

Nicht sauber, sondern rein?

Hygieneempfehlungen für den ambulanten logopädischen Alltag

Manuela Motzko

ZUSAMMENFASSUNG. Wir alle werden im logopädischen Alltag regelmäßig mit Fragen zur Hygiene konfrontiert: Wie viel Sauberkeit muss sein? Was grenzt an Hysterie und Waschzwang? Handpuppe nach Gebrauch desinfizieren? Mundschutz? Oder gar nicht zum Patienten hingehen? Vielleicht schaut man lieber gar nicht genauer hin? – Oh doch! Hinschauen und überlegen, wie viel Sauberkeit sein muss – nicht nur im Interesse unserer Patienten, sondern auch für uns und unsere Familien.

Doch was muss sein und welche Empfehlungen können gegeben werden? Wozu sind wir als Heilmittlerbringer gesetzlich verpflichtet? Im Artikel wird ein Überblick über Basismaßnahmen und Hygieneabläufe für den logopädischen Alltag gegeben, ohne gleich den warnenden Zeigefinger zu erheben.

Schlüsselwörter: Hygiene – Infektion – Klinik – Praxis – häusliches Umfeld – Altenheim

Einleitung

Wir, als am Leben teilhabende Menschen, werden tagtäglich mit Viren und Bakterien aller Arten konfrontiert. So manch eine Grippeperiode hat uns schon erwischt und vor dem nächsten grassierenden Magendarmvirus sind wir auch nicht immer gefeit. Sicher: „Was uns nicht umbringt, macht uns nur härter“, es trainiert unser Immunsys-

tem. Doch es gibt Infektionskrankheiten, die möchte man nicht haben. Sie stellen für uns und auch unsere Mitmenschen ein großes Gesundheitsrisiko dar. Denken wir an HIV, Tuberkulose, Hepatitis, multiresistente Keime und weitere Erkrankungen, deren Erreger über verschiedene Wege in unseren Körper gelangen können (Abb. 1).

Manuela Motzko beendete

1996 ihre Ausbildung zur Logopädin an der Logopädenlehranstalt der Universitätsklinik in Münster. Nach Tätigkeit in einem Institut für Stimm- und Sprachstörungen und langjähriger Beschäftigung als Klinische Logopädin an der HNO-Klinik und Phoniatrie der Universität zu Köln ist sie seit der Gründung im Jahr 2002 im Kölner Dysphagiezentrum als Leitung aktiv und beschäftigt sich schwerpunktmäßig mit dem Symptom „Dysphagie“ im Bereich Diagnostik, Beratung und Fort- und Weiterbildung.



Gesetzliche Verpflichtung

Arbeitgeber in der Logopädie sind laut Arbeitsschutzgesetz dazu verpflichtet, ihre Mitarbeiter durch geeignete Maßnahmen vor solchen Gesundheitsgefahren einen bestmöglichen Schutz zu ermöglichen (BGW 2015). Laut Infektionsschutzgesetz (IfSG oder InfSchG, BMG 2011) sind unter anderem auch Praxen humanmedizinischer Heilberufe dazu angehalten, Vorkehrungen zu treffen, um Neuinfektionen und die Weiterverbreitung von Infektionskrankheiten (Stichwort: nosokomiale Infektionen) zu vermeiden.

Doch welche Maßnahmen ergreifen wir im therapeutischen Alltag? Exner et al. (2008) stellen heraus, dass Hygieneaspekte und -probleme außerhalb von Krankenhäusern nicht ausreichend beachtet und gewürdigt werden. Außerklinische Forschungsbereiche zu diesem Bereich gebe es kaum. Mirtsch (2016) kommt in ihrer Studie ebenfalls zum Ergebnis, dass in der Logopädie diesem Bereich mehr Beachtung geschenkt und der bestehenden Unwissenheit unter den Therapeuten entgegen gearbeitet werden muss.

Die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut (RKI 2010) sieht bereits für den As-

■ Abb. 1: Übertragungswege/Transmissionswege von Infektionen (RKI 2015)

Übertragungswege	Einzelheiten
Tröpfcheninfektion	Übertragung durch ein Sekret oder Exkret aus den Atemwegen des Betroffenen über kurze Distanz (1-2m) auf Schleimhäute der anderen Person, z.B. durch Niesen, Husten, endotracheales Absaugen o. Sprechen, z.B. Influenzaviren
Aerogene Übertragung	Ähnlich wie bei der Tröpfcheninfektion, nur handelt es sich hierbei um Aerosole, also Tröpfchenkerne, die < 5 µm sind und direkt über die Atemluft in die tiefen Atemwege einer Person gelangen (z.B. Erreger von Masern, Varizellen, offene Tuberkulose).
Kontaktübertragung	<i>direkt:</i> Erreger/Parasiten (z.B. Kopfläuse) werden direkt von einer Person auf eine andere übertragen. <i>indirekt:</i> Erreger (z.B. Rota- und Noroviren) werden z.B. über kontaminierte Hände oder Arbeitsmaterialien oder sogar über Lebensmittel von einer Person auf eine andere übertragen. Viele Erreger nosokomialer Infektionen sind in der Lage, eine gewisse Zeit außerhalb eines Wirts in der Patientenumgebung zu überleben und damit infektiös zu bleiben.
Parenterale Übertragung	Transmission des Erregers über die nicht intakte Haut oder Schleimhaut (z.B. durch kontaminierte Spritzen) wie bei HIV
Vektorassoziierte Übertragung	Übertragung über einen „Vektor“, zumeist lebende Organismen wie Malaria (Fiebertmücke), Schlafkrankheit (Tsetsefliege)

Nicht selten nutzen Erreger mehrere Übertragungswege!

pekt der Infektionen über kontaminierte Hände bei medizinischen Personal noch erhebliches Potenzial zur Verbesserung. Auch wenn es eher selten zu einer Kontrolle einer logopädischen Praxis durch das zuständige Gesundheitsamt kommt, sollten wir unsere täglichen beruflichen Hygienevorkehrungen überdenken und einfachste Maßnahmen wie selbstverständlich umsetzen.

