

PflegeDienst

Das HARTMANN-Magazin für die ambulante und stationäre Pflege

Heft 3-4/2012

Infektionsprävention in Einrichtungen der Altenpflege

Titelthema

**Schutz der Bewohner
vor Infektionen –
eine Herausforderung
für alle**

Pflegewissen

**Infektionsprävention
bei der täglichen Pflege**

Krankheitslehre

**Harnwegsinfektionen
beim älteren Menschen**





Schlaganfall und Psyche

Eine Halbseitenlähmung und Sprachstörungen sind häufige Folgen eines Schlaganfalls, das ist heute bekannt. **Aber eine Depression? Nur 30 Prozent der Deutschen bringen diese psychische Erkrankung mit einem Schlaganfall in Verbindung.** Das ist das Ergebnis einer großen Umfrage der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe. Dabei ist die Erkrankung weit verbreitet. 10 Prozent der Bundesbürger erkranken ein- oder mehrmals in ihrem Leben an einer schweren depressiven Episode, wie die Stiftung Deutsche Depressionshilfe ermittelt hat. Bei Schlaganfall-Betroffenen steigt diese Quote auf das Dreifache. Eine „Post Stroke Depression“ – so der Fachausdruck für die **Depression nach einem Schlaganfall** – kann **zwei Quellen** haben, wobei in der Fachwelt noch keine Einigkeit darüber erzielt wurde, welcher die größere Bedeutung zukommt. Erste Quelle ist zunächst der Schlaganfall an sich, der eine Verletzung des Gehirns darstellt und dadurch eine direkte Auswirkung auf die Gefühlswelt des Patienten haben kann. Als zweite Quelle gilt die Trauer oder das Entsetzen darüber, dass sich das eigene Leben dramatisch und unumkehrbar verändert hat. Fachleute sprechen in diesem Fall von einer reaktiven Depression. Beobachtet wird, dass schwere Schlaganfälle häufiger zu einer Depression führen als leichtere.

Frauen wird laut vieler Studien ein größeres Risiko für eine Depression zugeschrieben. Oder sind sie nur eher bereit, sich in Behandlung zu begeben? Aktuell berichten Krankenkassen, dass Frauen drei Viertel der sogenannten Antidepressiva verschrieben werden. **Antidepressiva** dienen der **medikamentösen Therapie** einer Depression. Sie wirken auf das Gehirn und haben oft Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten. Deshalb sollten Patienten eng überwacht werden. Daneben werden meist auch psychotherapeutische Methoden eingesetzt.

Welche **Therapien insbesondere bei Depressionen nach Schlaganfall** die beste Wirkung zeigen, ist bisher kaum wissenschaftlich untersucht worden. Nicht immer geht es darum, „gesund“ zu werden, denn manche Schlaganfall-Folgen werden nie weichen. Häufig steht das im Mittelpunkt, was Gesundheitswissenschaftler als „Krankheitsmanagement“ bezeichnen. Das Kölner Institut für Qualität im Gesundheitswesen (IQWiG) weist darauf hin, „dass eine besonders gut organisierte Behandlung, an der Pflegekräfte, Ärztinnen und Ärzte, Physiotherapeuten und Angehörige beteiligt sind, die langfristige Krankheitsbewältigung fördern kann“.

Fachleute zur Behandlung der Depression sind **Psychiater und Psychotherapeuten**. Während Psychiater Fachärzte sind, können Psychotherapeuten sowohl Psychologen als auch Mediziner sein. In beiden Fällen übernehmen Krankenkassen die Kosten, sofern eine Kassenzulassung vorliegt. **In akuten Krisen** ist es sinnvoll, am besten die nächste psychiatrische Klinik aufzusuchen. Viele Städte haben auch einen Krisendienst, der nachts und am Wochenende erreichbar ist. Die Nummer lässt sich finden, wenn man in der Suchmaschine „Krisendienst“ mit dem Namen der Stadt eingibt. Gibt es keine spezifische Adresse in der Nähe, kann man sich an die bundesweite Telefonseelsorge wenden (0800/1110111 oder 1110222). Viele weitere interessante Infos gibt es unter www.schlaganfall-hilfe.de.

Pflegefachpersonen müssen Deutsch können

Wegen des Fachpersonalmangels in der Pflege werden vermehrt Pflegefachpersonen aus dem Ausland angeworben. Dabei wird immer wieder versucht, die Qualifikationsanforderungen, die in den deutschen Berufsgesetzen definiert sind, zu unterlaufen. Ein Beispiel hierzu sind die Anforderungen an die Sprachkompetenz. „Kommunikation ist ein zentrales Element der pflegerischen Interaktion mit den Klienten“, sagt Franz Wagner, Vize-Präsident des Deutschen Pflegerates e. V. (DPR). „Je höher das Maß an Verantwortung ist, umso höher muss die Sprachkompetenz sein. Mangelnde Kommunikationsfähigkeit birgt ein hohes Risiko für eine unzureichende Versorgungssicherheit und -qualität.“ Er fordert daher die zuständigen Landesbehörden auf, dem Druck von Trägerseite nicht nachzugeben.

Der Europarat hat einen Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmen für Sprachen (GER) definiert, in dem das Sprachniveau für eine Berufsausübung allgemein auf Niveau B2 festgelegt ist – losgelöst von bestimmten Berufen. In der Pflege müssen jedoch die hohen Anforderungen berücksichtigt werden. Denn bei Verständigungsproblemen mit Klienten kann der Schaden schwerwiegend, in Extremfällen lebensbedrohlich sein.



Der Deutsche Pflegerat setzt sich vehement dafür ein, dass die Sprachkompetenz von Pflegefachpersonen auf einem Niveau bleibt, das die Versorgungsqualität sichert. Weitere Infos im Internet: www.deutscher-pflegerat.de

KDA-Ratgeber: Schutz vor resistenten Keimen

Fast eine halbe Million Menschen infiziert sich jedes Jahr mit multiresistenten Keimen, schätzt die Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene. Therapien schlagen kaum an, die Patienten sind lange krank, einige sterben an der Infektion. Das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA/www.kda.de) informiert nun in einem neuen Ratgeber über multiresistente Keime und erklärt, was es bedeutet, Träger dieser Keime zu sein, und wie sich Angehörige von Betroffenen davor schützen können.

Der Ratgeber, der vom KDA mit acht Experten des Robert Koch-Instituts und anderen Fachinstitutionen erarbeitet wurde, erklärt die Keime wissenschaftlich, aber allgemeinverständlich und gibt wertvolle Tipps für den Umgang mit ihnen. Er beschreibt, was in den verschiedenen Lebensbereichen wie Haushalt, Körperpflege, Ausscheidungen, soziale Kontakte, Ernährung und Sexualität zu beachten ist. „Das schafft Sicherheit im Alltag und hilft, Ängste abzubauen“, sagt Heiko Rutenkröger, Leiter des Bereichs Pflege im KDA und einer der Autoren des Ratgebers. Der KDA-Ratgeber steht auch kostenlos als Download unter <http://www.kda.de/news-detail/items/schutz-vor-multiresistenten-keimen.html> zur Verfügung.



Der Ratgeber „Umgang mit multiresistenten Keimen“ kann im Online-Shop des KDA bestellt werden (ISBN 978-3-940054-26-5, 6 Euro zzgl. Versandkosten).

Fortbildung zur Fachkraft für Kontinenzstörungen bei älteren Menschen

Sowohl in der stationären wie auch in der ambulanten Pflege spielt das Thema Inkontinenz als medizinisches, pflegerisches und vor allem auch wirtschaftliches Problem eine immer größere Rolle. Denn die Zahl älterer, inkontinenter Menschen steigt stetig. Entsprechend mehr Spezialisten, die mit dieser Problematik professionell umgehen können, sind erforderlich. Fachkräfte für Kontinenzstörungen, die Qualitätsmaßstäbe setzen und durch adäquate Schulung der Mitarbeiter zur Umsetzung der Standards beitragen, sind jedoch rar.

Die PAUL HARTMANN AG veranstaltet daher in Zusammenarbeit mit der Agaplesion Akademie, Heidelberg, das Intensivseminar „Fortbildung zur Fachkraft für Kontinenzstörungen bei älteren Menschen“. Ziel des Seminars ist die Vermittlung theoretischer Grundlagen zum Themenbereich Kontinenz: Wie entsteht Inkontinenz, was sind Risikofaktoren, welche Formen der Harninkontinenz und

welche Hilfsmittel gibt es, wie können therapeutische Maßnahmen in der Praxis umgesetzt werden und wie wird eine Pflegeplanung erstellt?

Solche und viele weitere Punkte sind Themen der Fortbildung, die sich an examinierte Kranken- und Altenpflegekräfte (3-jährige Ausbildung) mit Berufserfahrung richtet und mit dem Zertifikat „Fachkraft für Kontinenzstörungen bei älteren Menschen“ endet. Da die Teilnehmerzahl auf 17 begrenzt ist, wird um eine rechtzeitige Anmeldung gebeten. Im Jahr 2013 stehen drei Termine zur Auswahl: 18. bis 22. Februar, 10. bis 14. Juni und 21. bis 25. Oktober. Die Anmeldung erfolgt unter www.hartmann.de/seminare.php oder telefonisch (07321/36-1639). Die Gebühr für Seminar, Arbeitsunterlagen, Pausenverpflegung und reichhaltige Mittagessen beträgt 590 Euro zzgl. ges. MwSt. Eine Liste von Unterkunftsmöglichkeiten wird mit der Anmeldebestätigung zugesandt.



Seminarleitung: Margit Müller (1), Diplom Pflegewirtin (FH), und Simone Hartmann-Eisele (2), Diplom Pflegepädagogin (FH)
Referenten: Elke Kuno (3), Lehrerin für Pflegeberufe & Enterostomatherapeutin, und Dr. Elke Müller (4), Krankenschwester

Seminar zum Organisationsprinzip der stationären Tourenplanung: Mitarbeiter richtig einsetzen



Die nächsten Termine 2012: 21.11. in Hamburg, 28.11. in Stuttgart, 29.11. in Dortmund und 7.12. in Speyer. Informationen bei der PAUL HARTMANN AG, Dagmar Obele, Telefon 07321/36-8810, E-Mail dagmar.obele@hartmann.info. Die Teilnahmegebühr beträgt 175 Euro pro Person (zzgl. MwSt.).

Der richtige Mitarbeiterinsatz bestimmt maßgeblich die Wirtschaftlichkeit der Einrichtung und ist gleichzeitig Dreh- und Angelpunkt für Mitarbeiter- und Bewohnerzufriedenheit. Nur wenn definiert ist, welche Mitarbeitergruppe mit welcher Qualifikation wann genau welche Tätigkeit erfüllt, werden die Ressourcen optimal genutzt. Und dies geht weit über eine reine Dienstplanung hinaus, die nur klärt, wer zu welcher Zeit in der Einrichtung anwesend ist. Das Organisationsprinzip der „stationären Tourenplanung“ übernimmt dafür zahlreiche in der ambulanten Pflege erfolgreich angewandte Aspekte und setzt sie für Alten- und Pflegeheime um.

Das HARTMANN Tagesseminar, das sich an Führungskräfte der stationären Altenpflege richtet, zeigt auf, wie mit dem Konzept der Tourenplanung für die stationäre Pflege der Weg zur echten Nettoarbeitszeit beschränkt wird. Damit erhöht eine Einrichtung ihre Wirtschaftlichkeit und gleichzeitig Mitarbeiterzufriedenheit und Qualität, denn mit dem Konzept der Tourenplanung sind wirtschaftliches Arbeiten und Zeit für die Bewohner zu haben kein Widerspruch mehr. Die Teilnehmer erfahren, wie sie die Arbeit in den Pflegeteams neu und gerecht unter den Mitarbeitern verteilen,

indem Prozesse der Grund- und Behandlungspflege, hauswirtschaftliche Tätigkeiten oder Zeiten für Dokumentations- und Evaluationsarbeiten eindeutig definiert werden – auch wenn die Pflegestufen der Bewohner nicht ausreichend Informationen geben, um den konkreten Pflegeaufwand zu kalkulieren.

