

# RAHMENHYGIENEPLAN

## Notfallrettung und Krankentransport



Deutsches  
Rotes  
Kreuz



**JOHANNITER**



**Malteser**  
... weil Nähe zählt.



## Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	5
2. Personalhygiene .....	7
2.1 Händehygiene.....	7
2.1.1 Hygienische Händedesinfektion .....	9
2.1.2 Händereinigung .....	10
2.1.3 Hautschutz .....	10
2.1.4 Hautpflege .....	10
2.1.5 Hautschutzplan .....	10
2.1.6 Handschuhplan .....	12
2.2 Dienst-/ Berufskleidung.....	13
2.3 Schutzkleidung.....	14
2.4. Umgang mit Spendersystemen .....	14
2.5 Prä- und Postexpositionsprophylaxe .....	14
2.5.1 Präexpositionsprophylaxe .....	14
2.5.2 Postexpositionsprophylaxe.....	15
3. Desinfektionsmaßnahmen.....	17
3.1 Hautdesinfektion .....	17
3.2 Schleimhautdesinfektion .....	17
3.3 Flächendesinfektion.....	18
3.3.1 Desinfektionsmittel bei nicht angeordneten Desinfektionen .....	20
3.3.2 Desinfektionsmittel bei durch den Amtsarzt angeordneten Desinfektionen .....	20
3.3.3 Durch den Amtsarzt angeordnete Raumesinfektion.....	20
3.4 Gebrauchsartikel bei Hygienemaßnahmen .....	21
3.5 Instrumentendesinfektion .....	21
3.5.1 Anforderungen an die Aufbereitung von Medizinprodukten.....	22
3.6 Wäsche .....	23
4. Ausrüstung.....	24
4.1 Material und Gerät .....	24
4.2 O <sub>2</sub> – Befeuchter .....	28
4.3 Tragenwäsche.....	28
5. Spezielle Hygienemaßnahmen bei ausgewählten Tätigkeiten.....	29
5.1 Absaugen .....	29

	<b>Rahmenhygieneplan</b> Notfallrettung und Krankentransport Rheinland-Pfalz	
--	--	--

5.2 Amputationstrauma .....	30
5.3 Beatmung .....	30
5.4 Blutentnahme .....	30
5.5 Intraossärer Zugang .....	30
5.6 Intubation/ alternative Atemwegsicherung .....	31
5.7 Entbindung.....	31
5.8 Injektionen, Punktionen, Anlage peripherer Verweilkanülen .....	33
5.9 Infusionen .....	34
5.10 Koniotomie .....	35
5.11 Magensonden .....	35
5.12 Thoraxdrainage.....	35
5.13 Wundtamponade.....	36
5.14 Sondersituation z.B. eCPR (extracorporale cardiopulmonale Reanimation) .....	36
6. Versorgung verstorbener Patienten .....	36
6.1 Personal .....	36
6.2 Patient.....	36
6.3 Fahrzeug/Material .....	36
7. Schutz- und Hygienemaßnahmen bei Infektionstransporten .....	37
7.1 Besondere Maßnahmen bei Parasitosen.....	46
7.1.1 Läuse .....	46
7.1.2 Skabies .....	47
7.1.3 Flöhe .....	47
7.2 Anzahl mitzuführender Infektionsschutzkleidung.....	48
8. Fahrzeughygiene.....	49
8.1 Fahrerraum .....	49
8.2 Patientenraum .....	49
8.3 Zeitbedarf Fahrzeugdesinfektion.....	50
8.4 Lüftungs- und Klimaanlage .....	50
9. Rettungswachenhygiene .....	51
9.1 Wachenräume .....	51
9.2 Sanitärräume .....	51
9.3 Küchenbereich.....	52
9.4 Ruhebereich.....	52

	<b>Rahmenhygieneplan</b> Notfallrettung und Krankentransport Rheinland-Pfalz	
--	--	--

9.5 Desinfektionsräume.....	53
9.6 Lager für Medizinprodukte und Medikamente .....	53
10. Umgang mit Medizinprodukten und Medikamenten.....	54
10.1 Lagerung von Sterilgut.....	54
10.2 Umgang mit Medikamenten.....	54
11. Abfallentsorgung .....	55
12. Trinkwasser.....	57
Änderungsverlauf: .....	58
Änderungsverlauf Fortsetzung 1: .....	59
Änderungsverlauf Fortsetzung 2: .....	60
Änderungsverlauf Fortsetzung 3: .....	61

# Rahmenhygieneplan

Notfallrettung und Krankentransport  
Rheinland-Pfalz

## 1. Einleitung

Notfallrettung und Krankentransport sind nicht nur selbst bedeutsame Leistungserbringer im Gesundheitswesen, sondern stellen eine wesentliche Schnittstelle zwischen den verschiedensten Institutionen der medizinischen Versorgungsstruktur dar.

Insofern sind die spezifischen Hygienemaßnahmen auch in Krankentransport und Notfallrettung dezidiert und bereichsbezogen in einem Hygieneplan festzulegen.

Der hier vorliegende Hygieneplan stellt die wesentlichsten Basishygienemaßnahmen zusammen, die für die sachgerechte Umsetzung der hygienischen Anforderungen in Notfallrettung und Krankentransport erforderlich sind, um die Weiterverbreitung von Krankheitserregern zu verhindern und somit sowohl die Patienten\* als auch die Mitarbeiter\* zu schützen.

Grundlage der Festlegungen sind neben den zutreffenden Bestimmungen des Infektionsschutzgesetzes insbesondere die einschlägigen und für die Notfallrettung und den Krankentransport relevanten Richtlinien des Robert-Koch-Institutes sowie die sich aus der TRBA 250 und der Biostoffverordnung ergebenden Regelungen, insbesondere unter Fokussierung auf die jeweiligen Gefährdungsanalysen.

Die sich darüber hinaus ergebenden Schnittstellen mit Anforderungen gemäß der Gefahrstoffverordnung, bspw. der Pflicht zur Erstellung von Betriebsanweisungen, sind in jedem Organisationsbereich separat zu regeln.