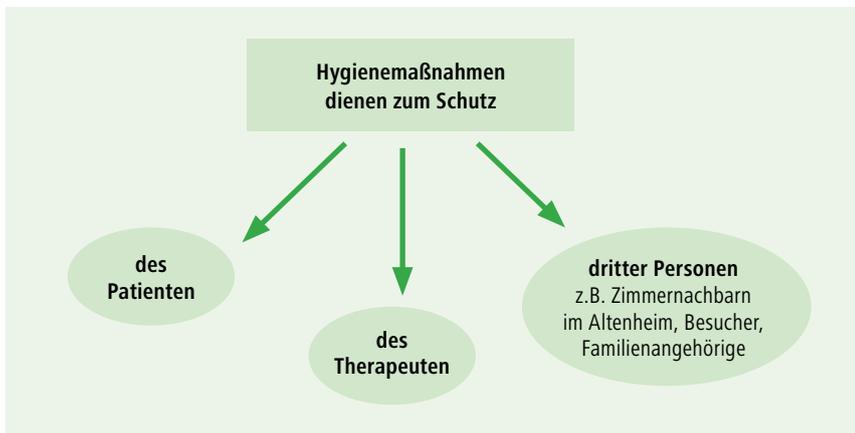
Infektionsrisiko in der Logopädie

Sicherlich besteht das größte Infektionsrisiko in unserem Berufsalltag in der Ansteckung über die Vernebelung keimhaltiger Sekrete aus den Atemwegen per Tröpfchen oder Aerosole, da entsprechende Krankheitserreger beim Sprechen, Husten oder Niesen übertragen werden können (RKI 2015). Speziell bei Interventionen, wie sie in einer Dysphagiebehandlung üblich sind (z.B. endotracheales Absaugen, Atemtraining mit Aktivieren eines Hustenstoßes, kraftvolle Stimmgebung, Räuspern im Rahmen einer Schlucktechnik, therapeutische Mundpflege etc.) sind Therapeuten ständig der Gefahr einer Keimübertragung ausgesetzt.

Demnach ist es wichtig, infektiöse Patienten und den Übertragungsweg ihrer Infektionskrankheit zu kennen und so gut es geht zu überwachen, um das Ansteckungsrisiko so gering wie möglich zu halten – nicht nur für unseren Schutz, sondern auch zum Schutz unserer übrigen Patienten und Mitmenschen.

Dabei müssen wir überlegen, wem bestimmte Hygienemaßnahmen dienen sollen (Abb.2). Geht es um den Schutz eines Patienten vor einer Ansteckung, vielleicht auch durch uns, geht es um unseren eigenen Gesundheitsschutz, oder geht es um den Schutz Dritter, die wir als Überträger ggf. ebenfalls in Gefahr bringen könnten (RKI 2015).

■ **Abb. 2: Zielgruppen, die durch Hygienemaßnahmen geschützt werden sollen**



Das richtige Maß an Reinheit

Zu den Aufgaben eines Therapeuten gehört es, die Gesundheit eines erkrankten Menschen wiederherzustellen oder zu erhalten. Keinesfalls sollte er seinen Patienten gefährden. Dementsprechend ist es besonders wichtig, dass der Therapeut verantwortungsbewusst mit dem Aspekt der Verhütung und der Verschleppung von Infektionen umgeht. Zur gezielten Auswahl der optimalen Hygienemaßnahmen ist zum einen der logopädische Arbeitsplatz zu betrachten und zum anderen der Gesundheitszustand des einzelnen Patienten.

Besonderes Augenmerk sollten wir auf schwer erkrankte und multimorbide Menschen richten. Sie selbst können Infektionserreger in sich tragen oder aber sie sind besonders empfänglich für neue Infektionen. Diese Patientengruppe kann uns in Kliniken, Alten- und Pflegeheimen oder auch Behindertenwerkstätten und Kindergärten (besonders Einrichtungen mit behinderten Kindern) begegnen. Aber auch im Hausbesuch kommen wir ggf. mit diesen Risikopatienten in Kontakt.

Finden sich Patienten zur Behandlung in der logopädischen Praxis ein, sind ebenfalls Übertragungen von ansteckenden Krankheiten (z.B. Noro-Virus, Magen-Darminfekte, Kinderkrankheiten etc.) möglich. Meist aber wiegen sich die Therapeuten in Sicherheit, da sie nicht annehmen, dass sich „schwer“ erkrankte und infektiöse Patienten auf den Weg in die Praxis machen.

Im Allgemeinen kann gesagt werden, dass der Blick auf mögliche Infektionsgefahren und damit die Hygienevorkehrungen vom Arbeitsplatz „Krankenhaus“ (z.B. Intensivstation, Stroke Unit, postoperative Stationen) bis zum Arbeitsplatz „Praxis“ abnimmt, d.h. das Ansteckungsrisiko entsprechend geringer eingeschätzt wird (Abb. 3).

■ **Abb. 3: Abnahme der Risikoeinschätzung und dementsprechend der Hygienevorkehrungen in logopädischen Arbeitsbereichen**



Im therapeutischen Alltag sollte man sich darauf jedoch nicht verlassen. Mit einer möglichen Infektionsgefahr – egal durch welchen Erreger – muss in allen logopädischen Arbeitsbereichen gerechnet werden. Das richtige Maß an Hygienevorkehrungen sollte aber der Wahrscheinlichkeit angepasst werden, auf einen infektiösen oder auch auf einen gefährdeten Patienten zu treffen.