Gerade in Zeiten des Fachkräftemangels und der dadurch bedingten Fluktuation bzw. des Einsatzes von Zeitarbeitskräften kommt einer effizienten Einarbeitung eine besondere Bedeutung zu. Darüber hinaus ist es beim aktuellen Fachkräftemangel sinnvoll, genau zu hinterfragen, welche Aufgaben durch examinierte Fachkräfte erledigt werden müssen und welche Aufgaben andere Berufsgruppen übernehmen können, um den Pflegealltag transparent und zielgerichtet zu steuern. Beide Punkte werden im Seminar anhand zahlreicher praktischer Beispiele transparent gemacht.

Und nicht zuletzt lernen die Teilnehmer, beim Ausfall von Mitarbeitern und bei Veränderungen in der Bewohnerstruktur flexibel bei der Dienstplanung zu reagieren. Dadurch kann ein erster Schritt der „Ambulantisierung der stationären Pflege“ erreicht werden, was bei einer starren Schichteinteilung äußerst schwierig ist.

Bewohner vor Infektionen schützen: eine Herausforderung für alle

Bewohner von Pflege- und Altenheimen sind in der Mehrzahl multimorbide, abwehr-geschwächte Menschen mit einem hohen Infektionsrisiko. Damit wird die Infektionsprävention in der geriatrischen Pflege zu einer Herausforderung, die nur gelöst werden kann, wenn alle an der Pflege Beteiligten diszipliniert die Hygienerichtlinien einhalten.



Durch die verschiedenen körpereigenen Abwehrmechanismen ist der gesunde Mensch gegen das Eindringen krankmachender (pathogener) Mikroorganismen eigentlich gut gerüstet. Dazu zählen beispielsweise die intakte Haut mit ihrem Säureschutzmantel, der saure Magensaft, das saure Milieu der Scheide, das Flimmerepithel in den Luftwegen und selbstverständlich ein gut funktionierendes Immunsystem.

Im Alter aber wird wieder einmal alles anders. Normale physiologische Alterungsvorgänge, chronische Alterskrankheiten, Mangelernährung, die im Alter häufig ist, oder auch Tumorleiden schwächen das Immunsystem erheblich, die Disposition für Infektionskrankheiten wächst. Zu beobachten sind dabei ganz typische Infektionskrankheiten, die gehäuft die Harnwege, die Atmungsorgane, die Haut und den Verdauungstrakt betreffen.

In stationären Alten- und Pflegeheimen konzentrieren sich nun viele Bewohner, die einen zunehmend hohen Grad an Pflegebedürftigkeit und Immundefiziten aufweisen und durch die häufig vorliegenden Mehr-facherkrankungen oft selbst Keimausscheider sind. Auch bringt die frühe Zurückverlegung noch medizinisch betreuungsbedürftiger alter Menschen aus dem Akutkrankenhaus in die Alten- und Pflegeheime einen erhöhten Bedarf an Behandlungspflege mit sich, wodurch weitere Infektionsrisiken entstehen. Hinzu kommt das Infektionspotenzial von Mitarbeitern und Besuchern (der Mensch gilt als die wichtigste Infektionsquelle) sowie das Zusammenleben vieler Menschen auf relativ begrenztem Raum. So ist es nur konsequent, dass die hygienischen Maßnahmen zur Infektionsprävention in Alten- und Pflegeheimen einer Reihe gesetzlich verbindlicher Hygienerichtlinien unterliegen, um Schaden von den Bewohnern, aber auch vom Personal abzuwenden. Bewohnerschutz ist somit immer auch zugleich Mitarbeiterschutz (siehe Seiten 6/7).

Die vielen Vorschriften zu einem sicheren Hygienemanagement mögen dabei so manchem in der täglichen Routine übertrieben vorkommen. Wirksam können Hygienemaßnahmen aber erst dann werden, wenn keine Lücken bei der Durchführung entstehen, was bei allen Beteiligten ein ausgeprägtes Hygienebewusstsein voraussetzt. Hilfreich bei der Umsetzung und Einhaltung der Richtlinien ist vor allem, sich spezielles Fachwissen anzueignen, um die Notwendigkeit der einzelnen Maßnahmen erkennen und akzeptieren zu können. Dann fällt es auch bestimmt nicht schwer, die erforderliche hygienische Disziplin zu erbringen.

Im Umgang mit den Bewohnern ist die hygienische Händedesinfektion nahezu die wichtigste Maßnahme zur Infektionsprävention. Aber auch das Umfeld der Bewohner darf hygienisch nicht vernachlässigt werden und ist regelmäßig entsprechend den Vorgaben im Desinfektionsplan zu desinfizieren.



Personelle und organisatorische Vorgaben

Eine wesentliche Voraussetzung für eine effiziente Infektionsprävention sind geeignete personelle und organisatorische Strukturen. Diese zu schaffen, liegt im Verantwortungsbereich der Heimleitungen, wobei sich je nach Einrichtung und Pflegebedürftigkeit ihrer Bewohner unterschiedliche Anforderungen ergeben können. Grundsätzlich ist jedoch zu berücksichtigen:

- Das Personal sollte in allen hygienerelevanten Bereichen über entsprechende Sachkenntnisse zur Infektionsprävention verfügen. Beispielsweise kann im Rahmen der HARTMANN Inhouse Seminare umfassendes Wissen vermittelt werden (siehe Infokasten).
- Für die sachgerechte Umsetzung der verschiedenen gesetzlichen Vorgaben ist ein Hygienebeauftragter mit entsprechender Ausbildung erforderlich. Dieser Hygienebeauftragte kann auch extern gestellt werden. So hat QMService einen „externen Hygienebeauftragten“ in sein Dienstleistungsangebot aufgenommen, der die komplexe Aufgabe der Implementierung und Überwachung eines Hygienemanagements übernimmt. (Auskunft unter dagmar.obele@hartmann.info)
- Eine Hygienekommission, an der Träger, Verwaltung, Ärzte und Pflegepersonal, eventuell sogar die Bewohner selbst oder deren Angehörige beteiligt sind, kann zweckmäßig bei der Erarbeitung von Lösungen einrichtungsspezifischer Hygieneprobleme sein.
- Besonders wichtig ist die Einbeziehung des vom jeweiligen Bewohner frei gewählten Arztes in das Hygienemanagement, da eine rechtzeitige Diagnose und erregergerechte Therapie den Erfolg einer Infektionsprävention in erheblichem Maße mitbestimmt.

Ohne Hygieneplan geht nichts

Gemäß § 36 Infektionsschutzgesetz (IfSG) und den Technischen Regeln für biologische Arbeitsstoffe (TRBA) sind Einrichtungen nach § 1 Abs. 1, 1a des Heimgesetzes verpflichtet, innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Infektionshygiene in Form von Hygieneplänen schriftlich festzulegen. Erstellt werden kann ein Hygieneplan nur durch geschultes Fachpersonal, zum Beispiel durch eine Hygienefachkraft oder einen Hygienebeauftragten, da die Aufgabe ohne fundiertes Fachwissen nicht zu bewältigen ist. So erfordert ein Hygieneplan beispielsweise eine Analyse der einrichtungsspezifischen Infektionsgefahren in den verschiedenen Pflege- und Wirtschaftsbereichen, eine Bewertung dahingehend, bei welchen Risiken risikominimierende Maßnahmen erforderlich sind, die Festlegung konkreter Maßnahmen zur Risikominimierung sowie deren Überwachung mit einem vertretbaren Aufwand.

Somit ist der Hygieneplan grundsätzlich zu unterscheiden von einem Desinfektionsplan, der eine Anlage zum Hygieneplan ist. Ein Desinfektionsplan kann von einem geschulten Außendienstmitarbeiter oder Fachberater eines entsprechenden Lieferanten – beispielsweise von HARTMANN – erstellt werden, nicht aber ein Hygieneplan.



Gelten Änderungen des IfSG auch für Alten- und Pflegeheime?

Jährlich erkranken in Deutschland ca. 400.000 bis 600.000 Patientinnen und Patienten an Infektionen, die in Zusammenhang mit einer medizinischen Maßnahme stehen. Zwischen 7.500 und 15.000 Menschen sterben jährlich daran. 20 bis 30 Prozent der Infektionen – so schätzen Experten – wären durch die korrekte Einhaltung von Hygienemaßnahmen vermeidbar. Zielsetzung der Änderungen des Infektionsschutzgesetzes (IfSG), die Mitte Juli 2012 in Kraft getreten sind, ist deshalb, die Zahl der nosokomialen Infektionen, insbesondere mit antibiotikaresistenten Erregern zu senken.

Da die Problematik der nosokomialen Infektionen aus unterschiedlichen Gründen auch Pflegeeinrichtungen betrifft, stellt sich die Frage, inwieweit diese die Gesetzesänderungen umsetzen müssen, die derzeit für Krankenhäuser und ambulante Einrichtungen, die invasive Eingriffe vornehmen, verbindlich sind. Hier kann jedoch Entwarnung gegeben werden.

Pflegeeinrichtungen und andere Einrichtungen nach § 1 Absatz 1 bis 5 des Heimgesetzes haben lediglich in Hygieneplänen innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Infektionshygiene festzulegen. Die Überwachung unterliegt dem Gesundheitsamt. Damit hat der Gesetzgeber klar festgelegt, dass die strikten Vorschriften für die Krankenhaushygiene nicht auf Pflegeeinrichtungen ausgedehnt werden.

Als Teil des gemäß dem Infektionsschutzgesetz geforderten Hygieneplans stellt der Desinfektionsplan ein wichtiges Element der Infektionsverhütung dar. Der Plan sollte regelmäßig den jeweiligen Infektions-situationen und -risiken angepasst, den Mitarbeitern erläutert und gut sichtbar aufgehängt werden.

HARTMANN Inhouse Seminar: Hygienemanagement

Die Entstehung und Ausbreitung von Infektionen in Einrichtungen des Gesundheitswesens bergen große Risiken für Bewohner/Patienten, Angehörige/Besucher, Lieferanten und nicht zuletzt für Mitarbeiter in allen Bereichen einer Einrichtung. Grundregeln der Hygiene sowie Information und Dokumentation zum Umgang mit MRSA, Hepatitis, Scabies und weiteren Infektionen gehören zum Risikomanagement im Bereich der Hygiene. Ziel der Fortbildung ist es, anhand der gesetzlichen Vorgaben mit praktischen Beispielen die Erfüllung der Hygieneanforderungen darzustellen und zu einer einrichtungsorientierten Qualitätsentwicklung beizutragen. Neben Übertragungswegen, Symptomen und durchzuführenden Maßnahmen bei einer Infektion oder im Befall werden auch die Vorgaben der Prävention erläutert.



Weitere Information bei
Dagmar Obele, Telefon:
07321 / 368810, E-Mail:
dagmar.obele@hartmann.info
oder seminare@hartmann.info



Infektionsschutz auch für Mitarbeiter ein Muss

Die Gefährdung durch pathogene Mikroorganismen ist in Altenpflegeeinrichtungen allgegenwärtig. Somit gilt es nicht nur, die Weiterverbreitung von Erregern zu unterbinden und Bewohner vor Infektionen zu schützen, auch Mitarbeiter haben ein gesetzlich verbindliches Recht auf einen wirksamen Infektionsschutz.

Wenngleich die gesetzlichen Hygieneregeln in Altenpflegeeinrichtungen nicht so strikt sind wie in Krankenhäusern und ambulanten OP-Zentren, trägt der Gesetzgeber dem relativ hohen Gefährdungspotenzial von Bewohnern und Pflegepersonal auch hier Rechnung. Verbindlich für den Schutz der Bewohner sind das Infektionsschutzgesetz und das Heimgesetz sowie für das Personal zusätzlich diverse Arbeitsschutzbestimmungen.