Zudem sind bedarfsweise, sofern individuelle Bedingungen an einzelnen Standorten bestehen, sachgerechte Ergänzungen bzw. Modifikationen dieser Rahmenregelungen vorzunehmen.

Die Sicherstellung der hygienischen Anforderungen in der Notfallrettung und im Krankentransport lebt von der Praktikabilität bzw. Umsetzbarkeit der einzelnen Festlegungen und insbesondere deren systematischen Beachtung im Routinebetrieb, obgleich zuzugestehen ist, dass in Notfallsituationen häufig anderen Prioritäten Vorrang eingeräumt werden muss.

Sowohl aus hygienischen Gründen als auch aus Gesichtspunkten der Arbeitssicherheit sowie der Praktikabilität wird schwerpunktmäßig die Verwendung von Einwegmedizinprodukten, einschließlich der Wäsche, empfohlen. Auf Grund regionaler Besonderheiten können jedoch ggf. in begründbaren Einzelfällen zur Aufbereitung zugelassene Medizinprodukte verwendet werden, sofern alle Anforderungen an eine sachgerechte Aufbereitung erfüllt sind und eine gleichwertige Sicherheit für Personal und Patienten, analog der Verwendung von Einwegprodukten, gewährleistet ist.

Die hier getroffenen Festlegungen sind als generelle Dienstanweisung für sämtliche mit den jeweiligen Einzelmaßnahmen beschäftigten Mitarbeitern anzusehen.

Der Hygieneplan wird entsprechend den Erfordernissen aktualisiert, Anregungen aus dem Kreis der Mitarbeiter sind ausdrücklich erwünscht; dabei stellen die aktuellen AWMF-Leitlinien eine gute Orientierungshilfe dar.

Aufgrund der Einbindung des Hygieneplanes in das QM-System sind sowohl seine Gesamtfassung als auch entsprechende Änderungen durch die betreffenden Mitarbeiter dokumentiert zur Kenntnis zu nehmen.

Darüber hinaus werden hygienebezogene Themen in den jährlichen Unterweisungen der Mitarbeiter im Rahmen der Arbeitsschutzbestimmungen sowie in separaten Fortbildungsveranstaltungen angesprochen.

Datum:	Ersteller:	Version:	Freigabe:	Seite 5 von 61
01.02.2026	LAG HYG RD RLP	5.0	LAG HYG RD RLP	

# Rahmenhygieneplan

Notfallrettung und Krankentransport  
Rheinland-Pfalz

Neue Mitarbeiter sind vor ihrem Einsatz in der Praxis durch eine beauftragte Person, i.d.R. den Desinfektor, in den Hygieneplan einzuweisen.

Dieser Rahmenhygieneplan wurde von der Landesarbeitsgruppe Hygiene im Rettungsdienst Rheinland-Pfalz erstellt. Er dient als verbindliche Basis zur Sicherstellung einheitlicher Hygienevorgaben und Standards und ist, ergänzt um regionale Regelungen, dem zuständigen Gesundheitsamt als Hygieneplan zur Einsicht vorzulegen.

Der Hygieneplan unterliegt der ständigen Kontrolle und Weiterentwicklung durch den Landesarbeitskreis Hygiene im Rettungsdienst Rheinland-Pfalz. Seine Umsetzung ist durch regelmäßige Schulungen aller Mitarbeiter sicher zu stellen. Ergänzungen bzw. Änderungen des Rahmenhygieneplanes werden im Rahmen der jährlichen Pflichtfortbildungen gemäß Fortbildung Rettungsdienst RLP vermittelt.

Neuerungen werden im Änderungsindex bekannt gegeben, sofern keine komplette Überarbeitung des Dokumentes erfolgt.

Soweit aufgrund aktueller seuchenhygienischer bzw. erforderlicher infektionspräventiver Entwicklungen keine akute Anpassung erforderlich wird, erfolgen Routinerevisionen im Abstand von zwei Jahren.

\* Diese neutrale Formulierung schließt alle Geschlechter gleichberechtigt ein.

Datum:	Ersteller:	Version:	Freigabe:	Seite 6 von 61
01.02.2026	LAG HYG RD RLP	5.0	LAG HYG RD RLP	

# Rahmenhygieneplan

Notfallrettung und Krankentransport  
Rheinland-Pfalz

## 2. Personalhygiene

Hygienemaßnahmen in der Notfallrettung und im Krankentransport stehen und fallen mit dem Engagement des Einzelnen, auch und besonders in Einsatzsituationen. Insofern kommt natürlich auch allen Aspekten der Personalhygiene eine besondere Bedeutung zu, zumal mit deren Umsetzung auch wesentliche persönliche Schutzanforderungen verbunden sind.

### 2.1 Händehygiene

Die Hände stehen als Überträger von Krankheitserregern an erster Stelle. Deshalb sind die Händehygiene und die korrekt durchgeführte hygienische Händedesinfektion die wichtigsten Maßnahmen zur Vermeidung der Übertragung von Infektionserregern sowie zur Verhütung von nosokomialen Infektionen. Sie sind zudem wichtige Maßnahmen des Personalschutzes.

Voraussetzungen sind saubere und gepflegte Hände mit kurzen, mit der Fingerkuppe abschließenden Fingernägeln, ohne Nagellack, ohne künstliche Fingernägel und ohne Applikationen. Nagelbettverletzungen und Läsionen der Hände sind mit einem Pflaster oder Verband abzudecken.

Bei Tätigkeiten, die eine hygienische Händedesinfektion erfordern, dürfen an den Händen und Unterarmen keine Schmuckstücke, Uhren und Eheringe getragen werden (TRBA 250, Abs. 4.1.8).

