1 Durchfallerkrankungen

- Die Umsetzung geeigneter erweiterter Hygienemaßnahmen soll in Absprache mit dem behandelnden Arzt und ggf. mit dem Gesundheitsamt erfolgen (z. B. hygienische Maßnahmen wie hygienische Hände- und Flächendesinfektion mit einem viruziden Hände- bzw. Flächendesinfektionsmittel bei Verdacht auf oder bestätigtem viralen Erreger).
- Die Übertragung der Erreger von Durchfallerkrankungen kann durch das Pflegepersonal in den meisten Fällen vor allem mit einer konsequenten Händehygiene vermieden werden.
- Tragen von Schutzkleidung und Schutzhandschuhen bei Kontakt mit dem infektiösen Pflegebedürftigen.
- Nach Umgang mit dem infektiösen Patienten und Ablegen der Schutzkleidung und Schutzhandschuhe ist eine hygienische Händedesinfektion durchzuführen.
- Personal, das den infektiösen Patienten betreut, darf nicht in der Essenzubereitung/ -verabreichung bei anderen Pflegebedürftigen eingesetzt werden.
- Bei (Verdacht auf) Clostridioides difficile-Infektionen werden sporizide Flächendesinfektionsmittel sowie gründliches Händewaschen nach der Händedesinfektion empfohlen.
- Aufklärung des Erkrankten bzw. der Kontaktpersonen zu den erforderlichen Hygienemaßnahmen.
- Die Hygienemaßnahmen können sich bei Dauerausscheidern entsprechend verlängern.
- Weitere erregerspezifische Hinweise finden sich in den RKI-Ratgebern (https://www.rki.de).

7.2 Kopflausbefall

- Unverzügliche Behandlung mit einem nach § 18 IfSG geprüften und anerkannten Mittel aus der Liste des Umweltbundesamtes (UBA). Aktualisierung und Veröffentlichung erfolgt auf der Homepage des UBA (https://www.umweltbundesamt.de).
- Eine **Wiederholungsbehandlung** ist nach 8-10 Tagen zwingend erforderlich, um die nach der ersten Behandlung geschlüpften Larven abzutöten.
- Aus kosmetischen Gründen können die leeren Nissen nach der 2. Behandlung nass ausgekämmt werden (alle Eihüllen, die weiter als 1 cm von der Kopfhaut entfernt sind, sind leer, da die Läuselarven schon geschlüpft sind).
- Information aller Personen mit engem Kontakt zu den Betroffenen, um eine Befallskontrolle und bei Feststellen von Läusen bzw. Nissen, die weniger als 1 cm von der Kopfhaut entfernet sind, eine sofortige Behandlung durchführen zu können (ggf. Beratung durch Ihr Gesundheitsamt).
- Die Übertragung erfolgt nur über direkten Haarkontakt.
- Die Gefahr einer indirekten Übertragung über Mützen, Kopfkissen oder ähnliches ist zwar nicht auszuschließen, nach wissenschaftlichen Untersuchungen aber in der Praxis nicht relevant. Kopfläuse sind speziell an das menschliche Kopfhaar angepasst und ohne den Wirt nicht überlebensfähig (sterben spätestens nach 3 Tagen; meist besteht bereits nach 24 Stunden wegen Austrocknung keine Ansteckungsgefahr mehr).
- Bei sehr starkem Befall sollten trotzdem vorsorglich Mützen, Schals, Bettwäsche, Schlafanzüge und Handtücher bei 60°C gewaschen werden. Alternativ können die Textilien auch in einem gut verschließbaren Plastiksack für 48 Stunden aufbewahrt werden.
- Reinigen von Kämmen, Haarbürsten und Haargummis mit heißem Seifenwasser ist eine zusätzliche Maßnahme im Haushalt.

- Keine Insektizidsprays verwenden!
- Haustiere spielen keine Rolle bei der Übertragung.

7.3 Skabies (Krätze)

Vorbemerkungen
Das Übertragungsrisiko ist abhängig von der Anzahl der weiblichen Milben, der Dauer und Art des Hautkontaktes und der Temperatur ([Bett-] Wärme erhöht die Beweglichkeit der Milben und damit auch das Übertragungsrisiko). Skabiesmilben bevorzugen Areale mit verhältnismäßig hoher Temperatur und dünner Hornschicht und wahrscheinlich mit weiteren, noch nicht identifizierten Faktoren (Geruchsstoffe). Prädilektionsstellen der gewöhnlichen Skabies sind daher die Interdigitalfalten der Hände und Füße, Ellenbogenstreckseiten, vordere Axillarfalten, Brustwarzenhof, Nabelregion, Gürtellinie, Gesäß, Analfalte, Perianalregion, Leisten, Knöchelregion, die inneren Fußränder und insbesondere der Penisschaft. Kopf und Nacken, Handflächen und Fußsohlen sind zumeist ausgespart.
Eine indirekte Übertragung über unbelebte Gegenstände ist möglich, aber selten. Bei der Scabies crustosa ist dies wegen der hohen Milbenanzahl ein relevanter Übertragungsweg.
Enge Kontaktpersonen sind Menschen, bei denen längerer ungeschützter Hautkontakt mit Personen bestand (mind. 5 bis 10 min), bei denen eine Scabies sicher diagnostiziert wurde (Händeschütteln reicht z. B. für eine Übertragung normalerweise nicht aus).

Allgemeines Vorgehen (nicht für Scabies crustosa!)
Diagnose
- Sicherung der Diagnose durch einen erfahrenen (Fach-)Arzt (vorzugsweise Dermatologen).

Behandlung
- Bis zum Wirksamwerden der Behandlung Einschränkung der Kontakte.
- Behandlung der betroffenen Personen und Mitbehandlung aller engen Kontaktpersonen zum gleichen Zeitpunkt (z. B. Familienangehörige, Sexualpartner) unabhängig davon, ob Skabiesverdächtige Läsionen vorliegen oder nicht. Bei Verwendung von Creme darf diese im Behandlungszeitraum nicht abgewaschen werden. Werden z. B. die Hände trotzdem gewaschen, muss die Creme unmittelbar danach erneut aufgetragen werden!

Hygienemaßnahmen
- Wäschewechsel (Kleidung, Bettwäsche, Bettdecken, Handtücher oder weitere Textilien/Gegenstände mit längerem Körperkontakt (Blutdruckmanschette, Pantoffeln))
  - Bett-, Körperwäsche und Handtücher bei 50°C für mindestens 10 Minuten waschen oder mit diesen Bedingungen in einem Trockner erhitzt oder z. B. mit Hilfe eines Heißdampfgeräts dekontaminiert werden.
  - Schlecht waschbare Textilien können in verschweißten Plastiksäcken bei Zimmertemperatur (mind. 21 °C) für 3 Tage aufbewahrt werden, alternativ auch für 5 Stunden in der Tiefkühltruhe (bei unter -10 °C).
  - Zimmerreinigung - Polstermöbel sollten abgesaugt werden - Filter und Beutel danach entsorgen.

Nachkontrolle
- (fach-)ärztliche Nachkontrolle aller Behandelten und engen Kontaktpersonen nach 14 Tagen und 4 Wochen

Hinweise zum Management
- Begrenzung der Betreuung auf möglichst wenige Personen. Bei körperlichem Kontakt mit den Betroffenen sind Schutzhandschuhe und Schutzkittel, bei intensiverem Kontakt auch langärmlige Schutzkleidung zu tragen (Alternativ: Ärmelschoner – Einmalprodukt).
- Alkoholische Händedesinfektionsmittel sind nicht gegen Skabiesmilben wirksam.
- Nach Abschluss der ersten ordnungsgemäßen Behandlung (=Wirksamwerden der Behandlung) können betroffene Erwachsene am nächsten Tag wieder zur Arbeit gehen (gilt nicht für immunsupprimierte Personen).
- Ggf. Absprachen mit dem zuständigen Gesundheitsamt.

Erweiterte Hygienemaßnahmen bei Patienten mit Scabies crustosa – sofern der Patient nicht stationär behandelt wird

Bei Scabies crustosa (früher: Scabies norvegica), einer **hochansteckenden** Verlaufsform der Skabies, sind zusätzliche Maßnahmen in Absprache mit einem Arzt/ Ärztin und dem Gesundheitsamt notwendig!

Zum Beispiel:

- Isolierung der betroffenen Person.
- Kontrolle bzw. Mitbehandlung aller Kontaktpersonen (beachte: abweichende Definition von Kontaktperson).
- Festlegung nach Lage des Falls durch die behandelnden Ärzte bzw. das Gesundheitsamt
  - Kleidung, Bettwäsche, Bettdecken, Handtücher oder weitere Textilien sollen bis mindestens 1 Tag nach der zweiten Behandlung täglich gewechselt werden. Falls bei der zweiten Behandlung Schuppung und Hyperkeratosen noch nicht vollständig entfernt waren, soll der tägliche Wäschewechsel weiterhin erfolgen. Ist eine Reinigung nicht möglich, Lagerung bei 21°C (konstante Temperatur!) bei mind. 7 Tagen
  - Zur Tiefkühlung kann keine Empfehlung ausgesprochen werden, da für hochkontagiöse Materialien nicht ausreichend Informationen zur Verfügung stehen.
- Alle Gegenstände, zu denen der Patient längeren oder ausgedehnten bzw. flächigen Hautkontakt hatte (z. B. Blutdruckmanschetten), sollen autoklaviert oder ausreichend gereinigt werden. Wenn möglich sind Einwegprodukte zu nutzen.
- Tägliche Reinigung des Zimmers und der Gebrauchsgegenstände.
  - Sicherheitshalber sollen alle Gegenstände, mit denen der Patient kurzen, aber ungeschützten Kontakt hatte, gut gereinigt und/oder mindestens 3 Tage nicht von anderen Personen benutzt werden; bei Textilien und Stoffartikeln gelten die oben genannten 7 Tage.
- Beseitigung eventuell vorhandener Skabiesmilben auf Polstermöbeln, Sofakissen, Fußbodenbelägen durch gründliches, wiederholtes Absaugen mit einem starken Staubsauger (Filter und Beutel sofort entsorgen) oder mindestens 7 Tage lang nicht benutzt.
- Matratze und Bettzeug sollen vor jeder Therapiewiederholung dekontaminiert werden (thermisch desinfiziert: 50°C für 10 Minuten, Kerntemperatur beachten) oder wenigstens 7 Tage lang konstant bei mindestens 21°C (konstante Temperatur!) trocken gelagert werden.