Therapeuten können sich am besten darauf vorbereiten, wenn sie frühestmöglich von Risikopatienten erfahren, über deren Infektion informiert werden und auch deren aktuellen Gesundheitszustand und somit das eigene Infektionsrisiko abschätzen können. Hilfreich sind Abfragen nach „Ansteckende Krankheiten/Infektionen“ gleich bei der Erstanmeldung des Patienten z.B. im Rahmen eines Konsilbogens oder Anmeldeformulars. Die Erfassung dieser Informationen sollte genauso selbstverständlich sein, wie die Angabe der Telefonnummer oder des Versicherungsstandes – ein unbedingtes Muss!

Hygienestandards und -pläne

In stationären Einrichtungen werden Hygienestandards definiert und von sogenannten Hygienebeauftragten kontrolliert und angepasst. Es macht Sinn, sich auch als konsiliarisch tätiger Logopäde über die Hygienestandards der jeweiligen Institutionen zu informieren und sich danach zu richten.

Für logopädische Praxen sollten individuelle, den Risiken angepasste Hygienepläne erstellt werden, die bestimmte Arbeitsschritte wie z.B. Händehygiene, Flächendesinfektion, Abfallentsorgung, Reinigung von Räumen inklusive Mobiliar, Reinigung von Therapiematerialien und Arbeitsgeräten erläutern und festlegen (Beispiel Abb. 4, nächste Seite).

■ Abb. 4: Hygieneplan, von der Autorin angepasst an eine beliebige logopädische Praxis (Buchner & Partner GmbH bietet den Plan in Form einer editierbaren Datei an)

Stand: 21. März 2016					
Hygieneplan Praxis					
Praxis für Logopädie Martina Muster Kölle					
WAS? Maßnahme im Bereich:	WIE? (Details zur Durchführung siehe Hygieneplan/QM)	WANN? Zeitpunkt, Häufigkeit	WOMIT? Präparat/Produkt	WER? Verantwortliche oder betroffene Personen	
Hände Mitarbeiter		Waschen Desinfizieren (bei Bedarf)	Vor Arbeitsbeginn Nach Arbeitsgängen Bei Bedarf Desinfektion	Hautschonendes Waschmittel (Präparatname) Desinfektionsmittel aus Direkt- spender Sterilium Virugard	Alle Mitarbeiter
		Pflegen	Bei Bedarf	Hautpflegemittel Handcreme	
Arbeits- flächen		Reinigen	Täglich Bei Bedarf	Neutralreiniger	Reinigungskraft Alle Mitarbeiter
		Desinfizieren	Bei Kontamination	Flächendesinfektionsmittel Desinfektions- Tücher, Medizid Rapid	Therapeuten
Türen		Reinigen	Türgriffe: täglich Türblätter und -rahmen: wöchentlich	Neutralreiniger Medizid Rapid	Reinigungskraft
Schränke		Reinigen	Innen: alle 3 Monate Außen: alle 2 Wochen	Neutralreiniger	Reinigungskraft
Böden		Reinigen	Trocken: 2x wöchentlich Feucht: 1x wöchentlich Bei Bedarf	Neutralreiniger	Reinigungskraft
		Desinfizieren	Bei Kontamination	Flächendesinfektionsmittel Medi- zid Rapid	Therapeuten
Wasch- becken / WC		Reinigen	Täglich Bei Bedarf	Scheuermilch / WC-Reiniger	Reinigungskraft Alle Mitarbeiter Therapeuten
		Desinfizieren	Bei Kontamination	Flächendesinfektionsmittel	
Mülleimer Papier		Leeren	Bei Bedarf		Alle Mitarbeiter
		Reinigen	Wöchentlich	Neutralreiniger	Reinigungskraft
Wert-/Kunststoffe		Leeren	Täglich	Gelber Sack	Alle Mitarbeiter
		Reinigen	Wöchentlich	Neutralreiniger	Reinigungskraft
Restmüll		Leeren	Täglich	Müllbeutel	Reinigungskraft
		Reinigen	Wöchentlich	Neutralreiniger	
Therapie Geräte		Reinigen	Wöchentlich Nach Gebrauch	Neutralreiniger Spülmaschine	Reinigungskraft Therapeuten
Therapieliegen		Reinigen Be- zug austauschen	Bei direktem Hautkontakt Nach jedem Patienten	Neutralreiniger Waschmaschine	Therapeuten
			Wöchentlich		Reinigungskraft
Hilfsmittel		Reinigen	Nach Benutzung	Neutralreiniger	Therapeuten
		Desinfizieren	Bei Bedarf	Desinfektionstücher Desinfektion mit Gigasept AF	
Hände Patienten vor Arbeit mit Materialien etc.		Waschen Desinfizieren	Vor der Therapie	Hautschonendes Waschmittel Desinfektionsmittel aus Direkt- spender	Patient

Hygienische Basismaßnahmen sollten für alle logopädischen Arbeitsbereiche gleichermaßen gelten. Für Patientenkontakte mit höherem Infektionsrisiko sind diese Basisvorkehrungen zu erweitern (s.u.).

Nach den Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut (KRINKO) betreffen Basishygienemaßnahmen u.a. die Händedesinfektion, Einhaltung von Barrieremaßnahmen (Tragen von Handschuhen, Schutzkleidung, Mund-Nasenschutz), Reinigung und Desinfektion von Flächen, die Aufbereitung von Medizinprodukten und auch Arbeitsmaterialien sowie die Abfallsorgung (RKI 2015) (Abb. 5).

