

Infektionsgefahren in Einrichtungen der Wohlfahrtspflege am Beispiel der Flüchtlingshilfe

Ehrenamt@Arbeitsschutz? –
Herausforderung der Wohlfahrtspflege!

24. Juni 2016 in Wörlitz

Dr. Albrecht
AP BGW

Biostoffverordnung

"Biostoffverordnung vom 15. Juli 2013 (BGBl. I S. 2514)"

§ 4 Gefährdungsbeurteilung

(1) Im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung nach § 5 des Arbeitsschutzgesetzes hat der Arbeitgeber die Gefährdung der Beschäftigten durch die Tätigkeiten mit Biostoffen vor Aufnahme der Tätigkeit zu beurteilen. Die Gefährdungsbeurteilung ist fachkundig durchzuführen. Verfügt der Arbeitgeber nicht selbst über die entsprechenden Kenntnisse, so hat er sich fachkundig beraten zu lassen.

(3) Für die Gefährdungsbeurteilung hat der Arbeitgeber insbesondere Folgendes zu ermitteln:

1. Identität, Risikogruppeneinstufung und Übertragungswege der Biostoffe, deren mögliche sensibilisierende und toxische Wirkungen und Aufnahmepfade, soweit diese Informationen für den Arbeitgeber zugänglich sind; dabei hat er sich auch darüber zu informieren, ob durch die Biostoffe sonstige die Gesundheit schädigende Wirkungen hervorgerufen werden können,
2. Art der Tätigkeit unter Berücksichtigung der Betriebsabläufe, Arbeitsverfahren und verwendeten Arbeitsmittel einschließlich der Betriebsanlagen,
3. Art, Dauer und Häufigkeit der Exposition der Beschäftigten, soweit diese Informationen für den Arbeitgeber zugänglich sind,
4. Möglichkeit des Einsatzes von Biostoffen, Arbeitsverfahren oder Arbeitsmitteln, die zu keiner oder einer geringeren Gefährdung der Beschäftigten führen würden (Substitutionsprüfung),
5. tätigkeitsbezogene Erkenntnisse
 - a) über Belastungs- und Expositionssituationen, einschließlich psychischer Belastungen,
 - b) über bekannte Erkrankungen und die zu ergreifenden Gegenmaßnahmen,
 - c) aus der arbeitsmedizinischen Vorsorge.

Biostoffverordnung

"Biostoffverordnung vom 15. Juli 2013 (BGBl. I S. 2514)"

§ 7 Dokumentation der Gefährdungsbeurteilung und Aufzeichnungspflichten

(2) Als Bestandteil der Dokumentation hat der Arbeitgeber ein **Verzeichnis der verwendeten oder auftretenden Biostoffe** zu erstellen (**Biostoffverzeichnis**), soweit diese bekannt und für die Gefährdungsbeurteilung nach § 4 maßgeblich sind. Das Verzeichnis **muss Angaben zur Einstufung** der Biostoffe **in eine Risikogruppe** nach § 3 und zu ihren sensibilisierenden, toxischen und sonstigen die Gesundheit schädigenden Wirkungen beinhalten. Die **Angaben müssen allen betroffenen Beschäftigten und ihren Vertretungen zugänglich sein.**

Dem Robert Koch-Institut übermittelte meldepflichtige Infektionskrankheiten bei Asylsuchenden in Deutschland

April 2016 (14.-17. Kalenderwoche) Stand: 18. Mai 2016

Zusammenfassung und Bewertung

Dieser **monatliche Bericht** beschreibt die Verteilung von **Infektionskrankheiten bei Asylsuchenden** pro Kalenderwoche, die gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) gemeldet und danach entsprechend den Vorgaben des Robert Koch-Instituts (RKI) an das RKI übermittelt wurden. Zum Vergleich sind auch die Fallzahlen der Gesamtbevölkerung für 2016 dargestellt.

