



Empfehlungen zur Hygiene und Infektionsprävention in Wohngruppen des Kreises Heinsberg

einschließlich ambulanter Intensivpflege und Umgang mit MRSA und anderen resistenten Keimen

**Herausgeber: MRSA-/MRE-Netzwerk Kreis Heinsberg
Stand: Mai 2019**

Empfehlungen zur Hygiene und Infektionsprävention in Wohngruppen des Kreises Heinsberg einschließlich ambulanter Intensivpflege und Umgang mit MRSA und anderen resistenten Keimen

Die hier formulierten Empfehlungen wurden unter Moderation des das MRSA-/MRE-Netzwerk koordinierenden Gesundheitsamtes gemeinsam mit Vertretern/innen von Anbietern von Wohngruppen mit unterschiedlicher Klientel, unabhängig von der rechtlichen Trägerform. Sie berücksichtigen selbstverständlich die aktuellen rechtlichen und nach dem „Stand des Wissens“ möglichen Vorgaben. Allerdings wollen sie Vorgehensweisen beschreiben, die auch im Alltag einer Wohngruppe (WG) umsetzbar sind. Die Empfehlungen sollen von allen in Frage kommenden Einrichtungen und insbesondere den am regionalen MRSA/MRE-Netzwerk teilnehmenden im Sinne einer freiwilligen Selbstverpflichtung umgesetzt werden. Eine rechtsverbindliche Vorgabe stellen sie nicht dar; eine Haftung der Autoren ist insofern ausgeschlossen.

INHALT

EINFÜHRUNG	4
1. PROBLEMSTELLUNG IN WOHNGRUPPEN UND STUFENEINTEILUNG.....	5
Stufeneinteilung	5
2. ALLGEMEINES ZUR HYGIENE	6
3. BASISHYGIENE	8
Händehygiene	8
Persönliche Schutzausrüstung	8
4. VORGEHEN BEI INFektion/KOLONISATION	10
Aufnahmebefund.....	10
Klärung der Unterbringung	10
Teilnahme Gemeinschaftsleben	10
Informationsmaßnahmen.....	11
Hygienemaßnahmen	11
Dokumentation	13
Meldepflicht.....	13
5. VORGEHEN BEI DEN VERSCHIEDENEN HYGIENESTUFEN	13
6. AMBULANTE INTENSIVPFLEGE	14
7. KÜCHEN- UND LEBENSMITTELHYGIENE	16
LITERATUR/RECHTSGRUNDLAGEN.....	17
ANHANG I	19
ANHANG II	21
ANHANG III	22
ANHANG IV	26
ANHANG V	28
ANHANG VI.....	30
ANHANG VII.....	31
ANHANG VIII.....	34

EINFÜHRUNG

Diese Empfehlungen beziehen sich auf **Hygiene allgemein** sowie auf das **Vorgehen bei Infektionen und Besiedlungen mit resistenten Keimen**.

Antibiotika resistente Bakterien und Keime mit besonderen Widerstandfähigkeiten haben sich in den letzten Jahrzehnten deutlich ausgebreitet und sind zu einer Herausforderung der Gesamtgesellschaft geworden. Auch wenn die MRSA-Zahlen in Deutschland rückläufig sind, ist die Tendenz weiterer Resistenzen steigend! Viele dieser Erreger gehören zur dauerhaften oder vorübergehenden Flora der Haut, Schleimhaut oder des Magendarmtraktes. Sind sie für Gesunde üblicherweise harmlos (Besiedlung=Kolonisation), so können sie besonders bei alten Menschen und solchen mit Vorerkrankungen schwere Krankheitsbilder hervorrufen (Infektion). Dasselbe gilt für weitere Erreger wie z.B. Noro-, Grippeviren. Immer gilt es, durch gezielte Maßnahmen die Übertragung auf andere zu verhindern.

Resistente Keime sind durch einen zu großzügigen und zum Teil falschen Einsatz von Antibiotika entstanden. Aber auch die Zunahme sehr kranker Menschen und die vielfältigen medizinischen Maßnahmen haben das begünstigt. Beherrschen können wir diese Probleme nur durch einen sensiblen Umgang mit Antibiotika und die Eingrenzung einer weiteren Ausbreitung durch gute Hygiene, an erster Stelle der Händehygiene.

1. PROBLEMSTELLUNG IN WOHNGRUPPEN UND STUFENEINTEILUNG

Die Bewohner* solcher WG und deren Alltagskompetenzen, die räumlichen Bedingungen, die Rechtsform und der Umfang der nötigen Unterstützungsleistungen sind sehr **heterogen**. Ähnliches gilt für das dort arbeitende Personal, welches aus unterschiedlichen Berufen kommt und qualitativ sehr unterschiedliche Ausbildungen hat. Für alle Einrichtungen gilt allerdings, dass die Bewohner dort zu Hause sind und nicht mehr als nötig eingeschränkt werden sollen. Andererseits darf nicht übersehen werden, dass die Leitung einer derartigen Einrichtung im Gegensatz zu einer Privatperson in der eigenen Wohnung eine besondere **Verantwortung** den anderen Bewohnern gegenüber hat und sie vor der Übertragung von Krankheiten und Kolonisationen - wo immer möglich - schützen muss. In WG leben vielfach sensible und gefährdete Personengruppe relativ nah bei einander. Selbst wenn bei einer bewohnerverantworteten WG die rechtliche Verantwortlichkeit nicht eindeutig ist, bleibt beim Anbieter der betreuenden und/oder pflegerischen Leistungen eine gewisse moralische Verpflichtung zur Beratung und Schadensverhinderung. Hinzu kommen die Pflichten, die sich aus dem Arbeitsschutz ergeben.

Um den unterschiedlichen, in WG lebenden Personengruppen, die von geringfügig eingeschränkten Bewohnern bis hin zu solchen, die der Intensivpflege bedürfen, gerecht zu werden, schlagen diese Empfehlungen eine **Stufeneinteilung** je nach Betreuungs- bzw. Pflegebedarf und sich daraus ableitenden Ansprüchen an die Infektionsprävention und Hygiene vor. Neben dem Grad der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit der Bewohner sind wichtige Kriterien Zusatzerkrankungen, die allgemeine Einschätzung des Immunsystems, das Verhalten und ggfs. auch der Zustand bzw. die Gefährdung von Mitbewohnern.

* Die Nomenklatur bei WG ist nicht eindeutig: Die dort lebenden Menschen werden Bewohner, Klienten, Kunden, gelegentlich auch Patienten genannt. In diesen Empfehlungen hat man sich auf die Bezeichnung Bewohner geeinigt, mit der selbstverständlich alle gemeint sind. Ebenso wurde zur besseren Lesbarkeit nur die männliche Form verwendet; selbstverständlich ist die weibliche immer mit gemeint

Stufeneinteilung

Hygienestufe 1

Hierunter fallen alle WG, deren Bewohner ihren Alltag selbstständig gestalten und nur bestimmte Angebote nutzen.

Hier sind Reinigungsmaßnahmen wie im privaten Umfeld ausreichend. Ggfs. Können gezielte Hygienemaßnahmen in gemeinsam benutzten sensiblen Bereichen (z.B. Küche) erforderlich sein. Zusätzliche Maßnahmen können vorübergehend notwendig werden, z.B. bei Auftreten einer Infektion/bekanntem Kolonisation!

Beispiel: WG betagter Bewohner, die in Gemeinschaft leben und bestimmte Service-Angebote in Anspruch nehmen möchten, aber keine schwerwiegenden Einschränkungen haben

Hygienestufe 2

Diese bezieht sich auf WG, deren Bewohner zwar eine tägliche Betreuung und Alltagsassistenz benötigen, aber kaum pflegerische Leistungen im engeren Sinne. Die routinemäßigen Hygienemaßnahmen können auf die sensiblen Bereiche (z.B. gemeinsam benutzte Küche, Sanitäreinrichtungen) beschränkt werden. Zusätzliche Maßnahmen können vorübergehend notwendig werden, z.B. bei Auftreten einer Infektion/bekanntem Kolonisation!

Beispiel: WG mit leicht bis mittelschwer geistig behinderten Bewohner oder solchen mit leichter bis mittelschwerer Demenz

Hygienestufe 3

Dies ist in WG der Bereich, in denen ständig Bewohner aufgrund ihrer Behinderung oder Krankheit ständig umfassende Betreuung und Pflege benötigen. Regelmäßige Hygienemaßnahmen im Sinne einer Basishygiene sind erforderlich.

Zusätzliche Maßnahmen können vorübergehend notwendig werden!

Beispiel: schwerst mehrfach behinderte Bewohner

Hygienestufe 4

Die ist der von der Infektionsgefährdung her sensibelste Bereich!

Bereits routinemäßig intensive regelmäßige Basishygiene sowie erweiterte Hygienemaßnahmen (device-assoziiert, d.h. zum Beispiel bei Beatmung)!

Zusätzliche Maßnahmen können vorübergehend notwendig werden!

Beispiel: außerklinische Intensivpflege

2. ALLGEMEINES ZUR HYGIENE

Die folgenden Ausführungen gelten für **alle** Arten von Wohngruppen und für **jeden** Bewohner.

Ein **Ansprechpartner für Hygienefragen** sollte zur Verfügung stehen.

Außerdem sollten sich alle **Bewohner** oder – sollten sie nicht mehr einwilligungsfähig sein - ihre gesetzlichen Vertreter/Betreuer damit einverstanden zeigen, bei Bedarf bestimmte **Hygienemaßnahmen zu akzeptieren** und Vorgaben zu befolgen (ggfs. in den Vertrag, Hausordnung usw. aufnehmen).

Auch wenn dies gesetzlich nicht ausdrücklich vorgesehen ist, sollten neue Bewohner einer WG eine **Bescheinigung nach § 36 Absatz 4 Infektionsschutzgesetz (IfsG)** vorlegen, die sich allerdings nur auf die Lungentuberkulose bezieht. Der Kreis Heinsberg hat in der Kommunalen Gesundheitskonferenz 2012 ein etwas darüber hinaus gehendes Formular entwickelt, einsehbar über:

http://www.kreis-heinsberg.de/cms/front_content.php?idcat=136&ID=635

Unabhängig davon sollte bei Neuaufnahme oder Rückkehr nach einem Krankenhausaufenthalt u.ä. geklärt werden, ob eine **Infektion oder Besiedlung** vorliegt. Die Information darüber kann auf unterschiedlichem Wege erfolgen, z.B. einen (Pflege-)Überleitungsbogen, einen Arztbrief, manchmal auch über den Hausarzt, den Bewohner selbst, Angehörige oder Mitarbeiter, etwa wenn sie einen Bewohner während eines Krankenhausaufenthaltes besucht haben. Die Äußerung „im Krankenhaus waren alle immer so vermummt“ kann auch ein Hinweis sein. Eine Garantie, dass das Personal einer WG von einer Infektion, Besiedlung o.ä. erfährt, gibt es nicht. Daher ist dringend zu empfehlen, vor/bei Einzug, nach einer Krankenhausbehandlung usw. aktiv danach zu fragen. Anmerkung: Eine Rücksprache mit dem Hausarzt und anderen Behandlern ist nur mit Zustimmung des Bewohners oder seines Rechtsvertreters (Schweigepflichtentbindung) gestattet.

