



Leitfaden Hygiene und Infektionsschutz

*Dr. Thomas Pekar,
Cordula Winterholler M.A.*

Stand: 03. Juli 2020, überarbeitete und aktualisierte Auflage

Inhalt

Zum Verständnis dieses Leitfadens

1. Rechtliche Grundlagen

2. Faktenlage

2.1 Entwicklung der Pandemie (SARS-CoV-2)

2.2 Virologische Einordnung und Übertragungswege des SARS-CoV-2-Virus

2.3 Symptome

2.4 Risikogruppen

3. Politische Maßnahmen

3.1 Ziele bezüglich der Bedrohung durch SARS-CoV-2

3.2 Stellenwert der RKI-Empfehlungen und deren Bedeutung für die logopädische Tätigkeit

4. Patientenversorgung

5. Hygienevorschriften für die logopädische Arbeit

5.1 Hygienemaßnahmen als „Baukastenprinzip“

5.2 Erläuterungen zu einzelnen Hygienemaßnahmen

5.2.1 Händehygiene (Baustein 1)

5.2.2 Desinfektion (Baustein 1) abgestimmt auf Covid 19

5.2.3 Einsatz von Materialien/Medizinprodukten (Baustein 1)

5.2.4 Erweiterte Hygiene und Infektionsschutzmaßnahmen (Bausteine 2 und 3)

- Einsatz von Materialien/Medizinprodukten
- Wahl der Persönliche Schutzausrüstung (PSA)
- Mund-Nasen-Schutzmasken (MNS)/partikelfiltrierende Halbmasken (FFP)

6. Hygienemanagement in der ambulanten Praxis

7. Literaturverzeichnis

Anlage 1: Maskenart-Übersicht

Anlage 2: Hygieneplan



Zum Verständnis dieses Leitfadens

Grundsätzlich und im Rahmen einer Pandemie noch verstärkt, hat jede Logopädin und jeder Logopäde eine Vielzahl von Gesetzen, Verordnungen, Richtlinien und Vorschriften zum Thema Hygiene und Infektionsschutz zu beachten. Der Deutsche Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl) unterstützt seine Mitglieder als Berufs- und Fachverband satzungsgemäß beratend und serviceorientiert. In diesem Sinne ist auch der vorliegende dbl-Leitfaden Hygiene und Infektionsschutz zu verstehen.

Rückblick: Bis zum 15. Juni 2020 existierten seitens der Berufsgenossenschaft keine konkreten Hilfestellungen zum Infektionsschutz mit dem SARS-CoV-2-Virus für Patienten und Therapeuten logopädischer Praxen. Anfragen bei politischen Gesundheitsbehörden wurden abschlägig und mit Verweis auf die allgemeingültigen Empfehlungen des Robert-Koch-Institutes beantwortet.

Vor dem Hintergrund fehlender spezifischer Hygienevorschriften für die logopädische Tätigkeit wurde der vorliegende *dbl-Leitfaden Hygiene und Infektionsschutz* entwickelt, für den mit Unterstützung externer Hygiene-Expertinnen und Experten¹ die aktuell gültigen rechtlichen Rahmenbedingungen zusammengetragen, gesichtet und auf die besonderen Erfordernisse in logopädischen Praxen angewandt wurden.

Fazit:

Dieser Leitfaden ist eine Service-Leistung des dbl für seine Mitglieder. Er vermittelt geltende Regelungen, soll die Möglichkeit schaffen, Zugang zum Thema Hygiene zu finden, Verständnis für das Virus und dessen Ausbreitung zu entwickeln und dazu befähigen, Hygienekonzepte für die Wiederaufnahme der Therapie in der ambulanten Praxis zu erstellen. Des Weiteren bildet er einen Qualitätsstandard für den gesamten logopädischen Bereich und dient zur Vorlage bei politischen Entscheidungsträgern und Behörden.

¹ Der große Dank des dbl-Bundesvorstandes gilt Herrn Dr. Thomas Pekar und Cordula Winterholler (M.A., staatl. anerk. Logopädin, zertifizierte Hygienebeauftragte für Arztpraxen), die ihre Expertise ehrenamtlich einbrachten und somit die Entstehung dieses Leitfadens ermöglichten.

1. Rechtliche Grundlagen

Dieser Leitfaden basiert auf den aktuell geltenden Gesetzen, Verordnungen auf Bundesebene und Empfehlungen, die im Rahmen des Hygiene- und Infektionsschutzes in der ambulanten logopädischen und sprachtherapeutischen Praxis zur Geltung kommen und deren Kenntnis und fortlaufendes Studium jeder Logopädin und jedem Logopäden obliegen.

Nicht berücksichtigt werden die länderspezifischen Verordnungen sowie regionale und kommunale Besonderheiten, die aufgrund ständiger Aktualisierungen nicht abschließend dargestellt werden können, **jedoch verbindlich eingehalten werden müssen.**

Die wichtigsten Quellen des Leitfadens inklusive kurzer Erläuterungen im Überblick:

Gesetze, Empfehlungen, Richtlinien	Inhaltliche Relevanz, Regelung	Wichtige Paragraphen, Inhalte (Auszüge!)
Infektionsschutzgesetz (IfSG)	<p>Regelt die gesetzlichen Pflichten zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen.</p> <p>Zweck des Gesetzes ist es, übertragbaren Krankheiten vorzubeugen, Infektionen frühzeitig zu erkennen und ihre Weiterverbreitung zu verhindern. Bei der Umsetzung dieses Gesetzes nehmen alle Gesundheitseinrichtungen eine Schlüsselrolle ein.</p> <p>Infektionsschutz ist eine der wichtigsten Aufgaben der Praxisleitung, wobei die Schutzmaßnahmen immer am Leistungsspektrum einer Praxis und den damit verbundenen Infektionsrisiken auszurichten sind.</p>	<p>§ 23 Abs 3 IfSG Die Leitung der Praxis muss sicherstellen, dass die nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft erforderlichen Maßnahmen getroffen werden, um nosokomiale Infektionen zu verhüten.</p> <p>Mittel dafür: Hygieneplan</p>
Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts (RKI):	<p>Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit</p> <p>Alle Empfehlungen bezüglich des Umgangs mit dem Corona Virus sind hier von Relevanz. Sie bilden die Grundlage für die Wahl der angepassten Schutzmaßnahmen (z.B. Maskenpflicht).</p>	<p>§4 IfSG regelt die Aufgaben des RKI auf dem Gebiet der Infektionskrankheiten: Es hat u. a. den gesetzlichen Auftrag, Konzeptionen zur Vorbeugung übertragbarer Krankheiten sowie zur frühzeitigen Erkennung und Verhinderung der Weiterverbreitung von Infektionen zu entwickeln.</p>