7.4 Befall mit Bettwanzen

Eine Übertragung von Krankheitserregern durch Bettwanzen ist nicht bekannt.

Hinweise auf Bettwanzenbefall am Patienten:

- Gerötete Pusteln (deren Durchmesser wenige Millimeter bis einige Zentimeter betragen können), auch Blasen und Quaddeln können auftreten; Cave: in einigen Fällen werden keine Stiche sichtbar!
- Am häufigsten betroffen sind Körperteile, die im Schlaf nicht bedeckt sind (z. B. Arme, Schultern und Beine).
- Reaktionen können zeitlich verzögert auftreten.
- Bettwanzenstiche treten typischerweise in Reihe oder gruppenweise angeordnet auf mit mehr oder weniger stark ausgeprägtem Juckreiz.

Werden Anzeichen von Bettwanzenstichen bei Personen festgestellt/vermutet, ist ein Arzt aufzusuchen (Stiche sind leicht mit den Stichen anderer Insekten zu verwechseln) und im Umfeld ist eine **Befallskontrolle durchzuführen**:

- Mögliche Ursache für die Ausbreitung von Bettwanzen kann schon das Reisegepäck (z. B. Bücher o. ä.) darstellen, häufig sind es aber gebrauchte, befallene Möbel und Matratzen
- Verstecke von Bettwanzen sind nicht nur auf Schlafstätten (Bettgestelle/Lattenrost) beschränkt (z. B. hinter Bilderrahmen, hinter Steckdosen, abstehenden Tapetenrändern, Scheuerleisten, Lichtschalter, Möbelfugen, Ritzen und Spalten usw.)

- In den Verstecken findet man lebendige Tiere, deren Häutungshüllen, Eier und Kotspuren (z. B. im Lattenrost)
- Typischer Wanzengeruch (eklig süß) entsteht an stark befallenen Orten (den penetranten Geruch kann man möglicherweise beim Klopfen auf die befallenen Gegenstände bemerken); der Geruch ist aber auch nicht immer wahrnehmbar.

Die **Beauftragung eines professionellen Schädlingsbekämpfers*** (evtl. schon beim Verdacht) ist aber in der Regel unumgänglich, um auch die Ursache des Befalles zu identifizieren und professionelle Maßnahmen einzuleiten.

*professionelle Schädlingsbekämpfer sind in der Regel Mitglied einer Berufsvereinigung, wie z. B. dem Deutschen Schädlings-bekämpfer-Verband e.V. (DSV) oder dem Verein zur Förderung ökologischer Schädlingsbekämpfer (VfÖS)

Zusätzliche, unterstützende Bekämpfungsmaßnahmen können hilfreich sein:
- In Folie verpacken und für 2 Tage bei -18°C einfrieren
- Auch eine Behandlung bei Temperaturen über 50 - 60°C ist häufig erfolgreich (z. B. Matratzenbezüge und Bettbezüge)
- Absaugen von Wanzen und deren Eiern
- Nach jedem Saugen muss der Beutel, festverschlossen in einem dichten Plastikbeutel über Nacht ins Gefrierfach (Staubsauger ohne Beutel eignet sich nicht)
- Aus einem befallenen Zimmer keine Gegenstände in andere Zimmer verbringen, da sonst eine Ausbreitung des Befalls in andere Räume möglich ist
- Bettwanzen können monatelang hungern, so dass auch für längere Zeit unbewohnte Räume durchaus noch mit Wanzen befallen sein können.

In der Regel ist die Bekämpfung nicht mit einer einmaligen Maßnahme abgeschlossen, daher sind folgende **Maßnahmen in der ambulanten Pflege einzuhalten**:
- Mitgeführte Pflegematerialien sind auf das Nötigste zu reduzieren und möglichst in eine Tasche zu packen
- Nach Entnahme der Pflegematerialien kann die Tasche zusätzlich in einem fest verschließbaren Beuteln aufbewahrt werden
- Aufbewahrung in größtmöglicher Entfernung zum Bett (z. B. Kleiderhaken, Türklinke)
- Wird Schutzkleidung (bevorzugt Einwegschutzkleidung) getragen, ist diese in einem fest verschließbaren Beutel zu entsorgen
- Überprüfen der mitzunehmenden Sachen und ggf. Bekämpfungsmaßnahmen (siehe oben)
- Erfolgskontrolle beim Schädlingsbekämpfer erfragen.

8 Pflege- und Behandlungsmaßnahmen

Im Folgenden werden Hinweise zu den wichtigsten medizinischen und pflegerischen Maßnahmen unter Berücksichtigung von hygienischen Schwerpunkten dargelegt. Da diese Maßnahmen den gleichen Hygienestandards entsprechen müssen wie im Krankenhaus, sind als Basis die jeweils gültigen *Empfehlungen der KRINKO*, *AWMF-Leitlinien* sowie *Expertenpflegestandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)* (s. Quellen) zu verwenden. Spezifische Schutzmaßnahmen werden zusätzlich zu den Basishygienemaßnahmen bei Patienten mit Verdacht auf oder bestätigten Infektionen angewendet. Zur Entscheidungsfindung ist die *,,Tabelle 1: Übersicht der Infektionserkrankungen und erforderliche Maßnahmen als Grundlage für Festlegungen im Hygieneplan (Stand 14.08.2023)"* in der KRINKO-Empfehlung *,,Integration von SARS-CoV-2 als Erreger von Infektionen in der endemischen Situation in die Empfehlungen der KRINKO „Infektionsprävention im Rahmen der Pflege und Behandlung von Patienten mit übertragbaren Krankheiten“ (2023)* zu erweiterten Hygienemaßnahmen im Einzelfall und analog zu hier nicht aufgeführten Infektionsthematiken heranzuziehen. Ebenfalls erweiterte Hygienemaßnahmen sind bei immungeschwächten Patienten erforderlich, für die die Empfehlung der

KRINKO, *Anforderungen an die Infektionsprävention in der medizinischen Versorgung immungeschwächter Patienten“* (2021) herangezogen werden sollte.
Es wird empfohlen, entsprechende innerbetriebliche Standardarbeitsanweisungen (SOPs) als Teil des Qualitätsmanagementsystems zu erarbeiten.

Grundsätzlich gilt:
- Basishygienemaßnahmen sind während der gesamten Patientenversorgung zu beachten.
- Die Händehygiene, insbesondere Händedesinfektion, muss konsequent (“5 Indikationen der Händedesinfektion“) durchgeführt werden.
- PSA soll entsprechend dem Übertragungsweg und dem Risiko des Kontakts mit potenziell infektiösen Materialien angelegt werden (bspw. Anlegen von Schutzkleidung, Tragen einer Atemschutzmaske bei Tätigkeiten an Geräten, von denen ein Infektionsrisiko durch die Entstehung von Aerosolen bzw. Übertragung von oralen Keimen ausgeht).
- Pflegeutensilien sind kontaminationsgeschützt zu lagern (insbesondere staub- und spritzgeschützt).
- Grundsätze der Hustenetikette sind stets zu beachten.
- Ordnungsgemäße Handhabung, Reinigung und Desinfektion von Geräten und Utensilien zur Patientenversorgung
- Die Desinfektion von patientennahen für die Infektionsübertragung relevanten Flächen nach tatsächlicher oder möglicher Kontamination mit infektiösem Material soll konsequent erfolgen.
- Beim Einsatz von Desinfektionsmitteln ist das Wirkungsspektrum im Hinblick auf den zu inaktivierenden Erreger, Wirkkonzentration, Einwirkzeit und Verträglichkeit zu beachten (Herstellerangaben prüfen, ob insb. Oberflächen vor der Desinfektion gereinigt werden müssen).
- Sorgfältiger Umgang mit Textilien und Wäsche, Vermeidung von Aufwirbelung beim Bettwäschewechsel.
- Anwendung von sicheren Punktionstechniken.
- Spezifische Schutzmaßnahmen bei Patienten mit Verdacht auf oder bestätigten Infektionen.
- Je nach Ernährungsform sind die entsprechenden Hygienestandards einzuhalten.
- Die Entnahme steriler Medizinprodukte aus der Verpackung hat unter aseptischen Bedingungen unmittelbar vor dem Gebrauch sowie auf sauberen Ablageflächen zu erfolgen.
- Zur Aufbereitung von und zum Umgang mit Medizinprodukten wird auf das Kapitel 4.1.4 verwiesen.
- Auf einen sachgerechten Umgang mit gebrauchten und kontaminierten Pflegematerialien – siehe Kapitel 4.4 – ist zu achten
- Alle kontaminierten Arbeits- und Ablageflächen sind abschließend desinfizierend zu reinigen – siehe Anlage 1

8.1 Absaugung (Pneumonieprophylaxe)

Quelle: Empfehlung der KRINKO „Prävention der nosokomialen beatmungsassoziierten Pneumonie“ (2013)
(s. auch andere Quellen in Anlage 3)

- Anwendung geeigneter Präventionsmaßnahmen zur Pneumonieprophylaxe: regelmäßige Querlüftung. Einhalten von Hygienestandards zur Infektionsprävention, Frühmobilisation, Ventilationsförderung durch atemvertiefende Maßnahmen oder -unterstützende Lagerung sowie Freihalten von Atemwegen durch Sekretmanagement, einschließlich Maßnahmen zur Sekretolyse, -mobilisation und -elimination (schließt das indikationsgerechte Absaugen mit ein). Diese müssen in Abwägung mit der Risikoeinschätzung des Betroffenen durchgeführt werden.
- Zur Aufbereitung von Medizinprodukten wird auf Kapitel 4.1.4 verwiesen.
- Atemtrainer sind Einmalgeräte und nur personenbezogen anzuwenden.
- Die Beatmungsschläuche sind gemäß Herstellerangaben zu wechseln. Die aktuelle KRINKO-Empfehlung besagt, dass die Beatmungsschläuche nicht häufiger als alle sieben Tage gewechselt werden sollten. Diese sollten jedoch bei Beschädigung oder Verschmutzung sofort ersetzt werden.