Entschließt sich die Leitung einer Wohngruppe zur Umsetzung dieser Empfehlungen, sollten diese im **Hygiene- bzw. Qualitätsmanagement-Systems** verankert werden.

Die hier beschriebenen **Reinigungs- und Desinfektionsmaßnahmen** werden in die Reinigungs- und Desinfektionspläne übernommen.

Auf den hausüblichen **Informationswegen** ist das Personal über die Einführung und später ggfs. wichtige Änderungen zu informieren.

Regelmäßig sollte es dokumentierte **Fortbildungen** für alle Berufsgruppen rund um die Thematik Hygiene, Infektionen und resistente Keime geben.

Über die Hygieneansprechpartner sollte ein nachvollziehbares **hausinternes Kontrollsystem** („Hygienecheck“ z.B. durch Audits) aufgebaut werden.

Die hier empfohlenen Maßnahmen richten sich an die Bewohner und das in der Einrichtung tätige Personal. Die **Bewohner**, die vertraglich einen Mietvertrag und ggfs. weitere Service- und Betreuungsleistungen vereinbart haben, können zu diesen Maßnahmen nicht gezwungen werden. Vielmehr muss an ihre Rücksicht auf die Mitbewohner, mit denen sie ja in einer Gemeinschaft leben, appelliert werden. Das sollte beim bzw. vor dem Einzug angesprochen werden, außerdem kann es Thema in Bewohnerversammlungen sein. Der Vertrag und/oder die Hausordnung bieten außerdem die Möglichkeiten, bestimmte Regeln vorzugeben. Allerdings hat die **Selbstbestimmung** dort Grenzen, wo der **Gesundheitsschutz anderer** gefährdet wird und zwar sowohl in Bezug auf Mitbewohner u.ä. als auch Personal. So sollte beispielsweise nicht akzeptiert werden, dass ein Bewohner jegliche Informationsweitergabe auf eine MRE-Besiedlung untersagt. Mindestens medizinisches, pflegerisches u.ä. Personal hat ein Recht auf Hinweise zu Schutzmaßnahmen.

Das **Betreuungspersonal** (Präsenzkraft, hauswirtschaftliches oder pädagogisches Personal usw.) dürfte in vielen Fällen keine pflegerische Aus- oder Fortbildung haben. Sie sollten allerdings vor Aufnahme ihrer Tätigkeit in den allgemeinen **Infektionsschutz eingewiesen** sein und eine versierte Person (Ansprechpartner für Hygienefragen) jederzeit im Hintergrund haben.

Wird ein **ambulanter Pflegedienst** tätig, so gelten für diesen die „Empfehlungen zum Umgang mit MRSA und anderen resistenten Keimen in der ambulanten Pflege des Kreises Heinsberg“.

3. BASISHYGIENE

Die folgenden Vorgaben gelten **für alle Hygienestufen** und unabhängig davon, ob eine Infektion oder Kolonisation vorliegt, d.h. sie sind **immer** anzuwenden!

Grundlage eines einwandfreien Hygienestatus ist immer die gründliche Reinigung von Böden, Flächen und Händen!

Händehygiene

Hände und Unterarme müssen frei sein, d.h. Ringe (einschließlich Ehering), Uhren usw. sind abzulegen. Künstliche oder lackierte Fingernägel sind bei diesen Arbeiten nicht gestattet.

Hygienische Händedesinfektion:

Dabei wird eine Hohlhand voll alkoholischen Händedesinfektionsmittels in alle Bereiche der Hände einschließlich Handgelenke eingerieben, bis es angetrocknet ist (30 Sek.).

Durchgeführt werden muss das

- vor pflegerischen und anderen ähnlich engen Körperkontakten
- nach dem Ausziehen von Handschuhen
- nach dem Gang zur Toilette
- nach Naseputzen/Niesen
- vor dem Essen bzw. dem Kontakt zu Lebensmitteln und Küchenarbeiten
- immer vor Verlassen des Zimmers eines MRE-positiven Bewohners

Das **Waschen der Hände** ist nur bei Verunreinigungen (z.B. klebrigen Lebensmitteln) erforderlich. Grobe Verunreinigungen (z.B. Kot) werden vor dem Waschen mit einem mit Desinfektionsmittel getränkten Zellstofftuch entfernt.

Desinfektionsmittelspender sollen im Küchen- bzw. Lebensmittelbereich sowie in der Personaltoilette angebracht werden. Sofern sie auch im Bewohnerbereich vorgesehen sind, muss darauf geachtet werden, dass sie für demente oder evtl. psychisch veränderte Bewohner nicht zugänglich sind. In diesen Fällen muss auf transportable Spender zurückgegriffen werden. Alle Desinfektionsmittelbehältnisse sind nach dem Öffnen mit dem Anbruchdatum zu versehen. Den Herstellerangaben ist zu entnehmen, wie lange angebrochene Gebinde haltbar sind. Ein Umfüllen ist nicht erlaubt.

Persönliche Schutzausrüstung

Unsterile **Schutzhandschuhe** sollten vorhanden und bei Kontakt mit Blut, Körpersekreten, -flüssigkeiten, Ausscheidungen oder kontaminierten Gegenständen angezogen werden. Die Handschuhe dürfen nur bei einem Bewohner eingesetzt werden. Nach Gebrauch werden sie sofort ausgezogen, je nach Art der Tätigkeit auch gewechselt und im Zimmer entsorgt. Eine Händedesinfektion schließt sich immer an.

Ebenfalls sollten langärmelige unsterile **Schutzkittel** (vorzugsweise Einmalkittel) vorgehalten werden, die bei pflegerischen und vergleichbaren Maßnahmen sowie beim Bettenmachen getragen werden. Analoges gilt für einen eng anliegenden

mehrlagigen **Mundnasenschutz**. Die Notwendigkeit des Gebrauchs sollte in jedem Einzelfall mit dem Ansprechpartner für Hygienefragen abgestimmt werden!

Beim Ausziehen der PSA ist folgende **Reihenfolge** zu beachten: Handschuhe - Händezwischendesinfektion (oder Ausziehen der Handschuhe OHNE Berührung der Außenseiten mit den ungeschützten Händen) - Mundnasenschutz - Kittel (kontaminierte Seite nach innen falten) - Händedesinfektion.

Materialien der PSA müssen geschlossen bzw. staubgeschützt gelagert werden.

Wäschehygiene: Wäsche sollte im Zimmer geschlossen gesammelt und bewohnerbezogen gewaschen werden. Wird die Wäsche mehrerer Bewohner zusammen gewaschen oder auf Wäsche des Anbieters zurückgegriffen, sollten desinfizierende Waschverfahren (thermisch bei mindestens 60° oder durch Zusatz desinfizierender Waschmittel) zum Einsatz kommen. Küchentextilien sollten extra gewaschen werden.

Abfall: Der Abfall sollte am Ort des Entstehens geschlossen gesammelt und zügig entsorgt werden. Für Kanülen u.ä. müssen geeignete Abwurfbehältnisse, die eine Sekundärverletzung ausschließen, vorhanden sein.

Geschirr: Gemeinschaftlich genutztes Geschirr sollte in der Spülmaschine bei mindestens 60° gereinigt werden.

Pflegeutensilien u.ä. sollten nur bewohnerbezogen eingesetzt und im Zimmer gelagert werden. Analoges gilt für, **Blutdruckgeräte, Thermometer, Insulin-Pens, Blutzucker-Messgeräte, Sauerstoffgeräte, PEG-Pumpen, Medikamentendosetts, Rollatoren, Rollstühle usw.** Alle Geräte, Instrumente usw. müssen regelmäßig gereinigt werden, z.B. monatlich. Anmerkung: Für kühlpflichtige Medikamente sollte ein Extra-Kühlschrank zur Verfügung stehen. Sollen sie in einem Kühlschrank aufbewahrt werden, in dem sich auch Lebensmittel befinden, so müssen sie in gut verschließbaren Boxen gelagert werden.

4. VORGEHEN BEI INFEKTION/KOLONISATION

Aufnahmebefund

Als erstes muss anhand der folgenden Fragen der Ist-Status geklärt werden:

- Mit welchem Keim ist der Bew. Infiziert/besiedelt?
- Wie wird er übertragen?
- An welchen Körperstellen wurde er nachgewiesen?
- Seit wann ist die Infektion/Besiedlung bekannt?
- Ist der Bewohner das erste Mal betroffen oder handelt es sich um einen wiederholten Fall (Rezidiv)?
- Wurde bereits eine Behandlung/Sanierung durchgeführt oder begonnen?
- Wenn ja, wann und womit wurde behandelt/saniert?
- Wurde der Erfolg der Behandlung/Sanierung bereits durch Kontrollabstriche geprüft?
- Falls ja, wie war das Ergebnis (Entnahmestelle? Datum?)
- Stehen noch die Ergebnisse bereits abgenommener Abstriche aus?
- Liegen bei dem Bewohner im Falle von MRSA sanierungshemmende Faktoren (z.B. Wunden, Sonden u.a.) vor?
- Zustand des Bewohners: Wie mobil ist er? Wie eingeschränkt ist er? Wie kooperativ/kooperationsbereit bzw. -fähig ist er? +

Klärung der Unterbringung

Vorausgesetzt wird, dass jeder Bewohner ein **Einzelzimmer** hat. Leben z.B. Paare gemeinsam in einem Doppelzimmer, müssen die Maßnahmen im Einzelfall mit dem Ansprechpartner für Hygienefragen, ggfs. auch dem Hausarzt o.ä. abgesprochen werden.

Teilnahme Gemeinschaftsleben

Anhand der gewonnenen Fakten muss geklärt werden:

- In wie weit kann der Bewohner am Gemeinschaftsleben teilnehmen?
- Sind dabei ggfs. besondere Schutzmaßnahmen notwendig? Muss er von bestimmten anderen gefährdeten Bewohnern fern gehalten werden?

Hierbei gibt das gleiche Grundprinzip wie in der stationären Pflege: Es ist immer eine Einzelfallentscheidung, die von der Art der Besiedlung, der Kooperation des Bewohners, aber auch der Frage, ob andere, besonders gefährdete Personen geschützt werden müssen, abhängt.

Besuch von auswärtigen Einrichtungen. Prinzipiell können auswärtiger Kontakte und Besuche von Einrichtungen nicht verboten werden. Allerdings ist es sinnvoll, diese möglichst zu verschieben. Arztpraxen u.ä. sollten auf die bestehende Problematik hingewiesen werden. Eine vorherige Händedesinfektion ist hilfreich. Liegt eine dauerhafte Infektion oder Besiedlung vor, sollte unter Einbezug des Hygieneansprechpartners eine Einzelfallentscheidung getroffen werden. Diese hängt sowohl von der Art des Keimes als auch der auswärtigen Einrichtung ab: Ein Supermarkt, in dem sich im Wesentlichen Gesund aufhalten, ist anders zu bewerten als z.B. eine Tagespflege, wo auf relativ engem Raum oft multimorbide Personen zusammen kommen.