Von besonderer Bedeutung sind dabei die technischen Regeln für biologische Arbeitsstoffe, die TRBA 250. Von „biologischen Arbeitsstoffen“ spricht der Gesetzgeber, wenn bei der beruflichen Tätigkeit eine Gefährdung durch Mikroorganismen besteht, die beim Menschen Infektionen bzw. sensibilisierende oder toxi-

Washbecken, die durch Mitarbeiter benutzt werden, müssen mit einem „Hygiene-set“ – bestehend aus Spender für Händedesinfektionsmittel, Spender für Waschlotion, Spender für Einmalhandtücher und einem Abwurfbehälter für benutzte Handtücher – ausgestattet sein (RKI/TRBA 250).



sche Wirkungen hervorrufen können. Dazu zählen u. a. Bakterien, Viren oder Sporen. Die gesetzlich maßgebliche Biostoffverordnung (BioStoffV) unterscheidet dabei in gezielte und ungezielte Tätigkeiten. Einer gezielten Tätigkeit gehen jene Berufsgruppen nach, die beispielsweise in Laboren geplant mit Erregern umgehen. Pflege, Betreuung und Untersuchungen der Bewohner sowie Reinigungsarbeiten werden hingegen als ungezielte Tätigkeit bezeichnet, weil der Umgang bzw. der Kontakt mit den Mikroorganismen nicht planbar ist. Sie sind sogar als Tätigkeiten mit den höheren Risiken klassifiziert, da die damit verbundene Gefährdung häufig schwieriger zu beurteilen ist als bei einem geplanten, gezielten Umgang mit biologischen Arbeitsstoffen.

Als Konsequenz daraus verlangt der Gesetzgeber von den Altenpflegeeinrichtungen, die Gefährdung zu evaluieren und einer entsprechenden in der BioStoffV festgelegten Risikostufe zuzuordnen. Aus dieser Gefährdungsbeurteilung ergibt sich dann, welche Schutzmaßnahmen angewendet werden müssen. Die meisten biologischen Arbeitsstoffe, mit denen Altenpflegeeinrichtungen konfrontiert werden, sind der Risikogruppe 2 zugeordnet. Sie umfasst u. a. bisher klassifizierte Grippeviren, Herpes-Erreger, Masern-Viren, Salmonellen, Staphylokokken – auch multiresistente – und Noroviren.

Entsprechend der ermittelten Risikogruppe wird die Schutzstufe festgelegt. Für Altenpflegeeinrichtungen heißt dies konkret: Tätigkeiten, bei denen es regelmäßig und in größerem Umfang zu Kontakt mit Körperflüssigkeiten, -ausscheidungen oder -gewebe kommen kann, werden in die Schutzstufe 2 eingeordnet, so zum Beispiel der Wechsel von Inkontinenzprodukten.

Die bei der Schutzstufe 2 zu ergreifenden Maßnahmen sind in der TRBA 250 festgelegt. Die notwendigen Anordnungen sind entsprechend der Schutzstufe zu treffen. Die Beschäftigten sind im Rahmen einer Betriebsanweisung zu informieren und müssen darin unterrichtet werden. Der Fokus liegt dabei auf Desinfektionsmaßnahmen und der persönlichen Schutzausrüstung (PSA) von Mitarbeitern.

Hände- und Flächendesinfektion

Bei den Desinfektionsmaßnahmen hat die hygienische Händedesinfektion besonderes Gewicht und ihre Bedeutung zur Unterbrechung von Infektionsketten kann nicht oft genug betont werden. Denn Krankheitserreger werden am häufigsten durch die Hände von Arzt und Pflegepersonal übertragen.

Die hygienische Händedesinfektion steht neben dem Tragen einer Atemschutzmaske aber auch im Mittelpunkt des Personalschutzes, um Mitarbeiter vor der Kolonisierung mit MRSA zu schützen. Denn nosokomiale Staphylokokken-Infektionen werden ebenfalls am häufigsten über die Hände kolonisierter Personen übertragen. Vor und nach jedem Kontakt mit Patienten oder Bewohnern ist deshalb eine hygienische Händedesinfektion unerlässlich.

Noroviren-Ausbrüche: striktes Hygieneregime erforderlich

Erfahrungsgemäß treten Gastroenteritis-Ausbrüche durch Noroviren in den Wintermonaten gehäuft auf, was Anlass sein soll, die Kernpunkte eines wirksamen Hygieneregimes kurz darzustellen:

- Noroviren sind hochansteckend. Minimale Mengen von 10 bis 100 Viruspartikeln reichen als Infektionsdosis aus. Zum Vergleich: In einem Gramm Stuhl sind rund 10 Millionen Viruspartikel enthalten.
- Die Übertragung des Norovirus erfolgt fäkal-oral von Mensch zu Mensch hauptsächlich durch Stuhl und Erbrochenes sowie durch beim Erbrechen entstandene Aerosole. Ausbrüche können aber auch von kontaminierten Speisen oder Getränken ausgehen.
- Da Noroviren eine hohe Umweltstabilität (Tenazität) besitzen und auf unbelebten Oberflächen zwischen acht Stunden und sieben Tage infektiös bleiben, spielen kontaminierte Gegenstände wie Kleidung, Türgriffe, Betten usw. im Infektionsgeschehen ebenfalls eine wichtige Rolle.
- Wenn die typische Symptomatik Hinweise auf eine Norovirus-Infektion gibt, sollten aufgrund der epidemischen Potenz die Hygiene- und Kontrollmaßnahmen unverzüglich – noch

vor der labordiagnostischen Bestätigung – eingeleitet werden.

- Dabei ist von entscheidender Bedeutung, die Infektionsquelle rasch zu erkennen, um sie mit gezielten Maßnahmen ausschalten zu können.
- Bewohner- und Personalbewegungen sind innerhalb der Stationen möglichst einzuschränken, um eine Ausbreitung zwischen einzelnen Stationen und Bereichen zu minimieren.
- Erkranktes Personal sollte auch bei geringen gastrointestinalen Beschwerden von der Arbeit freigestellt werden und erst frühestens zwei Tage nach Ende der klinischen Symptomatik unter sorgfältiger Beachtung der Händehygiene die Arbeit wieder aufnehmen.
- Neben Maßnahmen wie der Absonderung erkrankter Personen (ggf. Kohortenisolierung und -pflege), dem Tragen von Schutzkleidung und der Desinfektion patientennaher Flächen, Toiletten, Waschbecken, Türgriffen usw. ist die Händehygiene eine unverzichtbare, grundlegende Maßnahme.

Quelle: Merkblatt-Reihe des Robert Koch-Instituts (RKI) „Ratgeber Infektionskrankheiten“, aktualisierte Fassung vom Juli 2008.

und am besten latexfrei zur Vermeidung von Latexallergien. Einmalhandschuhe für die Ansprüche in der Küche, bei Reinigungsarbeiten und im Labor müssen beständig gegen Chemikalien wie zum Beispiel Desinfektionsmittel sein. Eine lange Stulpe soll dabei optimal vor Kontakt mit kontaminierten Reinigungsflüssigkeiten schützen und verhindern, dass diese in den Handschuh laufen und die Haut schädigen. Beide Forderungen werden durch Handschuhe der PSA-Schutzkategorie III erfüllt. Ein Beispiel für einen nach PSA-Kategorie III qualifizierten Einmalhandschuh ist Peha-soft nitrile guard.

- **Atemschutzmaske**, wenn mit dem Verspritzen oder Versprühen infektiöser oder potenziell infektiöser Flüssigkeit zu rechnen ist, z. B. bei Wundspülungen oder endotrachealen Absaugungen. Ggf. kann auch das Tragen einer Baretthaube zweckmäßig sein.
- **Schutzbrille** bei erwarteter extremer Aerosolbildung, beispielsweise durch Erbrechen.
- **Spezielle Schuhe** bei Rutschgefahr und Nässe.

Im Ernstfall ist die komplette PSA mit Schutzkittel, Atemschutzmaske, Schutzbrille und Schutzhandschuhen eine wirksame Barriere gegen Keimübertragung und schützt sicher vor Infektionen.

Auch die Flächendesinfektion ist eine wichtige Schutzmaßnahme. Beispielsweise können MRSA bis zu sieben Monate auf unbelebten Oberflächen infektiös bleiben. Damit können Mitarbeiter über einen langen Zeitraum Gefahr laufen, in Kontakt mit kontaminierten Flächen zu kommen, womit wiederum das Kolonisationsrisiko steigt, insbesondere wenn in den entsprechenden Situationen keine Händedesinfektion durchgeführt wird. Patienten- bzw. bewohnernahe Flächen, Kontaktflächen von am Bewohner benutzten Geräten oder persönliche medizinische Geräte werden entsprechend den RKI-Empfehlungen desinfiziert.

Die persönliche Schutzausrüstung

Die persönliche Schutzausrüstung muss der TRBA 250 zufolge in ausreichender Stückzahl vorgehalten werden. Dabei bezieht sich „ausreichend“ sowohl auf die Zahl der Beschäftigten als auch auf die Vorhaltung von Schutzkleidung bei speziellen Infektionsgefahren, beispielsweise bei Noroviren-Ausbrüchen. Die Mitarbeiter sind umgekehrt verpflichtet, die für ihre Tätigkeit vorgesehene Schutzausrüstung auch zu tragen.

Die persönliche Schutzausrüstung (PSA) nach TRBA 250 umfasst für Risikogruppe 2:

- **Schutzkittel**, vorzugsweise flüssigkeitsdicht und zum Einmalgebrauch, um einer Kontamination der Bereichskleidung des Personals bei der Patienten-/Bewohnerpflege vorzubeugen. Der Einmal-Schutzkittel sollte möglichst nach jedem Gebrauch gewechselt und im Patienten-/Bewohnerzimmer entsorgt werden, weil durch ein solches Vorgehen eine Keimverbreitung am wirkungsvollsten unterbunden werden kann.
- **Schutzhandschuhe für die Bewohnerpflege**, puderfrei, fest, flüssigkeitsdicht und am besten latexfrei, um auch die Gefahr einer Latexallergie für die Mitarbeiter auszuschließen. Das Gebot, Einmalhandschuhe zu tragen, gilt zusätzlich zur hygienischen Händedesinfektion bei jeglichen Manipulationen am Patienten/Bewohner, bei Kontakt mit Ausscheidungen und Sekreten sowie bei der Grundpflege und der speziellen Pflege von Kathetern und Verbänden. Die Einmalhandschuhe werden nach Gebrauch sofort in einem geeigneten Abwurfbehälter entsorgt.
- **Schutzhandschuhe für die Reinigungsarbeiten**, puderfrei, flüssigkeitsdicht, mit verlängertem Schaft



Infektionsprävention bei der täglichen Pflege

Ein sehr hohes Infektionsrisiko besteht vor allem bei Maßnahmen der invasiven Behandlungspflege, z. B. bei der Katheterpflege oder der Wundbehandlung. Aber auch bei Routinetätigkeiten wie dem Wechseln von Inkontinenzvorlagen kann es zu massiver Keimverbreitung kommen, wenn nicht hygienisch sicher gearbeitet wird.



Bei der Einhaltung einer lückenlos aseptischen Arbeitsweise helfen in entscheidender Weise gebrauchsfertig sterile Peha Katheter-Sets und die Verbandstoffsets MediSet PEG/SBK.

Der transurethrale Blasenkatheterismus

Auch wenn beim transurethralen Blasenkatheterismus mit der Harnröhre ein „natürlicher“ Zugang für den Katheter ins Körperinnere genutzt wird, bedeutet dies nicht, dass deshalb keine Infektionsgefahr besteht. Vielmehr ergibt sich ein erstes großes Risiko bereits beim Legen des Katheters, wenn Keime aus der allgemeinen Umgebung (z. B. Hände des Katheterisierenden, kontaminiertes Material) bzw. aus der Besiedelung der äußeren Genitale und distalen Harnröhre mit dem Katheter in die Harnblase geschoben werden. Unsachgemäße Kathedertechnik und nicht geeignete Kathetermaterialien, aber auch die Liegedauer des Katheters sind weitere schwerwiegende Infektionsrisiken. Blasenkatheter dürfen deshalb nur nach strenger ärztlicher Indikationsstellung unter strikten aseptischen Bedingungen gelegt werden und sind so bald wie möglich wieder zu entfernen. Die Durchführenden müssen eine subtile Kathedertechnik beherrschen und mit der Katheterpflege unter aseptischen Bedingungen vertraut sein.