Dem Robert Koch-Institut übermittelte meldepflichtige Infektionskrankheiten bei Asylsuchenden in Deutschland

April 2016 (14.-17. Kalenderwoche) Stand: 18. Mai 2016

Vor oder unmittelbar nach **Aufnahme in Gemeinschaftsunterkünfte** erhalten Asylsuchende eine **Erstaufnahmeuntersuchung gemäß § 62 Asylgesetz (AsylG) und** es wird gemäß **§ 36 Abs. 4 IfSG** auf das Vorliegen einer **ansteckungsfähigen Lungentuberkulose untersucht**. In einigen Bundesländern gibt es zusätzlich Aufnahmeuntersuchungen für Hepatitis B, Hepatitis C und bestimmte Magen-Darm-Infektionen. Dieses führt **im Vergleich mit anderen Bevölkerungsgruppen** zu einer vermehrten Diagnose, Meldung und damit **Übermittlung** von Fällen der genannten Krankheiten (siehe Tab. 1). Durch Umverteilung der Asylsuchenden auf die Kommunen kann es bei Erkrankungen mit längerem Krankheitsverlauf (z.B. Tuberkulose, Hepatitis C) bei mehrfachen Meldungen zur Doppelerfassung von Fällen kommen.



Vorscreening und Erstaufnahmeuntersuchung für Asylsuchende

Standardisierte Erstaufnahmeuntersuchung gemäß Asylgesetz

– Mindeststandard aus Sicht des RKI –

Gemäß § 62 Asylgesetz (AsylG) müssen Asylsuchende die Durchführung einer **körperlichen Untersuchung auf übertragbare Krankheiten** dulden, um Übertragungen in Gemeinschaftsunterkünften vorzubeugen und ggf. spezifische Behandlungen übertragbarer Erkrankungen einleiten zu können. Diese Untersuchung zielt primär auf das Erkennen von Infektionskrankheiten, die aufgrund ihres möglichen schweren Verlaufs oder ihres Ausbruchspotenzials in **Gemeinschaftsunterkünften** als besonders relevant erscheinen. Dazu gehören **insbesondere Tuberkulose, Masern, Windpocken, Norovirus sowie Skabies und Läuse**.

6. Untersuchung auf eine infektiöse Lungentuberkulose

Gemäß § 36 Absatz 4 IfSG haben Personen, die in eine **Gemeinschaftsunterkunft für Asylsuchende** aufgenommen werden sollen, ein **ärztliches Zeugnis** darüber vorzulegen, dass bei ihnen keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer infektiösen Lungentuberkulose vorhanden sind. Das Zeugnis muss sich bei Personen, die das 15. Lebensjahr vollendet haben (mit Ausnahme von Schwangeren), auf eine **Röntgenaufnahme der Lunge** stützen. Dieses Vorgehen wird angesichts des Erkrankungsrisikos dieser Personengruppen, den zu beobachtenden epidemiologischen Entwicklungen sowie beschriebenen Fallfindungsraten unverändert für sinnvoll erachtet (siehe [Stellungnahme des Robert Koch-Instituts](#)).

Tab. 1: Anzahl der übermittelten Fälle von meldepflichtigen Infektionskrankheiten nach Übermittlungskategorie (1. bis 17. Kalenderwoche 2016)

Übermittlungskategorie	Anzahl Fälle Gesamtbevölkerung**	Davon Anzahl Fälle bei Asylsuchenden				
	1.-17. KW	1.-17. KW	14. KW	15. KW	16. KW	17. KW
Windpocken	11.051	1.307	76	53	36	41
Tuberkulose*	2.042	767	34	24	30	39
Influenza	56.662	483	11	9	6	2
Hepatitis B*	972	298	27	11	6	18
Rotavirus-Gastroenteritis	11.938	121	1	0	2	1
Norovirus-Gastroenteritis	28.806	106	2	1	1	0
Hepatitis A	320	105	4	1	0	1
Hepatitis C*	1.394	83	5	3	3	3
Giardiasis*	1.076	40	1	2	2	6
<i>Campylobacter</i> -Enteritis	17.810	31	1	2	1	0
Adenovirus-Konjunktivitis	183	22	0	1	2	9
Mumps	216	18	1	1	0	1
Salmonellose*	3.303	13	0	0	3	0
Meningokokken, invasive Erkrankung	149	7	0	0	0	0
Shigellose*	135	6	0	0	0	0
Brucellose	10	5	0	1	0	1
Läusenückfallfieber	5	5	0	2	0	0
MRSA, invasive Infektion	999	5	0	0	0	0
EHEC-Erkrankung	411	3	0	0	0	1
Hantavirus-Erkrankung	44	2	0	0	0	0
Keuchhusten	1.383	2	0	0	0	0
Legionellose	220	2	0	0	0	0
Listeriose	201	2	0	0	0	1
Masern	54	2	0	0	1	0
<i>Haemophilus influenzae</i> , invasive Erkrankung	245	1	0	0	0	0
Hepatitis E	496	1	1	0	0	0
Kryptosporidiose	431	1	0	0	0	0
Yersiniose*	937	1	0	0	0	0
Gesamt	130.442	3.439	164	111	93	124

