

Fragen und Antworten zur Empfehlung „Infektionsprävention in Heimen“

**der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim
Robert Koch-Institut.**

Bundesgesundheitsbl. 2005. 48: 1061-1080. www.rki.de

(in Klammern: Hinweis auf das entsprechend Kapitel in der Empfehlung)

Ist der Einsatz von Hygienebeauftragten in NRW gesetzlich vorgeschrieben?

Eine gesetzliche Vorschrift existiert nicht. Eine entsprechende Zusatzqualifikation für eine Person aus der Pflege, eine Stellenbeschreibung und ein festgelegtes Zeitkontingent für diese Aufgabe sind jedoch dringend zu empfehlen.

(4.2 Hygienebeauftragtes Personal)

Weiterbildungseinrichtungen:

Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst (Iögd)

www.loegd.de/hygiene_infektiologie/krankenhaushygiene/texte_downloads/frameset.html

Fortbildungsleitlinie:

Dt. Gesellschaft für Krankenhaushygiene e.v.

www.dgkh.de: Leitlinien: Weißdruck

Was ist bei Ausbrüchen von Infektionskrankheiten zu beachten?

Im Hygieneplan müssen Verfahrensweisen für den Umgang mit Infektionskrankheiten geregelt werden. Dabei müssen die häufig auftretenden Erkrankungen berücksichtigt werden sowie Erkrankungen durch Erreger mit besonderen Eigenschaften. Eine Surveillance von Infektionen wie im Krankenhaus wird vom Infektionsschutzgesetz (IfSG) nicht gefordert, d. h. dass in der Regel keine Daten über die normale endemische Infektionsrate vorliegen. Häufungen werden daher oft erst spät erkannt. Daher ist zu empfehlen, im Rahmen des einrichtungsspezifischen Infektionspräventionskonzeptes festzulegen, was als Auslöseereignis für einen Ausbruch gilt und ebenso Verantwortlichkeit und Verfahrensabläufe zu regeln. Es ist entscheidend, bei einem Ausbruch frühzeitig eine Falldefinition zu erstellen, um abgrenzen zu können, welche Erkrankungen als „Fälle“ gewertet werden, z. B. für eine Norovirusausbruch:

„Plötzlich auftretende Diarrhöe und/oder schwallartiges Erbrechen in zeitlichem (6 - 48 Stunden) oder räumlichem (gleiches Zimmer / gleiche Toilette / gleiche Station) Zusammenhang mit mindestens einem anderen Fall bei Bewohnern und/oder Personal“

Weitere wichtige Schritte sind:

- Bildung eines Ausbruchsteams
- Meldung an das Gesundheitsamt
- Festlegung von Sofortmaßnahmen
- Anpassung des Hygieneplans.
- lückenlose Dokumentation aller Betroffenen und aller Maßnahmen

(4.5 Hygieneplan und Infektionspräventionskonzept)

(7 Gehäuftes Auftreten von Infektionen)

Meldeformulare:

www.loegd.de/hygiene_infektiologie/infektionsepidemiologie/veroeffentlichungen/frameset.html

Informationen über Ausbrüche:

www.outbreak-database.com

Literatur:

- Ammon A et al. Empfehlungen zur Untersuchung von Ausbrüchen nosokomialer Infektionen. Robert Koch-Institut, Berlin 2004
- Bundesinstitut für Risikobewertung. Untersuchung lebensmittelbedingter Ausbrüche. Berlin 2006

Ist das Tragen von Privatkleidung während der Pflege ausreichend?

Die Erfahrung zeigt, dass hier unterschiedliche Lösungen praktiziert werden, von Privatkleidung die zuhause gereinigt wird, bis zu Dienstkleidung, die die Einrichtung zur Verfügung stellt. Eine Präzisierung der offiziellen Vorgaben ist aus Gründen des Infektionsschutzes wünschenswert.