Gesetze, Empfehlungen, Richtlinien	Inhaltliche Relevanz, Regelung	Wichtige Paragraphen, Inhalte (Auszüge!)
Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) am RKI	<p>Die Empfehlungen gelten uneingeschränkt auch für den ambulanten Bereich.</p> <p>Die KRINKO-Empfehlungen stellen den Stand der medizinischen Wissenschaft auf dem Gebiet der Hygiene dar und damit den Maßstab für die Erfüllung der Anforderungen nach dem Infektionsschutzgesetz.</p> <p>Ein Abweichen von diesen Empfehlungen muss fachlich begründet sein und darf nicht zu einem niedrigeren Schutzniveau für Patient und medizinisches Personal führen.</p> <p>Themen: Händehygiene, Desinfektion, Sterilisation, etc.</p>	§23 IfSG
Mutterschutzgesetz (MuSchG);	Vorschriften und Regeln zum Mutterschutz und Arbeitsschutz	§ 9 MuSchG
Medizinproduktegesetz (MPG)	Regelt den Verkehr mit Medizinprodukten, um dadurch für die Sicherheit, Eignung und Leitung der Medizinprodukte sowie für die Gesundheit und den erforderlichen Schutz der Patienten, Anwender und Dritter zu sorgen.	§ 1 MPG Definition von Medizinprodukten siehe § 3 Abs. 1 MPG CE Kennzeichnung § 6 MPG § 4 Abs. 1 Nr. 1 MPG § 14 MPG
Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG)	Regelt die grundlegenden Arbeitsschutzpflichten des Arbeitgebers, aber auch die Pflichten und Rechte der Beschäftigten für alle Tätigkeitsbereiche.	§ 3 ArbSchG; https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Schwerpunkte/sars-cov-2-arbeitsschutzstandard.pdf?__blob=publication-file&v=4
Technische Regel für biologische Arbeitsstoffe TRBA250	Gefährdungseinschätzung; biologische Arbeitsstoffe im Bereich der Logopädie: Speichel, Sputum, Blut, Eiter	TRBA 250 unter www.baua.de einsehbar

Gesetze, Empfehlungen, Richtlinien	Inhaltliche Relevanz, Regelung	Wichtige Paragraphen, Inhalte (Auszüge!)
Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV)	Richtet sich an den Anwender. Inbetriebnahme und laufender Betrieb von Medizinprodukten ist an bestimmte Sorgfaltspflichten gebunden. Patientenschutz und Anwenderschutz muss beachtet werden.	https://www.gesetze-im-internet.de/mpbetreibv/
Technische Regel für Gefahrstoffe (TRGS) 525	Gefahrstoffe in medizinischen Einrichtungen	TRGS 525 unter www.baua.de einsehbar
Berufsgenossenschaftliche Regeln (BGR)	Desinfektionsarbeiten im Gesundheitsdienst Umgang mit Reinigungs- und Pflegemitteln	BGR 206 BGR 209
Vorschriften und Arbeitsschutzstandards der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)	Die BGW ist Träger der gesetzlichen Unfallversicherung im Heilmittelbereich, auch für Prävention (Unfallverhütung, Arbeitsschutz, Berufskrankheit) zuständig. Unterstützt auch bei der Erstellung von Gefährdungsbeurteilungen.	SGB VII; https://www.bgw-online.de/DE/Home
Vorschriften der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV)	Benutzung von Atemschutzgeräten	Seite 148 f.
Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)	Fürsorgepflicht Arbeitgeber	§ 618 BGB Pflicht zu Schutzmaßnahmen

2. Faktenlage

2.1 Entwicklung der Pandemie (SARS-CoV-2)

Am 31.12.2019 wurde das WHO Landesbüro in China über ein vermehrtes Auftreten von Lungenentzündungen in Wuhan informiert. Als Erreger wurde am 7.1.2020 das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 identifiziert. Am 11.3.2020 wurde das Infektionsgeschehen in Bezug auf SARS-CoV-2 von der WHO zur Pandemie erklärt. Um die derzeitigen Geschehnisse besser einordnen zu können, ist es notwendig die Pandemie als phasenweises Geschehen zu begreifen und Handlungslogiken zu erkennen. Das Robert-Koch Institut und die politischen Entscheidungsträger in Deutschland haben von Anfang an deutlich gemacht, dass das gemeinsame Ziel der zu ergreifenden Maßnahmen (wie z.B. des Lockdowns) die Verlangsamung und die Eindämmung der Infektionsausbreitung ist. Charakteristikum der dafür eingesetzten Maßnahmen ist die Reduktion eines Ansteckungsrisikos mit SARS-CoV-2 durch Unterbrechung der Infektionsketten.

Der Verlauf einer Pandemie wird in vier charakteristische Phasen eingeteilt²:

Erste Phase (Interpandemische Phase): Sie ist gekennzeichnet durch das Zirkulieren von Viren bei Tieren, die ein mögliches Risiko für Menschen darstellen können. Noch gibt es keinen Hinweis auf die Übertragung eines neuen Virus auf den Menschen.

Zweite Phase (Alarmphase): Diese Phase wird dadurch charakterisiert, dass es zu einer Übertragung eines neuen Virus auf den Menschen gekommen ist. Die Menge der Infizierten ist noch begrenzt. Es kommt zu einer erhöhten Wachsamkeit bei den jeweiligen Behörden und es erfolgt eine Risikoeinschätzung auf lokaler, nationaler und globaler Ebene.

Dritte Phase (Pandemische Phase): Es erfolgt eine zunehmende und anhaltende Übertragung des Virus in der Bevölkerung weltweit. Die Schutzmaßnahmen basieren auf nationalen und lokalen Risikobewertungen und passen sich dem jeweiligen Infektionsgeschehen an. Ein wirksames Medikament, einen Impfstoff oder eine Herdenimmunität gibt es in dieser Phase noch nicht. Sie ist geprägt von einer sich ständig entwickelnden Erkenntnislage, da die Studienvielfalt und -menge wachsen. Da sich das Infektionsgeschehen weltweit ausbreitet und überall die gleichen Schutzmaßnahmen benötigt werden, kommt es zu Lieferengpässen bei benötigten Schutzmaterialien.

² Quelle: https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/Pandemieplanung/FAQ_Liste_Pandemieplanung.html#FAQId5753850

Vierte Phase (Übergangsphase): Diese Phase tritt ein, wenn sich die globale Risikolage und -einschätzung entspannt haben. Dann kann auch eine Deeskalation der bestehenden Schutzmaßnahmen erfolgen. Das Pandemiegeschehen wird retrospektiv betrachtet und die eingeleiteten Maßnahmen werden evaluiert. Diese Erkenntnisse fließen idealerweise in einen Pandemieplan für eventuelle zukünftige Vorkommnisse ein.