Demnach solle eine **Tagespflege, Werkstatt oder andere tagesstrukturierende Einrichtung** bei akuter Erkrankung nicht besucht werden. Bei MRSA-Besiedlung ist zunächst eine Sanierung zu empfehlen. Ist diese nicht erfolgreich oder liegt eine Kolonisierung mit einem nicht sanierbarem Keim vor, muss eine Einzelfallentscheidung unter Abwägung des Bedürfnisses/Wohls des betroffenen Bewohners gegen die Gefährdung anderer Personen getroffen werden. Auch das genutzte Transportunternehmen bzw. die Kontakte dort müssen ggfs. betrachtet werden.

Informationsmaßnahmen

Wer muss alles über entsprechende Schutzmaßnahmen informiert und ggfs. beraten werden?

Intern:

- Im Sinne der Arbeitsschutzbestimmungen ist das beim Anbieter tätige Personal mit direktem oder indirektem Bewohnerkontakt über entsprechende Schutzmaßnahmen zu informieren. Dazu zählt selbstverständlich auch hauswirtschaftliches und Reinigungspersonal.
- Einzubinden sind auch die Wohnstättenleitung, der Ansprechpartner für Hygienefragen und evtl. weitere Personen je nach internem Organigramm

Extern:

- Krankentransportpersonal
- ggfs. (Fach)Arzt, Krankengymnast, Logopädin u.a.
- Angehörige, Betreuer, ehrenamtlich Tätige, Seelsorger u.ä. (vor allem dann relevant, wenn sie selbst gefährdet sind oder in Medizin/Pflege arbeiten)

Absprache mit dem Bewohner und ggfs. dem Hausarzt zu weiteren Therapie-, Sanierungs- und Kontrollmaßnahmen.

Hygienemaßnahmen

Bei der Versorgung infizierter oder kolonisierter Bewohner sind immer **Barrieremaßnahmen** einzuhalten, d.h. strikte Schutzmaßnahmen des Personals (PSA, Desinfektionsmaßnahmen) bei allen pflegerischen, therapeutischen, medizinischen und Reinigungsmaßnahmen. Dabei darf nur **eingewiesenes und informiertes Personal** eingesetzt werden. Mitarbeiter, die selbst Risikofaktoren für eine MRE-Besiedlung tragen (z.B. MRSA-Risiko bei Wunden, chronischen Hauterkrankungen), sollten auf keinen Fall pflegerische oder vergleichbare Tätigkeiten bei MRE-pos. Bewohnern durchführen.

Immer muss geklärt werden, ob die routinemäßig verwendeten **Desinfektionsmittel ausreichen**. So ist z.B. bei einer Norovirus-Infektion ein viruswirksames Hände- und Flächendesinfektionsmittel erforderlich.

Flächendesinfektion: Es erfolgt täglich und bei Bedarf eine Wischdesinfektion der bewohnernahen Flächen bzw. der Bewohnerkontaktflächen (z.B. Fenstergriffe) und des gesamten Sanitärbereiches und zwar sowohl im Bewohnerzimmer als auch den benutzten Gemeinschaftseinrichtungen. Bei der Hygienestufe 1 kann eine feuchte Reinigung ausreichend sein. Wichtig ist die möglichst sofortige, gezielte Desinfektion nach Kontamination mit Blut, Sekreten oder Ausscheidungen. Die verwendeten Desinfektionsmittel sollten VAH gelistet sein oder entsprechenden einschlägigen Euronormen entsprechen.

Pflegeutensilien, Medizinprodukte, Hilfsmittel u.ä. sind wie die bewohnernahen Flächen täglich und bei Bedarf zu desinfizieren (mögliche Materialunverträglichkeiten beachten!). Anmerkung: Medizinprodukte sind so zu behandeln wie in jeder anderen Pflegeeinrichtung!

Schlussmaßnahmen: Nach einer Infektion oder MRE-Besiedlung erfolgen Desinfektionsmaßnahmen, die im Wesentlichen denen der laufenden Desinfektion entsprechen. Gardinen sind ggfs. zu waschen, der Boden gründlich zu reinigen.

Maßnahmen des Bewohners: Ein Bewohner mit Infektion (dazu gehört auch ein grippaler Infekt!) oder MRE-Besiedlung wird angeleitet, sich vor Verlassen seines Zimmers die Hände zu desinfizieren. Der enge Kontakt zu gefährdeten Mitbewohnern sollte vermieden werden. Bei Atemwegsinfekten oder MRSA-Nasenrachen-Besiedlung sollten Einmaltaschentücher verwendet und sofort entsorgt werden. Bei Durchfallerkrankungen sollte er eine eigene Toilette (oder einen Nachtstuhl) benutzen.

Mitbewohner: Inwieweit Mitbewohner in Hygienemaßnahmen einbezogen werden, muss im Sinne einer Einzelfallentscheidung entschieden werden.

Besucher sowie weitere in- und externe Mitarbeiter sollen sich nach vor Verlassen des Zimmers und nach Verabschiedung die Hände desinfizieren. Im Einzelfall können weitere PSA-Maßnahmen sinnvoll sein. Dies gilt besonders für Personen, die weitere Kranke und möglicherweise Abwehrgeschwächte betreuen.

Reinigungspersonal: Muss entsprechend eingewiesen werden. Das gilt sowohl für das Personal des WG-Anbieters als auch etwaiger Fremdfirmen. Die Zimmer von Bewohnern mit Infektion/Kolonisation müssen zwar bei hygienisch einwandfreiem Vorgehen nicht am Ende der Schicht gereinigt werden; dies ist allerdings in vielen Einrichtungen etabliert und hat sich bewährt. Mit den Reinigungsutensilien dürfen ohne Aufbereitung keine weiteren Wohngruppenbereiche gesäubert werden. Die Benutzung von Handschuhen ist obligat. Die Erfordernis weiterer PSA-Maßnahmen sowie deren Handhabung muss im Einzelfall mit dem Hygieneansprechpartner besprochen werden.

Transport: Krankentransporte von infizierten oder MRE-besiedelten Bewohnern in medizinische Einrichtungen u.ä. sollten nur dann erfolgen, wenn sie unbedingt notwendig sind und üblicherweise als Einzeltransport (ohne Kontakt zu anderen Patienten/Bewohnern) durchgeführt werden. Ist ein Transport unvermeidbar, sollten Zieleinrichtung und Transportpersonal immer einen Hinweis auf notwendige Schutzmaßnahmen erhalten, mit Zustimmung des Bewohners auch über die Art der Infektion/Besiedlung informiert werden. Wunden u.ä. sollten dicht verbunden sein. Der Bewohner sollte frische Körperwäsche tragen und unmittelbar vor dem Transport die Hände desinfizieren. Bei Nasenrachenbefall bzw. Infektion der Atemwege sollte er einen Mund-Nasen-Schutz tragen.

Bei der Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln und Taxen gibt es keine gesetzlichen Vorgaben. Allerdings ist auch hier vor Beginn der Fahrt die Händedesinfektion sinnvoll.

Auszug: Verlässt ein Bewohner mit Infektion oder Besiedlung die WG sollte sein Zimmer wie oben bei der Schlussdesinfektion beschrieben, aufbereitet werden.

Leichen: Versterben Bewohner mit Infektion oder Besiedlung, werden sie hygienisch behandelt wie zu Lebzeiten. Der Bestatter sollte informiert werden, damit er – was eigentlich Standard sein sollte - entsprechende Schutzkleidung (Kittel/Schürze, Handschuhe) bei der Versorgung des/der Toten anlegen kann.

Dokumentation

Eine Infektion sowie aktuelle oder aus der Vergangenheit bekannte MRE-Besiedlung wird dokumentiert. Es sollte auch kurz beschrieben werden, wann und wo der Keim nachgewiesen wurde, ob Sanierungsmaßnahmen durchgeführt wurden und ob diese erfolgreich waren. Außerdem sollten Beratungsgespräche und Empfehlungen schriftlich festgehalten werden.

Meldepflicht

Die meisten Meldepflichten des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) richten sich an Labore und Ärzte. Aber auch Angehörige von staatlich geregelten Heil- und Pflegeberufen sowie Leiter von Pflegeeinrichtungen, Heimen ... „oder ähnlichen Einrichtungen“ (hierunter dürften Wohngruppen fallen) sind zu bestimmten Meldungen nach § 6 IfSG verpflichtet (siehe Anhang V).

Unabhängig von der Meldepflicht steht das Gesundheitsamt als beratende Stelle zur Verfügung.

5. VORGEHEN BEI DEN VERSCHIEDENEN HYGIENESTUFEN

Bei den **Hygienestufen 1 – 3** sollte, wie in den KRINKO-Empfehlungen zum Umgang mit MRSA in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen von 2014 empfohlen, eine **einrichtungsindividuelle Risikoanalyse** durchgeführt und dokumentiert werden. Die behandelnden Ärzte sollten möglichst weitreichend eingebunden werden.

Während in der **Hygienestufe 1** üblicherweise auf die Mitwirkung der Bewohner gezählt werden kann, bedürfen die Bewohner in **Hygienestufe 2** meist zwar nicht unmittelbarer Pflege, jedoch einer engen Begleitung durch das Personal insbesondere bei Körperpflege und Hygiene. Bei Infektionen/Kolonisationen ist es sinnvoll, dass das Personal dem Bewohner die Hände vor Teilnahme an einer Gemeinschaftsaktivität desinfiziert. In der **Hygienestufe 3** und 4 ist davon auszugehen, dass eine vergleichbare Situation wie in der stationären Pflege. Auf die für diesen Bereich erarbeiteten Empfehlungen kann dabei zurückgegriffen werden.

6. AMBULANTE INTENSIVPFLEGE

Untersuchungen der letzten Jahren haben gezeigt, dass in diesem besonderen Bereich hohe Besiedlungsraten vorliegen, und zwar für MRSA 12,5 bis 18% und für 3MRGN um die 30% und 4MRGN 7%. Die ambulante Intensivpflege wird deshalb immer der Hygienestufe 4 zugeordnet. Es wird empfohlen, alle Bewohner als „potenziell kolonisiert“ zu behandeln. Das Vorgehen wird im Folgenden – auch wenn es Wiederholungen zur Basishygiene gibt - erläutert:

Screening von MRE und MRSA-Sanierung:

Untersuchungen haben gezeigt, dass 10–30% der Bewohner in der ambulanten Intensivpflege MRSA-positiv sind. Besonders betroffen sind Trachealkanülen, PEG-Sondeneintrittsstellen und Dauerkatheter. Über die Besiedlung mit anderen resistenten Keimen liegen keine verlässlichen Daten vor. Insgesamt muss man aber davon ausgehen, dass eine Vielzahl der Bewohner mit resistenten Keimen kolonisiert ist. Es ist auch zu unterstellen, dass, selbst wenn eine Testung bei Aufnahme negativ wäre, einige Bewohner zu einem späteren Zeitpunkt positiv werden. Gleichzeitig liegen meist so viele sanierungshemmende Faktoren vor, dass zu einer MRSA-Sanierung nur in Ausnahmen geraten werden kann. Für die anderen MRE stehen solche Möglichkeiten ja ohnehin nicht zur Verfügung. Deswegen wird bei diesen Empfehlungen davon ausgegangen, dass **alle Bewohner der ambulanten Intensivpflege im stationären oder auch häuslichen Bereich dauerhaft als potenziell MRSA bzw. MRE besiedelt zu behandeln sind!** In anderen Bereichen der Hygienestufe 1 muss dies abgewogen werden. Damit **entfällt eine Empfehlung zu generellen regelmäßigen Screenings**, da die Fragen, wie häufig diese wiederholt werden müssten, auf welche Keime und an welchen Körperstellen überall getestet werden sollte, derzeit nicht befriedigend zu beantworten ist. **Screening und MRSA-Sanierungsmaßnahmen** sind besonderen **Einzelfällen** in enger Absprache mit den behandelnden Ärzten vorbehalten. Vor elektiven Krankenhausaufenthalten u.ä. kann allerdings eine **desinfizierende Waschung** eine sinnvolle Maßnahme sein.