- Einmaltaschentücher oder Zellstoff mit abgehustetem Schleim sind unmittelbar nach den Behandlungsmaßnahmen im Abfallbeutel zu entsorgen.
- Vor der Durchführung von Maßnahmen zur Sekretolyse sollte eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr entsprechend dem Krankheitszustand des Patienten gewährleistet sein. Vor dem Einlegen der Drainage müssen die Kontraindikationen für das Einlegen der Drainage beachtet werden.
- Zur Vermeidung einer Aspirationspneumonie ist nach der oralen Nahrungsaufnahme, insbesondere bei neuromuskulären Erkrankungen, eine grundlegende Mundhygiene zu beachten. Eine mikrobielle Besiedlung und Biofilmbildung auf der Innenseite des Beatmungstubus ist durch sachgerechte Anwendung sowie Hygienemanagement zu vermeiden.
- Geschlossene Absaugsysteme sind aus Gründen der Umgebungskontamination und des Arbeitsschutzes offenen Systemen vorzuziehen.
- Vor und nach dem Absaugen bzw. jeglicher Manipulation am Tracheostoma bzw. an der Trachealkanüle ist eine hygienische Händedesinfektion mit einem Händedesinfektionsmittel mit einem ausreichenden Wirkungsspektrum (mindestens ,,begrenzt viruzid‘‘) erforderlich. Schutzhandschuhe sind anzulegen.
- Falls offene endotracheale Absaugsysteme verwendet werden, sind sterile Katheter und sterile Schutzhandschuhe zu verwenden und anschließend an die einmalige Nutzung zu verwerfen.
- Atemschutzmaske, Schutzbrille sowie Schutzkittel sind beim offenen Absaugen aufgrund der Aerosolbildung anzulegen.
- Die eingesetzten Absaugkatheter müssen steril und das Sterilbarrieresystem unbeschädigt sein; für jeden Absaugvorgang ist ein neuer Absaugkatheter einzusetzen; keine direkte Lagerung neben dem Pflegebedürftigen.
- Bei der Versorgung von Tracheotomiewunden wird auf die aktuellen Empfehlungen von Fachgesellschaften verwiesen. Der Wechsel der Trachealkanülen erfolgt nach Herstellerangaben.

8.2 Gesichts- und Körperpflege

(weiterführende Informationen s. Anlage 3)

- Die Hände sind vor und nach dem Waschen der Pflegebedürftigen zu desinfizieren.
- Der Waschvorgang sollte mit hautschonendem und pH-neutralem Reinigungsprodukten mit seifenfreier Lotion erfolgen.
- Mit Gesicht, Ohren, Hals und Brustbereich muss begonnen werden und anschließend die Arme, Hände, Rücken und Achselhöhlen gewaschen werden. Nach Beinen und Füßen folgt schließlich der Intimbereich zum Schluss.
- Schutzhandschuhe bei Intimpflege sowie bei der Pflege infizierter Hautstellen tragen.
- Die Waschlappen, Rasierer und Handtücher nicht für andere Körperstellen verwenden, die Kontakt mit infizierten Hautstellen oder Intimbereich hatten.
- Nach dem Waschen ist auf vollständige Trocknung der Haut zu achten.
- Bei einer Harn- oder Stuhlinkontinenz sind Inkontinenzprodukte sofort zu wechseln.

<u>Mund- und Zahnpflege</u>

- Zur Vermeidung von trockenen Mundschleimhäuten ist auf ausreichende Flüssigkeitszufuhr sowie Anregung des Speichelflusses zu achten.
- Mindestens zweimal täglich sind Mund- und Zahnpflege durchzuführen.
- Es sind vorzugsweise Einmal-Mundpflegesets anzuwenden.
- Bei bestimmten Risikogruppen ist die Anwendung antimikrobieller Mundspüllösungen als Ergänzung ihrer täglichen mechanischen Mundhygiene-Maßnahmen zu empfehlen (zweimal täglich empfohlen, ggf. Beratung durch den behandelnden Zahnarzt).
- CAVE! Bei Schwerstpflegebedürftigen: Das Auswischen des Mundes erfolgt mit einem sterilisierten, mit Mundpflegelösung getränkten, an einer Klemme befestigten Tupfer. Für jeden Vorgang ist ein frischer Tupfer zu verwenden. Das Material ist täglich zu erneuern und tagsüber staubgeschützt aufzubewahren.

- Auch für Implantate und implantatgetragenen Zahnersatz wird ein intensives Biofilmmanagement empfohlen.
- Die Hilfsmittel zur Zahnpflege sollen regelmäßig gewechselt werden. Holzzahnbürsten sollen nicht angewendet werden.
- Die gereinigten Zahnprothesen müssen über Nacht trocken in einer sauberen offenen Prothesendose aufbewahrt werden.

Reinigung des Ohres/der Ohrmuschel
- Täglich, manuell mit einem mit Leitungswasser angefeuchteten dünnen Lappen/Tuch ohne Benutzung von Seife oder Reinigungs- bzw. Lösungsmitteln. Wattetupfer sind nach einmaliger Benutzung zu verwerfen. Aufgrund der Gefahr von Infektionen, Verletzung und Verstopfung sind keine Wattestäbchen zu verwenden.

Nasenpflege
- Verhinderung des Wundwerdens im Naseneingangsbereich durch Auftragen von Wundheilsalbe oder pflegender Öle.
- Borken und Verunreinigungen sind schonend zu entfernen.

Haar- und Nagelpflege, Rasur
- Das Waschen des Kopfhaares ist mindestens einmal wöchentlich durchzuführen.
- Dabei sollten alkaliseifenfreie Haarwaschmittel verwendet werden.
- Nagelpflege: Entfernung sichtbaren Schmutzes, sorgfältige Behandlung des Nagelfalzes und der -haut, Nägel so kürzen, dass sie zirkulär etwas überstehen und die Fingerkuppen nicht überragen.
- Die Rasur (Bart) soll täglich erfolgen.
- Gegenstände zur Haar-, Bart- und Nagelpflege sind personengebunden anzuwenden. Bei Verunreinigungen mit Blut ist mit Desinfektionsmittel mit mindestens begrenzt viruzider Wirksamkeit zu desinfizieren.

8.3 Dekubitusprophylaxe

(weiterführende Informationen s. Anlage 3)

- Ein regelmäßiges Dekubitus-Risikoscreening ist für die Prävention unentbehrlich. Auf frühe Anzeichen ist zu achten (z. B. Hautrötungen).
- Bestimmte Grunderkrankungen können das Risiko eines Dekubitus erhöhen.
- Auf ausreichende Flüssigkeitszufuhr, einen altersgerechten Ernährungsstatus, angepasste Bewegungsförderung, Druckentlastung-/-verteilung (z. B. auch bei Anwendung von Nasenprongs, prophylaktischen Verband unter einem medizinischen Gerät/ Zu- und Ableitung) und Inkontinenzversorgung ist zu achten.
- Es ist atmungsaktive, nicht einschnürende Kleidung mit geringer Reibung anzuziehen.
- Eingesetzte Hilfsmittel (z. B. Lagerungshilfen) sind personenbezogen anzuwenden und müssen eine intakte, wischdesinfizierbare Oberflächen aufweisen.
- Eine regelmäßige Hautpflege z. B. bei trockener Haut mit Wasser-in-Öl-Emulsionen ist durchzuführen. Hautschonende, nicht alkalische Waschpräparate sind zu verwenden.
- Im Rahmen der Dekubitusprophylaxe ist die Haut sorgfältig abzutrocknen und eine regelmäßige präventive Hautpflege durchzuführen.
- Mindestens wöchentlich sollte geduscht werden. Wenn nicht anders möglich, ist eine Ganzkörperwäsche vorzunehmen.
- Nach jeder Inkontinenzepisode ist die Haut zu reinigen und mit einem Hautschutzprodukt vor übermäßiger Feuchtigkeit zu schützen.
- Bei Dekubitalulcera ist eine sachgerechte Wundpflege durchzuführen, die Kontrolle auf Infektionszeichen ist dabei vorzunehmen.
- Eine umfassende ärztliche Neubeurteilung des Pflegebedürftigen ist durchzuführen, wenn der Dekubitus trotz geeigneter lokaler Wundversorgung, Druckumverteilung und Ernährung nicht innerhalb von zwei Wochen Anzeichen von Heilung zeigt.