Die perkutan-endoskopische Gastrostomie (PEG)

Bei diesem Verfahren der enteralen Ernährung wird der Zugang durch die Bauchdecke geschaffen, das Legen der Sonde erfolgt unter OP-Bedingungen und endoskopischer Kontrolle. Bei entsprechender Indikation wird die PEG vor allem in der Langzeitbehandlung mehr und mehr bevorzugt angewandt, weil sie einige wichtige Vorteile bietet: Mithilfe dieser Sonde kann der Patient unter Umgehung des oberen Verdauungstraktes ernährt werden, der Magen-Darmbereich bleibt aber

weiterhin an der Verdauung beteiligt. Der Patient kann sich außerdem frei bewegen, unangenehme Würgereize wie bei einer nasogastralen Sonde treten nicht auf.

Aber auch die PEG hat ihre Komplikationen wie Druckgefühl, Erbrechen oder Dehydration, die oft auf die Art und Weise der Applikation der Sondennahrung zurückzuführen sind. Eine der möglichen Hauptkomplikationen ist jedoch die Infektion der Sondenaustrittsstelle, die praktisch eine Wunde darstellt. Wie eine solche wird sie auch behandelt: Nach Neuanlage der Sonde wird in den ersten 7-10 Tagen täglich ein steriler Verbandwechsel durchgeführt, weil die frisch gesetzte Wunde in dieser Zeit verstärkt sezerniert. Der tägliche Verbandwechsel ist auch erforderlich, wenn Infektionszeichen erkennbar sind. Ist die Sondenaustrittsstelle im weiteren Verlauf reizlos und unauffällig, ist in der Regel ein steriler Verbandwechsel alle 2-3 Tage ausreichend.

Der suprapubische Blasenverweilkatheter (SBK)

Beim SBK wird für den Katheterzugang die Bauchdecke einschließlich der Harnblase punktiert, sodass wie bei der PEG eine infektionsgefährdete Wunde gesetzt wird. Damit gelten hier dieselben Bedingungen wie bei der PEG-Versorgung: täglich steriler Verbandwechsel in den ersten 7-10 Tagen nach Neuanlage des SBK, ebenso bei vorhandener Sekretion bzw. bei Infektionsanzeichen an der Kathetereintrittsstelle, später bei reizlosem Zustand alle 2-3 Tage steriler Verbandwechsel.

Sterile Sets helfen, die Asepsis zu sichern

Selbst bei einem scheinbar „einfachen“ Verbandwechsel können sich viele Fehler in der Handhabung einschleichen und zu unsterilem Arbeiten führen. Erst recht ist dies der Fall beim Legen eines transurethralen Blasenkatheters, weil es sich hier um eine sehr komplexe Behandlungsmaßnahme handelt, die eigentlich analog einem operativen Eingriff zu handhaben ist – systematisch und geplant, mit sterilem Material.

Eine nicht zu unterschätzende Hilfe für eine einwandfrei hygienische Durchführung unter sterilen Bedingungen sind dabei die gebrauchsfertig sterilen Peha Katheter-Sets und MediSets für den Verbandwechsel bei PEG und SBK. Die indikationsbezogenen Sets enthalten sicher steril alle Verbandstoffe, die für die jeweiligen Tätigkeiten gebraucht werden. Ein zeitaufwendiges Zusammensuchen einzelner Verbandstoffe, deren einwandfreie Sterilität nicht immer gegeben ist, entfällt. Einige Varianten des Peha Katheter-Sets enthalten zusätzlich Einmalhandschuhe, ein Hautdesinfektionsmittel, ein Gleitgel zum Befeuchten der männlichen Harnröhre und/oder eine Aqua-dest.-Spritze zum Blocken des Dauerkatheters.

Alle Sets sind einfach und sicher zu handhaben und so gepackt, dass sie ein immer gleiches, systematisches Arbeiten beim Katheterisieren oder beim Verbandwechsel ermöglichen. So können falsche Handgriffe, die zur Unterbrechung der Sterilkette führen, bereits im Ansatz erkannt und vermieden werden.

Wundbehandlung und Verbandwechsel

Im Rahmen der Wundbehandlung ist der Verbandwechsel eine Maßnahme, bei der die Wunde und damit der Patient außerordentlichen Infektionsrisiken ausgesetzt ist. Denn die offene Wunde ist eine ideale Eintrittspforte für Bakterien, die entweder beim Eindringen in die Wunde bereits krankmachend (pathogen) sind oder in der Wunde ihre pathogene Potenz entfalten. Ist die Wunde bereits klinisch infiziert, erhöht sich durch die Sekundärinfektion das Risiko, dass sich eine bislang lokal begrenzte Infektion rasch über die Blut- und Lymphbahnen systemisch bis hin zur akut lebensbedrohlichen Sepsis ausweitet.

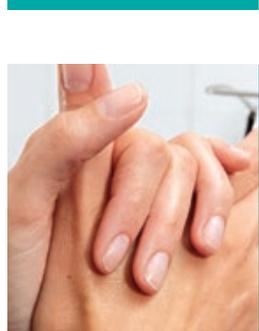
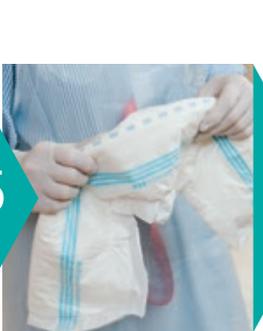
Ein Verbandwechsel hat deshalb ausschließlich unter aseptischen Bedingungen in Non-Touch-Technik zu erfolgen, wobei eine korrekt durchgeführte Händedesinfektion vor und nach dem Verbandwechsel (nach dem Ausziehen der Handschuhe) eine der wichtigsten Maßnahmen zur Vermeidung einer Infektion ist. Zusätzlich schützt das Tragen unsteriler Handschuhe

beim Entfernen des Wundverbandes sowie von sterilen Handschuhen bei der nachfolgenden Wundversorgung sowohl Patienten als auch Behandler. Diese strikten Hygieneregeln gelten für alle medizinischen und pflegerischen Bereiche, auch in der häuslichen Kranken- und Altenpflege.

Auch die Wundursache spielt im Hinblick auf die Infektionsgefährdung eine große Rolle. So tragen Wundpatienten mit arteriellen und diabetischen Ulzera sowie Dekubitalulzera ein extrem hohes Infektionsrisiko, das nur durch eine disziplinierte Einhaltung der Hygieneregeln beim Verbandwechsel zu reduzieren ist.

Weiteres Unheil droht Wundpatienten schließlich durch das verstärkte Auftreten antibiotikaresistenter Keime, die bei offenen Wunden zu lebensgefährlichen Infektionen führen können. Dabei ist das Infektionsrisiko keineswegs nur auf den Krankenhausbereich begrenzt. Man schätzt, dass in deutschen Alten- und Pflegeheimen bereits mehr als zehn Prozent der Bewohner mit MRSA-Keimen besiedelt sind.

Schritt für Schritt zur hygienisch sicheren Inkontinenzversorgung

	 <p>1</p>	 <p>2</p>	 <p>3</p>	 <p>4</p>
 <p>30 Sekunden Hände desinfizieren</p>	<p>Flüssigkeitsdichte Einmalschürze anlegen und Handschuhe anziehen. Tipp: Qualitativ hochwertige Nitrilhandschuhe verwenden. Sie sind reißfest und haben ein deutlich geringeres Allergienpotenzial als Latexhandschuhe. Die Hände sollten trocken sein.</p>	<p>Beladenes Inkontinenzprodukt nach hinten abnehmen, in den Handschuh ziehen und abwerfen. Tipp: Hautkontakt mit dem beladenen Inkontinenzprodukt unbedingt vermeiden, da es sonst zu einer Erregerübertragung kommen kann.</p>	<p>Neue Handschuhe anziehen und Intimbereich reinigen. Tipp: Um eine Verschleppung von Darmbakterien zum Harnröhreneingang zu vermeiden, muss das Gesäß von vorne nach hinten gewaschen werden. Bei jeder neuen Berührung einen unbenutzten Teil des Waschhandschuhs ansetzen.</p>	<p>Handschuhe abwerfen. Tipp: Vermeiden Sie, dass eine nicht behandschuhte Hand die Handschuhaußenseite berührt. Dieses Vorgehen minimiert eine Kontaminationsgefahr.</p>
	 <p>5</p>	 <p>6</p>	 <p>7</p>	 <p>8</p>
 <p>30 Sekunden Hände desinfizieren</p>	<p>Neue Handschuhe anziehen. Transparente Hautschutzcreme auftragen. Tipp: Spezielle Hautschutzcremes sind auf die besonderen Bedürfnisse der Haut inkontinenter Personen abgestimmt und schränken die Saugleistung von Inkontinenzprodukten nicht ein.</p>	<p>Neues Inkontinenzprodukt in Schiffchenform vorfalten. Produkt von vorne nach hinten anlegen, um Keimverschleppung zu vermeiden. Tipp: Innovative Inkontinenzprodukte sind hautfreundlich, bieten einen hohen Tragekomfort und sind komfortabel in der Anwendung.</p>	<p>Handschuhe abwerfen. Tipp: Vermeiden Sie, dass eine nicht behandschuhte Hand die Handschuhaußenseite berührt. Dieses Vorgehen minimiert eine Kontaminationsgefahr.</p>	 <p>30 Sekunden Hände desinfizieren</p>



Je nach Erreger bzw. Hygienrisiken werden Hände- und Flächen-Desinfektionsmittel mit unterschiedlichen Wirkungsspektren eingesetzt. HARTMANN bietet sowohl für die Routinedesinfektion als auch für spezielle Erreger moderne Produkte an, die den geltenden Normen und Richtlinien zur Wirksamkeitsprüfung entsprechen.

Im Gegensatz zur Sterilisation, die die vollständige Abtötung bzw. Inaktivierung aller vermehrungsfähigen Mikroorganismen bedeutet, hat die Desinfektion zum Ziel, pathogene (krankmachende) Mikroorganismen wie Bakterien und Viren mithilfe chemischer Desinfektionsmittel zu inaktivieren bzw. so zu reduzieren, dass Infektionsketten wirksam unterbrochen und Infektionsrisiken für den Menschen minimiert werden.

Zur gezielten Inaktivierung von Keimen ist es erforderlich, dass die Wirkung des Desinfektionsmittels exakt auf die Eigenschaften der Erreger abgestimmt ist. In Gesundheitseinrichtungen kommen dabei vor allem Bakterien als Infektionsverursacher in Betracht. So werden z. B. in Krankenhäusern 90 Prozent aller Infektionen auf Bakterien zurückgeführt*. Zunehmend bereiten aber auch die mittlerweile gegen mehrere Antibiotika resistenten Bakterienstämme große Probleme.

Viren werden u. a. in behüllte und unbehüllte unterschieden, was bei der Auswahl des Desinfektionsmittels zu berücksichtigen ist. Der Hinweis „begrenzt viruzid“ lobt dabei die Wirksamkeit des Desinfektionsmittels gegenüber behüllten Viren wie z. B. Hepatitis-B- und Grippe-Viren aus, „viruzid“ diejenige gegenüber behüll-

ten und den schwerer zu desinfizierenden unbehüllten Viren wie z. B. Noroviren. Die Mehrzahl der Viren, die in Altenpflegeeinrichtungen auftreten, ist behüllt und daher mit einem begrenzt viruziden Desinfektionsmittel leicht zu inaktivieren.