Bekannte Infektionen bzw. Kolonisationen sowie etwaige daraus abgeleitete Maßnahmen werden immer **dokumentiert** und bei Verlegung u.ä. die Informationen darüber weitergegeben.

Personalhygiene:

Die **Händehygiene** richtet sich nach den für den gesamten medizinischen und pflegerischen Bereich gültigen Vorgaben. In jedem Bewohnerzimmer sollte ein **Desinfektionsmittelspender** vorhanden sein.

Eingesetzt werden darf nur entsprechend **geeignetes und eingewiesenes Personal**. Auch in diesen Arbeitsbereichen gilt die Biostoff-Verordnung, die unter anderem jährliche Fortbildungen zu Hygiene und Arbeitssicherheit vorsieht.

Nur entsprechend ausgebildetes Fachpersonal kann hygienische Entscheidungen in Eigenverantwortung treffen. Für alle anderen Kräfte muss es **klare Vorgaben** seitens des Trägers geben.

Die bei der Arbeit getragene **Kleidung** sollte gut waschbar (60 Grad) sein. Im stationären Bereich ist eine Dienstkleidung mit Umziehen zu Beginn und am Ende der Arbeit zu empfehlen. Diese sollte vor Ort (chemisch oder thermisch) desinfizierend gewaschen wird. Die bei der Pflege im häuslichen Bereich getragene Kleidung sollte nicht auch im Privatbereich benutzt und und getrennt ebenfalls bei 60 Grad gewaschen werden.

Persönliche Schutzausrüstung (PSA):

Neben den in der Pflege üblichen unsterilen Schutzhandschuhen sind je nach Art der durchgeführten Behandlungspflege auch sterile Handschuhe erforderlich, so z. B. beim endotrachealen Absaugen. Ein Kittel sowie ein enganliegender Mund-Nasen-Schutz muss bei allen grund- und pflegerischen Maßnahmen getragen werden. Beim Absaugen und anderen Maßnahmen mit der Gefahr des Verspritzens von Körperflüssigkeiten ist zusätzlich eine Schutzbrille erforderlich.

Flächendesinfektion: Bewohnerflächen inklusive sämtlicher Handkontaktflächen (z. B. Türkliniken) sowie Medizinprodukte sind täglich und bei Kontamination zu desinfizieren.

Wäsche: Die Wäsche eines Bewohners wird im Zimmer geschlossen gesammelt und (thermisch bei mindestens 60 Grad, sonst chemisch) desinfizierend gewaschen. Werden Bettwäsche, Handtücher u. ä. vom Träger gestellt, so kann diese Wäsche gemeinsam gewaschen werden, ansonsten sollte die jeweilige einem Bewohner gehörende Wäsche separat gewaschen werden.

Geschirr: Sofern Geschirr anfällt, wird dies in einer Spülmaschine gereinigt.

Pflegebetten werden regelmäßig gereinigt und die bewohnernahen Flächen täglich und bei Kontamination flächendesinfiziert.

Medizinprodukte und Geräte werden wie die bewohnernahen Flächen täglich und bei Kontamination desinfiziert.

Hilfsmittel: Ein Rollstuhl und ähnliches wird regelmäßig gereinigt und bei Kontamination desinfiziert.

Unterbringung:

Zu empfehlen ist in jedem Falle eine **Einzelzimmerunterbringung**. Ist dies nicht der Fall, so gelten strikte Barrieremaßnahmen des Personals.

Werden **Gemeinschaftseinrichtungen** genutzt, sollten sich die entsprechenden Bewohner die Hände desinfizieren bzw. dies durch Angehörige oder das Personal gemacht bekommen. Ein enger Kontakt zu anderen Bewohnern sollte vermieden werden. Eine Flächendesinfektion hinterher ist bei Kontamination geboten.

Zimmerwechsel/Auszug: Alle Gegenstände, die im Zimmer für den nächsten Bewohner bleiben oder die in den häuslichen Bereich zurückgehen, sollten – je nach Materialverträglichkeit – gereinigt bzw. desinfiziert werden. Handelt es sich um Leihgegenstände von Sanitätshäusern, wird dies üblicherweise von denen übernommen. Dazu sollte es klare Absprachen geben. Offene Einmalmaterialien sind zu entsorgen. Das restliche Zimmer muss gründlich gereinigt und – soweit möglich - desinfiziert werden. Gardinen, Tischdecken u.ä. sollten gewaschen werden.

Sanitäreinrichtungen: Werden sie von mehreren Bewohnern benutzt, sind sie nach jeder Nutzung zu reinigen bzw. desinfizieren (z. B. Badewanne).

Alle **Besucher** (egal ob Angehörige oder professionelle Kräfte) sollten über die Hygieneregeln in der Einrichtung informiert werden und sich vor Verlassen des Zimmers die **Hände desinfizieren**. Krankengymnasten, Logopädinnen u.a., die direkt an den Bewohnern arbeiten, sollen **Schutzkleidung** anlegen. Bei Angehörigen, die selbst Medizin- oder Pflegeberufen angehören oder ein herabgesetztes Immunsystem haben, sind ggfls. weitere Schutzmaßnahmen erforderlich.

Reinigung: Es muss eine hygienisch einwandfreie Methode gewählt werden, die vorsieht, dass der Reinigungswagen im Flur bleibt und für jedes Zimmer frische Wischutensilien verwendet werden, die hinterher sofort verworfen und adäquat aufbereitet werden.

7. KÜCHEN- UND LEBENSMITTELHYGIENE

Räumliche Ausstattung und Reinigung

Die Küche einer Wohngruppe muss gut zu säubern und die Arbeitsflächen desinfizierend zu reinigen sein. In der Küche muss es einen Handwaschplatz mit Flüssigseife, Händedesinfektionsmittel und hygienischer Händetrocknungsmöglichkeit (Papierhandtücher – eindeutig zu bevorzugen - oder Stoffhandtücher, die nach jedem Gebrauch gewaschen werden) geben. Außerdem ist in der Regel ein weiteres Spülbecken erforderlich, in dem Lebensmittel gewaschen werden können. Ausreichend geschlossene Lager- und Kühlmöglichkeiten müssen vorhanden sein, ebenso eine Spülmaschine, in der nicht nur das Geschirr, sondern auch möglichst alle Bedarfs- und Gebrauchsgegenstände aus der Küche gespült werden.

Nach Gebrauch bzw. mindestens arbeitstäglich werden die Arbeitsflächen sowie der Boden gereinigt. Der Kühlschrank sowie alle übrigen Handkontaktflächen werden einmal wöchentlich gesäubert (möglichst mit Dokumentation). Ob längerfristig oder vorübergehend auch eine Flächendesinfektion erforderlich ist, muss mit dem/der Hygieneansprechpartner/in abgestimmt werden. Hierbei ist zu beachten, dass eine Desinfektion im Lebensmittelbereich nur von ausgebildeten bzw. entsprechend angeleiteten Personen durchgeführt werden darf. So müssen z. B. lebensmittelberührende Flächen mit klarem Wasser nach Abtrocknung des Desinfektionsmittels nachgespült werden oder Mittel verwendet werden, bei denen das entbehrlich ist.

Abfälle werden arbeitstäglich entsorgt. Lappen, Schwämme, Geschirrhandtücher u. ä. werden mindestens arbeitstäglich erneuert.

Personal- und Bewohnerhygiene

Die in einer Wohngruppe arbeitenden hauswirtschaftlichen Kräfte sollen eine Belehrung gem. § 43 Infektionsgesetz haben. Ausgebildete Pflegekräfte sind von der Belehrungspflicht befreit. Der Arbeitgeber hat für die notwendigen Folgebelehrungen zu sorgen.

Vor dem Umgang mit Lebensmitteln hat sich jeder die Hände zu waschen, Schmuck abzulegen und ggf. langes Haar zusammen zu binden. Bewohner, die an einer infektiösen Durchfallerkrankung, einer Leberentzündung (Virushepatitis A/oder E) oder infizierten Wunden und übertragbaren Hauterkrankungen leiden oder bestimmte krankheitserregende Darmkeime ausscheiden, dürfen sich an der Essenszubereitung für andere Personen nicht beteiligen. Ob auch eine Händedesinfektion und Gebrauch von Schürzen u. ä. gefordert wird, ist wiederum mit dem/der Hygieneansprechpartner/in abzustimmen. Wenn jemand vorher in der Pflege gearbeitet hat, sollte auf jeden Fall die Kleidung gewechselt oder zum Schutz der Lebensmittel eine Schürze vorgebunden werden.

Lebensmittelhygiene

Die Kühlschranktemperatur soll täglich überprüft und dokumentiert werden. Auch wenn ein umfassendes HACCP-Konzept für Wohngruppen nicht gefordert wird, sollte es zum Umgang mit Lebensmitteln (z. B. Kühlkette, Lagerung, Haltbarkeit, Aufwärmen) sowie zum Umgang mit kritischen Produkten (z. B. Hackfleisch, nicht durchgegarnte Eier, Sahnefüllungen u. ä.) interne Vorgaben geben. Das anhängende Literaturverzeichnis nennt dazu einige Quellen. Dabei ist auch zu beachten, dass immunsupprimierte Personen und solche mit bestimmten Allergien nicht alle Lebensmittel zu sich nehmen dürfen. In einer kleinen Wohngemeinschaft können dazu ggf. gemeinschaftliche Verabredungen getroffen werden, auf bestimmte Produkte ganz zu verzichten.