Derzeit befinden wir uns in der dritten Phase (Stand Juli 2020).

2.2 Virologische Einordnung und Übertragungswege des SARS-CoV-2-Virus

Das Virus ist ein **behülltes Virus** und gehört zur Familie Coronaviridae, Gattung Betacoronavirus.

Aktuell wird die **Tröpfcheninfektion**, d.h. die Übertragung infektiöser Tröpfchen (Husten, Niesen, Sprechen) über den Luftweg aus den oberen Atemwegen infizierter Menschen auf Schleimhäute wie Mund, Nase und Augen von nicht infizierten Menschen als Hauptübertragungsweg gesehen. **Schmierinfektionen**, z. B. durch Berührung virusbeladener Oberflächen im unmittelbaren Umfeld eines Infizierten mit anschließender Übertragung des Virus auf eigene Schleimhäute können nicht ausgeschlossen werden. Bei der Erforschung von Corona-Infektionswegen wird nun auch die Rolle von **Aerosolen** (Gemisch aus festen oder flüssigen Schwebeteilchen in der Luft) genauer untersucht.

Laut RKI erfolgt die Übertragung des SARS-CoV-2 Virus über Tröpfchen. Das Institut räumt aber ein, dass **Aerosole** ebenso zu einer Infektion beitragen können³. Studien zu diesem Thema werden zum jetzigen Zeitpunkt forciert⁴. **Aufgrund dieser Übertragungsarten (Tröpfchen und Aerosole) besteht während der Therapie bei logopädischen Interventionen im Kopf- und Ausatembereich der Patientin/des Patienten eine hohe Infektionsgefahr!**⁵

2.3 Symptome

Die Symptome, die eine Infektion mit dem Virus auslöst, sind unspezifisch. Das macht die Risikoeinschätzung sehr schwer, da wir das gesamte Spektrum von Betroffenen ohne jegliche Symptome bis zu

³ https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html#doc13776792bodyText1

⁴ z. B.: www.unibw.de, https://www.pressestelle.tu-berlin.de/menue/tub_medien/publikationen/medieninformationen/2020/mai_2020/medieninformation_nr_812020/

⁵ Siehe auch [SARS-CoV-2-Arbeitsschutzstandard für logopädische Praxen \(bgw\)](#) S. 3, Punkt 5

letal verlaufenden Erkrankungen betrachten müssen. Betroffene Patienten klagen über Fieber, Husten, Abgeschlagenheit, Geschmacks- und Geruchsverlust, bei schweren Fällen auch über Atemnot. Gastrointestinale Syndrome können selten zusätzlich auftreten. 80% der Infektionen mit dem SARS-CoV-2-Virus verlaufen mild, intensivpflichtige Verläufe treten in 5% der Fälle auf. **Es gibt Risikogruppen, bei denen die Infektion zu erheblichen Komplikationen führen kann.**

2.4 Risikogruppen

Das Robert-Koch-Institut zählt in seinen stets aktualisierten Steckbriefen zur Coronavirus-Krankheit (COVID-19) folgende Personengruppen auf⁶:

- Altersgruppe ab 50 bis 60 Jahren
- Raucher
- stark adipöse Menschen
- Personen mit bestimmten Vorerkrankungen:
 - > Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z. B. Hypertonie, koronare Herzerkrankung),
 - > pulmonalen Erkrankungen wie Asthma oder chronischer Bronchitis,
 - > Diabetes mellitus,
 - > Leber- und Nierenerkrankungen,
 - > Krebserkrankungen (und Vorerkrankungen),
 - > Personen mit Immundefizienz und/oder mit hochdosierter Cortison-Therapie

3. Politische Maßnahmen

3.1 Ziele bezüglich der Bedrohung durch SARS-CoV-2

Die Situation entwickelt sich weltweit dynamisch weiter. Das Robert-Koch Institut (RKI) beobachtet und analysiert die aktuelle Lage fortlaufend und leitet daraus Empfehlungen für **Infektionsschutzmaßnahmen** ab, die der Bund und die Landesregierungen an die im jeweiligen Bundesland gegebene Situation anpassen. Die übergeordneten Ziele aller politischen Maßnahmen sind folgende:

- die Reduktion der Morbidität und Mortalität in der Gesamtbevölkerung
- die Reduktion von Neuinfektionen

⁶ https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html#doc13776792bodyText3

- die Sicherstellung der Versorgung erkrankter (besonders: intensivpflichtiger) Personen
- Zeitgewinn, um mehr über die Eigenschaften des Virus zu erfahren und sich auf diese vorzubereiten
- Risikogruppen zu identifizieren und geeignete Schutzmaßnahmen für diese Gruppen vorzubereiten
- die antivirale Medikamenten- und Impfstoffentwicklung voranzutreiben (siehe auch Ergänzungen zum Nationalen Pandemieplan – COVID 19, RKI, S.7)

Negative Auswirkungen auf die Gemeinschaft und das soziale Leben sollen hierbei möglichst gering gehalten werden (Mitigation, Folgenminderungs-Strategie)⁷.

Ein regelmäßiger Check der Webseiten des RKI und der Bundesländer ist wichtig. Hier finden sich tagesaktuelle Empfehlungen und aktualisierte Verordnungen.

3.2 Stellenwert der RKI-Empfehlungen und deren Bedeutung für die logopädische Tätigkeit

Der dbl e.V. gibt die meisten Empfehlungen des RKI weiter. Grund hierfür ist, dass sie zwar „Empfehlungen“ genannt werden, letztlich aber aufgrund des Status, den das RKI als Bundesinstitut des Bundesgesundheitsministeriums hat, zu beachten sind.. Das bedeutet, dass Behörden die Empfehlungen des RKI als Richtlinien heranziehen, wenn zum Beispiel der Verdacht besteht, dass Mitarbeiter sich mit SARS-CoVid-2 infiziert haben, weil der Arbeitgeber ihnen nicht ausreichend Schutzausrüstung zur Verfügung gestellt hat. Es besteht somit die Verpflichtung, die Empfehlungen des RKI im Rahmen der Infektionsprävention zu berücksichtigen, um im Streitfall ein rechtmäßiges Vorgehen nachweisen zu können. Dieses wird juristisch vermutet, soweit neben den länderspezifischen Regelungen zu Hygiene- und Infektionsschutz auch die Empfehlungen des RKI eingehalten worden sind.

4. Patientenversorgung

Für die Patientenversorgung bedeuten diese Beschränkungen derzeit konkret das **Abwägen der Risiken** unter den oben genannten gesamtgesellschaftlichen Aspekten und Zielsetzungen des Pandemieplanes.