8.4 Inhalation

(weiterführende Informationen s. Anlage 3)

- Zur Inhalation ist nur steriles Inhalat einzusetzen.
- Das Präparat ist vor der Anwendung auf Haltbarkeit und Optik zu prüfen und nach Herstellerangaben anzuwenden.
- Mundstücke/Masken- und Schlauchsysteme sowie Inhalatbehälter sind personengebunden zu verwenden und, im Falle der mehrfachen Verwendbarkeit, nach Herstellerangaben aufzubereiten.

8.5 Injektionen/Punktionen

Quelle: Empfehlung der KRINKO „Anforderungen an die Hygiene bei Punktionen und Injektionen“ (2011) + Kommentar (2021)
(s. auch andere Quellen in Anlage 3)

- Die vorgeschriebenen Desinfektionsmaßnahmen (Hände- und Hautdesinfektion) sind korrekt auszuführen. Schutzhandschuhe sind zu tragen.
- Auf die Verwendung von sterilem Instrumentarium ist zu achten (Verwendbarkeitsfristen dürfen nicht überschritten werden, Verpackung muss intakt und eine korrekte Lagerung gewährleistet sein).
- Nutzung von sicheren Instrumenten für Injektionen und Blutentnahmen.
- Zu applizierende Medikamente sind auf Verfallsdatum, Verfärbungen/Trübungen und Ausflockungen zu prüfen, vorgeschriebene Lagerungsbedingungen sind zu kontrollieren.
- Der Inhalt größerer Ampullen, die kühl gelagert wurden, ist vor der Applikation in der Hand auf Körpertemperatur zu erwärmen.
- Die Entsorgung gebrauchter Spritzen, Sicherheitskanülen und Materialien ist unter Vermeidung von Verletzungs- und Infektionsgefahren in durchstichsicheren Behältnissen über den Hausmüll vorzunehmen.
- Die Dokumentation über die Injektion ist mit Datum/Uhrzeit, Name des Medikamentes und Signum des Ausführenden ordnungsgemäß zu führen.
- Die Punktion einer Portkammer ist unter sterilen Kautelen (einschließlich Anlegen steriler Handschuhe) vorzunehmen.

Insulininjektionen mit PEN

- Eine Hautantiseptik ist analog der subkutanen Injektion vor jeder Insulininjektion durchzuführen.
- Es ist darauf zu achten, dass das Hautdesinfektionsmittel vollständig abgetrocknet ist, bevor die Insulininjektion vorgenommen wird.
- Einmalkanülen sind vor jeder Injektion neu aufzusetzen.
- Gebrauchte Kanülen sind in durchstichfesten Abfallbehältnissen zu sammeln und sicher verschlossen über den Hausmüll zu entsorgen.
- Bei Injektionen durch den Patienten selbst muss darauf hingewiesen werden, dass Pen-Kanülen Einmalprodukte sind und wiederholte Anwendungen zu Dosierungsungenauigkeiten führen. Eine Haut- und Händedesinfektion vor der Injektion wird vorausgesetzt bzw. empfohlen.

8.6 Katheterisierung der Harnblase

Quelle: Empfehlung der KRINKO „Prävention und Kontrolle Katheter-assoziierter Harnwegsinfektionen“ (2015)
(s. auch andere Quellen in Anlage 3)

- Die Indikation für eine Katheterdrainage, die Art der Katheterdrainage (z. B. suprapubische Katheterdrainage versus Blasenverweilkatheter) und die Liegedauer des Harnwegskatheters sind ärztlich anzuordnen bzw. festzulegen und auf ein medizinisch notwendiges Minimum zu beschränken.
- Das Fortbestehen der Indikation ist regelmäßig zu überprüfen und die Entscheidungsfindung bezüglich der Liegedauer oder der Katheterentfernung ist darauf abzustimmen.

- Die Katheterisierung hat unter aseptischen Kautelen und von regelmäßig geschultem Personal unter Beachtung erweiterter Hygienemaßnahmen zu erfolgen:
  - Händehygiene
  - Sterile Handschuhe, steriles Abdeckmaterial (Lochtuch), sterile Tupfer, ggf. eine Pinzette zur aseptischen Katheterinsertion, ein Schleimhautantiseptikum für die Dekontamination der Harnröhrenöffnung und ihrer Umgebung sowie steriles Gleitmittel sind zu verwenden.
  - nur geschlossene Ableitungssysteme nutzen, welche die hygienischen Anforderungen an die Probenentnahmestelle für bakteriologische Untersuchungen, an die Rückflusssperre, das Luftausgleichsventil, den Ablassstutzen sowie an das Ablassventil erfüllen (DIN EN ISO 8669-2; 1997-04)
  - die Katheterstärke an die Größe des Harnröhrenausgangs anpassen (≤18 Charrière. beim Erwachsenen), um Urothelschäden zu minimieren
- Beim Umgang mit dem liegenden Katheter sind folgende Hygienemaßnahmen zu beachten:
  - Schutzhandschuhe tragen, nach Ablegen der Schutzhandschuhe ist eine hygienische Händedesinfektion durchzuführen
  - Diskonnektionen (z. B. beim Wechsel von einem Beinbeutel und/oder Nachtbeutel) auf ein Minimum reduzieren; Wisch-/Sprühdesinfektion der Konnektionsstelle(n) ist vor und nach jeder Diskonnektion vorzunehmen.
  - Auffangbeutel ist bei Bedarf (z. B. Umlagerung auf eine Trage) bzw. bevor Harnspiegel mit Rückflusssperre in Kontakt kommt (z. B. wenn der Beutel zu 2/3 gefüllt ist) zu entleeren.
  - Bei Entleerung des Urindrainagebeutels darf der Ablassstutzen nicht mit dem Auffanggefäß in Kontakt kommen. Nach der Entleerung sind Hahn und Ablassstutzen zu sprühdesinfizieren.
  - Das Auffanggefäß ist personenbezogen zu nutzen und nach der Entleerung desinfizierend zu reinigen.
- Eine Stagnation, Verweilen, Rückfluss des Urins ist z. B. durch durhängende Schlaufen, Hängen übers Blasenniveau, Abknicken bzw. Abklemmen der Harnableitung zu vermeiden.
- Bei Nachweis von MRE im harnableitenden System ist PSA zu tragen.
- Zur Reinigung des Meatus urethrae sind Wasser und Seife (Einmalwaschlappen) zu benutzen.
- Inkrustationen sind mit Wasser oder Seifenlösung getränktem Tupfer oder Kompresse schonend zu entfernen.
- Auf die perianale Hygiene ist zu achten.
- Bei suprapubischen Kathetern ist ein Verband nur bei Infektion anzulegen.
- Zur Blockung ist der Ballon mit sterilem Aqua dest. nach Herstellerangaben oder besonders bei kleinen Blockvolumina vorzugsweise mit 8 - 10%iger Glycerin-Wasserlösung aus dem Set (M) zu füllen.
- Bei Nutzung eines Beinbeutels immer ein System wählen, bei dem der Nachtbeutel direkt am Beinbeutel befestigt bzw. stabilisiert wird.
- Im Falle einer Katheter-assoziierten Harnwegsinfektion ist der Katheter, wenn möglich, zu Beginn (bzw.im Verlauf) der antibiotischen Therapie ganz zu entfernen oder zu wechseln, dabei ist stets das gesamte Harnableitungssystem mit auszutauschen, Herstellerangaben sind zu beachten.

8.7 Sauerstoffinsufflation

(weiterführende Informationen s. Anlage 3)

- Grundsätzlich sind personengebundene Geräte für Patienten mit Atemwegsinfektion einzusetzen.
- Die Nasenbrille/-sonde ist personengebunden zu nutzen und nach jeder Anwendung zu reinigen
- Aus hygienischen Gründen sollten die Nasenbrillen mindestens einmal monatlich gewechselt werden, bei Verschmutzung/Sekretablagerung im Rahmen von Infekten der oberen Atemwege sind kürzere Intervalle indiziert.

- Bei ausgeprägten Reizungen/Wunden an der Schleimhaut der Nasenvorhöfe können bis zum Abheilen sogenannte Nasal-Oral-Brillen verwendet werden.
- Der Verlängerungsschlauch ist nach sichtbarer Verschmutzung, Kondensatbildung, jedoch spätestens wöchentlich zu wechseln. Zur Befeuchtung eingesetztes Wasser muss steril sein. Die patientennahe Anfeuchtung ist der patientenfernen Befeuchtung aus Gründen der Flüssigkeitsbildung im Schlauchsystem vorzuziehen.
- Sprudlerbehälter (Sauerstoffgeräte) müssen täglich gereinigt, desinfiziert und getrocknet werden; sie sind nach chemischer Desinfektion unmittelbar vor der Anwendung mit sterilem Wasser auszuspülen und zu befüllen.