Händehygiene

Viele Krankheitserreger werden über die Hände übertragen. Daher ist grundsätzlich auf eine regelmäßige Händehygiene zu achten. Idealerweise sollten vor jedem direkten Kontakt mit einem neuen Patienten die Hände gewaschen und auch desinfiziert werden. Speziell nach Kontamination mit Sekret, Blut, Speichel o.ä. auch über kontaminierte Flächen und vor einer aseptischen Behandlung (z.B. endotracheales Absaugen auf Intensivstationen) sind die Hände zu reinigen und zu desinfizieren. Das Tragen von Einmalhandschuhen schützt nicht zwangsläufig vor einer Kontamination und sollte eine Händedesinfektion nicht ersetzen. Also sind auch nach dem Ausziehen von Einmalhandschuhen die Hände zu desinfizieren (RKI 2015).

In den letzten Jahren wurde deutlich, dass besonders in klinischen Einrichtungen die meisten Neuinfektionen – sogenannte nosokomiale Infektionen – vermeidbar sind, wenn

nur die Handhygiene besser gewesen wäre. So ist 2008 die „Aktion Saubere Hände“ als eine nationale Kampagne zur Verbesserung der Compliance der Händedesinfektion in deutschen Gesundheitseinrichtungen ins Leben gerufen worden (www.aktion-sauberehaende.de). Diese Kampagne treibt die Aufklärung zur Händehygiene in ambulanten medizinischen Einrichtungen durch Öffentlichkeitsarbeit (Fortbildungen zum Thema, Video, Poster, Flyer) voran.

Die „AHS“ (Aktion Saubere Hände) propagiert fünf Indikationen zur Händedesinfektion, die sowohl für stationäre Einrichtungen als auch für ambulante Praxen und übertragbar auch für Hausbesuche gelten sollten:

- vor einem Patientenkontakt
- vor aseptischen Eingriffen
- nach Kontakt mit potenziell infektiösem Material
- nach einem Patientenkontakt
- nach Kontakt mit der unmittelbaren Patientenumgebung (Bett, Tisch, Türklinke etc.)

Sowohl die ASH als auch das National Institute for Health and Care Excellence in Großbritannien empfehlen zudem das Ablegen von Uhren, Schmuck inklusive Fingerringen, um eine einwandfreie Hand- und Unterarmhygiene zu erzielen (NICE 2012).

Barrieremaßnahmen

Zu den Barrieremaßnahmen zählt die Nutzung von Handschuhen, Mund-Nasenschutz und ggf. einer Schutzbrille sowie das Tragen von Schutzkleidung (Abb. 6). Hand aufs Herz: Haben Sie einen Kittel, geschweige denn eine Schutzbrille oder einen Mundschutz in der Hausbesuchstasche? Diese Frage sollten sich

■ **Abb. 6: „Barrieremaßnahmen damals“**
Historische Aufnahme im Klinikum der Universität zu Köln



besonders Logopäden mit einem hohen Anteil an multimorbiden Patienten stellen, denn bei Patienten z.B. mit Clostridien, MRSA, E.coli ist eine Übertragung der Erreger von einem Patienten zum anderen oder auch von einem Patienten zu einer anderen Person (z.B. Familienangehöriger) über die Kleidung mit hoher Wahrscheinlichkeit möglich.

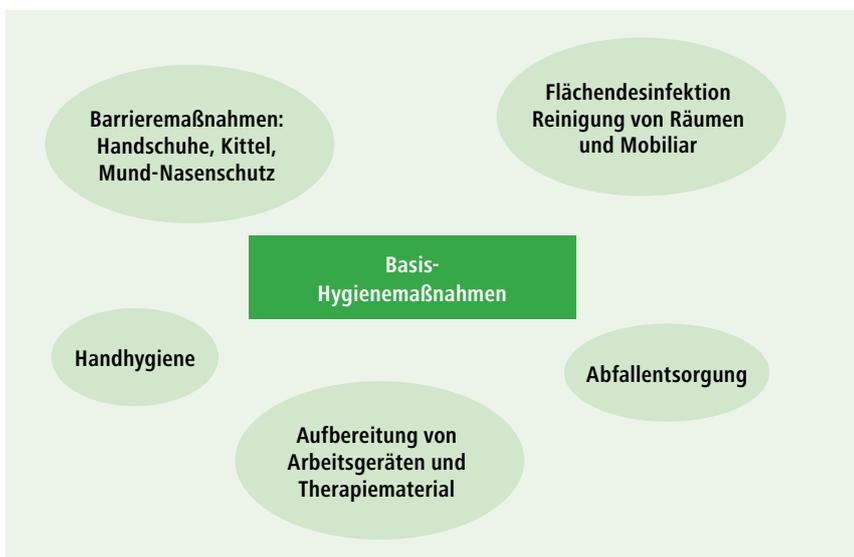
In solchen Risikosituationen ist es am besten, einen Schutzkittel in der Wohnung des infektiösen Patienten zu tragen und ihn dort auch zu belassen. Es sollten keine Ärmel der persönlichen Kleidung unter dem Kittel hervorschauen, denn bei direktem Patientenkontakt könnten z.B. die Ärmelenden kontaminiert werden. Das National Institute for Health and Care Excellence in Großbritannien empfiehlt sogar das Tragen kurzärmeliger Hemden (z.B. Kasaks) (NICE 2012).

Eine Schutzbrille oder gar ein Mund-Nasenschutz sollte den KRINKO-Empfehlungen zufolge dann zum Einsatz kommen, wenn mit Verspritzen von Blut, Sekreten oder Exkreten zu rechnen ist, da potenzielle Erreger auch über die Schleimhäute des Auges, der Nase und des Mundes aufgenommen werden können (RKI 2015).

Bei tracheostomierten Patienten sollte immer darauf geachtet werden, wenn möglich nicht frontal vor dem Patienten zu sitzen, sondern etwas seitlich versetzt, um nicht von ausgehustetem Trachealsekret getroffen zu werden.