Tab. 1: Anzahl der übermittelten Fälle von meldepflichtigen Infektionskrankheiten nach Übermittlungskategorie (1. bis 17. Kalenderwoche 2016)

	Gesamtbevölkerung**	davon Asyl-suchende			
Windpocken	11.051	1.307	Shigellose*	135	6
Tuberkulose ⁺	2.042	767	Brucellose	10	5
Influenza	56.662	483	Läuserückfallfieber	5	5
Hepatitis B*	972	298	MRSA, invasive Infektion	999	5
Rotavirus-Gastroenteritis	11.938	121	EHEC-Erkrankung	411	3
Norovirus-Gastroenteritis	28.806	106	Hantavirus-Erkrankung	44	2
Hepatitis A	320	105	Keuchhusten	1.383	2
Hepatitis C*	1.394	83	Legionellose	220	2
Giardiasis*	1.076	40	Listeriose	201	2
<i>Campylobacter</i> -Enteritis	17.810	31	Masern	54	2
Adenovirus-Konjunktivitis	183	22	<i>Haemophilus influenzae</i> , invasive Erkrankung	245	1
Mumps	216	18	Hepatitis E	496	1
Salmonellose*	3.303	13	Kryptosporidiose	431	1
Meningokokken, invasive Erkrankung	149	7	Yersiniose*	937	1
			Gesamt	130.442	3.439

* Krankheiten, auf die bundesweit⁺ oder in einigen Bundesländern* während der Erstaufnahme gezielt untersucht wird. KW=Kalenderwoche. **Vgl. Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Epidemiologisches Bulletin 20/2016.

Dem Robert Koch-Institut übermittelte meldepflichtige Infektionskrankheiten bei Asylsuchenden in Deutschland

April 2016 (14.-17. Kalenderwoche) Stand: 18. Mai 2016

Weiterhin stehen derzeit bei Asylsuchenden vor allem **impfpräventable Krankheiten** und **Magen-Darm-Infektionen** im Vordergrund. Außerdem werden durch **Screening-Untersuchungen** erwartungsgemäß Fälle mit **Tuberkulose**, **Hepatitis B** und **C** gefunden. Es wurden nur **vereinzelte Fälle** von **schwerwiegenden importierten Krankheiten** wie **Läuserückfallfieber** übermittelt. Die Zahlen zeigen, dass Asylsuchende durch impfpräventable Krankheiten und Magen-Darm-Infektionen gefährdet sind, gegen die Impfungen und **Basishygienemaßnahmen** schützen würden. Wie auch in der Allgemeinbevölkerung findet sich die höchste Anzahl von Fällen bei den 0- bis 4-jährigen.

Das RKI sieht derzeit weiterhin keine erhöhte Infektionsgefährdung der Allgemeinbevölkerung durch Asylsuchende.



Infektionsprävention bei Tuberkulose – Empfehlungen des DZK

Tuberculosis Infection Control – Recommendations of the DZK

Autoren

R. Ziegler¹, H-M. Just¹, S. Castell², R. Diel², P. Gastmeier³, W. Haas⁴, B. Hauer⁴, G. Loytved⁵, M. Mielke⁴, I. Moser⁶,
A. Nienhaus⁷, E. Richter⁸, H. Rüden⁹, S. Rüsç-Gerdes⁸, T. Schaberg¹⁰, N. Wischnewski¹¹, R. Loddenkemper²

Infektionsprävention bei Tuberkulose – Empfehlungen des DZK

3.1 Erregerreservoir

Als Erreger der Tuberkulose beim Menschen dominiert die Spezies *Mycobacterium tuberculosis*. In Mitteleuropa ist der an Tuberkulose erkrankte Mensch derzeit das einzig epidemiologisch relevante Erregerreservoir, die Tuberkulose wird daher praktisch nur von Mensch zu Mensch übertragen.