- **Gesamtgesellschaftliches Risiko**

⁷ https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Empfohlene_Schutzmaßnahmen.html

- Individualrisiko für die Patientin/den Patienten (und ihre bzw. seine Angehörigen)
- Individualrisiko für die behandelnde Therapeutin/den behandelnden Therapeuten

Mit den „Empfehlungen für den Heilmittelbereich aufgrund des Ausbruchs von SARS-CoV-2“ des GKV-Spitzenverbandes und der Kassenverbände auf Bundesebene wurden die Versorgungsmöglichkeiten um die Option der Videotherapie bis zum 30.06.2020 erweitert, damit das Prinzip der Kontaktminimierung auch im therapeutischen Setting umgesetzt werden konnte. **Mit dem Auslaufen dieser Empfehlung besteht diese Möglichkeit seit dem 01.07.2020 für gesetzlich versicherte Patienten nicht mehr.**

Derzeit ist noch unklar, ob gesetzliche Krankenkassen zukünftig in Einzelfällen Genehmigungen für die Erbringung von Videobehandlungen erteilen werden (etwa in Regionen mit besonders hohen Fallzahlen). Einige private Krankenversicherungen haben der Fortsetzung der Videobehandlung in einigen Fällen bereits zugestimmt. **Aus diesen Gründen bleibt die Option der Videobehandlung Bestandteil des nachfolgenden Entscheidungsbaumes (s. Abb. 1), auch wenn sie derzeit für die überwiegende Zahl der gesetzlich Versicherten keine Möglichkeit darstellt.**

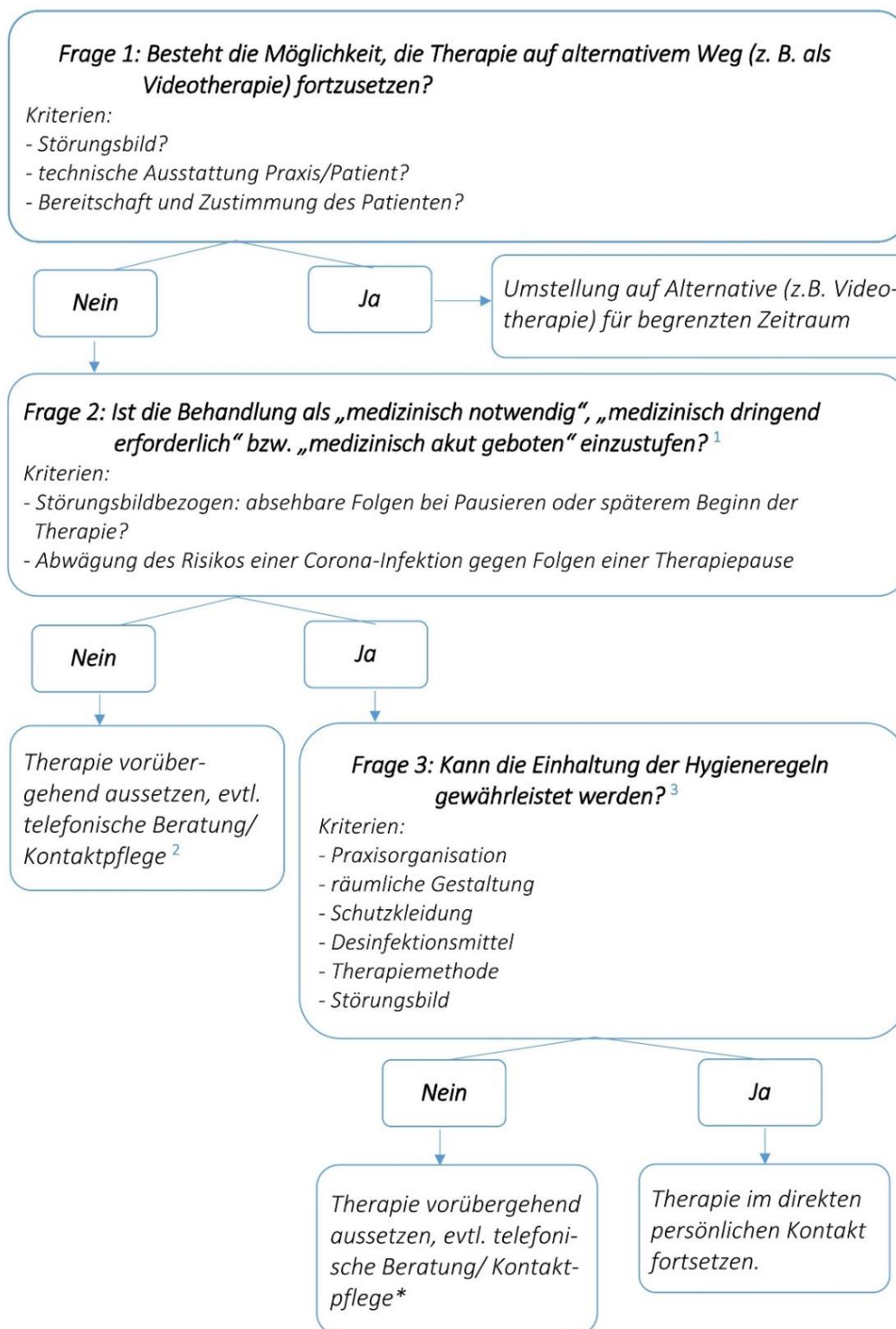
Folgende Fragen können bei der Entscheidungsfindung behilflich sein, um Patienten in Krisenzeiten mit möglichst geringem Infektionsrisiko therapeutisch weiter versorgen:

Frage 1: Besteht die Möglichkeit, die Therapie auf alternativem Weg (z. B. als Videotherapie) fortzusetzen?

Wie oben erläutert, besteht die Option der Videobehandlung für gesetzlich Versicherte seit dem 1. Juli 2020 nicht mehr. Bereits zuvor waren jedoch einzelne Störungsbilder (Schluckstörungen der Diagnosegruppe SC1) fachlich begründet von der Videobehandlung ausgenommen. Auch eine telefonische Beratung wurde nicht genehmigt und somit auch nicht finanziell honoriert.

Gerade bei Patienten mit Schluckstörungen handelt es sich jedoch fast ausschließlich um Patienten, die der Risikogruppe angehören!

In diesen Fällen, die eine Versorgung im direkten Kontakt erfordern, sind erhöhte Schutzmaßnahmen notwendig und unumgänglich, da der Körperkontakt sehr nah ist (unter 1,5m und länger als 15 min., Speichelkontakt) und somit als Risikokontakt gewertet werden muss (s. Kapitel 5. 1, Baustein 3).