Des Weiteren schützt ein Mund-Nasenschutz den Patienten vor einer möglichen Infektion durch den Therapeuten. Ist der Therapeut

■ **Abb. 5: Basis-Hygienemaßnahmen laut RKI 2015**



selbst Träger einer Infektion, die ggf. den Patienten gefährden könnte, sollte ein Mund-Nasenschutz getragen werden. Wenn dieser die logopädische Arbeit erschwert oder eigentlich unmöglich macht (wie bei der Demonstration von Mundmotorikübungen, Zuhilfenahme des Mundbildes bei Artikulationsübungen etc.) ist das Risiko abzuwägen.

Flächendesinfektion

Flächen, die in direktem und auch häufigem Patientenkontakt stehen, müssen so aufbereitet werden, dass von ihnen keine Infektionsgefahr ausgeht. Bei einer „normalen“ Patientenkontakt in einer logopädischen Praxis kann davon ausgegangen werden, dass eine Wischdesinfektion dieser Flächen (z.B. Behandlungstisch, Türklinke zum Therapieraum etc.) einmal täglich ausreicht (RKI 2015). Bei sichtbarer Kontamination, z.B. wenn der Patient Sekret auf die Tischplatte hustet, muss sofort gesäubert und aufbereitet/desinfiziert werden.

Im logopädischen Alltag haben sich dafür Einmalwischtücher aus dem Spender bewährt, die eine Keimfreiheit für viele Erreger innerhalb von Sekunden garantieren (Abb. 7).

Aufbereitung von Arbeitsgeräten und Therapiematerial

Grundsätzlich ist eine Verwendung von Einmalartikeln wie Watteträger, Holzspatel, Kompressen als Arbeitsmaterial den wiederverwendbaren Materialien vorzuziehen. Ist es unumgänglich, Material zu verwenden, das es nicht als Einmalprodukt gibt (z.B. intraorale Aufsätze auf Vibrationsgeräten,

■ **Abb. 8: Behälter für Desinfektionsbäder zur Aufbereitung von Arbeitsmaterialien**



spezielle Therapiegeräte besonders für die Behandlung innerhalb des Mundes), sollte auf deren Möglichkeit zur Reinigung und Desinfektion, also zur Aufbereitung, geachtet werden. Hersteller von Therapiematerialien sollten Reinigungshinweise direkt zum Material geben.

Sind Instrumente, die besonders zu intraoralen Zwecken genutzt werden, spülmaschinene geeignet (Besteck, besondere Therapie-„Löffel“, Aufsätze von Vibrationsgeräten, etc.) sollten diese nach Gebrauch in einer Nierenschale (am besten aus Pappe) oder auf einem Tuch abgelegt und möglichst bald bei mindestens 60°C in der Spülmaschine gewaschen werden. Ggf. ist ein Auskochen und/oder Einweichen in kochendem Wasser mit Spüllauge ebenfalls möglich.

Wichtig ist nur, das Material zuvor auf Patientenrückstände (z.B. Zungenbelag, Borken, Blutkrusten) zu untersuchen und davon zu befreien. Diese vorherige Reinigung kann Bad in einer Desinfektionslösung oft ersetzen. Diese Lösungen sind schleimhautreizend bzw. ätzend und sollten nur nach genauen Vorgaben in abgedichteten Behältern aufbewahrt und angewendet werden (Abb. 8). Ferner ist darauf zu achten, dass die Lösung regelmäßig gewechselt wird und die Entsorgung nach Herstellerangaben erfolgt; denn nicht alle Desinfektionsmittel dürfen über das Abwasser entsorgt werden.

Bei der Auswahl von Materialien für die logopädische Kindertherapie sollte darauf geachtet werden, dass diese einfach zu säubern sind. Dies ist in der Regel bei Handpuppen, Stofftieren etc. nicht der Fall, es sei denn, sie sind waschmaschinentauglich. Spielzeuge aus Holz sollten auf ihre Farbbeständigkeit nach Kontakt mit Desinfektionsmittel geprüft werden. Im Zweifelsfall sollten bestimmte Materialien bei Kindern mit akuten oder chronischen Infektionen oder auch einer Immunsuppression nicht genutzt werden.

Abfallentsorgung

Werden in den Praxisräumen Patienten behandelt, die oft Speichel ausspucken müssen, viel die Nase putzen und Einmaltücher benutzen, sollten die Müllbehälter täglich geleert werden, um eine mögliche infektiöse aerogene Belastung des Raumes so gering wie möglich zu halten. Ansonsten reicht sicherlich das zweimal-wöchentliche Abfallentsorgung im Behandlungszimmer aus.

Besonderheiten bei der Versorgung im häuslichen Umfeld

Werden Patienten im Rahmen eines Hausbesuchs betreut, wundert man sich als Therapeut mitunter, wie wenig dort auf Hygiene geachtet wird. Exner et al. (2008) stellen fest, dass im häuslichen Bereich Hygienemaßnahmen nicht vorrangig betrachtet werden, da sich die Angehörigen und ggf. auch Patienten in Sicherheit wiegen und ihr häusliches Umfeld nicht als möglichen Übertragungsort von Infektionen im Blick haben. Ferner führen sie oft an, dass es an Voraussetzungen mangelt, eine einwandfreie hygienische Versorgung pflegebedürftiger Menschen im häuslichen Bereich sicherzustellen (ebd.).

Neben dem selbst definierten Maß an Hygiene im eigenen Tun, sollte es auch zur Aufgabe der Logopäden werden, Betroffene und Angehörige zu beraten und aufzuklären, damit sich die Situation für den Betroffenen auch im häuslichen Umfeld verbessert und er die Chance zur Genesung erhält.