LITERATUR/RECHTSGRUNDLAGEN

Infektionsschutzgesetz (IfSG) vom 20.7.2000, zuletzt geändert 11.12.2018

Verordnung zur Anpassung der Meldepflichten nach dem Infektionsschutzgesetz an die epidemische Lage (IfSG-Meldepflicht-Anpassungsverordnung - IfSGMeldAnpV) vom 18.03.2016

KRINKO/RKI „Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus-Stämmen (MRSA) in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen“, Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut 2014

KRINKO/RKI „Hygienemaßnahmen bei Infektionen und Besiedlung mit multiresistenten gramnegativen Stäbchen“, 2012

Robert-Koch- Institut (RKI) „Staphylokokken-Erkrankungen, insbesondere Infektionen durch MRSA“, Merkblatt für Ärzte 5/2016

AWMF-Leitlinie „Maßnahmen beim Auftreten multiresistenter Erreger (MRE)“ des Arbeitskreises „Krankenhaus- & Praxishygiene“ der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), 06/2009 mit Ergänzung von 8/2012, gültig bis 8/2017, derzeit in Überarbeitung

AWMF-Leitlinie „Hygienemaßnahmen bei Vorkommen von Clostridium difficile“, Stand 08/2017, gültig bis 05/2022 des Arbeitskreises „Krankenhaus- und Praxishygiene“ der AWMF

Biostoffverordnung (BioStoffV) vom 15.07.2013, zuletzt geändert 29.3.2017, mit den dazu gehörigen Technischen Regeln für Biologische Arbeitsstoffe (TRBA 250 in Fassung vom 2.5.2018) www.baua.de

Gesetz über Medizinprodukte (Medizinproduktegesetz-MPG) vom 02.08.1994 in der Fassung vom 07.08.2002, zuletzt geändert am 23.12.2016, Verordnung über das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten (Medizinprodukte-Betreiberverordnung-MPBetreibV) vom 29.06.1998 in der Fassung vom 21.08.2002, zuletzt geändert am 07.07.2017 und die dazugehörigen einschlägigen Vorgaben, z.B. Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsschutz der (KRINKO) beim Robert-Koch-Institut (RKI), des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), „Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten“, Bundesgesetzblatt 2012, 55, 1244-1310

„Wenn in sozialen Einrichtungen gekocht wird – Leitlinie für eine gute Lebensmittelhygienepaxis in sozialen Einrichtungen“ des deutschen Caritasverbandes e.V. und diakonischen Werks der evangelischen Kirche in Deutschland e.V., Lambertusverlag, 920009

„Umsetzung einer guten Lebensmittelhygienepaxis mit HACCP-basierten Elementen in kleinen Küchen (z. B. in Hausgemeinschaften und Wohngruppenkonzepten)“ des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes, Gesamtverband in Zusammenarbeit mit Appetito, 1/2012 (www.der-paritaetische.de)

Veröffentlichungen des Bundesinstituts für Risikobewertung (BfR) zur Lebensmittelsicherheit (www.bfr.bund.de)

Erhebung von Risikofaktoren einer Besiedlung/Infektion mit MRE im außer(akut)klinischen Bereich, Dörwaldt W., Kaiser U., Kästner R., Fuchs H.U., Parwani Z., Höfling K., Epidemiologisches Bulletin 2018; 7: 75 -79

Autoren: Erstellt in der Arbeitsgruppe „Infektionsprävention in Wohngruppen“ des MRSA/MRE-Netzwerkes im Kreis Heinsberg, Ansprechpartnerin Dr. Cornelia Groschopp, Gesundheitsamt Heinsberg, Tel. 02452 13-5322, cornelia.groschopp@kreis-heinsberg.de

MRSA-Sanierung

Im Folgenden wird dargestellt, wie eine korrekt durchgeführte MRSA-Sanierung durchgeführt wird. Details sollten immer mit dem behandelnden Arzt abgesprochen werden.

Prinzipiell gilt, dass eine im Krankenhaus begonnene Sanierung auch in einer WG bzw. privat zu Ende geführt werden sollte. Ist kein Pflegedienst eingeschaltet, sollte der Bewohner bei den Maßnahmen unterstützt werden. Allein im Hinblick auf eine mögliche spätere Krankenhauseinweisung und die Verbreitungsgefahr innerhalb der Einrichtung ist eine Sanierung empfehlenswert, wenn bei dem betroffenen Bewohner hierfür ausreichende Erfolgsaussichten bestehen.

Die eigentlichen **Sanierungsmaßnahmen** bestehen aus:

- 3x täglich Mupirocin-Nasensalbe über 5 - 7 Tage, mit einem Watteträger einzubringen in beide Nasenvorhöfe; alternativ kann eine antiseptische Nasensalbe eingesetzt werden
- 3 x täglich antiseptische Mundspülungen oder Mundpflege über 5 – 7 Tage
- 1 x täglich über 5 – 7 Tage desinfizierende Waschungen einschließlich der Haare
- Desinfektion von Rasierern, Prothesen, Brillen u.ä. während der Sanierungsphase

Dazu gehört außerdem zum Vermeiden einer Re-Besiedlung:

- **Zahn-/Mundpflege:** Bis zum Abschluss der Sanierungsphase sollten vorzugsweise Einmalzahnbürsten benutzt werden. Andernfalls muss mindestens tägliche eine Desinfektion der Zahnbürste stattfinden; am letzten Tag der Sanierung muss sie entsorgt werden. Zahnprothesen sollten ebenfalls täglich manuell desinfizierend gereinigt werden.
- **Sonstiges:** Verzicht auf Lippenstift, Deo-Roller (Deo-Spray benutzen!), Haarbürsten u.ä. oder mindestens tägliche Desinfektion und Entsorgung am Ende der Sanierung, Einmalrasierer benutzen
- **Wäsche:** Täglicher Wechsel der Bettwäsche sowie Leib- und Nachtwäsche, Wechsel der Handtücher/Waschlappen nach jedem Gebrauch

Anmerkung: Gewählt wird dasjenige Desinfektionsmittel, welches dem Material am ehesten entspricht. Zum Einsatz können kommen alkoholische oder nicht-alkoholische Flächendesinfektionsmittel, Instrumentendesinfektionsmittel oder Rachenantiseptika. Etwaige Materialunverträglichkeiten beachten!

Kontrollabstriche: Es erfolgen üblicherweise 3 Tage nach Abschluss der Sanierung an den ehemals positiv getesteten Stellen möglichst 3 Kontrollabstriche. Sind diese immer noch positiv, erfolgen weitere Maßnahmen je nach Einzelfall.

Üblicherweise wird ein zweiter **Sanierungszyklus**, ggfs. mit erweiterten Desinfektionsmaßnahmen angeschlossen. Ein dritter kann im Einzelfall durchgeführt werden, dann sollten allerdings die Substanzen gewechselt werden (z.B. Chlorhexidin anstatt Mupirocin). Hier gilt es, gemeinsam mit dem behandelnden Arzt abzuwägen, ob nicht sanierungshemmende Faktoren (z.B. Wunden, Ekzeme, Zugänge wie PEG, Urinkatheter) einer erfolgreichen Sanierung im Wege stehen. Wo immer dies möglich ist, sollten diese Faktoren vor einem weiteren Sanierungsversuch beseitigt werden. Die **Antibiotikabehandlung** ist eine Einzelfallentscheidung z.B.

dann, wenn bei einem Bewohner die Gefahr der Infektion bei langfristiger Kolonisation als hoch einzuschätzen ist.

Sonderfall – Sanierungsresistenz: Immer wieder kommt es vor, dass alte oder kranke Bewohner nicht sanierbar oder nach kurzer Zeit wieder MRSA-positiv sind. Mehr als 3 Sanierungszyklen (mit Wechsel der Präparate) hintereinander sind sicherlich nicht sinnvoll. Ist allerdings ein Krankenhausaufenthalt z.B. für eine Operation oder einen anderen invasiven Eingriff o.ä. vorgesehen, ist es sinnvoll, vorher nochmals einen Kontrollabstrich zu entnehmen und erneut zu sanieren. Man weiß heute, dass auch Menschen mit sogenannten sanierungshemmenden Faktoren dabei von einer Keimreduktion durch Dekolonisationsmaßnahmen profitieren. In diesem Zusammenhang wird auch immer wieder propagiert, **desinfizierende Waschungen** (ggfs. mit desinfizierender Nasensalbe, täglichem Wäschewechsel) ohne Abstrichkontrollen durchzuführen. Dies kann insbesondere vor Teilnahme an besonderen Aktivitäten, Transport, Arztbesuch, Operation usw. sinnvoll sein. Auch eine dauerhafte MRSA-Besiedlung rechtfertigt keine Isolierung. Es müssen vielmehr im Einzelfall die entsprechenden Hygiene- und Barrieremaßnahmen abgewogen werden. MRSA gefährdete Mitbewohner, d.h. solche mit eigenen Risikofaktoren, sollten ferngehalten werden. Das wichtigste ist immer eine konsequente Basishygiene (an erster Stelle die Händehygiene!) und möglichst eine entsprechende Informationsweitergabe im eigenen Haus und an Krankenhäuser, Arztpraxen, Krankengymnast usw.

Liegen bei einem Bewohner keine sanierungshemmenden Faktoren vor und ist er dennoch immer wieder besiedelt, so sollte nach einer **möglichen Quelle** gesucht werden. Dies können alle Personen sein, mit denen der Bewohner regelmäßig Kontakt hat, aber auch alle möglichen Haus- und Nutztiere.

MRSA beim Personal

Verlässliche Zahlen über die Besiedlungsraten von Personal in Pflege- und Behinderteneinrichtungen gibt es nicht. Bei verschiedenen Untersuchungen in medizinischen Einrichtungen ergaben sich Zahlen zwischen 0,4 und 5,3%. Bekannt ist aber auch, dass es eine Art Kontamination gibt: Screent man Pflegekräfte am Ende der Schicht, so sind sie möglicherweise positiv, nach einem freien Wochenende aber wieder negativ.

Nach derzeitigem Kenntnisstand und Rechtslage ist in Deutschland ein Routinescreening von Personal nicht vorgesehen. Dies sollte nur bei einem konkreten Hinweis bzw. bei Auftreten mit Verdacht auf einen epidemischen Zusammenhang durchgeführt werden. Verantwortlich dafür ist der Arbeitgeber, ggfs. in Zusammenarbeit mit betreuendem Arbeitsmediziner/Betriebsarzt und/oder Hygienebeauftragter/m, ggfs. auch Gesundheitsamt.

Eine MRSA-Besiedlung bedingt keine Arbeitsunfähigkeit oder ein Berufsverbot mit Entschädigungsansprüchen nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG). Von einer Gefährdung von Angehörigen ist üblicherweise nicht auszugehen; Ausnahmen sind Immunsupprimierte, Menschen mit Wunden oder Ekzemen sowie Frühgeborene (bei gesunden Neugeborenen Einzelfallentscheidung).

Kolonisiertes Personal sollte nach Möglichkeit bis zur erfolgreichen Sanierung nicht im direkten Patientenkontakt (Tätigkeitsbeschränkung) oder – wenn unvermeidbar – nur mit besonderen Schutzmaßnahmen eingesetzt werden. Die Entscheidungen diesbezüglich obliegen dem Arbeitgeber, wiederum ggfs. in Absprache mit Experten.