Händedesinfektion und Händepflege

Die Übertragung pathogener Mikroorganismen durch die Hände von Ärzten und Pflegepersonal gilt weltweit als Hauptursache nosokomialer Infektionen. Die Händedesinfektion ist somit der wichtigste Schritt zur Unterbrechung der Kontaminations- bzw. Infektionskette. Dies gilt uneingeschränkt für die stationären Bereiche in Alten- und Pflegeheimen, aber auch für die ambulante, häusliche Pflege.

Als erstes marktfähiges alkoholisches Hände-Desinfektionsmittel setzte **Sterillium** vor mehr als 40 Jahren Maßstäbe. Auch heute zeichnet sich das Sterillium-Sortiment durch Innovation, Hautverträglichkeit und Wirksamkeit aus. Sterillium wirkt umfassend gegen Bakterien und Pilze, ist begrenzt viruzid, d. h. wirksam gegen behüllte Viren einschließlich HBV, HCV und HIV sowie gegen Adeno-, Polyoma- und Rotaviren. Außerdem verfügt es über eine ausgezeichnete Wirksamkeit gegenüber methicillinresistenten *Staphylococcus aureus* (MRSA). Durch ein spezielles Pflege- und Rückfettungssystem ist Sterillium auch bei Langzeitanwendung besonders gut hautverträglich.

Unbehüllte Viren wie z. B. das Norovirus sind gegenüber behüllten Viren vergleichsweise schwieriger zu inaktivieren. Das Robert Koch-Institut (RKI) empfiehlt, für die gezielte Desinfektion sowie insbesondere zur Unterbrechung von Infektionsketten im Rahmen von Häufungen Desinfektionsmittel mit nachgewiesener viruzider Wirkung einzusetzen**. Diese Produkte sind in der Desinfektionsmittelliste des RKI gemäß § 18 IfSG mit dem Wirkungsbereich B gekennzeichnet.

Sterillium Virugard ist das erste alkoholische Hände-Desinfektionsmittel, das in die RKI-Liste (A/B) aufgenommen wurde. Es hat eine außerordentliche Wirkungsbreite gegenüber Bakterien, Pilzen und Viren, ist bakterizid, fungizid, tuberkulozid und viruzid. Sterillium Virugard trocknet schnell und rückstandsfrei und ist farbstoff- und parfümfrei.

Eine sichere Händedesinfektion ist grundsätzlich nur dann möglich, wenn die Hautoberfläche intakt, gesund und gepflegt ist. Andernfalls finden Mikroorganismen auf einer rissigen und schuppigen Hautoberfläche

* Edmond MB et al., Nosocomial bloodstream infections in United States hospitals: a three-years analysis. Clin Infect Dis., 1999, Aug; 29(2):239-44
** Robert Koch-Institut, FAQ, häufig gestellte Fragen, „Wie wird beim Vorkommen von Norovirus sachgerecht gezielt desinfiziert?“, www.rki.de, Stand: 07.10.2008

*** Kramer A., Schwabke I., Kampf G.: How long do nosocomial pathogens persist on inanimate surfaces? A systematic review. BMC Infect. Dis. 2006; 6:130

Alkoholische Hände-Desinfektionsmittel von HARTMANN wirken gegenüber antibiotikaempfindlichen und -resistenten Bakterienstämmen gleichermaßen gut.



ideale Nischen und werden nicht sicher eliminiert, was fatale Auswirkungen auf den Infektionsschutz haben kann. Deshalb wird in der Richtlinie zur hygienischen Händedesinfektion des RKI die Hautpflege als „berufliche Pflicht“ bewertet.

Mit den hochwertigen **Baktolan Hautschutz- und Pflegeprodukten** kann die natürliche Barrierefunktion der Haut unterstützt und die Haut auch bei stark beanspruchten Händen regeneriert werden. Dabei werden Baktolan **Hautschutzprodukte vor** einer belastenden Tätigkeit aufgetragen mit dem Ziel, die Haut vor dem Eindringen gefährdender Substanzen, beispielsweise bei der Feuchtarbeit oder bei längerem Handschuhtragen, zu schützen. Hingegen werden Baktolan **Hautpflegeprodukte** zur Regeneration der Haut **nach** belastenden Tätigkeiten aufgetragen, beispielsweise nach dem Händewaschen.

Die Flächendesinfektion

Unbelebte Flächen werden in Studien immer wieder als Ursache für die Weiterverbreitung von Erregern genannt. Wie eine umfangreiche Literaturrecherche*** belegt, verweilen Keime oft wochen- oder monatelang auf Oberflächen und bleiben dort infektiös. Beispielsweise hat Escherichia coli (Darminfektionen) eine Überlebensdauer bis zu 16 Monaten, der Pilz Candida albicans (Candidose) 1 bis 120 Tage, das Hepatitis-B-Virus (HBV/ Leberentzündung) über eine Woche und das Herpes-simplex-Virus (Hautinfektionen im Gesicht und an den Genitalien) 4,5 Stunden bis zu 8 Wochen.

Flächen stellen somit ein potenzielles Risiko für Patienten und Personal in allen Bereichen des Gesundheitswesens dar: Mitarbeiter können Keime übertragen, indem sie kontaminierte Flächen berühren und die so aufgenommenen Erreger über die Hände auf nicht kontaminierte Flächen, Produkte und Personen übertragen. Solche Kreuzkontaminationen lassen sich am sichersten durch eine vorbeugende sowie gezielte Flächendesinfektion potenziell bzw. tatsächlich kontaminierter Flächen vermeiden. Für die unterschiedlichen Anforderungen einer gezielten Flächendesinfektion hält HARTMANN ein breites Sortiment an Desinfektionsmitteln bereit, aus dem hier einige vorgestellt werden:

Dismozon plus ist ein viruzider Flächen-Desinfektionsreiniger, der in einem aufwendigen Produktionsverfahren fein granuliert wird. Im Gegensatz zu Pulver-



Dismozon plus ist ein sauerstoffaktiver Flächen-Desinfektionsreiniger mit umfassendem Wirkungsspektrum. Er ist dezent und angenehm im Geruch, rückstandsarm und sorgt durch die Granulatformulierung für einen besseren Arbeitsschutz, weil sich im Gegensatz zu Pulverformulierungen praktisch kein feiner Staub entwickeln kann. Die alkohol- und aldehydfreien Desinfektionstücher Mikrobac Tissues für eine sichere Schnelldesinfektion sind anwenderfreundlich, durch die praktische Flow-Pack Verpackung jederzeit zur Hand und wirtschaftlich im Gebrauch.

formulierungen stellen die Granulate einen homogenen Wirkstoffgehalt sicher. Außerdem kann sich praktisch kein feiner Staub entwickeln, was den Arbeitsschutz verbessert. Dismozon plus hat eine außerordentliche Wirkungsbreite gegenüber Bakterien, Pilzen und Viren und eignet sich damit zur Hochleistungsdesinfektion inklusive IfSG § 18 und Sporizidie ebenso wie zum routinemäßigen Einsatz auch in bewohnernahen Bereichen.

Eine überzeugende Produktlösung für die Desinfektion alkoholempfindlicher Flächen und Medizinprodukte sind die alkohol-, aldehyd-, farbstoff- und parfümfreien Schnell-Desinfektionstücher **Mikrobac Tissues**. Die weichen und flauschigen Tücher sorgen durch ihr hohes Flächengewicht und das angenehme Material für ein griffiges Anwendungsgefühl. Dabei garantieren die textilen Eigenschaften der Mikrobac Tissues eine hervorragende Benetzung der Oberflächen für eine sehr effektive Desinfektion.

Auch die Verpackung in sog. Flow-Packs bieten viele Vorteile: Das robuste PE/PET-Material schützt die Tücher vor äußeren Einflüssen. Eine stabile Kunststoffklappe ermöglicht die sichere Wiederverschließbarkeit der Verpackung. Zusätzlich verhindert eine besondere Faltechnik, dass ungewollt mehrere Tücher aus der Verpackung entnommen werden. Dies sorgt für einen wirtschaftlichen Einsatz.

Das Plus an Sicherheit: HARTMANN hat ausgewählte Hände-Desinfektionsmittel, OP- und Untersuchungshandschuhe, Hände-Reinigungs- und Hände-Pflegeprodukte untereinander wissenschaftlich auf Kompatibilität geprüft – für mehr Sicherheit und bessere Verträglichkeit. **Wir forschen für den Infektionsschutz.**



Sterillium: Wirkstoffe: Propan-2-ol, Propan-1-ol, Mecetroniumetilsulfat. **Zusammensetzung:** 100 g Lösung enthalten: Wirkstoffe: Propan-2-ol 45,0 g, Propan-1-ol 30,0 g, Mecetroniumetilsulfat 0,2 g. Sonstige Bestandteile: Glycerol 85 %, Tetradecan-1-ol, Duftstoffe, Patentblau V 85 %, Gereinigtes Wasser. **Anwendungsgebiete:** Zur hygienischen und chirurgischen Händedesinfektion. Zur Hautdesinfektion vor Injektionen und Punktionen. **Gegenanzeigen:** Für die Desinfektion von Schleimhäuten nicht geeignet. Nicht in unmittelbarer Nähe der Augen oder offener Wunden anwenden. Überempfindlichkeit (Allergie) gegen einen der Inhaltsstoffe. **Nebenwirkungen:** Gelegentlich kann eine leichte Trockenheit oder Reizung der Haut auftreten. In solchen Fällen wird empfohlen, die allgemeine Hautpflege zu intensivieren. Allergische Reaktionen sind selten. **Warnhinweise:** Sterillium soll nicht bei Neu- und Frühgeborenen angewendet werden. Erst nach Auftrocknung elektrische Geräte benutzen. Nicht in Kontakt mit offenen Flammen bringen. Auch nicht in der Nähe von Zündquellen verwenden. Flammpunkt 23 °C, entzündlich. Bei bestimmungsgemäßer Verwendung des Präparates ist mit Brand- und Explosionsgefahren nicht zu rechnen. Nach Verschütten des Desinfektionsmittels sind folgende Maßnahmen zu treffen: sofortiges Aufnehmen der Flüssigkeit, Verdünnen mit viel Wasser, Lüften des

Raumes sowie das Beseitigen von Zündquellen. Nicht rauchen. Im Brandfall mit Wasser, Löschpulver, Schaum oder CO₂ löschen. Ein etwaiges Umfüllen darf nur unter aseptischen Bedingungen (Sterilbank) erfolgen. **Sterillium Virugard:** Wirkstoff: Ethanol. **Zusammensetzung:** 100 g Lösung enthalten: Wirkstoff: Ethanol 99 % 95,0 g. Sonstige Bestandteile: Butan-2-ol, Glycerol, Tetradecan-1-ol, Benzin. **Anwendungsgebiete:** Hygienische und chirurgische Händedesinfektion. **Gegenanzeigen:** Nicht auf Schleimhäuten anwenden. Überempfindlichkeit gegen Inhaltsstoffe. **Nebenwirkungen:** Selten treten leichte, diffuse Hautirritationen oder allergische Reaktionen auf. In solchen Fällen wird empfohlen, die allgemeine Hautpflege zu intensivieren. **Warnhinweise:** Nicht in Kontakt mit offenen Flammen bringen. Nicht in der Nähe von Zündquellen verwenden. Flasche nach Gebrauch verschließen. Flammpunkt nach DIN 51755: 0 °C. Leicht entzündlich. Nach Verschütten des Desinfektionsmittels sind folgende Maßnahmen zu treffen: Sofortiges Aufnehmen der Flüssigkeit, Verdünnen mit viel Wasser, Lüften des Raumes sowie das Beseitigen von Zündquellen. Nicht rauchen. BODE Chemie GmbH, Melanchthonstraße 27, 22525 Hamburg

Dieses Bild kann aus lizenzrechtlichen Gründen nicht angezeigt werden.

Harnwegsinfektionen beim älteren Menschen

Harnwegsinfektionen (HWI) sind zumeist durch Bakterien verursachte Infektionen der Harnwege, die häufig komplikationslos verlaufen. Greifen sie jedoch auf die Nieren über, können vor allem im Alter schwere und bedrohliche Krankheitsbilder die Folge sein.