Besonderheiten bei Patienten mit resistenten Keimen

Während z.B. die stationäre Behandlung eines Patienten mit einem Methicillinresistenten Staphylococcus aureus (MRSA) unter klaren und zum Teil auch drastischen Hygieneregeln erfolgt, um eine Weiterverbreitung auf andere multimorbide Patienten der Station zu unterbinden, sind die hygienischen Maßnahmen im Umgang mit diesen infizierten Patienten in Alten- und Pflege-

■ **Abb. 7: Auswahl an verschiedenen Desinfektionspräparaten für Flächen, Hände und Materialien**



heimen und auch zu Hause weitaus weniger stringent. Angehörige von MRSA-Patienten können oftmals gar nicht nachvollziehen, weshalb der Betroffene in der Klinik noch unter allen Vorsichtsmaßnahmen in einem Einzelzimmer untergebracht war, aber der Hausarzt nach Entlassung in das häusliche Umfeld die Hygienevorschriften lockert.

Nach *Borgmann et al. (2008)* ist die Gefahr für MRSA-positive Krankenhauspatienten deutlich erhöht, an einer schwer therapierbaren Wundinfektion zu erkranken. MRSA-Infektionen führen ferner auch zu einer erhöhten Sterblichkeitsrate und sind für das Gesundheitssystem mit einer Kostenzunahme für die Behandlung des Patienten verantwortlich (ebd.).

Grundsätzlich muss bei der Festlegung von Hygienemaßnahmen bei dieser Patienten-klientel unterschieden werden, ob der Behandler vor einer Besiedelung mit dem Keim geschützt oder ob eine Weiterverbreitung zu einem weiteren Patienten über den Behandler verhindert werden soll (*Hergenröder et al. 2012*).

Auch wenn in der ambulanten Praxis die Weiterverbreitung dieses antibiotikaresistenten Erregers weitaus weniger schnell verläuft als in Kliniken (wohl auch, weil das Patientengut ein anderes ist), sollte der Logopäde, der einen MRSA-Patienten betreut, neben den bereits oben genannten Basis-Hygienemaßnahmen weitere Vorkehrungen treffen:

- Behandlung des infektiösen Patienten am Ende eines Therapietages.
- Der Therapeut sollte an den eigenen Händen oder exponierten Hautstellen keine Wunden haben und auch keine Dermato-

sen wie Ekzeme oder Schuppenflechte, da diese Stellen hinsichtlich einer Keimbiedelung besonders gefährdet sind.

- Belassen der Garderobe und ggf. auch der Arbeitstasche außerhalb des Patientenzimmers; nur Materialien, die auch für die Behandlung benötigt werden, sollten mit in das Patientenzimmer genommen werden.
- Lange Haare sollten bestmöglich zusammengebunden werden.
- Händedesinfektion und Anlegen von Einmalhandschuhen, Kittel und Mund-Nasenschutz in der Wohnung des Patienten, wenn es absehbar ist, dass man direkt am Patienten arbeiten wird (z.B. Lagerung, endotracheales Absaugen, Mundpflege, Mundmotorikübungen etc.).
- Ggf. Tragen von Oberbekleidung mit kurzen Ärmeln und Hosen, die bei mind. 60°C und einem desinfizierenden Waschmittel oder mit einem Kochwäscheprogramm gewaschen werden können.
- Besonders wenn der Patient akute respiratorische Infekte zeigt (Erkältung, Husten etc.), ist nach *Borgmann et al. (2008)* die Wahrscheinlichkeit einer Verbreitung von MRSA über Aerosole erhöht und das Tragen eines Mund-Nasenschutzes erforderlich.
- Abdecken des Tracheostomas bzw. der Trachealkanüle mit einer „feuchten Nase“ oder einem Tracheostomaschutz Tuch.
- Wenn möglich patientenungebundene Verwendung von Therapiematerialien, die auch im Umfeld des Patienten verbleiben, oder vor der Verwendung bei anderen Patienten aufbereitet werden müssen.

- Nicht desinfizierbare Materialien sind für den Einsatz bei einem MRSA-Patienten nicht geeignet.
- Verwendete Einmalmaterialien in Plastikmülltüten über den Restmüll entsorgen.
- Nach der Behandlung am Patienten die behandschuhten Hände desinfizieren, Kittel ausziehen und beim Patienten in der Wohnung belassen oder bei Einmal-schutzkleidung in den Restmüll werfen. Handschuhe übereinander streifend ausziehen und wiederum Hände vorschriftsmäßig desinfizieren (dabei mindestens 30 Sek. einwirken lassen).

Als sinnvolle Maßnahmen für „einfache Besucher“ von MRSA-Patienten reicht nach *Hergenröder (2012)* das Händedesinfizieren beim Betreten und vor dem Verlassen des Zimmers aus, um das Risiko einer Weiterverbreitung zu reduzieren. Schutzkleidung ist nicht erforderlich, wenn auf direkten Patientenkontakt verzichtet wird, es sei denn, der Besucher ist selbst Risikopatient (z.B. mit einer nicht geschlossenen Wunde oder offenen Hauterkrankungen etc.).

Vielleicht ist das auch der Grund, warum viele Angehörige zunächst nicht verstehen, weshalb der Logopäde sich nur in Schutzkleidung dem betroffenen MRSA-kolonisierten Patienten nähert, während sie sich im Alltag im häuslichen Umfeld und auch außerhalb davon ganz normal ohne große Vorkehrungen bewegen. Gesunde Kontaktpersonen erkranken laut *Borgmann et al. (2008)* nur sehr selten an einer Infektion, können aber insbesondere in der Nase mit dem Keim kolonisiert sein.

Kommunikation ermöglichen

Menschen, die sich nicht verständlich äußern können, müssen nicht auf effektive Kommunikation verzichten, auch wenn die Ursache der Behinderung eine degenerative oder neurologische Erkrankung ist.

Bei PRD finden Sie Kommunikationshilfen mit variablen Ansteuerungsmöglichkeiten wie direkte Selektion, Kopf- & Augensteuerung oder externe Eingabegeräte. Für eine optimale Versorgung bieten wir eine große Auswahl an symbol- und schriftbasierten Wortschatzprogrammen an.