Schutzkleidung bietet Schutz vor Verunreinigung mit Krankheitserregern (Kontamination), ist nach TRBA 250 vom Arbeitgeber zur Verfügung zu stellen und die Reinigung durch diesen zu veranlassen. Wann sie zu tragen ist, hängt von der Gefährdungsanalyse ab und kann durch unterschiedliche Einschätzungen zu unterschiedlichen Ergebnissen führen. Eine kritische Analyse wird das Risiko für eine Übertragung von Infektionserregern minimieren wollen und muss berücksichtigen, dass heutzutage in Pflegeheimen ausschließlich pflegebedürftige und multimorbide Bewohner leben. Eine Kontamination ist daher auch bei Tätigkeiten außerhalb der Grundpflege durchaus möglich. Nur bei bestimmten Tätigkeiten wie Schreib- und Gruppenarbeiten ist die Wahrscheinlichkeit einer Kontamination zu vernachlässigen. Das bedeutet, dass auch Privat-, Dienst- oder Berufskleidung als Schutzkleidung zu betrachten und als solche zu behandeln ist. Folglich verbleibt diese an der Arbeitsstätte und die Reinigung ist vom Arbeitgeber zu veranlassen. Bei zu erwartender Kontamination mit Flüssigkeiten müssen zusätzlich feuchtigkeitsundurchlässige Schürzen angelegt werden, je nach Erfordernis auch Handschuhe, Mund- und Nasen-Schutz, Schutzbrille, Hauben und langärmelige Kittel.

Das Tragen von Privatkleidung mit grundsätzlichem Verbleib in der Einrichtung und Reinigung durch den Arbeitgeber ist wegen haftungsrechtlicher Fragen, möglicherweise nicht sachgerecht aufzubereitender Materialien und erschwerte Überprüfbarkeit problematisch. Zur Risikominimierung empfiehlt sich daher eine Kleidung (Dienst-/Berufskleidung), die vom Arbeitgeber gestellt und gereinigt wird und damit - ob kontaminiert oder nicht - auch den Anforderungen an Schutzkleidung genügen kann. Der Arbeitgeber muss darauf hingewiesen werden, dass andere weniger kritische Analysen bei evtl. auftretenden Infektionsgeschehen zur Beweisnot führen können.

(5.2 Schutzkleidung)

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin

Ausschuss für Biologische Arbeitsstoffe.

TRBA 250 Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege

www.baua.de/de/Themen-von-A-Z/Biologische-Arbeitsstoffe/Biologische-Arbeitsstoffe.html_nnn=true

Muss im Altenheim desinfizierend gewaschen werden?

Die Kommission empfiehlt eine desinfizierende Wäschereinigung für Bettwäsche und für Reinigungstextilien. Bei Infektionsausbrüchen und Auftreten von multiresistenten Erregern sollen zusätzlich auch Leibwäsche, Handtücher und Waschlappen

desinfizierend gewaschen werden. Als desinfizierende Waschverfahren gelten Kochwäsche und das Waschen bei 60°C mit einem desinfizierenden Waschmittel. Einige Gesundheitsämter raten sicherheitshalber generell zu einer desinfizierenden Reinigung der bewohnereigenen Wäsche, da in der Regel die Wäsche aller Bewohner zusammen gewaschen wird. Eine möglichst strikte Trennung zwischen reiner und unreiner Seite in der Wäscherei vermindert das Risiko von Kreuzkontaminationen.

Grundsätzlich sind zur Sicherstellung einer möglichst kompletten desinfizierenden Wäschereinigung mehrere Wege denkbar: die vollständige externe Reinigung in einem für Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und Pflegeheime zertifizierten Betrieb, die teilweise externe Wäschereinigung oder die vollständige Reinigung in der Einrichtung selbst.

Üblicherweise werden auch Reinigungsutensilien in der Einrichtung gewaschen; dabei ist darauf zu achten, dass diese nach dem Waschen nicht feucht aufbewahrt, sondern vollständig getrocknet werden.

(5.3.3 Betten- und Wäscheaufbereitung)

Zertifizierung: Deutsches Institut für Gütesicherung und Kennzeichnung e.V.: RAL-GZ992/92 Krankenhauswäsche www.waeschereien.de/index.asp?IDMain=6&IDSub=57&sid=

Welche hygienischen Maßnahmen sind bei Insulininjektionen zu beachten?

Insulinpens sind mit Einmalnadeln ausgerüstet, die nach Herstellerangaben nach jeder Injektion zu verwerfen sind. Grundsätzlich ist die Infektionsgefährdung bei s.c. Injektionen als gering anzusehen. Wenn die Insulininjektion durch das Personal durchgeführt wird, sind - schon allein aus haftungsrechtlichen Gründen - folgende hygienischen Maßnahmen erforderlich:

- Verwendung einer jeweils neuen Injektionsnadel
- Händedesinfektion
- Hautdesinfektion

(6.2.1 Punktionen und Injektionen)

Stellungnahme des RKI zur Insulingabe.