**Die Berührung von Flächen mit potentiell kontaminierten Händen/Handschuhen ist zu vermeiden bzw. erfordert eine anschließende Desinfektion (z.B.: Schubladengriffe, Handläufe, Gerätebedienungsknöpfe)**

Die Waschplätze in den Rettungswachen sind mit Wandspendern für Händedesinfektionsmittel und Waschlotion sowie Tuben mit Hautpflegemitteln und Einweghandtüchern aus Papier auszustatten. Händedesinfektionsmittel und Waschlotion sind aus Einwegflaschen bereitzustellen, ein Umfüllen aus Großgebinden darf aus hygienischen Gründen nicht erfolgen.

Hinsichtlich der Standzeiten der Produkte sind die Herstellervorgaben zu beachten; dabei ist die maximal zulässige Verwendungsdauer auf der Einwegflasche in geeigneter Weise auszuweisen.

Sämtliche Rettungs- und Krankentransportfahrzeuge sind mit Händedesinfektionsmittelspendern auszustatten.

Sofern keine Gebinde mit Einmalpumpsystemen verwendet werden, müssen die Außen- und Innenteile des Spenders aufbereitbar sein und so gewartet werden, dass auch eine mikrobielle Besiedelung des Pumpenkopfes verhindert wird.

In Notfalkoffern, -rucksäcken etc. ist die Vorhaltung kleiner Händedesinfektionsmittelflaschen sinnvoll. Diese Flaschen sind regelmäßig bzw. unmittelbar nach einer Kontamination außen aufzubereiten und mit Anbruchdatum zu versehen.

Im Gegensatz zur Händereinigung werden bei der hygienischen Händedesinfektion die Hautfette nicht herausgelöst und abgespült. Die wichtigen Hautfette werden zwar gelöst, aber nicht entfernt, sondern umverteilt. Häufiges Händedesinfizieren mit modernen Präparaten trägt sogar zur Hautpflege bei. Die befürchtete Austrocknung durch Alkohol tritt hauptsächlich bei einer vorangegangenen Reinigung mit Wasser auf. Die Hände müssen dann vor einer nachfolgenden Desinfektion unbedingt sorgfältig abgetrocknet werden.

Datum:	Ersteller:	Version:	Freigabe:	Seite 7 von 61
01.02.2026	LAG HYG RD RLP	5.0	LAG HYG RD RLP	

# Rahmenhygieneplan

Notfallrettung und Krankentransport  
Rheinland-Pfalz

Im Winter wird die Haut zudem durch die Kälte und die niedrige Luftfeuchtigkeit stärker belastet, sie trocknet schneller aus und wird empfindlicher. Dies führt häufig zu Hautirritationen durch Rötungen und Reizungen. Im Winter müssen deshalb die Maßnahmen der Hautpflege verstärkt werden.

Ursachen für Hautirritationen können sein:

- zu häufiges Händewaschen
- Waschen der Hände vor der Desinfektion und
- unzureichendes Abtrocknen der Hände
- Waschzeiten von über einer Minute
- Gebrauch von Bürsten

Die unvermeidbare, häufige Anwendung alkoholischer Präparate verändert trotz der darin enthaltenen Pflegesubstanzen den Säureschutzmantel der Haut. Deshalb empfiehlt es sich, in einsatzfreien Zeiträumen die Hände nach der hygienischen Händedesinfektion mit einem Hautpflegeprodukt einzucremen. Denn nur eine intakte Haut bietet ausreichenden Schutz vor eindringenden Keimen!

Maßnahmen zur Verbesserung der Compliance und zur Qualitätssicherung

- Beobachtungen von Mitarbeitern
- Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs in Bezug auf die Einsatzzahlen
- Jährliche Schulung und Evaluation, z.B. mittels UV-Box, der Händedesinfektion (5 Momente , Durchführung etc.) gemäß RKI

Datum:	Ersteller:	Version:	Freigabe:	Seite 8 von 61
01.02.2026	LAG HYG RD RLP	5.0	LAG HYG RD RLP	

# Rahmenhygieneplan

Notfallrettung und Krankentransport  
Rheinland-Pfalz

## 2.1.1 Hygienische Händedesinfektion

Wann?	Was?	Womit?
vor und nach jedem Patientenkontakt  nach dem Ablegen von Handschuhen  vor allen invasiven Maßnahmen  vor dem Richten von Medikamenten/Infusionen  vor Wundversorgung/Anlage eines Verbandes  nach ungeschütztem Kontakt mit potentiell kontaminiertem Material (Blut, Sekreten, Exkreten,...)  nach Toilettenbesuchen  vor Dienstbeginn und nach Dienstschluss  vor der Nahrungsaufnahme  vor dem Verlassen der RW  <b>generell: vor allen reinen, nach allen unreinen Arbeiten</b>	ausreichende Menge Händedesinfektionsmittel vom Spender in die trockene Hohlhand geben (Spender mittels Ellenbogen betätigen)  Desinfektionsmittel in der trockenen Hohlhand, an den Fingern, zwischen den Fingern, am Daumengrundgelenk, am Handrücken, in der Nagelfalz und unter den Fingernägeln verreiben  <b>Hände während der Einwirkzeit unter wiederholter Zugabe von Händedesinfektionsmittel feucht halten</b>  <b>Bei Kontamination der Unterarme mit potentiell infektiösem Material sind diese in die Durchführung der Desinfektion mit einzubeziehen</b>	gelistetes Händedesinfektionsmittel  Wirkungsbereich: AB  Einwirkzeit: 30 sec.  <i>s. Desinfektionsplan</i>
	sichtbare Verschmutzungen auf der Haut grob mit desinfektionsmittelgetränktem Einmaltuch entfernen, anschließend reinigen und nochmals regelhaft desinfizieren	mit Händedesinfektionsmittel getränktem Einmaltuch  <i>s. Desinfektionsplan</i>

➤ Einreibemethode:

Bei korrekter Durchführung einer hygienischen Händedesinfektion ist eine Reduktion vorhandener Mikroorganismen um 5 log<sub>10</sub> - Stufen zu erreichen. Das bedeutet, dass von 1 Million Mikroorganismen noch 10 auf der Haut übrig bleiben. Um eine möglichst hohe Effektivität zu erreichen, ist die früher propagierte Standardeinreibemethode gemäß CEN EN 1500 nicht mehr gegenüber der „eigenverantwortlichen Einreibemethode“ vorzuziehen.