Harnbildung und -ausscheidung sind für den Organismus lebenswichtige Vorgänge, die dafür sorgen, dass die aus dem Blut gefilterten Abbauprodukte wie Harnstoff und Salze ausgeschieden werden, der Flüssigkeitshaushalt des Körpers reguliert und sein Säuren-Basen-Gleichgewicht gesichert wird. Der Harn oder Urin wird in den Nieren gebildet und über die Harnleiter (Ureter) zur Harnblase (Vesica urinaria) transportiert, dort gespeichert und ab einem bestimmten Füllungsgrad durch die Harnröhre (Urethra) entleert. Nieren und Harnleiter werden als obere, Harnblase und Harnröhre als untere Harnwege bezeichnet.

Entstehung einer HWI

Am häufigsten entsteht eine Harnwegsinfektion durch eine aufsteigende (aszendierende) Infektion. Dabei gelangen die Bakterien – sehr häufig *Escherichia coli* aus der körpereigenen Darmflora – aus der Umgebung der Harnröhrenöffnung in die Harnröhre und steigen in die Blase auf. Bei schweren Infekten können sie

Die Zystitis, eine Entzündung der Harnblasenschleimhaut, wird meist durch Bakterien, hervorgerufen, sehr oft durch *Escherichia coli* (gelbe Stäbchen), ein Bakterium, das in der menschlichen Darmflora heimisch ist.

Dieses Bild kann aus lizenzrechtlichen Gründen nicht angezeigt werden.

über die Blase weiter in die Harnleiter und das Nierenbecken vordringen. Seltener sind Infektionen über den Blutweg (hämatogen) oder das Lymphsystem (lymphogen), beispielsweise durch Harnröhrenverletzungen bei unsachgemäßer Kathetertechnik.

Um ihre Infektionskraft entfalten zu können, müssen die Erreger zunächst die körpereigenen Abwehrmechanismen überwinden. Eine erste unspezifische Barriere stellen dabei die Schleimhäute im Urogenitalbereich dar, deren saures Milieu vor Infektionen schützt. Wichtig ist aber auch das „Auswaschen“ von Bakterien mit dem Urinfluss. Zusätzlich sind die ableitenden Harnwege mit einem spezifischen Gewebe, dem Urothel ausgekleidet, das einer Anhaftung von Bakterien entgegenwirkt. Sind diese Abwehrmechanismen gestört, beispielsweise durch physiologische Alterungsvorgänge, erhöht sich die Gefahr für Harnwegsinfektionen.

Harnwegsinfektionen werden in verschiedene Typen eingeteilt, je nachdem, welcher Abschnitt der Harnwege betroffen ist:

- Harnwegsinfektionen der unteren Harnwege sind Entzündungen der Harnröhre (Urethritis) und/oder Entzündungen der Blase (Zystitis).
- Harnwegsinfektionen der oberen Harnwege sind Entzündungen des Nierenbeckens mit Parenchymbeteiligung (Pyelonephritis).

Abhängig vom Infektionsweg wird zudem in eine aufsteigende (aszendierende) oder absteigende (deszendierende) und abhängig vom zeitlichen Verlauf in eine akute oder chronische Harnwegsinfektion unterschieden.

Risikofaktoren für eine HWI im Alter

Harnwegsinfektionen, die in jedem Alter – vom Säugling und Kleinkind bis hin zum hochbetagten Menschen – und bei beiden Geschlechtern auftreten können, sind weit verbreitet. Betroffen sind jedoch vor allem Frauen, weil die räumliche Nähe von Darm- und Harnröhrenöffnung und die kürzere Harnröhre das Aufsteigen von Bakterien begünstigt. Im Alter tragen dann beide Geschlechter durch alters- und krankheitsbedingte Ursachen ein etwa gleich hohes Risiko.

Es gibt mehrere Gründe, warum ältere Menschen, insbesondere diejenigen mit Blasenfunktionsstörungen wie Harnverhaltung (Harnretention) oder Harninkontinenz ein erhöhtes Risiko für Harnwegsinfektionen haben. So besteht sehr oft Restharn, da im Alter die Fähigkeit zur vollständigen Blasenentleerung häufig beeinträchtigt ist. Bei Frauen kann die Ursache eine sogenannte hypotone Blase sein, d. h. der Blasenmuskel besitzt nicht mehr genügend Kraft und Elastizität, um den Harn auszutreiben. Bei Männern ist vielfach eine Einengung der Harnröhre durch ein gutartiges Prostatawachstum schuld. Der Restharn in der Blase stellt dann zum einen ein riskantes Keimreservoir dar, das zur Zystitis führen kann. Zum anderen ist durch Restharn auch die physiologische Selbstreinigung gestört, das bedeutet, dass Bakterien mit der Harnentleerung nicht mehr aus dem unteren Harntrakt ausgeschwemmt werden.

Aber auch ein geschwächtes Immunsystem, Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes mellitus und Gicht oder zunehmender Östrogenmangel während und nach den Wechseljahren können Harnwegsinfektionen fördern.

Neben den alters- und krankheitsbedingten Ursachen sind es vor allem der transurethrale Dauerkatheter und eine Harninkontinenz, die chronische Harnwegsinfektionen hervorrufen können. Bei der transurethralen Harnableitung wirkt der Katheter wie eine Schiene für das Aufsteigen pathogener Keime (siehe auch Seite 9). Bei einer Harninkontinenz kommt es bei der Frau im Bereich von Darm und Vulva zu einer erheblichen Keimkonzentration, wobei die kurze Harnröhre der Frau – wie bereits erwähnt – das Aufsteigen der Keime begünstigt. Aber auch beim Mann kann eine Harninkontinenz, wenn sie nicht gut beherrscht wird, durch aufsteigende Keime zum Harnwegsinfekt führen. Was im Falle einer bestehenden Harninfektion die Moli-Inkontinenzprodukte zur Keimreduzierung und Infektionsverhütung beitragen können, ist im Infokasten zusammengestellt.

Diagnostik und Therapie der HWI

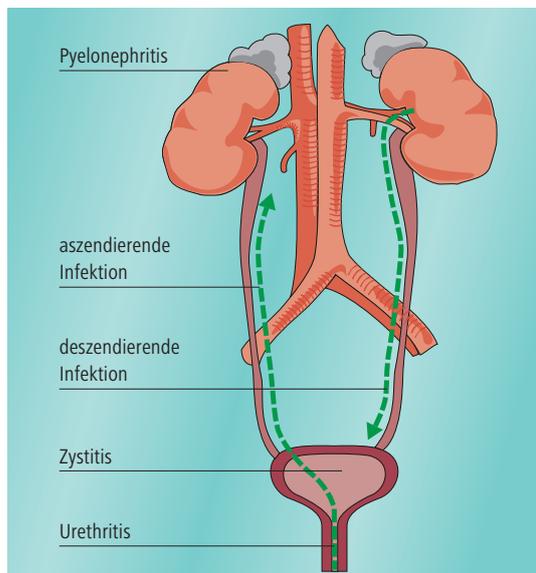
Die Symptome von Harnwegsinfektionen können sein: Schmerzen und Brennen beim Wasserlassen, ein häufiger Drang zur Blasenentleerung, ein Gefühl der unvollständigen Blasenentleerung, Schmerzen im Unterbauch oder in der Nierengegend, ggf. Fieber und Schüttelfrost. Allerdings ist die Harnwegsinfektion im Alter oft schwierig zu diagnostizieren, weil die Symptome oft mild oder atypisch sind oder ggf. aufgrund demenzieller Erkrankungen auch nicht ausreichend mitgeteilt werden können. Bei Vorliegen unspezifischer Symptome sollte deshalb immer auch die Möglichkeit einer Harnwegsinfektion in Betracht gezogen werden, um schwere Verläufe zu vermeiden. Denn eine nicht behandelte Harnwegsinfektion kann zu dauerhaften Nierenschädigungen bis hin zum Nierenversagen führen.

Die (Verdachts-)Diagnose wird durch Anamnese, klinische Untersuchungen und spezielle Harnuntersuchungen abgesichert. Insbesondere zur Bestimmung des Restharns ist eine den älteren Patienten nicht belastende Blasenultraschalluntersuchung von größter Wichtigkeit.

Ist eine medikamentöse Behandlung der Harnwegsinfektion erforderlich, kommen dazu in der Regel entsprechend der Urinkultur ausgewählte Antibiotika zur Anwendung.

Behandlungsunterstützend bzw. zur Prävention von Harnwegsinfektionen bewähren sich auch einige pflegerische Maßnahmen. So ist alles nützlich, was eine einwandfreie Intimhygiene gewährleistet. Gegebenenfalls benötigen ältere Frauen mit Bewegungseinschränkungen Hilfe, um Schmierinfektionen zu vermeiden.

Günstig scheinen sich zudem eine vermehrte Flüssigkeitszufuhr – auch bei bestehender Harninkontinenz – sowie regelmäßige, in kürzeren Abständen vorgenommene Blasenentleerungen auszuwirken, weil dies einem Auswaschen von Bakterien gleichkommt.



Harnwegsinfektionen (HWI) entstehen, wenn Bakterien aus der Umgebung der Harnröhrenöffnung aufsteigend (aszendierend) durch die Harnröhre in die Blase und bei schweren Infektionen weiter durch die Harnleiter in die Nieren vordringen. Möglich ist aber auch eine absteigende (deszendierende) Infektion bei einem entsprechenden Keimreservoir im Nierengewebe.

Ein extrem hohes Infektionsrisiko besteht bei einem Dauerkatheter. Deshalb ist das Legen eines Dauerkatheters zur „Pflegerleichterung“ obsolet. Ist eine unvermeidliche medizinische Indikation gegeben, haben das Legen des transurethralen Dauerkatheters sowie die Katheterpflege kompromisslos unter sterilen Bedingungen zu erfolgen.

Moli Inkontinenzprodukte für aktiven Hautschutz

Nur eine intakte Haut ist ein wirkungsvoller Schutz gegen Infektionskrankheiten. Dies gilt vor allem für die Haut im Urogenitalbereich, die bei Inkontinenz durch die aggressiven Zersetzungsprodukte von Harn und Urin besonders gefährdet ist. Durch die Bakterienansammlung besteht aber auch ein großes Risiko für aufsteigende Harnwegsinfektionen, nicht nur bei der Frau, sondern auch beim Mann. Um diesen Gefährdungen wirksam zu begegnen, weisen MoliForm Premium soft und MoliCare Premium soft eine Reihe von Produktmerkmalen auf, die zusammen für aktiven Hautschutz und damit gleichzeitig für einen guten Infektionsschutz sorgen.

- Verbesserte Trockenheit und eine sichere Absorption von Nässe im Schrittbereich schützt die Haut selbst unter Druck vor Rücknässung. Die Haut wird trocken gehalten und ist somit weniger anfällig für Irritationen.
- Die pH-hautneutrale Verteilerauflage als oberste Schicht des Saugkörpers hat einen hautneutralen pH-Wert von 5,5. Dadurch entsteht zwischen Haut und Verteilerschicht ein pH-Puffer, der den natürlichen Säureschutzmantel der Haut schützt und bewahrt.
- Gleichzeitig sorgt die pH-hautneutrale Verteilerauflage für einen antibakteriellen Effekt, der das Bakterienwachstum zu 99,9% verhindert. Dies wurde in Labortests nachgewiesen. Die empfindliche Altershaut bleibt so vor Hautirritationen geschützt, aufsteigenden Infektionen kann vorgebeugt werden.



In einem Test konnte bewiesen werden, dass Menalind professional Transparente Hautschutzcreme die Saugleistung von Inkontinenzprodukten nicht beeinträchtigt und die Rücknässung sogar zusätzlich reduziert.

MoliForm Premium soft



MoliCare Premium soft

Das Heim als „Erbe“

Nach dem Heimgesetz ist es Pflegeeinrichtungen untersagt, sich von Bewohnern bzw. Bewerbern um einen Heimplatz Geld- oder geldwerte Leistungen über das vereinbarte Entgelt hinaus versprechen zu lassen, um den Heimfrieden zu erhalten. Wie der geschilderte Fall zeigt, gibt es jedoch begründete Ausnahmen.