¹ Rechtliche Regelungen der einzelnen Länder berücksichtigen (Informationen auf der dbl-Webseite, Stichwort "Praxisbetrieb - Stand der Dinge"), ² z. Zt. Keine Vergütung!, ³ z. B. Informationen zum Stichwort „Hygiene/Infektionsschutz“ auf der dbl-Webseite

Abb 1: Entscheidungsbaum Patientenversorgung – Risikominimierung in Krisenzeiten (April 2020, dbl - S. Utikal)

Frage 2: Ist die Behandlung als „medizinisch notwendig“, „medizinisch dringend erforderlich“ bzw. „medizinisch akut geboten“ einzustufen?

Droht bei einer Nichtbehandlung des Patienten eine Verschlechterung des Zustandes, die eventuell eine stationäre Aufnahme in der jetzigen Situation nach sich ziehen würde?

Entscheidet sich die Therapeutin/der Therapeut für eine Präsenztherapie, stellt sich die Frage nach einer dem Infektionsschutz entsprechenden Schutzkleidung (s. Kapitel 5.2.4), denn die Standard-Hygienemaßnahmen greifen aus oben genannten Gründen nicht!

5. Hygienevorschriften für die logopädische Arbeit

Die logopädische Therapie findet häufig mit engem Kontakt zur Patientin und zum Patienten statt, speziell bei Therapiemethoden, die im orofazialen oder intraoralen Bereich ansetzen. Die Arbeit an der Atmung und Artikulation sowie der Kontakt mit hustenden und speichelnden Betroffenen im Nahbereich gehören zum Berufsalltag einer Logopädin/eines Logopäden. Vor diesem Hintergrund und aus den vorausgegangenen Informationen ergeben sich nachfolgende Empfehlungen bezüglich der Hygienemaßnahmen und des Infektionsschutzes⁸ (Stand 02.07.2020) mit dem Ziel, die Ausbreitung des SARS CoV-2 in logopädischen Einrichtungen des Gesundheitswesens möglichst zu vermeiden.

5.1 Hygienemaßnahmen als „Baukastenprinzip“

In Anlehnung an die Australian Commission on Safety and Quality in Health Care⁹ verwenden wir zur Veranschaulichung der Hierarchie gestaffelter Hygienemaßnahmen das Bild eines „Baukastensystems“. Ihm liegt der Gedanke zugrunde, dass die derzeit geltenden hygienischen Maßnahmen keine gänzlich neuen Maßnahmen sind, sondern auf der Grundlage der Standard- oder auch Basis-Hygiene aufbauen,

⁸ https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/nCoV.html?cms_box=1&cms_current=COVID-19+%28Coronavirus+SARS-CoV-2%29&cms_lv2=13490882

⁹ https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/2019-09/infection_prevention_and_control_workbook_final_version_sept_2019.pdf

die wir aus der bisherigen logopädischen Arbeit bereits kennen. Die zusätzlichen Maßnahmen (Bausteine 2 und 3) ergeben sich sachlogisch aus der Übertragungsart des Virus (Tröpfchen- und Aerosolinfektion) sowie seinen spezifischen Eigenschaften zum jetzigen Kenntnisstand. Diese erweiterten Hygienemaßnahmen schützen sowohl die Therapeutin/den Therapeuten als auch die Patientin/den Patienten.

Die einzelnen Hygienemaßnahmen im Überblick:

Baustein 1: Standard-Vorkehrungen („Standard precautions“¹⁰)

- Händehygiene vor und nach jedem Patientenkontakt (siehe Kapitel 5.2.1)
- Routinemäßige Raumsäuberung (siehe Hygieneplan, Anhang 2)
- Husten- und Nies-Etikette
- Desinfizieren und Sterilisieren von Materialien, Instrumenten nach der Verwendung am Patienten (siehe Hygieneplan, Anhang 2)
- Abfallentsorgung (siehe Hygieneplan, Anhang 2)

Baustein 2: Vorkehrungen bei Tröpfcheninfektionen („Droplet precautions“¹¹)

Im Baustein 2 werden die Standard-Vorkehrungen (Baustein 1) durch zusätzliche Maßnahmen der persönlichen Schutzausrüstung (PSA) ergänzt:

- Schutzkittel
- Handschuhe (unsteril, nicht gepudert)
- Schutzbrille
- Haube
- OP Maske

Baustein 3: Weitere Vorkehrungen bei Infektionen über den Luftweg (Aerosole!) („Airborne precautions“¹²)

Zusätzlich zu Baustein 1 und der Schutzausrüstung aus Baustein 2 kommt hinzu:

- Schutzmaske Typ FFP2 oder FFP3 je nach Exposition

Achtung: korrekter Sitz (dicht) ist entscheidend!

¹⁰ ebd., S. 5

¹¹ ebd., S. 15

¹² ebd.

5.2 Erläuterungen zu einzelnen Hygienemaßnahmen

5.2.1 Händehygiene (Baustein 1)

Die Händedesinfektion muss mit einem Desinfektionsmittel mit nachgewiesener, mindestens **begrenzt viruzider Wirksamkeit** erfolgen (s. auch: Händehygieneplan der bgw¹³). Die in der Grafik aufgeführten Punkte beleuchten die **fünf Momente** der Händehygiene in Verbindung mit dem **Handschuhwechsel** (unsteril, ohne Puder). Vor dem Patientenkontakt und vor aseptischen Tätigkeiten dient die Maßnahme dem Patientenschutz, die anderen dem eigenen und dem erweiterten Personalschutz.



Abb 2: Die 5 Momente der Handhygiene (nach „My 5 Moments for Hand Hygiene“, WHO <https://www.who.int/infection-prevention/campaigns/clean-hands/5moments/en/>, Zugriff 02.07.2020)

5.2.2 Desinfektion (Baustein 1) abgestimmt auf Covid 19

Zur Desinfektion sind Mittel mit nachgewiesener Wirksamkeit, mit dem Wirkungsbereich „begrenzt viruzid“ (Wirksamkeit gegen behüllte Viren) einzusetzen. Mittel mit erweitertem Wirkungsbereich gegen Viren wie „begrenzt viruzid PLUS“ oder „Viruzid“ können ebenfalls eingesetzt werden (siehe Desinfektionsliste des Verbundes für angewandte Hygiene; VAH Liste¹⁴).