Mehrfache Verwendung von Injektionsnadeln bei Insulinpens und Insulin-Einmalspritzen?

www.rki.de Infektionsschutz: Krankenhaushygiene: FAQ:

http://www.rki.de/cln_028/nn_226790/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/FAQ/Insulingabe/faq_krankenhyg_insulin_ges.html

Was ist beim Umgang mit MRSA-Trägern zu beachten?

Problematisch ist die Unterscheidung in überwiegend sozial betreute und überwiegend pflegerisch betreute Personen. Die Realität zeigt, dass fast ausnahmslos überwiegend pflegerische Betreuung stattfindet. Da die überwiegend soziale Betreuung (im Sinne eines Altenheimes) nach Einführung der Pflegeversicherung nicht mehr finanziert wird, findet diese nur noch in Ausnahmefällen statt.

In der Mehrzahl der Fälle ist damit zu rechnen, dass künstliche Zugänge bestehen wie Harnableitungssysteme und Ernährungssonden.

Die Ablehnung kolonisierter oder infizierter Personen durch ein Pflegeheim ist aus medizinischer Sicht sicher ungerechtfertigt wie es die Empfehlung auch formuliert, aus finanziellen Gründen jedoch nachvollziehbar, denn bis heute werden die durch Pflege MRSA-besiedelter Bewohner entstehenden Mehrkosten nicht refinanziert und zur Neuaufnahme von Bewohnern sind die Heime nicht verpflichtet. Anders ist die Situation bei der Wiederaufnahme von Bewohnern nach einem

Krankenhausaufenthalt, da hier ein Heimvertrag besteht, der zur Wiederaufnahme verpflichtet.

In Kapitel 9.1.2.3 wird für Einrichtungen, in denen die Bewohner „überwiegend pflegerisch betreut werden“ die Berücksichtigung der „Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von MRSA-Stämmen in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen“ empfohlen. Diese Empfehlungen gehen in einigen Punkten über die der „Infektionsprävention in Heimen“ hinaus, so muss z.B. eine tägliche Flächendesinfektion für patientennahe Bereiche durchgeführt und der Patient in einem Einzelzimmer untergebracht werden.

In beiden Empfehlungen finden sich z.B. zum Screening des Personals, Einzelzimmerunterbringung, Schutzausrüstung und zu Maßnahmen beim Transport die gleichen Aussagen. Auch ist eine konsequente Händedesinfektion unstrittig. Schwierig ist der Umgang mit demenzten Bewohnern. Hier bieten sich gemeinsame Händedesinfektionsmaßnahmen von Pflegepersonal und Betroffenen bei möglichst jedem Kontakt an.

Bei der Sanierung sind folgende Empfehlungen zu berücksichtigen:

- Grundsätzlich sollen jeweils Einzelfallentscheidungen getroffen werden!
- Die Sanierung erfolgt mit Turixin-Nasensalbe (Wirkstoff Mupirocin) 3 x täglich über 5 Tage in beide Nasenvorhöfe mittels eines Wattetupfers und Gurgeln mit desinfizierender Lösung (Hexoral, Cordosyl, Oktenisept, Prontosan usw.) 2 x täglich über 5 Tage.
- Bei Besiedlung des Körpers (Nachweis von MRSA am Haaransatz, in den Leisten, in den Achseln, anal, ggf. genital und in Wunden) wird zusätzlich zu den genannten Maßnahmen desinfizierend gewaschen mit Decontaman, Octenisan, Prontosan, Sanalind, Skinsan Scrup usw. nach den entsprechenden Herstellerangaben (Verwendung als Waschlotion oder als fertige Waschlösung).
- Während der Zeit der Sanierung werden die Leibwäsche und die Bettwäsche täglich gewechselt, Gegenstände, die mit der Hand oder mit der Haut in Kontakt kommen, werden täglich gereinigt und ggf. desinfiziert (Zahnbürste, Brille, Zahnprothese, Kamm, Bürste, Lippenstift, diverse Kosmetika).
- Drei Tage nach der 5-tägigen Sanierung werden an drei aufeinander folgenden Tagen Abstriche von den befallenen Lokalisationen durchgeführt.

Wenn sanierungshemmende Faktoren wie z.B. Wunden oder Katheter vorliegen, muss zunächst die Heilung abgewartet werden, bevor eine endgültige Sanierung angegangen wird. Auch während dieser Phase kann eine Sanierungstherapie zur Keimreduktion sinnvoll sein.

(9.1 Multiresistente Erreger)

Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst (Iögd)

www.loegd.de/hygiene_infektiologie/krankenhaushygiene/texte_downloads/frameset.html

(Multi)resistente Erreger: Empfehlung: Infektionsprävention in Heimen. Methicillin-resistente *Staphylococcus aureus*.