Bei besiedeltem Personal sollte eine Sanierung (üblicherweise über den Betriebsarzt) angestrebt werden. 3, an verschiedenen Tagen entnommene Kontrollabstriche sollen negativ sein. Weitere Abstriche (z.B. nach 3, 6 und 12 Monaten) erhöhten die Sicherheit. Bei schwer oder nicht sanierbaren Mitarbeitern ist nach entsprechender Abwägung eine Einzelfallentscheidung nötig. Bei schwer oder nicht sanierbaren Mitarbeitern ist nach entsprechender Abwägung eine Einzelfallentscheidung nötig.

Besteht bei einem Mitarbeiter eine MRSA-Infektion oder eine zusätzliche Erkrankung (wie z.B. akute Rhinitis, chronische Sinusitis, Hauterkrankung), so richten sich die Maßnahmen (haus- oder fachärztliche Behandlung, Krankschreibung, MRSA-Kontrollabstriche u.a.m.) nach der Art und Schwere des Krankheitsbildes.

Wünschen Mitarbeiter aus persönlichen Gründen Abstrichkontrollen, so entscheidet ebenfalls der Arbeitgeber, ob er diese durch den Betriebsarzt oder andere (z.B. Hygienebeauftragte) durchführen lässt. Die Möglichkeit einer sachlichen Beratung des Mitarbeiters sollte auf jeden Fall gegeben sein. Im Zweifelsfall muss der Mitarbeiter die Kosten des Abstriches selbst tragen. Die Konsequenzen am Arbeitsplatz bei einem möglicherweise positiven Befund sollten aber vorher transparent sein!

Übersicht über resistente Keime

MRSA

Staphylokokken gehören weltweit zur normalen Haut- und Schleimhautflora bei Mensch und Tier. Besonders häufig sind sie im Nasenvorhof angesiedelt. Man geht davon aus, dass 20 – 30% aller Menschen dauerhaft besiedelt sind. Sie sind „fakultativ pathogen“, d.h. nur unter bestimmten Bedingungen verursachen sie Erkrankungen. Dabei handelt es sich entweder um besonders aggressive Untergruppen, oder aber der Mensch ist durch eine herabgesetzte Abwehr anfälliger. Es sind sowohl lokal begrenzte oberflächliche oder tiefgehende als auch systemische Infektionen möglich (z.B. Furunkel, Abszesse, Wundinfektionen, Mittelohr-, Nasennebenhöhlenentzündungen, Osteomyelitis, Pneumonie, Sepsis u.a.m.). Besonders gefährdet sind Menschen nach Operationen u.ä., aber auch chronisch Kranke (z.B. Diabetiker, Dialysepflichtige), solche mit Hautveränderungen, Fremdkörpern bzw. Zugängen (z.B. PEG, Urinkatheter) und MRSA in der Vorgeschichte. Die Infektion kann sowohl von den körpereigenen Keimen ausgehen als auch von bzw. durch andere übertragen werden.

Bereits zwei Jahre nach Einführung des Antibiotikums Methicillin traten 1961 erste Resistenzen auf; daher rührt der Name MRSA = Methicillin resistenter Staphylokokkus aureus. Da Staphylokokken mittlerweile gegen eine ganze Reihe verschiedener Antibiotika unempfindlich sind, wird der Name auch gerne im Sinne „multiresistenter Staph. aureus“ verwendet. MRSA verhält sich prinzipiell nicht anders als der Antibiotika sensible Staph. aureus (MSSA), birgt aber immer die erhöhte Gefahr von Komplikationen bzw. schwererer Verläufe.

Die meisten resistenten Varianten sind im Zusammenhang mit Krankenhausbehandlungen entstanden (haMRSA = hospital acquired). Zunehmend verbreiten sich jedoch weitere Subtypen, die entweder außerhalb von medizinischen Einrichtungen erworben und oft besonders aggressiv sind (caMRSA = community acquired bekannt seit 1981) oder solche, die von Tieren, z.B. in der Schweinemast, ausgehen (laMRSA = livestock associated ab 2004).

Will man die Verbreitung von MRSA beschreiben, so stehen verschiedene Parameter zur Verfügung:

- Inzidenz = MRSA-Fälle pro 1000 Patienten bzw. Bewohnern
- Inzidenzdichte = MRSA-Fälle pro 1000 Patiententage
- Prävalenz = positive Individuen einer Population zu einem bestimmten Zeitpunkt

Davon zu unterscheiden ist die MRSA-Rate: Diese bezieht sich auf den Anteil Methicillin-resistenter Stämme auf alle untersuchten Staph. aureus Proben. In Deutschland liegt diese etwa bei 20%, Tendenz leicht fallend. Im Antibiogramm entscheidend ist die Resistenz gegenüber OXACILLIN.

WEITERE ERREGER

Neben MRSA gibt es eine Vielzahl weiterer Keime mit besonderen Widerstandsfähigkeiten und/oder Antibiotikaresistenzen, z.B. VRE (Vancomycin resistenter Enterococcus). Hier erfolgt die Namensgebung nicht allein durch den Keim selbst, sondern durch die Art des Resistenzmusters. In letzter Zeit sind darüber

hinaus für Keime, die früher meist als ESBL (extended-Spectrum-Beta-Laktamasen bildende Erreger) genannt wurden, die Bezeichnungen 3- und 4 MRGN eingeführt worden. Darunter versteht man gram-negative (bezieht sich auf das Färbeverhalten der Erreger im Labor) Stäbchen mit Resistenzen gegen 3 Antibiotikagruppen (3 MRGN) und solche mit Unempfindlichkeit gegen 4 Antibiotikagruppen (4 MRGN). Besonders gefürchtet sind Erreger mit mehrfachen Resistenzen (Multiresistenz). Darunter fallen immer solche, die als 4 MRGN bezeichnet werden und die mit Resistenzen gegen Carbapeneme (bestimmte Gruppe von modernen Antibiotika). Hier muss alles unternommen werden, um eine Ausbreitung zu verhindern, da gegen sie kaum mehr Medikamente zur Verfügung stehen und auch in nächster Zeit nicht zu erwarten sind. Betroffen sind von all diesen Erregern besonders abwehrgeschwächte Menschen. Die Krankheitsbilder können sehr vielfältig sein.

Clostridium difficile

- Weit in der Umwelt und im Magendarmtrakt von Mensch und Tier verbreitetes gram-positives Stäbchen mit Sporen- und möglicher Toxinbildung (Enterotoxin A, Cytotoxin B)
- Besonders widerstandsfähig, da sehr tolerant gegen Umwelteinflüsse
- Übertragung direkt fäkal-oral oder indirekt über Hände, Gegenstände u.ä.
- Erkrankungen: Diarrhoe, Colitis mit möglichen Komplikationen; gibt auch gesunde Ausscheider (z.B. Kleinkinder)
- Prädisponiert sind Menschen mit gestörter Darmflora (oft nach Antibiotikagabe), gastrointestinalen Grunderkrankungen oder schlechter Abwehr
- Diagnostik: Erreger- oder Toxinnachweis im Stuhl
- Therapie: symptomatische Durchfallbehandlung, in schweren Fällen Antibiotika (Vancomycin, Metronidazol)
- Seit ca. 2003 zunehmende Verbreitung, gibt auch Antibiotikaresistenzen
- **BESONDERHEITEN:** Gehört zu den besonders widerstandsfähigen Keimen, deshalb bei den Desinfektionsmitteln Oxidantien und thermische Verfahren bevorzugen, Scheuerwischdesinfektion besonders wichtig (einschließlich einer Schlussdesinfektion) und ausnahmsweise Hände nach der Desinfektion auch noch waschen! Bei Durchfallerkrankung Isolierung.

ESBL = extended-Spectrum-Beta-Laktamasen bildende Erreger

Dazu gehören verschiedene gram-negative Stäbchen. Sie bilden Enzyme, vor allem die Beta-Laktamasen, die diverse Antibiotika unwirksam machen, heute werden sie meistens als 3 oder 4MRGN bezeichnet. Die wichtigsten Erreger sind dabei die Enterobacteriaceae sowie (die nicht-fermentierenden Stäbchen) Pseudomonas aeruginosa und Acinetobacter

BEACHTEN: Zu den Beta-Laktamasen gehören auch die Carbapenemasen. Werden die von einem Keim gebildet, ist er auch gegen die Antibiotikagruppe der Carbapeneme resistent (= 4MRGN) und gehört dadurch zu den besonders gefährlichen Keimen! Um deren Ausbreitung zu verhindern, sind strengste Hygienemaßnahmen erforderlich!

Besonders gefährdet sind Patienten mit einem stationären Krankenhausaufenthalt im Ausland in den letzten Monaten, solche mit MRGN in der Vorgeschichte, mit Kontakt zu anderen Patienten mit 4 MRGN-Keimen und aus Einrichtungen mit MRGN-Problemen.

Folgende Regeln gelten für die Entnahmeorte von Abstrichen:

E. Coli: rektal, ggfs. Wunden, Urin

Klebsiellen: rektal, ggfs. Wunden, Urin

Enterobacter: rektal
Enterobakterien: rektal
P. aeruginosa: rektal, Rachen
A. baumannii: Mund-Rachen-Raum, Haut

Enterobacteriaceae (bestimmte Stämme von Escherichia coli, Klebsiella pneumoniae u.a.):

- In Darm von Mensch und Tier, aber auch der Umwelt
- Übertragung direkt oder indirekt über Stuhl, infizierte Wunden, möglich auch über Tröpfchen
- Erkrankungen vor allem bei Abwehrgeschwächten in Form von Harn- und Atemwegsinfekte, Pneumonie, Sepsis

Acinetobacter:

Ubiquitär verbreitet, auch in der menschlichen Hautflora auffindbar (Axilla, Leiste, Zwischenzehenbereiche)

- Verschiedene Subspezies, als nosokomialer Erreger hat besonders der Acinetobacter baumannii Bedeutung (Atemwegsinfekte, Bakteriämien, Meningitiden besonders nach Unfällen, Hirnoperationen u.a.)
- **BEACHTEN:** Sehr umweltresistent! Er gehört also zu den besonders gefährlichen UND widerstandsfähigen Erregern!

Pseudomonas aeruginosa:

- Weltweit in Boden und Gewässer verbreitet (Nass-Keim), aber auch teilweise im menschlichen Darm und Lebensmitteln
- Äußerst anspruchsloser Keim, so dass er sich sowohl in feuchter als auch trockener Umgebung halten kann
- Verursacht typisch süßlich riechenden, blau-grünlichen Eiter
- Mögliche Erkrankungen: Harnwegs-, Wundinfektionen, Pneumonien, Colitis, Meningitis, Otitis externa

GRE = Glykopeptid resistente Enterokokken → siehe VRE

MDR = multi-drug resistant (= Multiresistenz)

MRE = multiresistente Erreger

3MRGN = gramnegative Stäbchen (z.B. Acinetobacter, Klebsiellen, Pseudomonaden) mit Resistenzen gegenüber 3 Antibiotikaklassen

4MRGN = gramnegative Stäbchen mit Resistenzen gegenüber 4 Antibiotikaklassen

Tuberkulose: Auch bei der Tuberkulose gibt es mittlerweile eine Reihe von Fällen, die resistent gegen die (meisten) Tuberkulostatika sind. Oft sind diese Patienten im Ausland (z.B. Osteuropa, Afrika) anbehandelt, aber nicht konsequent zu Ende therapiert worden. **BEACHTEN:** Bei einer Tuberkulose müssen spezielle Desinfektionsmittel angewendet werden! Sie ist in jedem Falle meldepflichtig. Vor einer Heimaufnahme soll eine ansteckungsfähige Lungentuberkulose ausgeschlossen werden (§ 36, Abs. 4 IfSG).