¹³ https://www.bgw-online.de/DE/Medien-Service/Medien-Center/Medientypen/BGW-Broschueren/Hautschutzplaene/BGW06-13-035_Hautschutzplan-Logopaedie.html

¹⁴ <https://vah-online.de/de/vah-liste>

5.2.3 Einsatz von Materialien/Medizinprodukten (Baustein 1)

Alle Medizinprodukte mit direktem Kontakt zum Patienten sollten, wenn möglich, Einweg-Produkte sein (Spatel, etc.) Andere Materialien werden nach Gebrauch desinfiziert (z.B. Novafon). Zur Desinfektion eignen sich schon fertig getränkte Wischtücher. Auch hier ist das Wirkungsspektrum „begrenzt viruzid“ einzusetzen. Thermische Desinfektionsverfahren sollten, wann immer möglich, bevorzugt angewendet werden, da hierbei eine vollständige Keimreduktion (zu 100%) erfolgt.

5.2.4 Erweiterte Hygiene und Infektionsschutzmaßnahmen (Bausteine 2 und 3)

Persönliche Schutzausrüstung (PSA)

Die Wahl der persönlichen Schutzausrüstung, die aus **Handschuhen, Kittel, Haube, Schutzbrille und Atemmaske** besteht, ist abhängig von Art und Umfang der Exposition mit Viruspartikeln im Rahmen des Patientenkontaktes und an die oben genannten Übertragungswege anzupassen. Der Einsatz von Einwegkittel ist zu bevorzugen. Dienst- und Schutzkleidung können bei 60 Grad gewaschen werden.

Bei Maßnahmen, die eine **Freisetzung von Aerosolen** induzieren, ist ein adäquater Atemschutz (mind. FFP2) erforderlich.

Detaillierte Hinweise zur konkreten Nutzung der PSA liefern folgende Quellen:

- TRBA 250 (Technische Regel für Biologische Arbeitsstoffe 250) www.baua.de
- Die Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsschutz (KRINKO) beim RKI www.rki.de/DE/Content/InfA
- Medienportal der zuständigen Berufsgenossenschaft: www.bgw-online.de (Hautschutz- und Händehygieneplan für Logopädinnen und Logopäden)

Das korrekte An- und Ausziehen der Schutzkleidung ist von großer Bedeutung, damit eine Kontamination nicht schon beim Anlegen oder Ausziehen der Kleidung passiert. Eine detaillierte Übersicht dazu finden sich in Krausenhaus up2date 2017; 12:117-122 <https://www.thieme.de/de/pflege/persoentliche-schutzausruestung-116414.htm> oder www.bgw-online.de

Mund-Nasen-Schutzmasken (MNS, auch: OP-Maske)



Abb 3: MNS – „OP-Maske“
(Bayerisches Landesamt für Gesundheit und
Lebensmittelsicherheit, https://www.lgl.bayern.de/downloads/arbeitsschutz/arbeitsmedizin/doc/merkblatt_mns_atemschutz.pdf
Zugriff 02.07.2020)

Sie werden überwiegend in der medizinischen Erstversorgung, der ambulanten Behandlung, der Pflege und auch in der logopädischen Versorgung verwendet und sind ein **Medizinprodukt** (im Gegensatz zum selbstgenähten Schutz!) DIN EN 14683.

Das Tragen des MNS durch den Behandler schützt vor allem den Patienten vor möglicherweise über Mund oder Nase abgegebenen Speichel-/Schleimtröpfchen (**Tröpfcheninfektion**) des Behandlers. Er kann auch wirkungsvoll das Auftreffen größerer Tröpfchen (z.B. Auswurf) verhindern. Bei ausreichender Distanz (1,5 m – 2 m) zum Gegenüber schützt der MNS ausreichend, wenn auch der Patient einen MNS („Community-Maske“) trägt.

Partikelfiltrierender Atemschutz (FFP2-Maske)



Abb 4: FFP2-Maske (C. Winterholler)

Diese Maske dient dem Schutz vor **luftübertragbaren Erregern oder Aerosolen**. Es wird mindestens eine **FFP2-Maske** gefordert. Entscheidend für eine optimale Sicherheit ist das korrekte Tragen der Schutzmaske und die Überprüfung, ob diese dicht den gesamten Mund- und Nasenbereich abschließt.

Zum Schutz von Ärzten und anderen Gesundheitsberufen vor einer Ansteckung durch das Corona-Virus SARS-CoV-2 empfiehlt das bayrische Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit mindestens einen Atemschutz der Schutzklasse FFP2. Bei Tätigkeiten mit ausgeprägter Exposition ist ein Atemschutz der Schutzklasse FFP3 erforderlich. Für das nahe Arbeiten am Kopf und den Ausatemorganen (weniger als 1,5 m und länger als 15 min) eines Patienten, welcher nicht positiv getestet und/oder erkrankt ist, ist

dennoch eine FFP2-Maske einzusetzen¹⁵, da ein einfacher MNS, der den Mundbereich an den Seiten nicht abdeckt, nicht ausreichend vor einer möglichen Ansteckung schützt!

6. Hygienemanagement in der ambulanten Praxis

Der ambulante Regelbetrieb wird derzeit wieder aufgenommen, verbunden mit den verstärkten Hygiene- und Infektionsschutzmaßnahmen. Experten schätzen derzeit, dass es notwendig sein wird, diese Maßnahmen beizubehalten, bis ein Impfstoff entwickelt wurde oder von einsetzender Herdenimmunität ausgegangen werden kann. Für die logopädische Therapie stellt dies eine große Herausforderung dar, denn unsere Nähe zum Patienten und das Explorieren im oralen Bereich, Stimm- und Sprechübungen erfordern spezielle Schutzmaßnahmen. Auch erfahren die Gestaltung des Wartebereiches, der Therapie- räume und der Praxisabläufe unter dem Aspekt des Social Distancing (Mindestabstand 1,5 m bis 2 m) massive Veränderungen. Die folgenden Aspekte sind Anregungen und in ihren Ausführungen noch nicht vollständig. Basis für die Impulse ist ein Dokument der Arbeitsausschüsse beim BMAS/Ausschuss für Biologische Arbeitsstoffe – Empfehlungen organisatorischer Maßnahmen zum Arbeitsschutz im Zusammenhang mit dem Auftreten von SARS-CoV-2, sowie zum ressourcenschonenden Einsatz von Schutzkleidung.

Seit Ende Juni 2020 liegt die in Zusammenarbeit mit dem dbl entstandene Broschüre „Risikoarmes Arbeiten im Alltag einer Logopädischen Praxis“¹⁶ des HTK (Hygiene Technologie Kompetenzzentrums) Bamberg vor, auf die wir an dieser Stelle hinweisen, da sie explizit Hilfestellung bei der Umsetzung und Anwendung von Sicherheitsmaßnahmen gibt, die die Durchführung sicherer Therapie im logopädischen Alltag zum derzeitigen Stand der Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts ermöglichen.

Welche Aspekte sollten im Hinblick auf Präsenztherapien beachtet werden?