Erfahren Sie mehr über uns und unser umfangreiches Angebot auf der PRD-Homepage oder telefonisch unter (0561) 78559-0.



Hilfsmittel zur Unterstützten Kommunikation
Prentke Romich GmbH
Goethestr. 31
D-34119 Kassel
www.prentke-romich.de



Zum Beispiel:
NovaChat 10
mit Wortschatzprogramm
„RehaFoXX“



Qualität aus einer Hand:

- kompetentes, bundesweites Beraterteam
- bewährte, HVM-gelistete Hilfsmittel
- kostenlose individuelle Beratung
- Einweisung vor Ort
- didaktische Materialien
- Workshops und Seminare
- Online-Fortbildungen (Webinare)
- Lernvideos
- Technik-Hotline
- u.v.m

Kommunikation ohne Grenzen

Zusammenfassung und allgemeine Hygieneempfehlungen für den ambulanten logopädischen Alltag

Bestimmte Hygienemaßnahmen sollten auf alle Fälle und ohne Ausnahme im logopädischen Alltag im ambulanten Tätigkeitsfeld durchgeführt werden:

- Abfrage von möglichen Infektionskrankheiten des Patienten bereits vor dem Erstkontakt, aber auch Aktualisierung im Verlauf der Behandlung (besonders nach Krankenhausaufenthalt > nosokomiale Infektionen!), damit der Therapeut sich bereits im Vorfeld über das Infektionsrisiko, die Übertragungswege und mögliche Präventionsmaßnahmen informieren kann.
- Regelmäßige und regelgerechte Händedesinfektion vor jedem neuen Patienten auch im Hausbesuch direkt nach Ankunft in der Wohnung des Patienten und deren Verlassen.
- Ggf. Nutzen von Papierhandtüchern und selbstverständliche Händedesinfektion nach jedem Toilettengang.
- Verwendung von Einmalhandschuhen zusätzlich zur Händedesinfektion, wenn man mit möglicherweise kontaminierten Sekreten in Kontakt kommt.
- Wenn möglich, Verwendung von Einwegtherapiematerial.
- Beim Hausbesuch bei infektiösen Patienten Verwenden von abwischbaren Arbeitsblättern (z.B. eingeschweißt oder in der Klarsichthülle) und/oder Belassen von Material beim Patienten.
- Direkte Aufbereitung (Reinigung und ggf. Desinfektion) von wiederverwendbaren Therapiematerialien und Instrumenten mit geeigneten Reinigungslösungen und ggf. in der Spülmaschine oder mit kochendem Wasser.
- Wöchentliches Waschen von Therapieunterlagen bei mind. 60 °C und desinfizierendem Waschmittel, oder Benutzen von patientenbezogenen Auflagen (z.B. Handtücher).

- Regelmäßige, idealerweise tägliche Wischdesinfektion von Flächen mit direktem Patientenkontakt, bei Kontamination sofort.
- Tragen von Schutzkleidung (je nach Infektion und Übertragungsweg auch Schutzbrille und Mund- und Nasenschutz), sobald mit einem infektiösen Patienten gearbeitet wird oder man selbst infektiös ist und den Patienten nicht anstecken will. Ggf. Belassen der Schutzkleidung im Patientenzimmer bzw. der häuslichen Umgebung.
- Regelmäßiges Leeren und auch Reinigen von Abfallbehältern, die infektiöse Arbeitsmaterialien beinhalten könnten.
- Sofortiges Abdecken von frischen Wunden besonders an den Therapeutenhänden, dann ggf. auch Arbeiten am Patienten mit Handschuhen empfohlen.
- Anpassen dieser o.g. Maßnahmen an die jeweilige Situation des Patienten, sein Umfeld und auch die eigenen gesundheitlichen Umstände (z.B. akute Infekte, Schwangerschaft, Hautkrankheiten, Wunden an den Händen etc.)

Auch wenn es der einzelne niedergelassene Logopäde nicht sofort schafft, oben genannte Hygienemaßnahmen umzusetzen, oder er die Notwendigkeit in seinem Alltag gar nicht sieht, so sollte er doch zumindest auf eine gute Händehygiene achten, da die Hände das größte Kontaminationspotenzial bergen und durch eine angemessene Handhygiene bereits viele Keimübertragungen reduziert werden können.

LITERATUR

BGW (2015). *Gefährdungsbeurteilung in therapeutischen Praxen*. Erstveröffentlichung 09/2009, Stand 08/2015. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege BGW, Bestellnummer TP-3GB

- BMG Bundesministerium für Gesundheit (2011). *Bessere Hygiene-Standards*. Pressemitteilung zum „Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze“. www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Downloads/KI_Krankenhaushygiene/110316_Basistext_Krankenhaushygiene.pdf (03.05.2014)
- Borgmann, S., Stark, M., Kaiser, P. & Witte, M. (2008). MRSA in Praxis, Pflegeheim und häuslichem Umfeld. *Bayrisches Ärzteblatt* 3, 178-181
- Buchner & Partner GmbH. *Hygieneplan für die Logopädie*, www.buchner-shop.de/hygieneplan-fuer-therapiepraxen-bc10263-pg02.html
- Exner, M., Gebel, J., Heudorf, U., Fischnaller, E. & Engelhart, S. (2008). Infektionsrisiken im häuslichen Umfeld – Plädoyer für eine neue Risikobewertung. *Bundesgesundheitsblatt* 51, 1247-1257
- Hergenroder, H., Mielke, M., Höller, C. & Herr, C. (2012). Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus (MRSA) in der medizinischen Rehabilitation – Entwurf eines Rahmenhygieneplans. *Bundesgesundheitsblatt* 55, 1453–1464, doi: 10.1007/s00103-012-1554-8
- Mirtsch, L.G. (2016). Hygienemanagement in der Logopädie – Studie zur Umsetzung hygienischer Maßnahmen in logopädischen Praxen. *Forum Logopädie* 30 (3), 14-19
- NICE National Institute for Health and Care Excellence Infection (2012). *Prevention and control of health-care-associated infections in primary and community care*. NICE clinical guideline 139
- RKI (2010). Anforderungen an die Hygiene der medizinischen Versorgung von immunsupprimierten Patienten. Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention KRINKO beim Robert-Koch-Institut. *Bundesgesundheitsblatt* 53, 357-388, doi: 10.1007/s00103-010-1028-9
- RKI (2015). Infektionsprävention im Rahmen der Pflege und Behandlung von Patienten mit übertragbaren Krankheiten. Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention KRINKO beim Robert-Koch-Institut. *Bundesgesundheitsblatt* 58, 1151–1170 doi: 10.1007/s00103-015-2234-2