8.8 Sondenernährung

(weiterführende Informationen s. Anlage 3)

- Durch unsachgemäße Lagerung und Manipulationen an den Sonden und Überleitungssystemen besteht die Gefahr der Keimvermehrung.
- Vor Verabreichung der Nahrung bzw. Spülen der Sonden sind die Hände zu desinfizieren. Es sind Schutzhandschuhe zu tragen.
- Spülspritzen, Gefäße für die Spülflüssigkeit und Ernährungsspritzen sind nach jeder Mahlzeit gründlich zu reinigen sowie trocken und staubfrei zu lagern (die Spülspritze ist täglich zu wechseln, Gefäße für die Spülflüssigkeit sind im Geschirrspüler oder durch Abkochen thermisch aufzubereiten).
- Die Sonde ist vor und nach der Nahrungszufuhr sowie Applikation von Medikamenten oder mindestens einmal täglich bei Nichtgebrauch mit mindestens 30 ml Wasser entsprechend dem Sondenvolumen oder bei kontinuierlicher Ernährung alle 4 Stunden mit abgekochtem und abgekühltem Wasser zu spülen, um Sondenokklusion zu verhindern.
- Überleitungssysteme sind nur einmal zu verwenden (Herstellerangaben beachten). Die Sonde ist bis zur nächsten Verabreichung zu verschließen. Austausch der Systeme: für Nahrung nach 24 Stunden, für Wasser nach 72 Stunden.
- Sterile Sondennahrung ist zu bevorzugen. Angebrochene sterile Nahrung darf entsprechend den Herstellerangaben im Kühlschrank aufbewahrt werden (i.d.R. maximal 24 Stunden). Fertigprodukte sind aufgrund des Kontaminationsrisikos angerührten Nahrung vorzuziehen. Angerührte Nahrung muss umgehend verbraucht werden.
- Bei der PEG (perkutane endoskopische Gastrostomie) müssen die Eintrittspforten der Sonden gepflegt werden, der Verbandwechsel ist regelmäßig unter sterilen Bedingungen oder bei Verunreinigung notwendig. Bei blander Eintrittspforte ist ein Verband nicht erforderlich.
- Bei der Verwendung von Portsystemen ist zur Vermeidung von Port-Komplikationen der Portnadel- sowie Verschlussdeckelwechsel bei täglicher PE alle 3–7 Tage unter aseptischen Kautelen zu erfolgen. Bei intermittierender Ernährung über ein Portsystem ist die Kanüle für die infusionsfreie Zeit zu entfernen. Falls keine Nährlösung und nur Medikamente (Zytostatika) über den Port appliziert werden, kann die Portnadel in der Regel über 2 Wochen in situ belassen werden. Zum Spülen ist Natriumchlorid 0,9 % unter Anwendung der pulsierenden Spülungstechnik („push and pause“) zu verwenden. Zur Katheterverriegelung sollen Natriumchlorid 0,9 % sowie Taurolidinhaltige Verriegelungslösungen verwendet werden.
- Nadelfreie Konnektoren sind vor jeder Nutzung mit einem geeigneten Mittel (alkoholisches Chlorhexidinpräparat oder Povidon-Jod oder Alkohol 70 %) und ausreichend langer mechanischer Reibung zu desinfizieren, dürfen nur mit sterilen Gegenständen in Kontakt kommen und sollten nicht öfter als alle 3 Tage gewechselt werden.

8.9 Stomapflege (Uro- und Enterostoma)

Quelle: Leitlinie der Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz und Wunde e. V. zur Stomaversorgung (2011)
(s. auch andere Quellen in Anlage 3)

- Bei der Versorgung im Bett ist eine Einmalunterlage zu verwenden.
- Das Pflegepersonal hat mindestens eine Schürze (z. B. Einmalschürze) und Schutzhandschuhe zu tragen und die hygienische Händedesinfektion durchzuführen.

- Stomasysteme sind staubgeschützt zu lagern.
- Das Stomapflegeprodukt ist so zu wählen, dass es mit dem Stoma abschließt.
- Die Stomaversorgung ist durch regelmäßige Kontrollen an die Wundheilung anzupassen.
- Die Dichtigkeit ist kontinuierlich zu gewährleisten.
- Die Stomaumgebung ist sachgerecht zu reinigen.
- Wechselintervalle entsprechend der Angaben der o. g. Leitlinie.
- Die Harnleiterschienen (Splints) sind je nach ärztlicher Verordnung zu spülen.
- Der Ausstreifbeutel, der bei den flüssigeren Ausscheidungen des Ileostomas verwendet wird, ist nach ein Drittel Füllhöhe zu entleeren. Die Füllhöhe ist nicht über den Rastring hinaus steigen zu lassen.
- Gebrauchte Materialien sind sofort zu entsorgen.
- Eine sorgfältige Pflege der peristomalen Haut ist durchzuführen.
- Auf ausreichende Flüssigkeitszufuhr und Ernährung ist zu achten.

8.10 Verbandswechsel/Wundversorgung

(weiterführende Informationen s. Anlage 3)

- Es wird generell auf die aktuellen Empfehlungen von Fachgesellschaften verwiesen.
- Bei der Wundversorgung sind, wenn möglich, die zugrundeliegenden pathophysiologischen Ursachen zu erkennen und die Pflegeentscheidungen entsprechend zu treffen, um einen strukturierteren und systematischeren Ansatz für die Wundbehandlung zu gewährleisten, insbesondere bei chronischen oder schwer zu heilenden Wunden.
- Bei der Versorgung mit Kompressionstherapie bei Vorliegen eines CVI oder der Verwendung von pneumatischen Kompressionshilfen zur Lymphdrainage, Lymphkissen usw. bei Vorliegen einer pAVK, Prothetische Versorgung und Schuhwerk bei Vorliegen eines Diabetischem Fußsyndroms sind diese stets personenbezogen einzusetzen.
- Die vier Schritte der Wundhygiene sind zu beachten, diese umfassen:
  - **Wundspülung und -reinigung**: Reinigung des Wundbetts und der Wundumgebung mit einer nach ärztlicher Verordnung geeigneten Wundspüllösung. Entfernung von losem Material. Dekontamination mit einem geeigneten Antiseptikum bei Vorliegen einer Wundinfektion. Alle Wunden sind von innen nach außen zu reinigen. Die Wundumgebung ist pro Wischvorgang mit einer neuen sterilen Kompresse unter hautfreundlicher Technik abzuwischen.
  - **Debridement**: Entfernung von nekrotischem Gewebe, Belägen, Zelltrümmern und Biofilm bei jedem Verbandwechsel. In Abgrenzung zur Spülung und Reinigung wird hierbei festsitzendes Material gelöst und abgetragen.
  - **Wundrandbehandlung**: Beseitigung von Strukturen, die Biofilm beherbergen können, wie Schorf, Beläge und Hyperkeratosen am Wundrand. Ziel ist es, das Niveau der Wundränder an den Wundgrund anzugleichen, um das Voranschreiten der Epithelisierung und die Wundkontraktion zu unterstützen.
  - **Wundverband**: Wahl des Wundverbands gemäß aktueller Wundheilungsphase, der Exsudatmenge sowie einer möglichen Keimbesiedelung der Wunde. Zur Verhinderung von Biofilm-Wiederaufbau nach ärztlicher Verordnung sind phasengerechte und individuell angepasste antimikrobielle Wundverbände einzusetzen.
- Zur Förderung der Wundheilung ist frühzeitig mit der Entfernung und Vorbeugung von Biofilmen zu beginnen.
- Wunden sind in jedem Fall aseptisch zu behandeln. Dies gilt auch für chronische und septische Wunden. Wesentlich ist dabei, dass Wunden mit sterilem Material und mit sterilen Instrumenten versorgt werden und niemals mit unsterilen Schutzhandschuhen berührt werden.
- Beim Verbandwechsel sind die 5 Indikationen der Händehygiene ggf. auch zwischen den Arbeitsschritten beim Wechsel von unsauberer und sauberer Tätigkeit (Entfernen des alten Verbandes, Wundpflege, Anlage des neuen Verbandes) zu beachten.
- Ein Verbandwechsel ist bei exsudierenden Wunden ggf. mehrmals täglich, bei Verschmutzung und Durchnässung sofort, erforderlich.

- Alle für den Verbandwechsel benötigten Materialien/Instrumente sind in ausreichendem Umfang bereitzuhalten (möglichst im Set).
- Persönliche Schutzausrüstung (Schutzkittel, ggf. Einmalschürze, Schutzhandschuhe, ggf. Mund-Nasen-Schutz) ist anzulegen. Sie ist in der Wohnung abzulegen und wird nach Verschmutzung sofort gewechselt.
- Arbeitsflächen sind vor und nach der Benutzung zu desinfizieren.
- Vor dem Anlegen der Schutzhandschuhe (ggf. sind sterile Schutzhandschuhe zu tragen) ist eine hygienische Händedesinfektion durchzuführen (niemals Wunden mit der bloßen Hand berühren).
- Der alte Verband wird mit einer Pinzette abgenommen (Handschuhwechsel, ggf. Handschuhdesinfektion).
- Wundreinigung und Wundantiseptik sind entsprechend der ärztlichen Anordnung mit geeigneter steriler Wundspüllösung durchzuführen.
- Das Anlegen eines sterilen Wundverbandes erfolgt nach Handschuhwechsel und Händedesinfektion unter aseptischen Bedingungen (sterile Pinzette oder sterile Schutzhandschuhe) oder mittels ,,Non-Touch-Technik‘‘ (sterile Pinzette/Instrumente und nichtsterile Schutzhandschuhe).

8.11 Umgang mit Medikamenten

(weiterführende Informationen s. Anlage 3)

- Die Lagerung von Medikamenten muss trocken, zugriffsicher, staub- und lichtgeschützt erfolgen, wenn vom Hersteller vorgeschrieben im Kühlschrank (+2°C bis +8 °C, Temperaturkontrolle, Unterbrechungen der Kühlkette sind zu vermeiden).
- Verfallsdaten sind regelmäßig zu kontrollieren, die Entsorgung verfallener Medikamente erfolgt in Absprache mit dem entsprechenden kommunalen Abfallentsorgungsunternehmen bzw. mit einer Apotheke.
- Mehrdosenbehältnisse (z. B. Augentropfen) sind mit einem Anbruchdatum zu versehen und nur zeitlich begrenzt zu verwenden. Dabei sind die produktspezifischen Herstellerinformationen zu beachten. Die Entnahme von Salben und Cremes muss aseptisch erfolgen (Tuben, ggf. Einmalspatel).
- Bei Desinfektion der Durchstichmembranen von Mehrdosisbehältnissen ist wie bei Kapillarblutentnahmen und Injektionen zu verfahren (s. auch Kapitel 8.5).
- Lipidhaltige Infusionen müssen 12 h (reine Lipidlösungen) bis maximal 24 h (lipidhaltige Mischinfusionen) nach Anbruch verworfen werden (bei lipidhaltigen Arzneimitteln wird die maximal zulässige Infusionsdauer einschließlich der Infusionspause in der Fachinformation beschrieben).