Vor einem Kontakt mit Patientinnen/Patienten und Angehörigen ist es wichtig, folgende Punkte am Telefon abzufragen:

- Fieber?
- Husten, Schnupfen?
- Geschmacksstörung/-verlust?

¹⁵ https://www.bgw-online.de/SharedDocs/Downloads/DE/Branchenartikel/SARS-CoV-2-Arbeitsschutzstandard-Logop%C3%A4die_Download.pdf?__blob=publicationFile

¹⁶ https://www.dbl-ev.de/fileadmin/Inhalte/Dokumente/Service/Meldungen/2020/Risikoarmes_Arbeiten_im_Alltag_einer_Logopaedischen_Praxis_Broschuere_HTK_dbl.pdf

- Abgeschlagenheit?
- Kontakt mit einem positiv getesteten Corona-Patienten?
- Aufenthalt in einer gefährdeten Region?

Eventuell können diese auch schon auf der Homepage platziert und die Terminabsage empfohlen werden, wenn Punkt zutreffen. **Es ist ebenfalls sinnvoll, einen Handlungsplan bei Infektionsverdacht mit Hinweisen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie Patientinnen und Patienten zu erstellen.**¹⁷

Hinweis: Diese Checkliste auch immer für sich selbst und für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter abfragen.

Für den Praxisablauf muss bedacht werden:

- Beschaffenheit des einzusetzenden Materials: desinfizierbar?/ sterilisierbar?/ Einweg?
- Methodenreflexion (Wie nah muss ich dem Patienten sein? Welche hygienischen und infektionsschützenden Maßnahmen werden benötigt?)

Tipps zur Informationsgestaltung und Kontaktminimierung:

- Die Bereitstellung von Informationen und Verhaltensmaßnahmen sollten prominent z. B. auf der Homepage der Praxis platziert sein. Auf allgemeine Verhaltensmaßnahmen (Händehygiene, Husten/Niesen, Händeschütteln) kann hiermit auch schon vor Betreten der Praxis hingewiesen werden. Für die Patienten und Angehörigen zeigt dieses Verhalten einen angemessenen Umgang mit der Situation und erreicht ein Sicherheitsgefühl.
- Vermutlich gilt auch zukünftig weiterhin das Prinzip der Kontaktminderung. Hier empfiehlt sich eine Um- und Neugestaltung des Wartebereiches: Der Sitzabstand sollte durch das Entfernen von Stühlen erhöht werden, Zeitschriften, Spielsachen, Getränke (Gläser, Flaschen) und herumliegendes Infomaterial (Pinwand nutzen) sollten entfernt werden.
- Des Weiteren sollten Kontaktdaten von Personen erhoben werden, die die Praxis betreten haben, um gegebenenfalls Infektionsketten nachvollziehen zu können. Zeitpunkt des Betretens und

¹⁷ „SARS-CoV-2-Arbeitsschutzstandard für logopädische Praxen“ der bgw, Abschnitt 13: https://www.bgw-online.de/SharedDocs/Downloads/DE/Branchenartikel/SARS-CoV-2-Arbeitsschutzstandard-Logop%C3%A4die_Download.pdf?__blob=publicationFile

Verlassens der Praxisräume der Patientinnen und Patienten gehen zumeist aus der individuellen Terminvergabe hervor. Besonderes Augenmerk sollte deshalb auf den bringenden und abholenden Begleitpersonen liegen. (Die Erhebung dieser Daten ist nach Art. 6 Abs. 1 lit. f) Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) zulässig. Es bestehen Informationspflichten nach Art. 13 DSGVO)¹⁸. Eine Patienteninformation zur Datenerhebung sollte ebenfalls über die Homepage bzw. einen Aushang im Wartezimmer erfolgen.

- Patienteninformationen zur Händehygiene sollten möglichst in vielen Sprachen (auch einfache Sprache, Symbole und Piktogramme) gut sichtbar im Warte- und Sanitärbereich angebracht werden. (Im Downloadbereich der dbl-Webseite¹⁹ stehen dbl-Mitgliedern unter dem Stichwort *Patienteninformation* Plakate in diversen Sprachen zur Verfügung).
- Wichtig ist, dass Pausenzeit für die Desinfektion, die Hygienemaßnahmen und das Lüften (mindestens 10 Minuten) in den therapeutischen Ablauf eingeplant wird. Hygienefehler passieren häufig unter Zeitdruck.

Ebenfalls bedacht werden sollte das regelmäßige Bestellen von adäquater Schutzkleidung, Desinfektionsmittel etc. Mit Engpässen an Schutzmaterial ist weiterhin zu rechnen. (Im Downloadbereich der dbl-Webseite²⁰ stehen für dbl-Mitglieder unter dem Punkt *Supplemente zum dbl-Leitfaden Hygiene und Infektionsschutz* Bedarfslistenvorlagen zur Verfügung)

Hygieneplan

Ebenso elementar wie die oben beschriebenen Maßnahmen ist das Erstellen eines **erweiterten** Hygieneplanes, der auf einen Basis- oder Standardhygieneplan aufbaut (ein Beispiel, das auf die derzeitige Situation angepasst ist, finden Sie im Anhang). Des Weiteren empfehlen wir, sich regelmäßig beim RKI und der BGW zu den aktuellen Entwicklungen und Vorgaben zu informieren. Teamschulungen und das Klären von Verantwortlichkeiten innerhalb der Praxis sind wichtig. Hygiene und Infektionsschutz sind Führungsthemen und gehören somit in den Verantwortungsbereich der Praxisleitung benötigen in der Umsetzung aber die Mitarbeit aller angestellt Tätigen.

¹⁸ „SARS-CoV-2-Arbeitsschutzstandard für logopädische Praxen“ der bgw, Abschnitt 12: https://www.bgw-online.de/SharedDocs/Downloads/DE/Branchenartikel/SARS-CoV-2-Arbeitsschutzstandard-Logop%C3%A4die_Download.pdf?__blob=publicationFile

¹⁹ Loggen Sie sich bitte als Mitglied auf der dbl-Webseite ein und kopieren Sie dann bitte folgenden Pfad in die Adresszeile Ihres Browsers: <https://www.dbl-ev.de/service/online-shop-fortbildungen-downloads/dbl-downloads/>


²⁰ ebd.