3.2 Infektionsweg

Der epidemiologisch bedeutendste Übertragungsweg ist die aerogene Übertragung mittels kleinster erregerhaltiger Tröpfchen des Bronchialsekretes („droplet nuclei“, $<5\ \mu\text{m}$), die vom Erkrankten beim Husten, Niesen, Sprechen oder Singen freigesetzt und von Kontaktpersonen inhaliert werden können. Vehikel der Erreger sind kleinste, rasch eintrocknende Tröpfchen, die ein

Infektionsprävention bei Tuberkulose – Empfehlungen des DZK

Oberflächenkontamination

eine Infektion verursachen können. Größere Tröpfchenkerne sedimentieren dagegen rascher und können von den Selbstreinigungsmechanismen der Atemwege eliminiert werden. Ihre Ansteckungsfähigkeit ist daher eher gering. Trotz theoretisch langer Überlebensfähigkeit (Wochen bis Monate) von sedimentierten, also in eingetrocknetem Sputum auf Oberflächen eingeschlossenen Erregern werden diese nicht als relevante Infektionsquelle erachtet [45]. Hinsichtlich der Desinfektion wird allerdings auf potenzielle Wirkungslücken von Desinfektionsmitteln hingewiesen. Deshalb sollen zur gezielten Desinfektion nur ausdrücklich auf Wirksamkeit gegen Mykobakterien begutachtete Präparate verwendet werden. Eine Hilfestellung kann die Desinfektionsmittelliste des VAH (Verband für Angewandte Hygiene e. V.) – zu beziehen über den MHP-Verlag – darstellen [46].

Infektionsprävention bei Tuberkulose – Empfehlungen des DZK

Ziegler et al.: Infektionsprävention bei Tuberkulose. Pneumologie 2012; 66: 269-282
Quelle: <http://www.pneumologie.de/dzk/empfehlungen.html>

3.3 Infektionsrisiko

Das Risiko einer Infektion mit Erregern der Tuberkulose hängt von den Umständen der Exposition (Konzentration der Bakterien in der Umgebungsluft, Virulenz der Erreger, der Expositionsdauer und -intensität) ab [50]. Das **größte Risiko** für ihre Umgebung stellen **Patienten mit einer ansteckungsfähigen Tuberkulose der Atmungsorgane** dar, bei denen die Erkrankung noch nicht diagnostiziert wurde und daher **noch nicht therapiert** wird. Die **Ansteckungsfähigkeit** ist **am höchsten, solange säurefeste Stäbchen mikroskopisch, als Zeichen einer hohen Keimzahl, in respiratorischen Sekreten nachweisbar sind** (Nachweisgrenze 10^3 – 10^4 Bakterien pro ml). Die Ansteckungsfähigkeit von Patienten, bei denen lediglich ein kultureller oder molekularbiologischer Keimnachweis gelingt, ist demgegenüber deutlich geringer [51,52].

reller Erregernachweis erfolgt [50]. Da wenige Tage nach Beginn einer adäquaten **Tuberkulose-Therapie** die **Konzentration sowie die Vitalität der Erreger** im Sputum **abnimmt**, kann man davon ausgehen, dass Patienten, die eine **deutliche klinische Besserung** – vor allem der Hustensymptomatik – zeigen und bei denen eine Erkrankung mit einem sensiblen Erregerstamm besteht, in der Regel innerhalb von **2–3 Wochen nach Therapiebeginn nicht mehr ansteckend** sind [56–58]. Bei einem ausgedehnten pulmo-

Infektionsprävention bei Tuberkulose – Empfehlungen des DZK

Ziegler et al.: Infektionsprävention bei Tuberkulose. Pneumologie 2012; 66: 269-282
Quelle: <http://www.pneumologie.de/dzk/empfehlungen.html>

3.3 Infektionsrisiko

Damit eine Übertragung stattfinden kann, ist in aller Regel eine lang dauernde oder intensive, also direkte Exposition in einem ungenügend gelüfteten Raum notwendig. Als infektionsgefährdet gelten daher Kontaktpersonen,

- ▶ die mit dem ansteckungsfähigen Kranken in derselben Wohnung, Zelle (Justizvollzug) oder in sonstigen Räumen gelebt haben oder intime Kontakte hatten,
- ▶ ebenso Personen mit intensivem – auch einmaligem – Kontakt, bei dem erregerrhaltiges Aerosol eingeatmet wurde (z.B. bei Reanimation).

Zu Tuberkulosepatienten mit mikroskopisch positivem Sputumausstrich muss in der Regel während des Infektionszeitraumes kumulativ mindestens 8 Stunden Kontakt in geschlossenen Räumen bestanden haben, bevor von einem nennenswerten Infektionsrisiko ausgegangen werden kann [50,60]. Hingegen ist ein

In allen anderen Fällen ist entscheidend, ob bei der Kontaktperson ein individuell erhöhtes Risiko für eine Tuberkuloseinfektion beziehungsweise für eine Progression von einer Infektion zu einer behandlungsbedürftigen Erkrankung vorliegt [50]. Außerhalb geschlossener Räume ist das Ansteckungsrisiko generell gering.