9 Erste Hilfe und Notfallmanagement

Durch den Träger/Leiter des Pflegedienstes ist zu veranlassen, dass das Personal entsprechend der staatlichen Arbeitsschutzvorschriften i. V. m. der DGUV Vorschrift 1 „Grundsätze der Prävention“ vor Beginn der Tätigkeit und danach mindestens jährlich zu Gefahren und Maßnahmen zum Schutz einschließlich der Ersten Hilfe unterwiesen wird. Er hat dafür zu sorgen, dass die zur Ersten Hilfe und Rettung erforderlichen Einrichtungen, Sachmittel und geeignete Personen verfügbar sind.

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

- Großer Verbandkasten nach DIN 13169 “Verbandkasten E”
- Kleiner Verbandkasten nach DIN 13157 “Verbandkasten C”.

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

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

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

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

(Weitere Informationen zur Ersten Hilfe enthalten die DGUV Information 204-006 „Anleitung zur Ersten Hilfe“, DGUV Information 204-022 „Erste Hilfe im Betrieb“, DGUV Information 204-001 „Erste Hilfe (Plakat DIN A2)“, DGUV Information 204-021 “Dokumentation der Ersten Hilfe Leistung“/“Meldeblock“)

Zur Sicherstellung der weiteren **Versorgung in Krisensituationen** empfiehlt es sich, einen Notfallplan für den Pflegedienst zu entwickeln. Hierfür sei beispielsweise auf das Berliner Muster-Notfallhandbuch für ambulante/(teil-)stationäre Einrichtungen der Pflege (gemäß § 113 Abs. 1 SGB XI i.V.m. Nr. 6 MuG (ambulant) bzw. Nr. 7 MuG ((teil-)stationär)) verwiesen. Insbesondere zur Sicherstellung einer unter hygienischen Gesichtspunkten adäquaten Patientenversorgung im Krisenfall erscheint es sinnvoll, im Vorfeld wesentliche Bedarfe (Wäsche, Hygienematerial, PSA, Pflegematerial, Medikamente, Trinkwasser- und Lebensmittelversorgung), infrastrukturelle und organisatorische Gegebenheiten zu prüfen und für die Notsituation zu planen. Die vorherige Risikoanalyse mit Bestimmung, Wichtung und Priorisierung eventuell anfallender Risiken kann dabei unterstützen und die stetige Erreichbarkeit des (Pflege-) Personals sollte sichergestellt werden. Der Notfallplan sollte mit der zuständigen kommunalen Behörde abgestimmt werden.

Anlage 1 Reinigungs- und Desinfektionsplan (Beispiel)*

Reinigungs- oder Desinfektionsbereich	**R**einigung/ **D**esinfektion/ **S**terilisation	**Wann?**	**Womit?**	**Einwirkzeit/ Konzentration/ Zubereitung**	**Wie?**	**Wer?**
Hände waschen	**R**	- bei Dienstbeginn - bei Verschmutzung - nach Toilettenbenutzung - am Dienstende	Waschlotion in Spendern oder Flaschen Einweghandtücher verwenden		auf die feuchte Haut geben und mit Wasser aufschäumen	Personal
Hände desinfizieren	**D**	VOR - Kontakt mit dem Pflegebedürftigen - aseptischen Tätigkeiten - Umgang mit Lebensmitteln NACH - Kontakt mit dem Pflegebedürftigen - Kontakt mit potentiell infektiösen Materialien - Kontakt mit Oberflächen in unmittelbarer Umgebung des zu Pflegenden - Ablegen der Schutzhandschuhe - Tierkontakt	Mittel der VAH-Liste	Empfehlung des VAH/ Herstellerangaben	- ausreichende Menge, ca. 3-5 ml auf der trockenen Haut gut verreiben, Hautfläche soll unter der Einwirkzeit (mind. 30 sec.) vom Desinfektionsmittel satt benetzt sein, - bei sichtbarer, grober Verschmutzung diese vorher mit Zellstoff beseitigen, - erst nach der Desinfektion (Einwirkzeit) Hände waschen	Personal
Händepflege		Vor Arbeitsbeginn, am Arbeitsende, vor längeren Pausen	Handcreme aus Tuben oder Spendern		auf trockener Haut gut verreiben	Personal

Reinigungs- oder Desinfektionsbereich	**R**einigung/ **D**esinfektion/ **S**terilisation	**Wann?**	**Womit?**	**Einwirkzeit/ Konzentration/ Zubereitung**	**Wie?**	**Wer?**
Hautdesinfektion	**D**	vor z. B. Injektionen, Blutentnahmen	Desinfektionsmittel-getränktem Tupfer	Empfehlung des VAH/ Herstellerangaben	Betreffende Hautstelle mit desinfektionsmittel-getränktem Tupfer abreiben	Personal
Umgebung des zu Pflegenden (patientennaher Flächen z. B. Griffbereich von Bett, Nachttisch usw.)	**D**	täglich	desinfizierende Flächenreiniger/ Flächendesinfektionsmittel	Empfehlung des VAH/ Herstellerangaben	Wischdesinfektion bei Auftreten bestimmter Erreger spezifische gezielte Desinfektion	Personal
Flächen, auf denen aseptische Tätigkeiten ausgeführt werden	**D**	vor der Tätigkeit	Flächendesinfektionsmittel	Empfehlung des VAH/ Herstellerangaben	Wischdesinfektion	Personal
Potentiell kontaminierte Flächen/Gegenstände	**D**	nach Tätigkeiten mit potentiellen Kontaminationen sowie sofort nach Kontamination mit Blut/ Fäkalien (Verunreinigungen vorab mit Zellstoff entfernen)	Flächendesinfektionsmittel	Empfehlung des VAH/ Herstellerangaben, Nachweis der Viruzidie	Wischdesinfektion	Personal
Pflegeutensilien z. B. Nackenrollen, Knierollen usw.	**D**	Nach Benutzung bei Nutzerwechsel	Desinfizierende Flächenreinigung/ Flächendesinfektionsmittel	Empfehlung des VAH/ Herstellerangaben	Wischdesinfektion	Personal
Steckbecken, Urinflaschen	**D**	nach Benutzung	desinfizierende Flächenreiniger/ Flächendesinfektionsmittel	Herstellerangaben	Entleeren, sichtbare Verunreinigungen mechanisch entfernen und mit Wasser ausspülen, Wischdesinfektion	Personal
Vernebler, Sauerstoff-, Befeuchter-, Absaugsysteme, Inhalatbehälter (Mehrwegmaterial)	**D, (S)**	täglich, bei Nutzerwechsel	RDG (Dienststelle) ggf. Geschirrspüler im Haushalt oder Auskochen	Herstellerangaben beachten	RDG, Sterilisation falls erforderlich	Personal
Fieberthermometer	**D**	nach Benutzung	Desinfektionsmittel auf Wirkstoffbasis von Alkohol	Empfehlung des VAH	Wischdesinfektion	Personal

***Der Reinigungs- und Desinfektionsplan ist fester Bestandteil des Hygieneplanes. Auch hier sind die einrichtungsspezifischen Angaben einzuarbeiten (s. Kapitel 2.2)!

Anlage 2

Hygienemaßnahmen beim Auftreten multiresistenter Krankheitserreger (MRE) (z. B. Methicillin-resistenter *Staphylococcus aureus* – MRSA, multiresistente gramnegative Erreger – 3MRGN und 4MRGN)

Patienten mit einer Infektion mit einem multiresistenten Krankheitserreger werden in der Regel nicht bis zur Heilung ihrer Grundkrankheit im Krankenhaus behandelt.
Zum Zeitpunkt der Entlassung aus der stationären Behandlung kann mitunter noch eine Besiedlung (Kolonisation), z. B. mit MRSA (Nasen-Rachenraum, Wundflächen), vorliegen.
Eine begonnene Therapie sollte unbedingt im häuslichen Bereich weitergeführt und beendet werden.
Normale soziale Kontakte unter Familienangehörigen stellen unter diesen Umständen kein Risiko dar. Dagegen besteht eine Gefährdung für Personen mit großflächigen Wunden, nässenden Ekzemen, Sonden und Katheter, Tracheostoma, schwere akute Atemwegsinfektion, oder für Abwehr- und Immungeschwächte, auf die u. U. multiresistente Erreger übertragen werden können, wenn Basishygienemaßnahmen nicht eingehalten werden.
Mitarbeiter ambulanter Pflegedienste müssen zur Problematik der multiresistenten Erreger umfassend und aktuell geschult sein.
Die Festlegungen länderspezifischer Vorgaben und regionaler MRE-Netzwerke sind zu berücksichtigen, z. B. zur Informationsweitergabe oder Verwendung von MRE-Überleitungs-/ Übergabebögen.