Dabei wird das Desinfektionsmittel in die hohle, seifenfreie Hand gegeben und gründlich eingerieben, wobei insbesondere die Daumen, Fingerkuppen, Nagelfalze und die Fingerzwischenräume zu benetzen sind. Während der Einwirkzeit von mind. 30 Sekunden sind die Hände ständig feucht zu halten.

**Bei bestimmten Infektionserkrankungen (s. Kap. 7) ist die hygienische Händedesinfektion ggf. (je nach Produkt) zweimal nacheinander durchzuführen.**

Datum:	Ersteller:	Version:	Freigabe:	Seite 9 von 61
01.02.2026	LAG HYG RD RLP	5.0	LAG HYG RD RLP	

	<b>Rahmenhygieneplan</b> Notfallrettung und Krankentransport Rheinland-Pfalz	
--	--	--

## 2.1.2 Händereinigung

Wann?	Was?	Womit?
bei sichtbarer Verschmutzung nach der Toilettenbenutzung bei bestimmten Erregern (z.B. Clostridien) auch ohne sichtbare Verschmutzung (s. Kapitel 7).	Hände mit Wasser anfeuchten, Produkt aus Spender entnehmen und aufschäumen anschließend Hände gründlich abspülen und mit Einmalhandtuch trocknen	seifenfreie Waschlotion aus handkontaktfrei bedienbarem Wandspender

## 2.1.3 Hautschutz

Wann?	Was?	Womit?
vor einer die Haut belastenden Tätigkeit, z.B. möglichem Kontakt mit Schmierstoffen Hautschutzprodukte sind kein Ersatz für Schutzhandschuhe!	Hände gründlich einreiben	Hautschutzprodukt <i>s. Hautschutzplan</i>

## 2.1.4 Hautpflege

Wann?	Was?	Womit?
nach einer die Haut belastenden Tätigkeit regelmäßig über den Tag verteilt und nach Bedarf bei Arbeitsbeginn/Arbeitsende	Hände gründlich einreiben	Hautpflegeprodukt <i>s. Hautschutzplan</i>

## 2.1.5 Hautschutzplan

Die für die erforderlichen Hautschutzmaßnahmen notwendigen Produkte und Hilfsmittel werden durch den Arbeitgeber zur Verfügung gestellt. Die Mitarbeiter sind verpflichtet, die bereitgestellten Mittel sachgerecht zu verwenden (TRBA 250).


Zu diesem Zweck sind jeweils ein Hautschutz- sowie ein Handschuhplan entsprechend den nachfolgenden Mustern zu erstellen und an den Handwaschplätzen auszuhängen.

Datum:	Ersteller:	Version:	Freigabe:	Seite 10 von 61
01.02.2026	LAG HYG RD RLP	5.0	LAG HYG RD RLP	

# Rahmenhygieneplan

Notfallrettung und Krankentransport  
Rheinland-Pfalz

## Hautschutzplan

Was? Maßnahme	Wie? Durchführung	Womit? Präparat / Produkt	Wann? Häufigkeit
<b>Schutz</b> 	<p>Produkt aus Tube entnehmen und gründlich in die sauberen, trockenen Hände einreiben. Dabei mit dem Handrücken beginnen und besonders auf Fingerzwischenräume und Nagelbetten achten.</p>	<p><b>Ö/W Emulsion</b></p>	<p>Vor einer die Haut belastenden Tätigkeit.</p> <p><b>Hautschutzprodukte sind kein Ersatz für Schutzhandschuhe!</b></p>
<b>Handschuhe</b> 	<p>Einmalhandschuhe stets an vollständig trockenen Händen anziehen. Beschädigte bzw. von innen feuchte Handschuhe schnellstmöglich wechseln.</p> <p>Handschuhtragedauer so kurz wie möglich halten</p>	<p>allergenarm, ungepudert, flüssigkeitsdicht EN 455 1-4 Je nach Arbeitsbereich: Gegebenenfalls zusätzliche Arbeits-/ Schutzhandschuhe: - chemikaliendicht - mech. Schutz - personenbezogen - Alternativ: Unterziehhandschuhe</p>	<p>Bei möglichem Kontakt mit erregerehaltigem Material (Blut, Sekrete, Ausscheidungen etc.).</p> <p>Bei allen Arbeiten mit Desinfektions- und Reinigungslösungen: Flüssigkeitsdichte Haushaltshandschuhe verwenden. Achtung: Handschuhstulpen umschlagen!</p>
<b>Reinigung</b> 	<p>Hände mit Wasser anfeuchten, Produkt entnehmen und aufschäumen. Anschließend Hände gründlich abspülen und mit Einmalhandtuch trocknen.</p>	<p><b>Seifenfreie Waschlotion</b></p>	<p>Im Falle von Verschmutzungen.</p>
<b>Pflege</b> 	<p>Produkt aus Tube entnehmen und gründlich in die sauberen, trockenen Hände einreiben. Dabei mit dem Handrücken beginnen und besonders auf Fingerzwischenräume und Nagelbetten achten.</p>	<p><b>W/O-Emulsionen</b></p> <p><b>Ö/W-Emulsionen</b></p> <p><b>Cave:</b> Unmittelbar nach der Hautpflege keine sauerstoffführenden Teile berühren!</p>	<p>Nach einer die Haut belastenden Tätigkeit.</p> <p>Insbesondere vor Arbeitsbeginn, in Pausen und nach Arbeitsende.</p>