Läuserückfallfieber (Infektion mit *Borrelia recurrentis*) bei Migranten

Am NRZ für Borrelien wurden 3 Fälle von Läuserückfallfieber diagnostiziert. Dies sind die ersten Nachweise in Deutschland seit einigen Jahren. Die Patienten kommen aus Ländern am Horn von Afrika (Eritrea, Äthiopien, möglicherweise Somalia). Vor wenigen Wochen hatten bereits niederländische Kollegen auf aktuelle Fälle von Läuserückfallfieber bei Asylbewerbern aus Eritrea hingewiesen (www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=21196).

Läuserückfallfieber wird durch Kleiderläuse übertragen und äußert sich vor allem durch plötzlich einsetzendes Fieber. Unbehandelt beträgt die Letalität 10–40 %, behandelt unter 5 %. Die Prävention der Weiterverbreitung besteht darin, den Läusebefall zu bekämpfen. Der direkte oder indirekte Nachweis von *Borrelia recurrentis* ist meldepflichtig gemäß § 7 Abs. 1 Infektionsschutzgesetz (IfSG). Vereinzelt Fälle von Läuserückfallfieber bei Migranten stellen keine Gefahr für die Gesundheit der Allgemeinbevölkerung dar.

Borrelia recurrentis RG 2 (TRBA 466)

Infoblatt Nr. 09 des Sachgebietes ¹⁾
"Feuerwehren und Hilfeleistungsorganisationen"

Stand: 16/09/2015

**Vermeidung von Infektionsgefahren für Einsatzkräfte
von Feuerwehren und Hilfeleistungsorganisationen
beim Umgang mit asylsuchenden Personen.**

Vermeidung von Infektionsgefahren für Einsatzkräfte von Feuerwehren und Hilfeleistungsorganisationen beim Umgang mit asylsuchenden Personen.

2 Impfschutz

Manche Krankheiten, wie Kinderlähmung (Poliomyelitis), sind in Deutschland durch Impfungen nahezu verschwunden, können aber in den Herkunftsländern der asylsuchenden Menschen –gefördert durch Krieg und Vertreibung- vorkommen. Es ist deshalb empfehlenswert, bevorzugt Einsatzkräfte mit einem Impfschutz gegen Poliomyelitis, Diphtherie, Hepatitis A und B, Masern, Windpocken sowie Tetanus einzusetzen (vgl. auch Empfehlungen der ständigen Impfkommission - Stiko unter ► www.stiko.de). Auch Masern, Röteln und Windpocken können dazu zählen, wenn in einer Asylsuchendenunterkunft Verdachtsfälle auftreten.³⁾ Der erforderliche Impfschutz muss jeweils vor Ort mit den Verantwortlichen abgestimmt werden.

- !** Ein adäquater Impfschutz ist ein wichtiges Mittel gegen Infektionskrankheiten. Schwangere oder stillende sowie immungeschwächte Einsatzkräfte dürfen nicht in belegten Asylsuchendenunterkünften eingesetzt werden.

Vermeidung von Infektionsgefahren für Einsatzkräfte von Feuerwehren und Hilfeleistungsorganisationen beim Umgang mit asylsuchenden Personen.

3. Hygienemaßnahmen

Allgemein ist auf einen **wirksamen Impfschutz**, das **Vermeiden von engem körperlichem Kontakt**, das **Einhalten der allgemeinen Hygieneregeln** und **ggf. die Nutzung von Latex-freien Einmalhandschuhen** zu achten. Beim Einsatz von Einmalhandschuhen sollte ein Greifen ins eigene Gesicht, speziell an Mund, Nase und Augen vermieden werden. Die Einmalhandschuhe sind nach jedem Personenkontakt bzw. regelmäßig (nach ca. 30 min Tragedauer) zu wechseln, da die Hände darin schwitzen und es zu einer Aufweichung der schützenden Hautbarriere kommt. Müs-

! **Regelmäßiges Händewaschen und Desinfizieren sind die wichtigsten Maßnahmen zur Vermeidung der Verbreitung von Infektionserregern.**

Ringe an den Fingern behindern die Desinfektion und sollten vor dem Einsatz nach Möglichkeit abgelegt werden.