Wichtigste und wirksamste Maßnahme zur Verhinderung der Übertragung von multiresistenten Keimen ist die Händehygiene:

- Das Tragen von Schutzkleidung (möglichst Einmalschutzkleidung) ist bei allen Pflegemaßnahmen notwendig, bei allen Tätigkeiten am und mit dem zu Pflegenden.
- Das Tragen von Schutzhandschuhen ist notwendig, wenn die Gefahr des Kontakts mit Ausscheidungen, Sekreten oder Blut bzw. mit multiresistenten Erregern besiedelten Körperoberflächen oder Gegenständen besteht.
- Nach Ablegen der Schutzhandschuhe ist eine hygienische Händedesinfektion erforderlich.
- Vor und nach jedem Patientenkontakt, vor aseptischen Tätigkeiten, nach Kontakt mit erregerhaltigem Material, nach Kontakt mit der unmittelbaren Patientenumgebung und beim Verlassen des Zimmers/Wohnung ist eine hygienische Händedesinfektion durchzuführen.
- Gegenstände und Flächen sind bei sichtbarer Kontamination einer Wischdesinfektion zu unterziehen.
- Entsorgungsgüter sind sofort in geeigneten verschließbaren Plastiksäcken/-tüten dem Müll beizugeben; spitze und scharfe Gegenstände, von denen eine Verletzungsgefahr ausgehen kann, sind in durchstichsicheren Behältnissen verpackt in den Müll zu geben.
- Sofern nicht grundsätzlich Einwegmaterial als Schutzkleidung getragen wird, ist textile Schutzkleidung mindestens täglich zu wechseln und mit einem desinfizierenden Waschverfahren zu waschen (s. Kapitel 4.2).
- Bei der Pflege eines MRE-kolonisierten/-infizierten Patienten sollte immer ein geeigneter Mund-Nasen-Schutz getragen werden, um durch unbewussten Hand-Mund-Nasenkontakt eine Eigenkontamination zu verhindern.
- Bei der Gefahr der Erregerübertragung durch Aerosole, z. B. bei der Tracheostomapflege, wenn das Verspritzen von kontaminiertem Sekret oder anderen Körperflüssigkeiten zu erwarten ist, sollte in Abhängigkeit der Risikogruppenzuordnung des Erregers mindestens ein partikelfiltrierender Atemschutz der Klasse 1 (FFP2-Halbmaske) oder ein enganliegender, mehrlagiger und im Nasenbereich modellierbarer Mund-Nasen-Schutz in FFP1-Qualität getragen werden (die herkömmliche OP-Maske ist hierfür nicht geeignet).

Sollte bei MRSA-Trägern eine Dekolonisierung aus Gründen der Infektionsprävention im Rahmen der häuslichen Pflege notwendig sein und keine sanierungshemmenden Faktoren vorliegen, sind alle dazu erforderlichen Maßnahmen mit dem behandelnden Hausarzt abzusprechen und sorgfältig durchzuführen. Die Dekolonisierung ist nur ein Teil eines Maßnahmebündels, in dem u. a. alle Basishygienemaßnahmen konsequent einzuhalten sind.

Alle MRSA-Dekolonisierungsmaßnahmen sind konsequent über 5 bis 7 Tage durchzuführen:

- Dekontamination des Nasenraumes mit geeigneten Präparaten
- Dekontamination der Haut durch tägliche Ganzkörperwaschung unter konsequenter Einbeziehung des Kopfhaares
- Handtücher, Waschlappen, Körper- und Bettwäsche etc. sind während der Dekolonisierung mindestens täglich zu wechseln, Waschen mit Waschmaschinenprogrammen mit Temperaturen von mind. 60 °C
- infizierte Hautstellen täglich behandeln
- antiseptische Behandlung der Mundhöhle und des Rachenraumes durch Austupfen, Spülen oder Gurgeln mit Antiseptika
- herausnehmbare Prothesen mit einem üblichen Prothesenreiniger reinigen und danach in eine antiseptische Mundspüllösung einlegen
- Desinfektion persönlicher Gegenstände (z. B. Brille, Haarbürste, Rasierapparat) und häufige Kontaktflächen
- nicht aufbereitbare Kosmetikartikel (Deoroller, Lippenstift) und persönliche Pflegeutensilien (Zahnbürste) sind vor Beginn der Dekolonisierung zu verwerfen
- zum Zähneputzen sind Einmalzahnbürsten oder das Einlegen der Zahnbürste in ein Schleimhautantiseptikum bis zum nächsten Zähneputzen zu empfehlen.

Angehörige, die pflegerische Maßnahmen durchführen, sollten die gleichen Hygienemaßnahmen wie im ambulanten Pflegedienst beachten.

Anlage 3
Wichtige rechtliche Grundlagen, Vorschriften, Regeln, fachliche Standards und ausgewählte Literatur
(Angabe der bei Redaktionsschluss aktuellen Fassungen!)

Wichtige rechtliche Grundlagen

Gesetze/ Verordnungen (nachzulesen unter https://www.gesetze-im-internet.de)

- Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz - IfSG) vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), zuletzt geändert durch Artikel 7 des Gesetzes vom 26. Juni 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 195)
- Verordnung über Hygiene und Infektionsprävention in vollstationären Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen („Pflegehygieneverordnung“) des jeweiligen Bundeslandes
- Gesetz zur Durchführung unionsrechtlicher Vorschriften betreffend Medizinprodukte (Medizinprodukterecht-Durchführungsgesetz – MPDG) vom 28. April 2020 (BGBl. I S. 960), zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 23. Oktober 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 324)
- Verordnung über das Betreiben und Benutzen von Medizinprodukten (Medizinprodukte-Betreiberverordnung – MPBetreibV) vom 14. Februar 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 38), zuletzt geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 31. Oktober 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 263)
- Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit (Arbeitsschutzgesetz - ArbSchG) vom 7 August 1996 (BGBl. I, S. 1246), zuletzt geändert durch Artikel 7 des Gesetzes vom 22. Dezember 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 369)
- Verordnung über Arbeitsstätten (Arbeitsstättenverordnung - ArbstättV) vom 12. August 2004 (BGBl. I S 2179), zuletzt geändert durch Artikel 10 der Verordnung vom 27. März 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 109)
- Verordnung über Sicherheit und Gesundheitsschutz bei Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen (Biostoffverordnung – BioStoffV) vom 15. Juli 2013 (BGBl. I S. 2514), zuletzt geändert durch Artikel 2 der Verordnung vom 11. Mai 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 136)
- Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV) vom 18. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2768), zuletzt geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 11. Mai 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 136)
- Siebtes Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Unfallversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes vom 7. August 1996, BGBl. I S. 1254), zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 12. Mai 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 140)
- Verordnung über Anforderungen an die Hygiene beim Herstellen, Behandeln und Inverkehrbringen von Lebensmitteln (Lebensmittelhygiene-Verordnung - LMHV) in der Fassung der Bekanntmachung vom 21. Juni 2016 (BGBl. I S. 1469), zuletzt geändert durch Artikel 3 der Verordnung vom 20. Juni 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 159)

Technische Regeln
(nachzulesen unter https://www.baua.de/)

- Technische Regel für Biologische Arbeitsstoffe (TRBA) 250: Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege
- Technische Regel für Biologische Arbeitsstoffe (TRBA) 400: Handlungsanleitung zur Gefährdungsbeurteilung und für die Unterrichtung der Beschäftigten bei Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen

Vorschriften, Regeln, Informationen der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV)
(nachzulesen unter https://www.dguv.de/inhalt/medien/datenbank/index.jsp)

- ***Unfallverhütungsvorschriften***
  - DGUV Vorschrift 1 „Grundsätze der Prävention“
- ***Regeln***
  - DGUV Regel 100-001 „Grundsätze der Prävention – Regel zur Konkretisierung der DGUV Vorschrift 1“
  - DGUV Regel 112-189/112-989 „Benutzung von Schutzkleidung“
  - DGUV Regel 112-190/112-990 „Benutzung von Atemschutzgeräten“
  - DGUV Regel 112-195/112-995 „Benutzung von Schutzhandschuhen“
  - DGUV Regel 101-017 „Reinigungsarbeiten mit Infektionsgefahr in medizinischen Bereichen“
  - DGUV Regel 100-500 „Betreiben von Arbeitsmitteln“, Kapitel 2.6 Betreiben von Wäschereien
- ***Informationen***
  - DGUV Information 207-206 „Tätigkeiten mit Desinfektionsmitteln im Gesundheitsdienst“
  - DGUV Information 213-016 „Betriebsanweisungen nach der Biostoffverordnung“
  - DGUV Information 207-009 „Verhütung von Infektionskrankheiten in der Pflege und Betreuung“
  - GESTIS-Biostoffdatenbank, Datenblatt Gesundheitsdienst: Ambulante Pflege (https://biostoffe.dguv.de/data?name=700019)
  - DGUV Information 204-001 „Erste Hilfe (Plakat, DIN A2)“
  - DGUV Information 204-006 „Anleitung zur Ersten Hilfe“
  - DGUV Information 204-021 „Dokumentation der Erste-Hilfe-Leistungen (Meldeblock)
  - DGUV Information 204-022 „Erste Hilfe im Betrieb“
  - DGUV Information 212-017 „Auswahl, Bereitstellung und Benutzung von beruflichen Hautmitteln“
  - GUV-I 512 „Erste–Hilfe-Material“

- ***Informationen zum Einsatz von Sicherheitsgeräten und zum Vorgehen nach Stich- und Schnittverletzungen***
  - GUV-I 8537 „Kanülenstichverletzungen sind vermeidbar“
  - BGW-Broschüre „Risiko Nadelstich – Blutübertragbaren Infektionen wirksam vorbeugen“, Stand 09/2021 (https://www.bgw-online.de)
  - DGUV Information 207-024 „Risiko Nadelstich“, Stand August 2022

- BGW „Stich- oder Schnittverletzungen – Leitfaden zum Vorgehen bei potenziell infektiösen Verletzungen oder Kontaminationen, Stand 03/2021
- BGW „Nachsorge von Stich- und Schnittverletzungen mit infektiösem Material“, Stand 02/2018