Weiterführende Informationen zu MRSA: www.mrsa-net.org

Benötigen die Küchen ein HACCP-Konzept?

Die Empfehlung „Infektionsprävention in Heimen“ nimmt auch zur Lebensmittel- und Küchenhygiene Stellung. Allerdings bezieht sich die Stellungnahme noch auf die alte Lebensmittelhygieneverordnung. Diese wurde jedoch zum 01.01.2006 durch die neue EG-Verordnung 852/2004/EG (Amtsblatt der Europäischen Union L 226) abgelöst. Diese Verordnung sieht die Einführung und Umsetzung eines HACCP-Konzeptes (Hazard Analysis and Critical Control Point) vor. Dieses ist ein Eigenkontrollsystem, das dazu dient, gesundheitliche Gefahren durch Lebensmittel zu identifizieren, zu bewerten und zu beherrschen. Es beinhaltet die Festlegung der „Critical control Points“ und die Verifizierung und Dokumentation des Systems. Seit dem 01.01.2006 ist die Umsetzung dieses Konzeptes nach Lebensmittelhygieneverordnung auch für Gemeinschaftsküchen in Heimen vorgeschrieben.

Wohnbereichsküchen benötigen kein HACCP-Konzept.

(13 Lebensmittel- und Küchenhygiene)

Bundesinstitut für Risikobewertung: www.bfr.de

Fragen und Antworten zum HACCP-Konzept

www.bfr.bund.de/cm/234/fragen_und_antworten_zum_hazard_analysis_and_critical_control_point_haccp_konzept.pdf

Hygiene in Großküchen:

www.bfr.bund.de/cm/238/hygiene_in_grosskuechen_deutsch.pdf

Muss das Leitungswasser in Heimen kontrolliert werden?

Seit 01.01.2003 regelt die Trinkwasserverordnung (TrinkwV 2001) die Qualität von Wasser für den menschlichen Gebrauch (Trinkwasser). Gemäß dieser Verordnung gelten auch Anlagen der Hausinstallation als Wasserversorgungsanlagen. Hausinstallationen sind alle Rohrleitungen, Armaturen und Geräte, die das Trinkwasser von der Übergabestelle des Wasserversorgers zur Entnahmestelle befördern.

Wasser für den menschlichen Gebrauch muss frei von Krankheitserregern, genusstauglich und rein sein. Dieses Erfordernis gilt als erfüllt, wenn bei der Wassergewinnung, der Wasseraufbereitung und der Verteilung die allgemein anerkannten Regeln der Technik eingehalten werden und das Wasser für den menschlichen Gebrauch die chemischen und mikrobiologischen Anforderungen der Trinkwasserverordnung erfüllt.

Sowohl bei Neubau und Planung von Hausinstallationen als auch im laufenden Betrieb gelten Regelwerke als allgemein anerkannte Regeln der Technik (s.u.) Des Weiteren wird auf die entsprechenden RKI-Empfehlungen und Publikationen des Umweltbundesamtes verwiesen.

Zuständig für die Überwachung der Wasserversorgungsanlagen sind nach § 18 TrinkwV die Gesundheitsämter. Der Umfang der Überwachung ist in § 19 festgelegt. Die Untersuchungen müssen von einem akkreditierten Labor und einem zertifizierten Probennehmer durchgeführt werden.

Zusätzlich zu den Untersuchungen nach TrinkwV empfiehlt sich die Untersuchung von 2-4 Proben auf Legionellen nach § 20 Abs. 4a TrinkwV.

Beuth-Verlag: www.beuth.de:

DIN-Normen z. B. DIN 1988

VDI-Richtlinien z. B. VDI 6023

DVGW-Arbeitsblätter z. B. W551, W553

Listen anerkannter Trinkwasserlaboratorien:

www.loegd.de/umwelt_und_gesundheit/qualitaetssicherung_trinkwasser/frameset_liste.html

Die Fragen und Antworten wurden vom Arbeitskreis „Infektionsprävention in Heimen“ erstellt. Dem Arbeitskreis gehören an:

Dr. C. Groschopp (GA Heinsberg), H. Klein (GA Dortmund), Dr. U. Martin (GA Duisburg), Dr. A.-K. Sonntag (Institut für Hygiene, Universitätsklinikum Münster), D. Wikker (Evgl. Christophoruswerk e.V., Duisburg), P. Ziech (GA Kreis Warendorf), Dr. I. Daniels-Hardt (Iögd, Münster),