# Rahmenhygieneplan

Notfallrettung und Krankentransport  
Rheinland-Pfalz

## 2.1.6 Handschuhplan

<b>Handschuhplan</b>	
<b>Handschuhprodukt</b>	<b>Verwendungszweck</b>
<b>Unsterile Einmalhandschuhe:</b>  ungepudert, latexfrei; Empfehlung: AQL: < 1,5 (Level 2)  Mindestanforderung: Nitrilhandschuhe nach DIN EN 374-2, Kat. II;	<b>Unreine Tätigkeiten (z. B.):</b> <ul style="list-style-type: none"><li>→ Umgang mit kontaminierten Materialien,</li><li>→ Umgang/Kontakt mit Blut, Sekreten, Ausscheidungen</li><li>→ Patientenuntersuchung/Versorgung</li><li>→ Entsorgungsmaßnahmen</li><li>→ befüllen der Waschmaschine oder des RDG</li><li>→ Einlegen von Medizinprodukten in Desinfektionsmittel</li></ul>
<b>Sterile Einmalhandschuhe:</b>	<b>Reine/Sterile Tätigkeiten (z. B.):</b> <ul style="list-style-type: none"><li>→ offene endotracheale Absaugung</li><li>→ Untersuchungen im sterilen Milieu</li><li>→ Legen von invasiven Kathetern (z.B. ZVK) im Notfall</li><li>→ Untersuchungen der Geburtswege/Geburt</li><li>→ Anlegen von sterilen Sonden und Drainagen</li><li>→ Wechsel von sterilen Drainagen und Kathetern</li><li>→ Tamponieren von Wunden</li></ul>
<b>Wasserdichte und reißfeste Haushaltshandschuhe aus PVA/PE</b>  <b>oder Einmalschutzhandschuhe nach EN ISO 374 mind. Kat. II</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>→ Aufbereitungs- und Desinfektionsmaßnahmen aller Art</li><li>→ Kontakt mit Desinfektionsmittelkonzentrat</li><li>→ Fahrzeugpflege</li></ul>
<b>Textile Handschuhe</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>→ als persönliche Unterziehhandschuhe z. B. bei Unverträglichkeiten von Einmalhandschuhen</li><li>→ ggf. als Unterziehhandschuhe unter PVA / PE Handschuhen und Arbeitshandschuhen</li></ul>
<b>Arbeitshandschuhe mit Lederschutz</b> <b>Alternativ: Kevlar-Handschuhe</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>→ Rettungsmaßnahmen, Transport- und Entsorgungsarbeiten mit möglicher Verletzungsgefahr</li></ul>

Bei Allergien sind dem Mitarbeiter adäquate Alternativen anzubieten.

Datum:	Ersteller:	Version:	Freigabe:	Seite 12 von 61
01.02.2026	LAG HYG RD RLP	5.0	LAG HYG RD RLP	

# Rahmenhygieneplan

Notfallrettung und Krankentransport  
Rheinland-Pfalz

## 2.2 Dienst-/ Berufskleidung

Dienstkleidung/Berufskleidung wird im Rettungsdienstbereich durch das beauftragte Wäschereiuunternehmen mit Hygienezertifikat desinfizierend gereinigt.

Aus infektionspräventiver Sicht ist es nicht zulässig, die Rettungswache nach Dienstende in Dienstkleidung zu verlassen. Die Dienstkleidung ist stets auf der Rettungswache zu belassen und darf nur dort an- und abgelegt werden. Auch das Waschen der Dienstkleidung im Privathaushalt ist nicht gestattet, da sie einen Teil der Schutzkleidung darstellt.

Privat- und Dienstkleidung sind so getrennt zu sammeln und aufzubewahren, dass es zu keiner Kontamination der Frischwäsche kommen kann (mögl. „Schwarz/Weiß-Schrank“).

Was?	Wann?	Wie?	Womit?
Dienst-/Berufskleidung (Hosen, Sweatshirt/Poloshirt, Mützen,...)	täglich und bei sichtbarer Verschmutzung	Abwurf in bereitgestellte Sammelbehältnisse	wird aufbereitet durch externen Anbieter mit Hygienezulassung  Alternativ: Eigenaufbereitung unter Einhaltung der erforderlichen hygienischen Anforderungen (s. Kapitel 3.6)
	nach Infektionstransport ohne Schutzkleidung	Abwurf in bereitgestellte Sammelbehältnisse  <b>Sofern durchnässt:</b> Zusätzlich in reißfesten und flüssigkeitsdichten Kunststoffbeutel geben, dicht verschließen und als Infektionswäsche kennzeichnen	
Dienstjacken/ -westen (HardShell/SoftShell)  die getragene Dienstjacke/-weste ist getrennt von der Privatkleidung aufzubewahren	bei sichtbarer Verschmutzung, mind. monatlich	Abwurf in bereitgestellte Sammelbehälter	Beide Varianten müssen neben der sicheren Desinfektion in der Lage sein, die vorgeschriebenen Nachimprägnierungszyklen sicher zu stellen
	nach Infektionstransport ohne Schutzkleidung	Abwurf in bereitgestellte Sammelbehältnisse  <b>Sofern durchnässt:</b> In reißfesten und flüssigkeitsdichten Kunststoffbeutel geben, dicht verschließen und als Infektionswäsche kennzeichnen	
Dienstschuhe	bei Verschmutzung	reinigen und pflegen mit handelsüblichen Produkten	
	nach Kontamination/ Infektionstransport; nach Desinfektionsarbeiten	Wischdesinfektion	Flächendesinfektionsmittel <i>s. Desinfektionsplan</i>

# Rahmenhygieneplan

Notfallrettung und Krankentransport  
Rheinland-Pfalz

- Gummihandschuhe für Desinfektions- und Reinigungsarbeiten nach Gebrauch zum Trocknen auslegen; mögl. personenbezogene Handschuhe bzw. persönliche textile Unterziehhandschuhe verwenden.
- Mehrwegschutzbrillen nach Gebrauch wischdesinfizieren; Einwegbrillen nach Gebrauch entsorgen
- Mehrweggesichtsschutz nach Gebrauch wischdesinfizieren; Einweggesichtsschutz nach Gebrauch entsorgen

## 2.3 Schutzkleidung

Neben der Dienst-/Berufskleidung ist bei Infektionstransporten, oder dem Verdacht darauf, zusätzliche Schutzkleidung zu tragen.