- ***DIN-Normen***
  - DIN 58953-8:2019-03 Sterilisation – Sterilgutversorgung – Teil 8: Logistik von sterilen Medizinprodukten
  - DIN 13157:2021-11 Erste-Hilfe-Material – Verbandkasten C
  - DIN 13169: 2021-11 Erste-Hilfe-Material – Verbandkasten E

Wichtige fachliche Standards

- Mitteilungen und Empfehlungen der Kommission für Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen und in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe (ehemals Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention) (KRINKO) beim Robert Koch-Institut (RKI) in jeweils aktuell gültiger Fassung (https://www.rki.de/), insbesondere:
  - Impfungen von Personal in medizinischen Einrichtungen in Deutschland (2021) + Ergänzung der KRINKO-Empfehlung: Empfehlung zur Umsetzung der gesetzlichen Regelung in § 23a Infektionsschutzgesetz“ zur COVID-19-Impfung (2023)
  - Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen (2023)
  - Händehygiene in Einrichtungen des Gesundheitswesens (2016) + Änderung 2026, Epid Bull 32/2026 + Kommentar der KRINKO zum indikationsgerechten Einsatz medizinischer Einmalhandschuhe im Gesundheitswesen, Epid Bull 10/2024
  - Anforderung an die Hygiene bei der Reinigung und Desinfektion von Flächen (2026)
  - Anforderung an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten (2012)
  - Anforderung an die Hygiene bei Punktionen und Injektionen (2011) + Kommentar zur Empfehlung (2021)
  - Prävention und Kontrolle Katheter-assoziierter Harnwegsinfektionen (2015)
  - Prävention postoperativer Wundinfektionen (2018)
  - Infektionsprävention im Rahmen der Pflege und Behandlung von Patienten mit übertragbaren Krankheiten (2015/2023)
  - Anforderungen an die Infektionsprävention bei der medizinischen Versorgung von immunsupprimierten Patienten (2021)
  - Prävention und Kontrolle von MRSA in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen (2014)
  - Prävention der nosokomialen beatmungsassoziierten Pneumonie (2013)
  - Hygienemaßnahmen bei Infektionen oder Besiedlung mit multiresistenten gramnegativen Stäbchen (MRGN) (2012)
  - Prävention der Infektion durch Enterokokken mit speziellen Antibiotikaresistenzen (2018)
  - Hygienemaßnahmen bei *Clostridioides difficile*-Infektion (CDI) (2019)
  - Infektionsprävention in Heimen (2005, in Überarbeitung)

- AWMF-Leitlinien in jeweils aktuell gültiger Fassung (https://www.awmf.org/leitlinien.html)

- AWMF S3-Leitlinie Häusliches chemisches Biofilmmanagement in der Prävention und Therapie der Gingivitis (2018, Leitlinie wird zurzeit überarbeitet)
- AWMF S1-Leitlinie Differentialdiagnose akuter und chronischer Rötungen im Bereich der Unterschenkel (AWMF-Register-Nr.: 013-100), 2021
- AWMF S2k Leitlinie zur Händedesinfektion und Händehygiene (AWMF-Register Nr. 075-004) 2023
- AWMF S2k-Leitlinie zur Langzeit-Sauerstofftherapie der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP) (AWMF-Register-Nr.: 020-002), 2020
- AWMF S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) e. V. Heimenterale und heimparenterale Ernährung, Version 2.0 (AWMF-Register-Nr.: 073 – 021), 2023)
- AWMF S3-Leitlinie Invasive Beatmung und Einsatz extrakorporaler Verfahren bei akuter respiratorischer Insuffizienz, Version 2.0 (AWMF-Register-Nr. 001-021), 2025
- Leitlinienreport zur AWMF S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e.V. (DGfW). Lokaltherapie schwerheilender und/oder chronischer Wunden aufgrund von peripherer arterieller Verschlusskrankheit, Diabetes mellitus oder chronischer venöser Insuffizienz. Version 2.2 (AWMF-Register-Nr.: 091-001), 2023
- AWMF S2K-Leitlinie der Deutsche Gesellschaft für Phlebologie und Lymphologie e. V. (DGPL) Diagnostik und Therapie des Ulcus cruris venosum. Version 4.1 (AWMF-Register-Nr.: 037-009), 2024

- Empfehlungen und Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Allgemeine und Krankenhaushygiene e. V. (DGKH) (https://www.krankenhaushygiene.de):
  - Risikoeinschätzung/-bewertung bei Multiresistenten Erregern in der ambulanten und stationären Kranken- und Altenpflege/Rehabilitation (01.09.2017)
  - Maßnahmeplan für multiresistente gramnegative Erreger (MRGN) in Gesundheits-Pflege- und Betreuungseinrichtungen (01.02.2016)
  - Kleidung und Schutzausrüstung für Pflegeberufe aus hygienischer Sicht (01.09.2016)
  - Hygieneanforderungen beim Umgang mit Lebensmitteln in Krankenhäusern, Pflege- und Rehabilitationseinrichtungen und neuen Wohnformen (01.02.2018)
  - Konsensuspapier zur Mehrfachverwendung von Injektionsnadeln bei Insulinpens und Insulin-Einmalspritzen Hautantiseptik (Hautdesinfektion) vor der subcutanen Insulininjektion (2010)
- Aktuelle Desinfektionsmittelliste des Verbundes für Angewandte Hygiene (VAH); https://vah-online.de/de
- Aktuelle Liste der vom Robert-Koch-Institut geprüften und anerkannten Desinfektionsmittel und -verfahren; https://www.rki.de/
- Aktuelle Impfempfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut (STIKO); https://www.rki.de/
- Vollzugshilfe zur Entsorgung von Abfällen aus Einrichtungen des Gesundheitsdienstes der Bund/Länder-Arbeitsgemeinschaft Abfall (LAGA), Stand Juni 2021; https://www.laga-online.de/
- Medizinischer Dienst Bund: Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der ambulanten Pflege vom 27.05.2011, zuletzt geändert am 24.10.2023 (https://md-bund.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/Expertenstandards_113/Pflege_Qualitaet_MuG_ambulant_240116.pdf)

- Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW): Sichere Seiten: Pflege (https://www.bgw-online.de/bgw-online-de/service/medien-arbeitshilfen/sichere-seiten/sichere-seiten-pflege-21004)
- RKI-Ratgeber Skabies (https://www.rki.de/DE/Aktuelles/Publikationen/RKI-Ratgeber/Ratgeber/Ratgeber_Skabies.html)
- Bundesministerium für Gesundheit: Bettwanzen (https://gesund.bund.de/bettwanzen)
- Expertenstandard nach § 113a SGB XI „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ (2020)
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK): Handlungsempfehlungen zur Pneumonieprophylaxe (Version 1.0, Stand 09/2015)
- Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP): Körperpflege Praxistipps für den Pflegealltag
- Bundeszahnärztekammer (BZÄK): Handbuch der Mundhygiene, Zahn-, Mund- und Zahnersatzpflege für Menschen mit pflegerischem Unterstützungsbedarf (2023)
- Bundesinteressenvertretung für alte und pflegebetroffene Menschen e. V. (BIVA): Dekubitusprophylaxe in der Pflege (2011)
- Rahmenempfehlungen nach § 132l Abs. 1 SGB V zur Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege vom 03.04.2023 (https://www.gkv-spitzenverband.de)
- Leitlinie der Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz und Wunde e. V. zur Stomaversorgung (2011)
- Arbeitsgemeinschaft Hygiene der ICW e.V.: Infektionsprävention und Hygiene in der Wundversorgung. Konsensusempfehlung der Initiative Chronische Wunden (ICW) e.V. 3. Auflage 2022, ICW Shop.
- Expertenpflegestandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP): Pflege von Menschen mit chronischen Wunden, Anhang 5: Wundklassifikationen (2015)
- Deutsche Gesellschaft für Sterilgutversorgung (DGSV) – Empfehlung zur Lagedauer für RKI: Häufig gestellte Fragen zu Insulingabe (Stand 10.06.2024)
- Sterile Medizinprodukte (Zentralsterilisation │Volume 31 │5/2023)

Weiterführende Literatur (Auswahl)

- Jakisch, J; Rettkowski, R: SOP Endotracheales Absaugen – unter Beteiligung der Hygiene. Krankenhaushygiene up2date 2017; 12(01): 9-13 (DOI https://dx.doi.org/10.1055/s-0043-102858)
- Oehmichen, F.; Pohl, M.; Koschel, D.: Außerklinische Intensivpflege: Ein Leitfaden. Zuckschwerdt 2015.
- European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). EPUAP/NPIAP/PPPIA: 2019
- Dissemond et al (2023): Wundhygiene – ein neues Konzept, um chronischen Wunden frühzeitig mit einer Anti-Biofilm- Interventionsstrategie zu begegnen, WUND Management 03/2023
- Epidemiologisches Bulletin (RKI): Bericht der Arbeitsgruppe KRINKO-BfArM-RKI Zu spezifischen Fragen bezüglich Rekonstitution, Zubereitung und Applikation von Arzneimitteln

und Infusionslösungen sowie zur Hautantiseptik, 20/2016, 173-182, DOI 10.17886/EpiBull-2016-033

- Universitätsspital Basel: Pflegerichtlinie zur Perkutane Ernährungssonden (PEG), 2024
- Universitätsspital Basel: Pflegerichtlinie zur Stomapflege, 2024
- Wundzentrum Hamburg: Checkliste Dekubitus (Stand Juni 2024)
- Wundzentrum Hamburg: Checkliste Ulcus cruris bei chronischer venöser Insuffizienz (CVI) (Stand Mai 2024)
- Wundzentrum Hamburg: Checkliste Chronische Wunden bei pAVK (Stand: Februar 2023)
- Wundzentrum Hamburg: Checkliste Chronische Wunden in der Diabetologie (Stand: Juni 2023)