VRE = Vancomycin resistente Enterokokken

- Synonym: GRE = Glykopeptid resistente Enterokokken
- Gram-positive Darmbakterien von Mensch und Tier mit mehreren Subspezies, am häufigsten E. faecalis und faecium, auch in tierischen Lebensmitteln möglich

- relativ umweltresistent, aber Desinfektionsmittel sind wirksam
- Können sich bei (gesunden) Trägern Monate bis Jahre halten
- Resistent gegen viele Antibiotika einschließlich des oft als Reserveantibiotikum verwendeten Vancomycins
- Erkrankungen (z.B. Harnwegsinfekte, Wundinfektionen, Peritonitis, Sepsis u.a.) bei Pat. mit schweren Grunderkrankungen, Immunsuppression, mit Kathetern u.ä., nach der Gabe von bestimmter Antibiotika (Cephalosporine, Fluorochinolone, Betalactam-Antibiotika), auch bei sondenernährten Patienten unter Antazidatherapie
- Diagnostik: Erregernachweis aus Stuhl, Urin, Stoma, Bauchwunden usw.

Vorgehen bei bestimmten Keimen

Das Vorgehen richtet sich im Wesentlichen nach **Übertragungsweg**. Die Striktheit der Maßnahmen richtet sich dabei nach dem Einzelfall. Die Einstufung muss von hygienisch versiertem Personal vorgenommen werden.

Bei keinem dieser Keime wird (bisher) ein systematisches Screening betrieben. Es gibt auch keine Sanierungsmöglichkeit wie bei MRSA. Bei einer Infektion und in Einzelfällen zur Sanierung ist die Gabe eines Reserve-Antibiotikums möglich, ggfs. mit flankierenden Desinfektionsmaßnahmen. Kontrollabstriche erfolgen frühestens 48 Stunden nach Therapieende. Die Abstrichentnahme erfolgt an der Körperstelle, an der der Keim vermutet wird.

In der Praxis entspricht das Vorgehen in vielen Bereichen dem bei einer MRSA-Besiedlung bzw. Infektion. Abweichungen sind im Folgenden aufgeführt..

Vorgehen bei resistenten Keimen, die durch LUFT- bzw. TRÖPFCHENINFEKTION übertragen werden

Hierzu **gehören** z.B. 3 MRGN Klebsiella pneumoniae im Respirationstrakt, Pneumonie mit resistenten Streptokokken.

Der Umgang mit diesen Keimen **entspricht im Wesentlichen dem Umgang mit MRSA im Nasenrachenraum**.

Teilnahme am Gemeinschaftsleben: Einzelfallentscheidung wie bei MRSA. Immer Händedesinfektion bei Verlassen des Bewohnerzimmers.

Vorgehen bei resistenten Keimen, die durch KONTAKTINFEKTION übertragen werden

Hierzu **gehören** alle Keime, die im Sinne einer Kontakt- oder Schmierinfektion großflächig über die Haut, über nicht gut abzudeckende Wunden sowie über Stuhl und Urin bei inkontinenten oder nicht kooperationsfähigen/-willigen Bewohnern übertragen werden, z.B. Wundinfektion mit resistentem Pseudomonas aeruginosa, Diarrhoe mit Clostridium difficile

Nicht zu dieser Gruppe gehören Erreger, die sich in gut abdeckbaren Wunden, in geschlossenen Urinkathetersystemen und – bei Darmkeimen – bei kontinenten Bewohnern befinden.

Der Umgang mit diesen Keimen entspricht in vielerlei Hinsicht dem Umgang mit MRSA.

Bei Darmkeimen sollte nur die eigene Toilette oder der eigene Toilettenstuhl benutzt werden.

Teilnahme am Gemeinschaftsleben: Kooperative Bewohner können – außer bei sehr gefährlichen Keimen – nach Händedesinfektion am Gemeinschaftsleben teilnehmen. Bei nicht kooperativen bzw. kognitiv eingeschränkten Bewohnern muss im Einzelfall abgewogen werden, an welchen Aktivitäten der Bewohner teilnehmen kann und ob evtl. Auflagen und/oder zusätzliche Maßnahmen (z.B. intensiviertere

Desinfektion) notwendig sind. Bei Darmkeimen keine Benutzung von öffentlichen bzw. Gemeinschaftstoiletten (falls doch versehentlich: Flächendesinfektion direkt im Anschluss).

Hygiene: Der Händehygiene kommt auch bei diesen Keimen eine herausragende Bedeutung zu. Ein Kittel wird bei direktem pflegerischen/medizinischen Kontakt sowie beim Bettenmachen getragen. Auf einen Mundnasenschutz kann üblicherweise mit Ausnahme einer umfangreichen Wundversorgung u.ä. verzichtet werden. Ansonsten Vorgehen wie bei MRSA!

Bei Clostridien Händewaschen nach der Desinfektion! Scheuer-Wisch-Desinfektion bei Flächen besonders wichtig!

Vorgehen bei Keimen in GESCHLOSSENEN SYSTEMEN

Hierzu **gehören** alle Keime, die sich in gut abdeckbaren Wunden einschließlich gut verbundener Eintrittsstellen von PEGs, suprapubischen Blasenkathetern, Stomata oder Drainagen, in Ports, in geschlossenen Urinkathetersystemen, und – bei Darmkeimen – im Stuhl von kontinenten und kooperativen Bewohnern befinden, z.B. Harnwegsinfektion bei liegendem Urinkatheter mit ESBL bildenden E. coli.

Der Umgang mit diesen Keimen entspricht zum Teil dem Umgang mit MRSA.

Bei Darmkeimen sollte nur die eigene Toilette oder der eigene Toilettenstuhl benutzt werden.

Teilnahme am Gemeinschaftsleben: Üblicherweise nicht eingeschränkt, ggfs. Händedesinfektion bei Verlassen des Bewohnerzimmers. Bei Darmkeimen keine Benutzung von öffentlichen bzw. Gemeinschaftstoiletten (falls doch versehentlich: Flächendesinfektion direkt im Anschluss).

Hygiene: Im Vordergrund steht der hygienische Umgang bei Maßnahmen an der betroffenen Körperregion (z.B. Urinkatheter, Wunde). Handschuhe und üblicherweise auch Kittel oder Einmalschürze immer bei Maßnahmen an der betroffenen Körperregion und ggfs. beim Bettenmachen, Mundnasenschutz nur in Ausnahmen, z.B. einer umfangreichen Wundversorgung o.ä.

Bei einem Darmkeim täglich und bei Bedarf Wischdesinfektion des Sanitärbereiches. Muss er diesen mit anderen Patienten teilen, Desinfektion nach jeder Benutzung.

Desinfektion aller Geräte, Utensilien, die mit der betroffenen Körperregion in Kontakt gekommen sind.

Meldepflichten nach § 6 Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Angehörige von staatlich geregelten Heil- und Pflegeberufen sowie Leiter von Pflegeeinrichtungen, Heimen ... „oder ähnlichen Einrichtungen“ sind zu folgenden Meldungen an das Gesundheitsamt verpflichtet:

1) Namentlich ist zu melden:

1. der Krankheitsverdacht, die Erkrankung sowie der Tod an

- a) Botulismus
- b) Cholera
- c) Diphtherie
- d) humaner spongiformer Enzephalopathie, außer familiär-hereditärer Formen
- e) akuter Virushepatitis
- f) enteropathischem hämolytisch-urämischem Syndrom (HUS)
- g) virusbedingtem hämorrhagischen Fieber
- h) Masern
- i) Meningokokken-Meningitis oder -Sepsis
- j) Milzbrand
- k) Mumps
- l) Pertussis
- m) Poliomyelitis (als Verdacht gilt jede akute schlaffe Lähmung, außer wenn traumatisch bedingt)
- n) Pest
- o) Röteln einschließlich Rötelnembryopathie
- p) Tollwut
- q) Typhus abdominalis/Paratyphus
- r) Varizellen

sowie die Erkrankung und der Tod an einer behandlungsbedürftigen Tuberkulose, auch wenn ein bakteriologischer Nachweis nicht vorliegt,

[Die IfsG-Meldepflicht-Anpassungsverordnung vom Frühjahr 2016 ergänzt diese Liste um:

- den (klinisch und epidemiologisch begründeten) Krankheitsverdacht, die Erkrankung sowie den Tod an zoonotischer Influenza
- einer Clostridium-difficile-Infektion mit klinisch schwerem Verlauf. Ein klinisch schwerer Verlauf liegt vor, wenn
 1. der Erkrankte zur Behandlung einer ambulant erworbenen Clostridium-difficile-Infektion in eine medizinische Einrichtung aufgenommen wird,
 2. der Erkrankte zur Behandlung der Clostridiumdifficile-Infektion oder ihrer Komplikationen auf eine Intensivstation verlegt wird,
 3. ein chirurgischer Eingriff, z. B. Kolektomie, aufgrund eines Megakolons, einer Perforation oder einer refraktären Kolitis erfolgt oder
 4. der Erkrankte innerhalb von 30 Tagen nach der Feststellung der Clostridium-difficile-Infektion verstirbt und die Infektion als direkte Todesursache oder als zum Tode beitragende Erkrankung gewertet wird.]

2. der Verdacht auf und die Erkrankung an einer mikrobiell bedingten

Lebensmittelvergiftung oder an einer akuten infektiösen Gastroenteritis, wenn

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

b) zwei oder mehr gleichartige Erkrankungen auftreten, bei denen ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet wird,

...

5. soweit nicht nach den Nummern 1 bis 4 meldepflichtig, das Auftreten
 - a) einer bedrohlichen Krankheit oder
 - b) von zwei oder mehr gleichartigen Erkrankungen, bei denen ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet wird, wenn dies auf eine schwerwiegende Gefahr für die Allgemeinheit hinweist und Krankheitserreger als Ursache in Betracht kommen, die nicht in § 7 genannt sind.

Ausstattung Notfallbox „Infektionskrankheiten“ (einschließlich MRSA/MRE)

Je nach Ausstattung der Einrichtung kann es sinnvoll sein, eine derartige Notfallbox vorzuhalten.

Vorgesehen sind Materialien für 5 Tage. Sinnvoll ist es, einer derartigen Box auch eine Inhaltsliste, Anwendungshinweise und den Verweis auf die entsprechenden Kapitel in den institutionseigenen Hygieneunterlagen beizulegen.