Streit um den Nachlass gibt es häufig. Wenn Angehörige sich übergangen oder nicht angemessen bedacht fühlen, so versuchen sie, sich auf dem Rechtsweg ihren Anteil zu sichern. Auch wenn Inhaber von Pflegeeinrichtungen als Erbe eingesetzt werden, können solche Streitigkeiten entstehen. So hatte der Vater eines schwerbehinderten Kindes wohl nicht damit gerechnet, dass sein Sohn gegen seinen testamentarischen Willen aufbegehrt. Er hatte in seinem Testament am 16. März 2006 verfügt, dass zunächst sein Sohn nicht befreiter Vorerbe wird und dann die Pflegeeinrichtung, in der der Sohn lebt, zum Nacherben eingesetzt wird. Die Pflegeeinrichtung erfährt davon erst, als der Vater des Bewohners verstirbt. Als auch der Sohn nach dem Tod seines Vaters am 11. September 2007 davon erfährt, will er das nicht akzeptieren. Er beantragt daher beim Nachlassgericht einen Erbschein, der ihn als Alleinerben nach seinem Vater ausweisen soll. Der Sohn ist der Meinung, dass das Testament der Vaters in Bezug auf die Einsetzung der Pflegeeinrichtung unwirksam ist, weil sie gegen § 14 Heimgesetz verstoße, wonach Zuwendungen an Pflegeeinrichtungen unwirksam sind. Zu Recht?

Vor- und Nacherbschaft

Zunächst ist zu fragen, warum der Sohn die Regelung der Vor- und Nacherbschaft nicht akzeptieren wollte. Der Vorerbe wird zwar Erbe des Nachlasses, es bestehen jedoch insbesondere bei einem nicht befreiten Vorerben Beschränkungen, an die sich der Vorerbe halten muss. Der Nachlass, also das Vermögen des Vaters, das der Sohn als Vorerbe geerbt hat, kann er nicht mehr anderweitig vererben, sondern der Sohn ist an das Testament des Vaters gebunden. Alles was zum Nachlass des Vaters gehört, muss beim Tod des Sohnes an die Pflegeeinrichtung übergehen. Natürlich sind davon Vermögenswerte ausgenommen, die dem Sohn gehören und somit seinen Nachlass bilden. Es gibt also zwei unterschiedliche Vermögensmassen, nämlich den Nachlass des Sohnes und den Nachlass des Vaters. Da der Sohn als nicht befreiter Vorerbe eingesetzt ist, unterliegt er bestimmten Verfügungsbeschränkungen.



Sollten z. B. Grundstücke im Nachlass des Vaters vorhanden sein, so darf er diese nicht veräußern oder eine Hypothek oder Grundschuld darauf aufnehmen. Der Sohn darf auch Erbschaftsgegenstände aus dem Nachlass des Vaters nicht verschenken. Das Gesetz bezweckt damit einen Schutz des Nacherben, für den die Substanz des Nachlasses erhalten bleiben soll. Der Sohn ist als Vorerbe quasi ein Nachlassverwalter, der für den Nacherben den Nachlass ordnungsgemäß zu verwalten hat. Er kann jedoch für die Zeit seiner Vorerbschaft alle Früchte aus dem Nachlass ziehen, also z. B. von den Zinsen leben, die angelegtes Geld einbringen kann.

Durch die Einsetzung eines Vor- und Nacherben kann der Erblasser noch zu Lebzeiten genau verfügen, wann sein Nachlass an wen übergeht. Wie in diesem Fall kann der Erblasser durch eine Vor- und Nacherbschaft beispielsweise verfügen, dass der Sohn als Vorerbe zunächst das Erbe erhält, die Pflegeeinrichtung als Nacherbe den gesamten Erbteil dann zu einem späteren Zeitpunkt bekommt. Selbst den Zeitpunkt kann der Erblasser selbst bestimmen. Es kann der Tod des Vorerben oder auch Volljährigkeit des Nacherben (diese Variante kommt aber im vorliegenden Fall nicht in Betracht) sein.

Wegen dieser Beschränkungen wollte der Sohn oder vielleicht der Betreuer des Sohnes, das geht aus der Entscheidung nicht hervor, diese Erbeinsetzung nicht akzeptieren. Er wollte als Alleinerbe seines Vaters anerkannt werden und dann die Möglichkeit haben, über den Nachlass frei zu verfügen.

Verbotsregelung im Heimgesetz

Nach dem zum Zeitpunkt des Erbfalls noch geltenden bundeseinheitlichen Heimgesetz ist es dem Träger oder der Leitung von Pflegeeinrichtungen sowie deren Mitarbeitern untersagt, sich von oder zugunsten von Bewohnerinnen und Bewohnern oder den Bewerberinnen und Bewerbern um einen Heimplatz Geld- oder geldwerte Leistungen über das vereinbarte Entgelt hinaus versprechen oder gewähren zu lassen. Bei dieser Regelung handelt es sich um ein sogenanntes gesetzliches Verbot nach § 134 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB). Dies

bedeutet, dass Vereinbarungen oder Testamente, die gegen dieses Verbot verstoßen, nichtig sind.

Mit diesem Verbot verfolgt § 14 Heimgesetz den Zweck, den Heimfrieden zu erhalten. Die Regelung soll auch dazu beitragen, Bewohner oder deren Angehörige davor zu schützen, dass ihre hilflose Lage ausgenutzt wird. Auch soll die Bevorzugung oder Benachteiligung einzelner Bewohner unterbunden werden, da es allen Bewohnern gleichermaßen untersagt ist, sich eine besondere Behandlung zu „erkaufen“.

Abwägung der Gefahren

Über die Frage, ob eine solche Gefahr hier vorlag, hatte der Bundesgerichtshof (BGH, Beschluss vom 26. Oktober 2011, Az.: IV ZB 33/10) zu urteilen. Um diese Frage zu entscheiden, hat der BGH zwischen zwei wichtigen Positionen abzuwägen. Auf der einen Seite steht der bereits zuvor beschriebene Heimfrieden, der im Falle privilegierter Maßnahmen durch die Einrichtung vor Neid, Missgunst und Verärgerung bei anderen Heimbewohnern schützen soll. Diese Gefahr besteht natürlich auch bei der Einsetzung der Einrichtung als Erbe, denn der Träger könnte sich zu einer besonderen Behandlung des privilegierten Bewohners veranlasst sehen, wenn dieser ausgesprochen, unausgesprochen oder gar nur vermutet Erwartungen des Bewohners nicht entspricht und dann die Gefahr besteht, dass der zukünftige Erblasser sein Testament wieder ändert.

Auf der anderen Seite mussten die Richter des BGH aber die Testierfreiheit der Erblasser beachten. Den Begriff „Testierfreiheit“ beschreibt § 1937 BGB mit der Freiheit des Erblassers, in seinem Testament zu bestimmen, wer sein Rechtsnachfolger sein soll, an wen also nach dem Tod des Menschen das Vermögen weitergegeben werden soll. Die Testierfreiheit beruht auf der Privatautonomie und ist in Deutschland grundrechtlich in Artikel 14 Grundgesetz geschützt. Die Grenzen der Testierfreiheit ergeben sich nur aus dem Pflichtteilsrecht. Durch den Pflichtteilsanspruch des Pflichtteilsberechtigten können allerdings schuldrechtliche Ansprüche durch den Pflichtteilsberechtigten gegen den bzw. die Erben geltend gemacht werden. Pflichtteilsansprüche sichern die Rechte naher Verwandter.

Unkenntnis der Einrichtung

In dieser Abwägung siegte die Testierfreiheit des Angehörigen. Der BGH sieht die Gefahr der Gefährdung des Heimfriedens nicht, wenn die Pflegeeinrichtung von der Erbeinsetzung in einem Testament eines Angehörigen nicht weiß und von dieser Erbeinsetzung erst erfährt, wenn der Erblasser bereits verstorben ist. Es ist zwar noch eine gewisse Gefährdungslage vorhanden, denn der Sohn des Erblassers wohnt immer noch in der Einrichtung, aber dennoch darf die Testierfreiheit des Angehörigen nicht derart beschränkt werden. Diese Einschränkung sei auch nicht mehr erforderlich, so der BGH, um den Heimfrieden zu sichern. Mit dem Tod des Vaters ist der Erbfall eingetreten und das wirksame Tes-

tament kann nicht mehr abgeändert werden, das heißt das Verhalten der Einrichtung kann nicht mehr beeinflusst werden. Eine Vorzugsbehandlung des Sohnes ist also nicht mehr zu befürchten, sodass der Heimfrieden keinesfalls gefährdet ist. Allein der Gesichtspunkt der Dankbarkeit der Einrichtung, die eine besondere Behandlung des Sohnes herbeiführen könnte, reicht nicht aus, um die Testierfreiheit des Angehörigen zu begrenzen.

Der BGH argumentiert also, dass die Gefährdungslage hier eine andere ist: Der Heimfrieden ist weniger gefährdet, wenn der Träger einer Pflegeeinrichtung erst nach dem Ableben eines Angehörigen davon erfährt, dass dieser ihn in seinem Testament bedacht hat. Eine viel schwerere Bedrohung für den Heimfrieden geht jedoch von dem Fall aus, dass ein Bewohner den Heimträger in seinem Testament begünstigt und dies der Einrichtung zu dessen Lebzeiten bekannt wird. Der Schutz des Heimfriedens bedeutet in diesem Zusammenhang, dass der Träger nicht durch die im Testament in Aussicht gestellte Zuwendung in seinem Verhalten gegenüber dem Heimbewohner beeinflusst werden soll, was dann zu Unfrieden unter den anderen Heimbewohnern führen kann. Diese abstrakte Gefahr geht davon aus, dass der Bewohner den Träger durch seine Erwartungshaltung unter Druck setzen kann. Wenn seine Erwartungen nicht erfüllt werden, so kann das Testament auch wieder geändert werden. Der Träger könnte sich deshalb zu zusätzlichen Leistungen gegenüber dem Erblasser veranlasst sehen, damit sich die in Aussicht gestellte Erwerbschance verwirklicht. Diese Gefahr besteht jedoch nicht, wenn ein Angehöriger die Einrichtung in seinem Testament als Erbe einsetzt, denn diese Verfügung kann nach dem Tod nicht mehr rückgängig gemacht werden. Im Ergebnis ist der Sohn des Erblassers nicht Alleinerbe geworden, sondern er ist an die Erbeinsetzung durch den Vater als Vorerbe gebunden. Er kann daher nicht frei über den Nachlass seines Vaters verfügen. Das Testament der Vaters ist wirksam.



Die Autorin:
Isabel Bierther, Rechtsanwältin, Fachanwältin für Arbeitsrecht und Fachreferentin beim Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe

Der Buchtipp

Johann Weigert

100 Fehler bei der Umsetzung der Hygiene in Pflegeeinrichtungen und was Sie dagegen tun können

Jede Pflegeeinrichtung muss größten Wert darauf legen, dass in allen Bereichen ein guter Hygienestatus gewahrt bleibt. Eine Fülle von gesetzlichen Regelungen stellt hohe Anforderungen an alle Akteure. Die Einhaltung und dauerhafte Sicherstellung eines ausreichenden und angemessenen Hygieneniveaus erfordert von ihnen ein hohes Maß an Kompetenz. Johann Weigert, Lehrer für Alten- und Krankenpflegeschulen, Heimleiter und TQM-Auditor für den Bereich Sozial- und Gesundheitswesen, zeigt in seinem Buch die 100 häufigsten Fehler bei der Umsetzung der Hygieneanforderungen auf und erläutert kurz und prägnant alle notwendigen Maßnahmen – ob Pflegedienst, Küche, Hauswirtschaft oder Haustechnik. Mit dieser Hilfe lassen sich sämtliche Qualitätsprüfungsrichtlinien und Infektionsschutzgesetze präzise umsetzen.