Näheres ergibt sich aus der „Übersicht Schutz- und Hygienemaßnahmen bei Infektionstransporten“ (Kapitel 7).

## 2.4. Umgang mit Spendersystemen

Spender für Flüssigseife und Händedesinfektionsmittel sind regelmäßig, mindestens jedoch im Rahmen eines Gebindewechsels, äußerlich mittels Wischdesinfektion aufzubereiten.

Der Entnahmedorn sowie die Produktpumpe müssen sorgfältig gereinigt/ desinfiziert werden. Alternativ sind Spendersysteme mit Einmalpumpe zu verwenden.

## 2.5 Prä- und Postexpositionsprophylaxe

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Notfallrettung und im Krankentransport sind vielfältigen Infektionsgefahren ausgesetzt.

Zu ihrem Schutz sind deshalb sowohl prophylaktisch als auch nach möglichen Expositionen mit Infektionserregern geeignete Maßnahmen festzulegen.

Eine wesentliche Schutzmaßnahme ist die ausschließliche Verwendung von Sicherheitsprodukten gem. TRBA 250 sowie deren unmittelbare Entsorgung in durchstichsichere Behältnisse. Ausschließlich zum Aufziehen von Medikamenten aus Ampullen dürfen sterile spezielle Aufziehkanülen ( stumpf ohne Schliff) verwendet werden.

Diesbezüglich ergänzende Hinweise finden sich in der Übersicht der Infektionskrankheiten (s. Kapitel 7).

### 2.5.1 Präexpositionsprophylaxe

Die wesentlichste Präexpositionsprophylaxe stellt die Schutzimpfung dar.

Art und Umfang der Impfungen definiert die aktuell gültige Empfehlung der ständigen Impfkommission beim RKI und wird im speziellen durch den arbeitsmedizinischen Dienst geregelt.

Grundsätzlich sind die Anforderungen der Biostoff-Verordnung und der TRBA 250 zu beachten.

Neben dem allgemeinen Impfschutz ist für das Personal in der Notfallrettung und im Krankentransport insbesondere der Schutz gegen Hepatitis B von Bedeutung und bedarf deshalb einer regelmäßigen Kontrolle des Impfstatus mit ggf. erforderlicher Auffrischimpfung.

Datum:	Ersteller:	Version:	Freigabe:	Seite 14 von 61
01.02.2026	LAG HYG RD RLP	5.0	LAG HYG RD RLP	

# Rahmenhygieneplan

Notfallrettung und Krankentransport  
Rheinland-Pfalz

Darüber hinaus existieren Empfehlungen der STIKO (gekennzeichnet mit B) zu folgenden Impfungen für Personal im Gesundheitsdienst: COVID-19/ Hepatitis A/ Influenza/ Masern/ Mumps/ Pertussis, Varizellen und Poliomyelitis, ggf. FSME für RD-MA in Risikogebieten  
Gesetzliche Regelungen sind zu beachten.

## 2.5.2 Postexpositionsprophylaxe

Beim Umgang mit kranken Menschen und deren Blut, Körperflüssigkeiten, Ausscheidungen o.ä. besteht die Möglichkeit, dass es zu Haut- und Schleimhautkontakten mit potenziell erregerehaltigem Material oder zu Verletzungen an kontaminierten Gegenständen und Instrumenten (z.B. gebrauchten Kanülen, Skalpellen) kommt. Auch bei Übergriffen aggressiver Patienten kann es zu Kontakt mit erregerehaltigem Material kommen. Angesichts des damit verbundenen Infektionsrisikos mit der Möglichkeit der Entwicklung einer Berufskrankheit, müssen auch scheinbar unbedeutende Vorkommnisse bzw. Verletzungen ernst genommen und entsprechend behandelt werden, da zum Zeitpunkt eines Unfallereignisses zumeist nicht bekannt bzw. kurzfristig ermittelbar ist, ob und wenn ja, durch welche Krankheitserreger eine Infektionsgefährdung besteht. Nach einer Exposition mit potenziell erregerehaltigem Material ist wie folgt vorzugehen:

- **Sofortmaßnahmen**, um einer Ansteckung mit möglichen Krankheitserregern vorzubeugen. Dazu gehören Reinigen und Desinfizieren der Verletzungsstelle, ggf. medizinische Maßnahmen.
- **Durchgangsarzt**, bevorzugt in der chirurgischen Ambulanz einer Klinik. Bei bestimmten Erkrankungen, z.B. bakterieller Meningitis, HIV kann auch prophylaktisch eine medikamentöse Behandlung erforderlich sein.
- **Dokumentation** des Unfallereignisses innerbetrieblich, ggf. Meldung an den Träger der gesetzlichen Unfallversicherung.

### Sofortmaßnahmen:

Bei einer Kontamination geschädigter Haut sofort mit Hautdesinfektionsmittel desinfizieren, Augen oder Mundhöhle reichlich mit Wasser oder Kochsalzlösung spülen, sofern für derartige Vorfälle nicht bereits vor Ort spezielle Verfahren und Mittel zur Verfügung gestellt und verwendet werden können.

Bei Stich- und Schnittverletzungen oder ähnlichen Verletzungen mit offenen Wunden die Blutung durch Druck auf das umliegende Gewebe, nicht die Einstichstelle selbst, anregen (Dauer 1–2 Minuten), um möglichst alles Fremdmaterial (erregerehaltiges Material) aus der Wunde bzw. dem Stichkanal zu entfernen. Anschließend mit einem Hautdesinfektionsmittel Spülen, bis eine regelhafte Wundversorgung/Wunddesinfektion durch einen Arzt gewährleistet werden kann.

Die Wirkung des Mittels in der Tiefe durch Spreizen der Wunde – auch wenn es schmerzt – erhöhen; sterile Wundabdeckung (z.B. Pflasterverband).