Vermeidung von Infektionsgefahren für Einsatzkräfte von Feuerwehren und Hilfeleistungsorganisationen beim Umgang mit asylsuchenden Personen.

Bei Anwesenheit **fiebernder** oder **hustender** Menschen sind die Schutzmaßnahmen von der verantwortlichen Einheitsführungskraft festzulegen, dazu ist die **Infektionsgefahr** zu **beurteilen**.⁴⁾

Schutzmaßnahmen können **zum Beispiel** das Tragen von

- geeigneten (z. B. Nitril-) Einmalhandschuhen
 - sowie, je nach Beurteilung der konkreten Infektionsgefahr,
 - einem flüssigkeitsabweisenden Einmalschutzanzug,
 - einer FFP-2 Atemschutzmaske
 - und einer Schutzbrille
- sein.

Einsatzkräfte sollten sich **nicht anhusten lassen**, d. h. sich **diskret von einem hustenden**, asylsuchenden **Menschen wegdrücken**. Das ist kein Zeichen der Unfreundlichkeit, sondern dient dem eigenen Schutz.

Rahmen-Hygieneplan

gemäß § 36 Infektionsschutzgesetz

Gemeinschaftsunterkünfte für Flüchtlinge, Asylbewerber, Spätaussiedler und Obdachlose

erarbeitet vom:

Länder-Arbeitskreis

zur Erstellung von Rahmenhygieneplänen nach §§ 23 und 36 IfSG

Rahmen-Hygieneplan

gemäß § 36 Infektionsschutzgesetz

Gemeinschaftsunterkünfte für Flüchtlinge, Asylbewerber, Spätaussiedler und Obdachlose

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	4
2	Risikobewertung, Hygienemanagement und Verantwortlichkeiten	5
2.1	Risikobewertung	5
2.2	Hygienemanagement und Verantwortlichkeiten	5
3	Allgemeine Anforderungen und Basishygiene	6
3.1	Mindestanforderungen an Art, Größe und Ausstattung von Gemeinschaftsunterkünften	6
3.1.1	für Flüchtlinge, Asylbewerber, Spätaussiedler	6
3.1.2	für Obdachlose	8
3.2	Allgemeine Hygiene, Reinigung und Desinfektion	9
3.3	Wäschehygiene	10
3.4	Hygiene in den Gemeinschaftsduschen und -WCs	10
3.5	Trinkwasserhygiene	11
3.6	Gewerblich genutzte Küchen	11
3.7	Lebensmittelhygiene und Hygiene in von Bewohnern gemeinschaftlich genutzten Küchen	11
3.8	Schädlingsprophylaxe und -bekämpfung	11
3.9	Erste Hilfe	12
3.10	Arbeitsschutz – Anforderungen nach der Biostoffverordnung	13

Rahmen-Hygieneplan

gemäß § 36 Infektionsschutzgesetz

Gemeinschaftsunterkünfte für Flüchtlinge, Asylbewerber, Spätaussiedler und Obdachlose

4	Anforderungen nach dem Infektionsschutzgesetz	15
4.1	Anforderungen nach § 36 Abs. 4 IfSG	15
4.2	Meldepflicht gemäß Infektionsschutzgesetz	15
4.2.1	Wer muss melden?	15
4.2.2	Meldepflichtige Krankheiten gemäß § 6 (1) Nr. 1, 2 und 5	15
4.2.3	Meldeweg und -inhalt	16
4.3	Impfempfehlungen für Flüchtlinge, Asylbewerber oder Spätaussiedler in Gemeinschaftsunterkünften	17
5	Sondermaßnahmen bei Auftreten bestimmter Infektionskrankheiten/ Parasitenbefall	17
5.1	Durchfallerkrankungen	17
5.2	Skabies (Krätze)	18
5.3	Kopflausbefall	20
5.4	Befall mit Kleiderläusen	20
5.5	Befall mit Bettwanzen	21

Anlage 1 Ausgewählte Literatur - wichtige rechtliche Grundlagen und fachliche Standards

Anlage 2 Benutzungshinweise für Toiletten

Anlage 3 Reinigungs- und Desinfektionsplan für Gemeinschaftsunterkünfte (Muster)

ROBERT KOCH INSTITUT



Management von Ausbrüchen in Gemeinschaftsunterkünften für Asylsuchende

Hinweise des Robert Koch-Instituts für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD)
und die Ärzteschaft



Schutz der Beschäftigten

Bei der medizinischen Versorgung von Asylsuchenden gelten dieselben Anforderungen an die Hygiene und persönliche Schutzausrüstung wie bei der Versorgung anderer Personen. Bei körperlichen Untersuchungen sollten Kittel und Handschuhe getragen und vor und nach der Untersuchung auf eine sorgfältige Hände- und Flächenhygiene geachtet werden.