7. Literaturverzeichnis

- Chu DK et al.: COVID-19: Distancing Works, N95 Respirators Work Better Lancet. 2020 Jun 2; doi.org/10.1016/ S0140-6736(20)31142-9.
- Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, et al.(2020) China Medical Treatment Expert Group for Covid-19. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. N Engl J Med. 2020 Feb28. Doi: 10.1056/NEJMoa2002032
- Wang D, Hu B, Hu C, et al. (2020) Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus-Infected Pneumonia in Wuhan, China. JAMA. Feb 7. Doi: 10.1001/jama.2020.1585
- DGP: Empfehlungen zur Durchführung einer Bronchoskopie in Zeiten der COVID-19-Pandemie Europäische PSA-Verordnung (EU) 2016/425 https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Thema-Arbeitsschutz/2016-04-05-EU-Verordnung-PSA2016-425.pdf?__blob=publicationFile&v=2
- Epidemiologisches Bulletin Nr. 1, Robert-Koch-Institut, 5. Januar 2007: Zur Richtlinie für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention: Anforderungen der Krankenhaushygiene und des Arbeitsschutzes an die Hygienebekleidung und persönliche Schutzausrüstung https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Downloads/Arbeitschutz_pdf.html
- Technische Regel für Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrts- pflege – TRBA 250; Ausgabe März 2014 Ausschuss für Biologische Arbeitsstoffe – ABAS – www.baua.de/abas https://www.baua.de/DE/Angebote/Rechtstexte-und-Technische-Regeln/Regelwerk/TRBA/pdf/TRBA250.pdf?__blob=publicationFile&v=4
- Beschluss des Ausschusses für Biologische Arbeitsstoffe (ABAS): 609 Arbeitsschutz beim Auftreten einer nicht ausreichend impfpräventablen humanen Influenza, Juni 2012 <http://www.baua.de/cae/servlet/contentblob/672810/publicationFile/48577/Beschluss-609.pdf>
AMR 14.2 Einteilung von Atemschutzgeräten in Gruppen, GMBI Nr. 37, 23. Juni 2014, S. 791 https://www.baua.de/DE/Angebote/Rechtstexte-und-Technische-Regeln/Regelwerk/AMR/pdf/AMR-14-2.pdf?__blob=publicationFile&v=2
- Berufsgenossenschaftliche Regel BGR/GUV-R 190 Regel Benutzung von Atemschutzgeräten, Dezember 2011 <http://publikationen.dguv.de/dguv/pdf/10002/r190>

- <https://www.116117.de/de/coronavirus.php>
- www.bgw.de
- <https://www.infektionsschutz.de/>
- https://www.rki.de/DE/Home/homepage_node.html
- www.bundesgesundheitsministerium.de
- www.lgl.bayern.de

Anlage 1: Maskenart - Übersicht

Maskenart	Wer wird geschützt?	Medizin-produkt?	Schützt vor:	Zertifizierung?
Filtrierende Halbmasken FFP2 FFP3 Ohne Filter 	Eigenschutz/ Fremdschutz/ Arbeitsschutz (mit Filter NUR Eigenschutz!)	Ja Gegenstand der PSA im Rahmen des Arbeitsschutzes;	Aerosolen	Ja EN 149 KN 95
OP Maske, medizinischer Mund-Nasenschutz	Fremdschutz	ja	Schutz vor Tröpfchenauswurf	Ja, DIN EN 14683

HINWEIS: Der nichtmedizinische Mundschutz (sog. „Community Maske“) ist nur für den privaten Gebrauch geeignet. Er gehört nicht zur Schutzausrüstung und ist kein Medizinprodukt.

Für die Patientenversorgung genügt dieser einfache Schutz nicht!

Anlage 2: Hygieneplan (Erweiterung des Standardhygieneplans)

Die Erweiterung des Standardhygieneplans zeigt die Unterschiede auf und ist um die Desinfektionsmittelempfehlung (begrenzt viruzid) ergänzt. Im Team sind die Verantwortlichkeiten festzulegen. Bitte beachten Sie, dass externe Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sich an den vorgegebenen Plan halten müssen.

WAS	WIE	WOMIT	WANN	WER
Was muss gereinigt, desinfiziert, sterilisiert werden?	Was muss getan werden? Reinigen? Desinfizieren? Sterilisieren?	Hier die Produktnamen einsetzen. Fertige Wischdesinfektionstücher eignen sich sehr gut für die Oberflächen-Desinfektion!	Zeitpunkt festlegen. Arbeitsabläufe ändern sich dadurch.	Wer ist verantwortlich? Schriftlich festlegen
Arbeitsfläche, Telefon, PC-Tastatur, Handy, Kopierer	Desinfizieren	mit einem Flächen-Desinfektionsmittel mit nachgewiesener, mindestens begrenzt viruzider Wirksamkeit	Kontamination nach Benutzung	
Türkliniken	Desinfizieren	mit einem Flächen-Desinfektionsmittel mit nachgewiesener, mindestens begrenzt viruzider Wirksamkeit	Mehrmals täglich	
Böden	Reinigen Desinfizieren	Bodenreinigungsmittel, mit einem Flächen-Desinfektionsmittel mit nachgewiesener, mindestens begrenzt viruzider Wirksamkeit	wöchentlich feucht bei Kontamination	
Sanitäre Anlagen	Reinigen, Desinfizieren	mit einem Flächen-Desinfektionsmittel mit nachgewiesener mindestens begrenzt viruzider Wirksamkeit	täglich	
Therapiematerial		Alle Materialien mit direktem Kontakt zum Patienten sind personenbezogen zu verwenden und müssen nach Gebrauch desinfiziert werden. Thermische Desinfektionsverfahren sollten, wann immer möglich, bevorzugt angewendet werden. Ist dies nicht möglich, müssen Desinfektionsmittel mit nachgewiesener mindestens begrenzt viruzider Wirksamkeit verwendet werden. (Desinfektions-Wischtücher sind zu empfehlen.)		
Geräte	Desinfizieren		Nach Benutzung	
Liegen	Desinfizieren		Nach Benutzung	
Materialien für den oralen Trakt (wenn Einweg Artikel nicht möglich)	Sterilisieren Desinfizieren		Nach Benutzung	

Müll- entsorgung	In einem Müll- eimer mit De- ckel, am Ende des Tages Müll- beutel ver- schließen und entsorgen			
Geschirr		Entsprechendes Programm bei ei- ner Geschirrspülmaschine; min- destens 60 Grad Wassertempera- tur bei Abspülen mit der Hand		

Geeignete Desinfektionsmittel siehe:

https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Desinfektionsmittel/Downloads/BGBI_60_2017_Desinfektionsmittelliste.html



Deutscher
Bundesverband für
Logopädie e.V.

Augustinusstraße 11 a
50226 Frechen

Tel 0 22 34.37 95 30
Fax 0 22 34.37 95 313

info@dbl-ev.de
www.dbl-ev.de

IMPRESSUM

Herausgeber

Deutscher Bundesverband
für Logopädie e.V. (dbl), Frechen

Überarbeitung:

C. Winterholler, H. Büchner, S. Utikal

Stand. Juli 2020