Bei nicht oder kaum blutender Stichverletzung ggf. chirurgische Erweiterung der Wunde durch den Arzt zur Verbesserung der Desinfektionsmitteleinwirkung und anschließende ärztliche Wundversorgung.

### Durchgangsarzt:

Jeder Unfall bzw. jede mögliche Inkorporation von erregerehaltigem Material erfordert die Vorstellung beim Durchgangsarzt. Ggf. bedarf es der weiteren Abklärung der Infektionsgefährdung bei diesem Unfall/Ereignis, wobei insbesondere die Herkunft, Art, Menge und

Datum:	Ersteller:	Version:	Freigabe:	Seite 15 von 61
01.02.2026	LAG HYG RD RLP	5.0	LAG HYG RD RLP	

# Rahmenhygieneplan

Notfallrettung und Krankentransport  
Rheinland-Pfalz

Verweilzeit des eingebrachten (potenziell) erregerehaltigen Materials sowie die Immunitätslage zu berücksichtigen sind.

## Dokumentation:

Grundsätzlich ist jeder Unfall zu dokumentieren.

## Innerbetriebliche Meldung:

Nach erfolgten Sofortmaßnahmen bzw. medizinischer Versorgung ist unverzüglich der betriebliche Vorgesetzte und ggf. die betriebsärztliche Stelle zu informieren. Für einen evtl. später benötigten Nachweis (Zusammenhangsfrage bei Erkrankung oder Komplikationen) muss jedes Verletzungsereignis generell betriebsintern erfasst (Schilderung und Umstände des Unfallhergangs; Zeugen; Angaben zur Ansteckungsquelle bzw. Infektionsweg; eingeleitete Maßnahmen bzw. medizinische Versorgung) und im Verbandbuch möglichst umfassend dokumentiert werden.

## Meldung an den Träger der gesetzlichen Unfallversicherung

Die Erstellung einer **Unfallanzeige** auf vorgeschriebenem Vordruck durch den Unternehmer ist erforderlich, wenn:

- das Unfallereignis mit einer Verletzung einhergeht, die zu einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als 3 Tagen oder zum Tod führt
- eine Weiterbehandlung erforderlich ist (z.B. Postexpositionsprophylaxe)
- weitergehende Meldepflichten vom zuständigen Unfallversicherungsträger festgelegt worden sind.

Erkrankt ein Beschäftigter an einer Infektionskrankheit, für die eine berufliche Verursachung in Betracht zu ziehen ist, so ist vom Unternehmer sowie vom feststellenden Arzt eine Anzeige über eine Berufskrankheit zu erstellen.

Datum:	Ersteller:	Version:	Freigabe:	Seite 16 von 61
01.02.2026	LAG HYG RD RLP	5.0	LAG HYG RD RLP	

## 3. Desinfektionsmaßnahmen

Eine Desinfektion ist ein Prozess, durch den die Anzahl vermehrungsfähiger Mikroorganismen infolge Abtötung/Inaktivierung unter Angabe eines standardisierten, quantifizierbaren Wirkungsnachweises reduziert wird mit dem Ziel, einen Gegenstand/Bereich in einen Zustand zu versetzen, dass von ihm keine Infektionsgefährdung mehr ausgehen kann.

Ziel der Desinfektion ist definitionsgemäß primär nicht die Eliminierung nicht infektionsrelevanter Umweltkeime, sondern die definierte (5 log<sub>10</sub>-Stufen) Verminderung der Anzahl pathogener oder fakultativ pathogener Mikroorganismen.

**Die wichtigste Desinfektionsmaßnahme ist die korrekt durchgeführte hygienische Händedesinfektion (Kapitel 2.1.1).**

### 3.1 Hautdesinfektion

Die Hautdesinfektion dient in erster Linie der Eliminierung pathogener Keime auf der Haut sowie zur Reduktion der physiologischen Hautflora des Patienten.

Eine Hautdesinfektion mit einem VAH gelisteten Hautantiseptikum, bevorzugt einem sog. Kombi-Präparat mit Remanenzwirkung (Alkohol mit Zusatz von Chlorhexidin oder Octenidin), ist vor sämtlichen Injektionen und Punktionen bzw. sonstigen Penetrationen der Haut erforderlich.

Bei Hautdesinfektionen vor der Anlage eines ZVK oder einer Thoraxdrainage ist zwingend ein Kombi-Präparat mit Remanenzwirkung zu verwenden.

Hautdesinfektionsmittel werden ausschließlich in Einweggebinden bereitgestellt. Ein Um- oder Nachfüllen aus Großgebinden ist nicht zulässig.

Die Beachtung der produktspezifischen Einwirkzeit gemäß Desinfektionsplan des gebrauchsfertigen, sterilen Hautdesinfektionsmittels ist erforderlich.

Bei Punktionen talgdrüsenreicher Haut ist die deutlich verlängerte Einwirkzeit entsprechend Desinfektionsplan zu beachten.

Nur in dem Fall einer Hautdesinfektion vor einer Blutzuckermessung oder Injektion ohne Applikation einer Verweilkanüle dürfen alkoholgetränkte Einmaltupfer verwendet werden.

#### Vorgehensweise:

Hautareal satt einsprühen, nach der vom Hersteller angegebenen Mindesteinwirkzeit ggf. überschüssige Desinfektionsmittelreste mit einer sterilen Kompresse aufnehmen, Hautareal nach der Desinfektion nicht mehr berühren (!), geplante invasive Maßnahme durchführen.

Bei verschmutzter Haut Areal satt einsprühen, mit steriler Kompresse abwischen, anschließend erneut einsprühen, dann nach der Einwirkzeit ggf. überschüssige Desinfektionsmittelreste mit einer sterilen Kompresse aufnehmen, Hautareal nach der Desinfektion nicht mehr berühren (!), geplante invasive Maßnahme durchführen.

### 3.2 Schleimhautdesinfektion

Schleimhautdesinfektionsmaßnahmen sind in der Regel nur indiziert beim Legen von Blasen-kathetern sowie evtl. im Rahmen einer Geburt (s. Kapitel 5.7).