Medizinisches Personal in Gemeinschaftsunterkünften für Asylsuchende sollte gemäß den [STIKO-Empfehlungen](#) geimpft sein, u. a. gegen Tetanus, Diphtherie, Poliomyelitis, Keuchhusten, Masern, Mumps und Röteln, Hepatitis A und B sowie gegen die saisonale Influenza. Die Impfung dient dabei nicht nur dem Selbstschutz sondern auch dem Schutz der Asylsuchenden in den Unterkünften.

BGI 5068

**Sonderdruck
Handlungshilfe zur
Gefährdungsbeurteilung bei der
Bereitstellung und Reinigung
mobiler Miettoiletten**



GroLa BG
Großhandels- und
Lagerei-Berufs-
genossenschaft

Arbeitsgruppe „Angewandte Desinfektion“ der Desinfektionsmittel-Kommission im VAH

Reinigungs- und Desinfektionsmaßnahmen in Sanitäranlagen von Erstaufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften für Flüchtlinge

Vorbemerkung

In Erstaufnahmeeinrichtungen und entsprechenden Gemeinschaftsunterkünften für Flüchtlinge ist aufgrund hoher Belegung und hoher Fluktuation mit einer erhöhten Infektionsgefahr für die Bewohner zu rechnen. Für die Sanitäranlagen besteht in der Regel ein besonderer Bedarf für Reinigungs- und Desinfektionsmaßnahmen.

Als Grundlage für die Reinigung und Desinfektion kann der für diese Einrichtungen nach § 36 Abs. 1 BSG erstellte aktuelle Rahmenhygieneplan des Länderarbeitskreises dienen [1].

Keimspektrum und Einschätzung des Infektionsrisikos

Im Sanitärbereich sind insbesondere Erreger zu beachten, die über Ausscheidungen wie Stuhl, Urin und Erbrochenes oder über Tröpfchen (z. B. während der Toiletenspülung, während des Erbrochens) verbreitet werden können. Viele Magen-Darm-Krankheiten (gastrointestinale Krankheiten) werden auf fäkal-oralen¹ Weg übertragen. Das Robert Koch Institut beobachtet vor allem für folgende gastrointestinale und fäkal-oral übertragene Erreger ein erhöhtes Ausbreitungsrisiko in Gemeinschaftsunterkünften für Asylsuchende, dem durch Reinigungs- und Desinfektionsmaßnahmen vorgebeugt werden kann (in alphabetischer Reihenfolge): Campylobacter, Enteroviren über die Atemwege, aber auch über Stuhl übertragbar, Escherichia coli, Hepatitis A, Noroviren, Rotaviren, Salmonellen, Staphylokokken [2].

Auch Darmparasiten wie Giardien und Kryptosporidien sowie Würmer spielen eine Rolle. Es gibt jedoch nur zwei Warmeierarten, die für den Menschen sofort infektiös sind (Zwergbandwurm und Madenwurm).

Maßnahmen zur Verhinderung einer Übertragung

Maßnahmen zur Verhinderung einer Übertragung von Magen-Darm-Krankheiten im Sanitärbereich schließen die hygienische Nutzung der Toilette durch die Bewohner sowie eine sachgerechte Reinigung und Desinfektion mit ein. Rotavirus-Infektionen bei Säuglingen und Hepatitis A-Erkrankungen können durch Impfungen verhindert werden.

Es muss berücksichtigt werden, dass sich sowohl die Art der Toiletten in den Herkunftsländern als auch die Gewohnheiten der Flüchtlinge, wie Toiletten benutzt werden, zum Teil erheblich von hiesigen Konventionen und Vorstellungen einer hygienischen Toilettennutzung unterscheiden und tief in der Kultur verankert sind (Sitz-, Steh-, Hocktoilette; Abspülen mit Wasser statt Abwischen mit Papier; Verwendung von Hygieneartikeln zur Monatshygiene). Es ist deshalb eine kultursensible Einweisung notwendig, wobei zu bedenken ist, dass eine Umstellung von Gewohnheiten erfahrungsgemäß längere Zeit in Anspruch nimmt. Bewährt hat sich der vermittelnde Einsatz von „Piloten“ (wie z. B. Migranten aus den Herkunftsländern, die schon länger in Deutschland leben und über die Gewohnheiten und die richtige Benutzung informieren können). Untersitzend sollen