Eine derartige Box sollte enthalten:

10 langärmlige Einmalkittel

15 Einmalzahnbürsten (mit Zahnpasta)

1 Einmalkamm

5 Einmalrasierer

1 Karton mehrlagiger Mund-Nasen-Schutz

Sofern nicht in den einzelnen Bereichen vorhanden 1 Karton Einmalhandschuhe in den Größen S, M und L

Sofern nicht in den einzelnen Wohnbereichen vorhanden Flächen- und Händedesinfektionsmittel, darunter auch solche mit Viruswirksamkeit (z.B. für Noroviren), Haltbarkeit beachten bzw. Regelmäßig kontrollieren!

Evtl. Abfall-/Abwurfsäcke

Evtl. Materialien zur Sanierung bei MRSA/MRE: desinfizierende Waschlotion, Mundspüllösung, Schleimhautdesinfektionsmittel, Mupirosin und/oder desinfizierende Nasensalbe

Hinweis: Die Materialien müssen „rein“ gelagert werden, also am besten wirklich in einer geschlossenen Box. Sobald sie in einem Bewohnerzimmer waren, verbleiben sie dort oder werden entsorgt.

Ausbruchmanagement einschließlich Vorschlag Checkliste

Von einem Krankheitsausbruch spricht man, wenn Fälle gehäuft (in der Regel 2 oder mehr Fälle der gleichen Erkrankung) vorliegen, bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang zu vermuten ist.

Ziel ist es, die Infektionsquelle zu finden, die Infektionskette zu unterbrechen, um so weitere Erkrankungen zu vermeiden und den Ausbruch zu beenden. Voraussetzung, um einen Ausbruch überhaupt zu erkennen, ist eine hausinterne Surveillance (Überwachung von Krankheitsgeschehen) und entsprechende Kommunikation.

Meldewege:

- Hausinterne Meldewege festlegen, Übersicht mit den notwendigen Ansprechpartnern und Kontaktdaten (z.B. Handynummern) hinterlegen, Ausbruchsteam bilden
- Meldepflicht an das Gesundheitsamt überprüfen, telefonisch und/oder schriftlich
- Ggf. Information auswärtig Beteiligten, z.B. Werkstatt, Fahrdienste, ins Haus kommende Therapeuten, Friseur u.a.m. (Datenschutz beachten! D.h. im Zweifelsfall eher die notwendigen Schutzmaßnahmen benennen als die konkrete Krankheit einer Person.)

Maßnahmen:

- Falldefinition festlegen, täglich aktive Surveillance
- Kompetenzen zur Anordnung von Maßnahmen während eines Ausbruchs klären
- Maßnahmenbeispiele: Basishygiene intensivieren, gesonderte Desinfektionsmaßnahmen anordnen (Häufigkeit, zusätzliche, andere Mittel, evtl. schlussdesinfektion), Besucher/Kontakte/Gemeinschaftsaktivitäten/ggf. Neuaufnahmen einschränken, Verlegungen nur nach vorheriger Information, als letzte Maßnahme evtl. Bewohnerisolierung und Personal einschränken
- Je nach Erkrankung Überprüfung Impfstatus (ggf. Ausschluss ungeimpften Personals)
- Schulungen/Hygienebelehrungen durchführen
- Dokumentation der angeordneten und durchgeführten Maßnahmen
- Regelmäßige Kommunikation (z.B. tägliche Teambesprechungen) über den Verlauf des Geschehens und die Effektivität der Maßnahmen

Diagnostik:

- Bei betroffenem Bewohner und evtl. nahen Mitbewohnern, Kommunikation mit dem Arzt/Labor
- Probennahme organisieren
- Zeitnahe Ergebnismitteilung sicherstellen
- Daraus zeitnah Konsequenzen ableiten und durchführen (z.B. medikamentöse Therapie oder Prophylaxe, postexpositionelle Impfung).

Verlaufsdokumentation/Fallliste:

Bei jedem Ausbruch muss eine Liste darüber geführt werden, wer zu welchem Zeitpunkt mit welchen Symptomen erkrankt ist und wann diese abgeklungen sind. In den meisten Fällen muss auch abgeklärt werden, wer Kontakt zu diesen Bewohnern (z.B. Mitbewohner, Personal, je nach Schwere evtl. auch Besucher) hatte.

Ausbruchende:

Fazit und am Ende eines Ausbruchs Evaluation, d.h. Klären der Frage, ob seitens der Einrichtung Vorkehrungen, Verbesserungen eingeführt werden können, um zukünftig einen ähnlichen Ausbruch zu vermeiden. Falls ja, Einführung derartiger Maßnahmen und Überprüfung der Durchführung. zukünftig einen ähnlichen

Verfahrensanweisung für das Ausbruchmanagement in Alten- und Pflegeheimen

Wohnbereich:

Datum:

Hygienebeauftragte:

Zuständiges Gesundheitsamt:

Ansprechpartner:

Tel.: _____

E-Mail: _____

Fax: _____

Ausbruchmanagement-Team:

Kontaktdaten:

Notwendige Maßnahmen (Reaktive Phase):	Durchgeführt am:	Bemerkungen:
1. Einberufung des Ausbruchmanagement-Teams		
2. Bestätigung des Ausbruchs und namentliche Meldung beim Gesundheitsamt (§ 6 Infektionsschutzgesetz, IfSG)		
3. Ermittlung der Infektionsquelle		
4. Bereitstellung viruswirksamer Händedesinfektionsmittel		
5. Bereitstellung viruswirksamer Flächendesinfektionsmittel		
6. Utensilien für die persönliche Schutzausrüstung bereitstellen		
7. Betroffene Bewohner/-innen informieren		
8. Gemeinschaftsveranstaltungen situationsbezogen einschränken.		
9. Information und Einbeziehung der Angehörigen und Besucher durch: <ul style="list-style-type: none"> • Aufstellen eines mobilen Händedesinfektionsmittelspenders mit Anleitung, • Persönliche Information, • Informationsschreiben für Besucher und Angehörige. 		
10. Information des Pflegepersonals, des hauswirtschaftlichen Personals und des Reinigungspersonals		
11. Umsetzen der sog. Umkehrpflege: <ul style="list-style-type: none"> • Wenn möglich, Einrichten einer Schleuse vor dem Bewohnerzimmer. • Anbringen eines Türschildes „Besucher bitte beim Pflegepersonal melden“ 		

<p>12. Durchführung der pflegerischen Maßnahmen mit direktem Körperkontakt bzw. Kontakt mit Ausscheidungen und Körperflüssigkeiten bei Betroffenen mit Kittel, Mund-Nasen-Schutz und Handschuhen</p>		
<p>13. <u>Bei Verdacht auf Noro-Viren:</u> Stuhlproben bei den betroffenen Bewohnern/-innen</p>		
<p>14. Entsorgung der benutzten Vorlagen nur in verschlossenem Abwurf im Zimmer – Abfallsack/Abwurf in jeder Schicht entsorgen.</p>		
<p>15. Kontaminierte Wäsche wird nach den Vorschriften der TRBA 250 entsorgt.</p>		
<p>16. Alle bewohnernahen Flächen, auch Türgriffe und Handläufe, mind. 1x pro Schicht mittels einer Wischdesinfektion mit einem geeigneten Flächendesinfektionsmittel desinfizieren.</p>		

Vorschlag für zwei MRSA-Sanierungsprotokolle



MRSA – Sanierungsprotokoll (ambulant einschl. Heim)

NAME:

Geb.-Datum:

1. Sanierungsversuch

2. Sanierungsversuch

3. Sanierungsversuch

Besiedlung		Nase-Rachen 3xtgl. antibiotische/antiseptische Nasensalbe/-spray und antiseptische Mundspülungen			Haut 1 x tgl. Ganzkörperwaschung einschl. Haare mit antibakterieller Waschlotion		Wunde Versorgung lt. ärztlicher Anweisung	
Tag	Datum	HZ	HZ	HZ	HZ	HZ		
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.		Pause						
7.								
8.								
Kontrolle		Abstrich Nase-Rachen		Abstrich Achsel/Leiste		Abstrich Wunde		
	Datum	HZ	Befund	HZ	Befund	HZ	Befund	
9.			<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ		<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ		<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	
3-6			<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ		<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ		<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	
12			<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ		<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ		<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	
Beurteilung		Sanierung von Nase-Rachen und Haut				Sanierung von Wunde		
		Erfolgreich? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				Erfolgreich? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
		Wenn nein: Erneuter Sanierungsversuch ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				Wenn nein: Erneuter Sanierungsversuch *? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Hinweis:

Tägliche Desinfektion von:

- Zahnbürste, ggf. Zahnprothese, Kamm, Rasierer, Brille und ähnlichen persönlichen Gegenständen
- Waschlappen, Handtücher, Bettwäsche, Bekleidung, Schlafanzug... (Waschen ≥ 60°C)

* Kann unabhängig von dem Sanierungsergebnis der Haut bzw. des Nase-Rachenraumes erfolgen

MRSA-Sanierungsbogen

Name:	Datum:
Vorname:	Gruppe:
Geburtstag:	
	MRSA-Befund:

Maßnahmen:	1. Tag	2. Tag	3. Tag	4. Tag	5. Tag	6. Tag	7. Tag	8. Tag
Datum:								
Dekontamination: Durchführung 1*tgl.: <ul style="list-style-type: none"> MRSA besiedelte Wunden mit unverdünnter Octenisept-Lösung behandeln. Brille, Hörgerät etc. mit <i>unverdünnter</i> Octenisept-Lösung abwischen. 	HZ:	HZ:	HZ:	HZ:	HZ:			
Ganzkörper-/Haarwäsche: 1*tgl. unter Verwendung antimikrobieller Waschlotion (Otenisept)	HZ:	HZ:	HZ:	HZ:	HZ:			
Wäschewechsel: 1*tgl. Handtücher, Waschlappen, Bettwäsche, Patientenwäsche	HZ:	HZ:	HZ:	HZ:	HZ:	HZ:	HZ:	HZ:
Spezielle Dekontamination: Durchführung 3*tgl. <ul style="list-style-type: none"> Rachenspülung mit <i>unverdünnter</i> Octenidol-Lösung Äußere Gehörgänge mit einem Octenisept-befeuchteten Wattestäbchen abwischen Auf einem Wattestäbchen aufgetragene <i>Mupirocin-Nasensalbe</i> in beide Nasenvorhöfe einbringen 	FD: HZ: SD: HZ: ND: HZ:	FD: HZ: SD: HZ: ND: HZ:	FD: HZ: SD: HZ: ND: HZ:	FD: HZ: SD: HZ: ND: HZ:	FD: HZ: SD: HZ: ND: HZ:			
Zahnprothese und Zahnpflege: <ul style="list-style-type: none"> Nach Reinigung 15 min. in <i>unverdünnter</i> Octenidol-Lösung legen Zähneputzen und Prothesenreinigung mit Einwegzahnbürste 	HZ:	HZ:	HZ:	HZ:	HZ:	HZ:	HZ:	
Abstrichkontrollen und Ergebnisse: <ul style="list-style-type: none"> Kontrollen entsprechend Isolationsprotokoll 								
	9.Tag	10.Tag	11.Tag					
	pos:	pos:	pos:					
	neg:	neg:	neg:					

FD=Frühdienst; SD=Spätdienst; ND=Nachtdienst; HZ=Handzeichen