Brigitte Kunze Verlag, Schlütersche Verlagsgesellschaft, 2006, ISBN 3-89993-437-7, € 9,95





Gesund bleiben mit Wasserkur und Kneippscher Naturheilkunde

Mit seinem ganzheitlichen naturheilkundlichen Konzept, das Pfarrer Sebastian Kneipp bereits zu Lebzeiten internationale Anerkennung einbrachte, lassen sich Körper, Geist und Seele auch heute noch wohltuend und gesundheitsfördernd beeinflussen. Dabei sind seine Ratschläge und Regeln einfach nachvollziehbar, sodass sie eine dauerhafte Grundlage für eine gesunde Lebensweise werden können.

„Wer nicht jeden Tag etwas Zeit für seine Gesundheit aufbringt, muss eines Tages sehr viel Zeit für die Krankheit opfern“, warnte Pfarrer Sebastian Kneipp, der sich als Seelsorger nicht nur um die geistige und seelische Gesundheit seiner Mitmenschen kümmerte, sondern durch Wasseranwendungen und Kräutertherapien das körperliche Wohlbefinden seiner Zeitgenossen steigerte und deren Krankheiten heilte.

Was Kneipp in Tausenden von Krankenbehandlungen erfahren und weiterentwickelt hat, formierte sich zu einem ganzheitlichen Gesundheitskonzept auf fünf Säulen: Wasser, Bewegung, Ernährung, Heilpflanzen

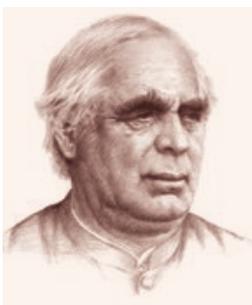
und Lebensrhythmus. Wenn diese Elemente harmonisch zusammenspielen, hilft dies, das Immunsystem zu stärken, Beschwerden zu lindern und zu heilen, die Gesundheit zu bewahren und Krankheiten vorzubeugen. Das Gute daran: Die einfachen Regeln sind auch zuhause ohne viel Aufwand leicht nachvollziehbar.

Heilung durch Wasser

„Wo Medikamente wenig oder gar nichts vermögen, kann mit Wasser der beste Erfolg erzielt werden“, sagte Sebastian Kneipp.

Waschungen im Wechsel von Kalt und Heiß, kalte Güsse, Wassertreten, Wickel und Auflagen regen den Kreislauf und den Stoffwechsel an, härten ab, wecken die Widerstandskräfte des Körpers, lösen Verspannungen und können sogar Kopfschmerzen oder Migräne vertreiben. Wie bei jeder Therapie gilt es jedoch auch hier, ein paar Anwendungsregeln zu beachten, um einerseits die Wirkung zu gewährleisten und andererseits auch unangenehme Begleiterscheinungen zu vermeiden. So soll beispielsweise immer nur eine Wasseranwendung durchgeführt werden, mehrere würden sich gegenseitig in ihrer Wirkung stören. Anwendungen mit kaltem Wasser wirken vormittags am stärksten, mit warmem Wasser besser nachmittags oder abends.

Hier einige Indikationsbeispiele der Kneippschen Wasseranwendungen. Ein kaltes Armbad erfrischt und vertreibt Müdigkeit nicht nur an heißen Sommertagen: Wasserbecken mit kaltem Wasser füllen, Unterarme, die warm sein sollten, 20 bis 40 Sekunden eintauchen. Dabei tief atmen. Danach das Wasser nur abstreifen



Sebastian Kneipp

Not und Elend bestimmten die Kindheit von Sebastian Kneipp, der am 17. Mai 1821 in Stephansried bei Ottobeuren als viertes Kind des Webers Xaver Kneipp und dessen Frau Rosina zur Welt gekommen war. Schon als Elfjähriger musste „Baschtl“, wie er gerufen wurde, zuhause am Webstuhl und als Viehhirt des Dorfes arbeiten. Mit 13 wuchs in Kneipp der Wunsch, Geistlicher zu werden. Doch das angesparte Geld für seine Ausbildung ging bei einem Brand des Elternhauses verloren. Erst dank der Hilfe des weitläufig verwandten Kaplans Dr. Matthias Merkle konnte Kneipp 1844 auf das Gymnasium gehen und ab 1848 in München und Dillingen Theologie studieren. 1849 erkrankte er schwer an Tuberkulose, die betreuenden Ärzte gaben ihn schon auf. In seiner Verzweiflung probierte Kneipp die Wasserheilkunde von Johann Siegmund Hahn aus. Bereits nach wenigen Bädern in der eiskalten Donau fühlte er sich besser. Durch eigenes Erleben überzeugt, heilte Kneipp als Pfarrer in Wörishofen mit seinen Wasseranwendungen viele Heilungssuchende. Pfarrer Kneipp starb 1897 als anerkannter Naturheiler.

Pflegeprodukte einfach abgerechnet: HILMAS+ Abrechnungsmanagement – Abrechnung Pflegeprodukte für Bewohner



HILMAS ist seit 1996 eine hilfreiche Softwarelösung, wenn es um das Management der Inkontinenzversorgung in stationären Einrichtungen geht. Neben der Möglichkeit, einen optimalen Versorgungsplan zu erstellen und ein Budgetcontrolling durchzuführen, stehen zahlreiche Funktionen zur Unterstützung der Logistik der Inkontinenzversorgung zur Verfügung, wie z. B. die Erstellung von Bestellvorschlägen für eine optimale Bestellmenge oder von Kostenstatistiken und -übersichten.

Mit dem HILMAS+ Abrechnungsmanagement – Abrechnung Pflegeprodukte für Bewohner, das als Zusatzmodul für HILMAS verfügbar ist, kann die bisher oft aufwendige Bestellung und Abrechnung von Pflegeprodukten wie Menalind professional, die vom Bewohner selbst bezahlt werden, nun deutlich vereinfacht werden.

Der Einsatz des Moduls beginnt mit der einmaligen Erfassung einiger Basisinformationen, wie den Zahlungsbedingungen und -arten [1] oder dem Upload des Logos der Einrichtung für den Rechnungsausdruck. All dies ist dank der benutzerfreundlichen Oberfläche von HILMAS schnell durchgeführt.

Im nächsten Schritt wird das Sortiment an Pflegeprodukten definiert. Alle Produkte sind bereits in HILMAS hinterlegt, sodass nur mit einem Klick definiert werden muss, welche Produkte auch tatsächlich für die Bewohner angeboten werden sollen. Für jedes Produkt wird anschließend der einrichtungsindividuelle Verkaufspreis erfasst, der auf den Rechnungen verwendet wird.

Für die Erfassung der zu bestellenden Produkte stellt HILMAS einen übersichtlichen Erfassungsbogen [2] bereit, wahlweise für die ganze Einrichtung oder



einzelne Wohnbereiche. HILMAS greift dabei auf die Bewohnerliste zurück, die bereits im System hinterlegt ist, sodass keine erneute Eingabe der Namen erforderlich ist. Mit dieser Liste erfolgt nun der Rundgang durch die Einrichtung und die Abfrage der für jeden Bewohner benötigten Stückzahlen.

Die mithilfe der Erfassungsliste ermittelten Mengen werden anschließend in die elektronische Bestellliste von HILMAS [3] übernommen. Sind alle Angaben korrekt, wird die gesamte Bestellung elektronisch an HARTMANN übertragen.

Bevor die Produkte der Bestellung an die Bewohner verteilt werden, wird in HILMAS für jeden Bewohner eine individuelle Rechnung erstellt. Mit einem Doppelklick auf einen Bewohnernamen öffnet sich ein Erfassungsfenster mit der Produktliste, in der nur noch die Zahl der abzurechnenden Artikel einzutragen ist. Mit einem weiteren Klick startet die Erstellung der Rechnung [4]. Sie wird als PDF erstellt und kann damit sowohl problemlos gedruckt als auch archiviert werden.

Weitere Information zu HILMAS und den zahlreichen verfügbaren Zusatzmodulen erhalten Sie bei Ihrem HARTMANN Außendienstmitarbeiter.

1 Screenshot of the 'Wohnbereiche' (Residence Areas) configuration screen, showing a list of rooms and their associated products.

2 Screenshot of the 'Haus Sonnenschein' data entry form, showing a grid for recording product usage for various residents.

3 Screenshot of the 'Bestellvorschlag' (Purchase Order Proposal) screen, displaying a list of items to be ordered for different rooms.

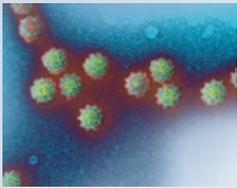
4 Screenshot of a generated invoice (Rechnung) for 'Haus Sonnenschein', showing a table of items, quantities, and prices, along with a summary of the total amount.

Rund-um-Schutz vor Noroviren. Aus einer Hand.



* RKI im Wirkungsbereich A/B (Viren) gelistet

Norovirus infiziert häufig Mitarbeiter



Eine Untersuchung von 17 Noroviren-ausbrüchen in Pflegeeinrichtungen zeigte, dass in 80 Prozent aller Fälle das Personal ebenfalls betroffen war (1). Die Infektionsrate lag zwischen 3 und 35 %. Andere Studien berichten von Infektionsraten bei Mitarbeitern von 46 Prozent (2).

1 Nguyen LM, Middaugh JP Suspected transmission of norovirus in eight long-term care facilities attributed to staff working at multiple institutions. *Epidemiol Infect.* 2012 Sep; 140 (9):1702-9. Epub 2011 Dec 8.

2 Wu HM. et al Norovirus Outbreak at a Long-Term-Care Facility: The Role of Environmental Surface Contamination. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, Vol. 26, No. 10 (October 2005) (pp. 802-810)

Wir forschen für den Infektionsschutz.

www.bode-science-center.de



Mitarbeiterschutz ohne Wenn und Aber:

Viruzide Desinfektionsmittel und Einmal-Schutzkleidung von HARTMANN zur Prävention und Eindämmung von Noroviren-Ausbrüchen.

- **Händedesinfektion** mit Sterillium® Virugard*, dem hautverträglichen viruziden Hände-Desinfektionsmittel.
- **Einmal-Schutzkleidung** von den latex-freien Untersuchungs- und Schutzhandschuhen Peha-soft® nitrile white über den flüssigkeitsundurchlässigen Einmal-Schutzkittel Foliodress® S bis zur Atemschutzmaske Foliodress® mask Respirator FFP2-E.
- **Hochleistungs-Flächendesinfektion** mit Kohrsolin® extra* und Dismozon® pur*.

Sterillium® Virugard: *Wirkstoff:* Ethanol. *Zusammensetzung:* 100 g Lösung enthalten: *Wirkstoff:* Ethanol 99 % 95,0 g. *Sonstige Bestandteile:* Butan-2-on, Glycerol, Tetradecan-1-ol, Benzin. **Anwendungsgebiete:** Hygienische und chirurgische Händedesinfektion. **Gegenanzeigen:** Nicht auf Schleimhäuten anwenden. Überempfindlichkeit gegen Inhaltsstoffe. **Nebenwirkungen:** Selten treten leichte, diffuse Hautirritationen oder allergische Reaktionen auf. In solchen Fällen wird empfohlen, die allgemeine Hautpflege zu intensivieren. **Warnhinweise:** Nicht in Kontakt mit offenen Flammen bringen. Nicht in der Nähe von Zündquellen verwenden. Flasche nach Gebrauch verschließen. Flammpunkt nach DIN 51755: 0 °C. Leicht entzündlich. Nach Verschütten des Desinfektionsmittels sind folgende Maßnahmen zu treffen: Sofortiges Aufnehmen der Flüssigkeit, Verdünnen mit viel Wasser, Lüften des Raumes sowie das Beseitigen von Zündquellen. Nicht rauchen.

Flächen-Desinfektionsmittel sicher verwenden.

Vor Gebrauch stets Produktinformation und Kennzeichnung lesen.



hilft heilen.