DOI dieses Beitrags (www.doi.org)

10.2443/skv-s-2016-53020160301

Autorin

Manuela Motzko
Kölner Dysphagiezentrum
Reha & Wissen KDZ
Aachener Str. 340-346
50933 Köln
info@dysphagiezentrum.de
www.dysphagiezentrum.de
www.fachtherapeut-dysphagie.de

SUMMARY. Not just clean but pure? Hygiene recommendations for logopedic practice

As therapists we are faced with questions of hygiene in our everyday practice: How much cleanliness is required and when do we get close to hysteria and obsessive cleaning? Should we disinfect hand puppets after each use and must we wear protective clothing like a face mask? Or should we avoid any closer contact with our patients and also precise observation?

Surely not! We must be concerned about our hygiene standards not only in the interest of our patients but also of ourselves and our families. The article makes recommendations and explains our legal requirements as health care professionals. It also gives an overview on basic hygiene measures and processes without a schoolmasterly tone.

KEYWORDS: Hygiene – infection – clinic – practice – home environment – nursing home



<http://www.voce.at>

Institut für Stimmanalyse, Stimmerberatung und Stimmbildung sowie Biofeedbacktraining für Stimme, Atmung und Entspannung Hersteller der **VidiVoice**, **AudiBreath** und **VidiBreath** Software

Prof. Werner Jocher, Pollheimerstraße 26, 4020 Linz

NEU im **VIDI VOICE** Stimmfeld

Automatisierte Bewertung von Sing- und Sprechstimmungen

So einfach muss eine Stimmfeldbewertung sein!
...und die gibt's nur in VidiVoice!

Automatisierte Bewertung einer Singstimmung

Messparameter	Bewertungen
Sprechstimme Singstimme Stimmfeldfläche	Analysewerte Auswertung - Singstimme Auswertung - Sprechstimme Vergleichswerte Frauen*
Stimmfeldfläche	85,2 85 % -1 ↓ 1000
Tonhöhenumfang, leise Singstimme	30 HT 103 % 0 → 29 HT
Tonhöhenumfang, laute Singstimme	31 HT 107 % 0 → 29 HT
Schalldruck leise Singstimme, minimal	44,0 dB 98 % 0 → 43,0 dB
Schalldruck leise Singstimme, durchschnittlich	57,5 dB 54 % -1 ↓ 54 dB
Schalldruck laute Singstimme, maximal	99,0 dB 86 % 0 → 103,0 dB
Schalldruck laute Singstimme, durchschnittlich	83,2 dB 50 % -1 ↓ 52 dB
Dynamik Singstimme, maximal	37,0 dB 79 % -2 ↓ 47,0 dB
Dynamik Singstimme, durchschnittlich	26,0 dB 70 % -2 ↓ 37 dB
	VidiVoice-Index -0,8 *nach Werner Jocher

Automatisierte Bewertung einer Sprechstimmung

Messparameter	Bewertung
Sprechstimme Singstimme Stimmfeldfläche	Analysewerte Vergleichswerte Frauen
sprechen ISL (NUS)	220,0 Hz ✓ 136 - 262 Hz *
64,1 dB	> 62 dB
ISL (Zw)	151,8 Hz ▲ 136 - 262 Hz *
64,0 dB	> 53 dB
ppp	150,5 Hz ✓ Vergleichsprofil: zwischen 59 dB und 56 dB
44,8 dB	< ISL (Zw) Hz
44,8 dB	< 52 dB
V	72,4 dB ▲ liegt zwischen Mv St/Abw und Mv + St/Abw von singen esp
R	79,6 dB ✓ Vergleichsprofil: zwischen 63 dB und 77 dB
79,6 dB	>= 30 dB **
34,8 dB	▲ Vergleichsprofil: >= 88 dB
e	164,8 Hz ✓ Differenz von sprechen-P1 und sprechen-ppp > 35 dB
51,1 dB	< ISL (Zw) Hz
singen ppp Mv	57,5 dB ▲ < 52 dB
ppp St/Abw	43,9 dB ✓ >= 45 dB

*Vorgabewert aus Schneider, Bert: Eigenzahn, Wolfgang: Stimmdiagnostik, Springer-Verlag 2007

Weitere Informationen auf der **VidiVoice**-Homepage

<http://www.vidivoice.at>

Auf der Homepage finden Sie auch Informationen zu unseren zinsenlosen Ratenkaufangeboten!



Kennen Sie schon die leckeren Pürierten mit besonders viel Energie?

Unsere Empfehlung für Ihre Dysphagie-Patienten: winVitalis Menüs „Püriert natur plus“ von apetito.

- samtig-fein püriert, angenehm schluckbar
- natürlich lecker, herzhaft, appetitlich geformt
- ideal bei möglicher Mangelernährung
- fix und fertig, tiefkühlfrisch nach Haus geliefert



Jetzt informieren und bestellen:
www.winVitalis.de/forum-logopaedie