MERKBLATT

Reinigungs- und Desinfektionsmaßnahmen in Sanitäranlagen von Erstaufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften für Flüchtlinge

Einweisung der Bewohner

- ▶ Benutzung der vorhandenen Toiletten (Sitztoilette, Urinal, Monatshygiene) erläutern, bevorzugt durch Peers (Menschen mit ähnlichem (Migrations-/Flüchtlinge-) Hintergrund, die schon länger in Deutschland leben und ihr Wissen weitergeben können).
- ▶ Zusätzlich zur Unterstützung Piktogramme und Poster anbringen, Cartoons oder Flyer verteilen.

Durchführung der Reinigungs- und Desinfektionsmaßnahmen

- ▶ Bevorzugt professionelles Reinigungsunternehmen mit Erfahrung in diesem Bereich beauftragen und Leistungsmerkmale schriftlich festlegen.
- ▶ Personal und Helfer schulen, zur Einhaltung motivieren und kontrollieren.
- ▶ Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten bei sichtbaren Verunreinigungen der Sanitäranlagen namentlich festlegen.
- ▶ Auf Arbeitssicherheit und vollständigen Impfschutz achten. Persönliche Schutzausrüstung bereitstellen und die korrekte Anwendung erläutern.
- ▶ Getrennte Wischtücher für WC, Urinale und restliche Sanitärbereiche verwenden. Auf Farbkodierung (rot bzw. gelb) der Lappen zur Unterscheidung achten.
- ▶ Für jeden Bereich/Raum frische, saubere Tücher verwenden.
- ▶ Routinemäßige desinfizierende Reinigung der Böden mit entsprechend geeignetem Flächendesinfektionsmittel in einem Arbeitsgang durchführen. Es werden hierfür vorgegebene Wischbesträge empfohlen.
- ▶ Desinfizierende Reinigung der Hand- oder Hautkontakt-Flächen, wie z. B. Spülhähne, Armaturen und Türgriffe, in einem Arbeitsgang mit einem Desinfektionsprodukt, das auch viruzid wirksam ist, durchführen (bzw. falls entsprechende Gutachten vorliegen, Produkt mit dem Wirkspektrum „begrenzt viruzid PLUS“).
- ▶ Häufigkeit der Reinigung nach Benutzungshäufigkeit und Risikobewertung unterkunftsspezifisch schriftlich festlegen. Stark verschmutzte Bereiche müssen ggf. mehrmals täglich gereinigt werden.
- ▶ VAH Zertifizierung der Desinfektionsmittel beachten.
- ▶ Exakte Dosierung und sachgerechte Anwendung (u. a. Einwirkzeit) beachten.
- ▶ Vom Hersteller angegebene Standzeit („Haltbarkeit“) der Gebrauchslösung des Desinfektionsmittels nicht überschreiten.
- ▶ Desinfektionsmittel nicht mit Seifenlösungen oder Reinigern mischen.
- ▶ Reinigungsstextilien mit einem desinfizierenden Verfahren waschen und anschließend trocknen oder, wenn dies nicht möglich ist, (für kleinere Flächen) Einmaltücher verwenden.
- ▶ Reinigungsabfälle (z. B. Wannen) nach dem Einsatz wischdesinfizieren und trocken lagern.
- ▶ Im Ausbruchfall (d. h. bei gehäuftem Auftreten einer Infektionskrankheit) können auf Anweisung des Gesundheitsamtes gesonderte Desinfektionsmaßnahmen notwendig sein.

Gezielte Desinfektion bei Verunreinigung mit Stuhl, Urin, Blut oder Erbrochenem

- ▶ Unter Beachtung des Eigenschutzes die Verunreinigung mit Einwegtüchern (oder ggf. Flüssigkeitsbindendem Granulat) aufnehmen und über den Restmüll entsorgen.
- ▶ Anschließend Fläche mit VAH-zertifiziertem Produkt, das auch eine ausgewiesene viruzide (oder begrenzt viruzidPLUS) Wirksamkeit besitzt, desinfizieren.
- ▶ Hygienische Händedesinfektion nach Ablegen der Einmalhandschuhe durchführen.

¹ Erklärungen zu den kurz gestellten Fachbegriffen finden Sie im Glossar am Ende des Artikels.

Fragen ???