Datum:	Ersteller:	Version:	Freigabe:	Seite 17 von 61
01.02.2026	LAG HYG RD RLP	5.0	LAG HYG RD RLP	

# Rahmenhygieneplan

Notfallrettung und Krankentransport  
Rheinland-Pfalz

## 3.3 Flächendesinfektion

Eine Flächendesinfektion erfolgt als Wischdesinfektion; eine homogene Benetzung ist sicherzustellen. Nur in Ausnahmefällen, z. B. schlecht zugänglichen **kleinen** Flächen, ist eine Sprühdesinfektion mit einem alkoholischen Präparat zulässig.

Cave: Explosionsgefahr bei > als 50 ml/ m<sup>2</sup> Grundfläche oder stark erhitzten Flächen !

Beim Umgang mit Flächen- und Instrumentendesinfektionsmittelkonzentraten sind generell dickwandige, flüssigkeitsdichte Handschuhe (Haushaltshandschuhe mit langen Stulpen oder Chemiekalienschutzhandschuhe nach EN ISO 374 (Kat. II) zu verwenden. Dies gilt auch sinngemäß für den längeren Umgang (z.B. bei der wöchentlichen Fahrzeugdesinfektion) mit gebrauchsfertigen Lösungen.

Die Herstellung der gebrauchsfertigen Desinfektionslösung aus Desinfektionsmittelkonzentraten erfolgt immer mit kaltem Wasser ohne die Zugabe weiterer Zusätze (sofern nicht gesondert genehmigt/zugelassen); die Lösung darf nur für den vorgesehenen Einsatzbereich verwendet werden.

Beim Ansetzen von Instrumenten- und Flächendesinfektionsmittellösungen sind immer Handschuhe sowie eine Schutzbrille zu tragen, wenn ein Verspritzen von Lösung oder Konzentrat möglich ist. Bedarfsweise sind zusätzlich flüssigkeitsdichte Schürzen zu tragen.

Sofern keine dezentralen Desinfektionsmitteldosiergeräte (jährliche Wartung und halbjährliche mikrobiologische Kontrolle erforderlich) verwendet werden, ist immer zuerst die erforderliche Wassermenge vorzulegen und erst danach das Desinfektionsmittelkonzentrat einzufüllen. Aktuelle Betriebsanweisungen, Unfallmerkblätter und Sicherheitsdatenblätter der Produkte sind vorzuhalten.

Im Rahmen der routinemäßigen Flächendesinfektion sind gem. Desinfektionsplan vor allem die Flächen zu berücksichtigen, die zu Haut (insbesondere Hände) und Schleimhaut von Patienten und Personal direkten Kontakt hatten oder durch Blut, Sekrete und Exkrete bzw. aerogen verunreinigt wurden (ggf. einsatzbezogene Risikobewertung).

### Zur Verhinderung einer Keimtransmission durch Reinigungs- und Desinfektionslösungen, -geräte, -utensilien, Tücher und Wischbezüge ist zu beachten:

Insbesondere Reinigungslösungen, in Abhängigkeit von der organischen Belastung aber auch Desinfektionsmittellösungen, in die der Wischlappen nach Abwischen von Flächen wieder eingetaucht wird, sind schnell mit Erregern kontaminiert; insofern müssen angesetzte Gebrauchslösungen gemäß Herstellerangaben sachgerecht vor einer Kontamination geschützt werden.

Reinigungs- und Desinfektionsverfahren müssen generell so durchgeführt werden, dass es nicht zu einer Erhöhung der Keimzahl und zu einem Ausbringen/Verteilen fakultativ-pathogener oder pathogener Mikroorganismen auf den Flächen kommt.

Dies erfordert somit die Vermeidung des „Wiedereintauchens“ benutzter Tücher in die Reinigungs- bzw. Desinfektionsmittellösung, da die fortlaufende Anwendung einer kontaminierten Lösung zu einer Weiterverbreitung von Mikroorganismen auf nachfolgend gewischten Flächen führen würde.

Datum:	Ersteller:	Version:	Freigabe:	Seite 18 von 61
01.02.2026	LAG HYG RD RLP	5.0	LAG HYG RD RLP	

# Rahmenhygieneplan

Notfallrettung und Krankentransport  
Rheinland-Pfalz

Idealerweise sind Einwegtücher zu verwenden, ansonsten ist eine hygienegerechte Aufbereitung der Reinigungsgeräte zu gewährleisten, so dass Schmutz und organische Belastungen sicher entfernt werden.

Sofern die Aufbereitung von Desinfektionsutensilien nicht sicher möglich ist, müssen zwingend Einmalwischtücher bzw. -wischbezüge angewandt werden.

Putzeimer und andere Behältnisse müssen nach Abschluss der Desinfektionstätigkeit gründlich gereinigt werden.

**Zur Durchführung der Flächenreinigung bzw. -desinfektion sind verschiedene Verfahren geeignet:**

## ① Einmaltücher (z.B. Vliestücher)

- Tücher werden nach einmaliger Benutzung entsorgt
- Verwendung jeweils frisch hergestellter bzw. aus Dosiergerät entnommener Desinfektionsmittellösung

## ② Wipes-Systeme

- Einmaltücher werden in einem geschlossenen Behältersystem in gebrauchsfertiger Desinfektionslösung aufbewahrt. Auf die Kompatibilität von Tuchsystem und Desinfektionsmittel ist zu achten.
- Vorgetränkte Tücher werden bei Bedarf dem Behälter entnommen und nach einmaliger Benutzung entsorgt
- die Standzeiten der Desinfektionsmittel in den Behältern sind gemäß Herstellerangaben einzuhalten (i.d.R. 28 Tage), die Behälter entsprechend zu beschriften !

**Verkürzte Standzeiten** bestehen bei Einsatz von Produkten auf der Basis von **Sauerstoffabspaltern** (i.d.R. max. 8 Stunden). Zudem sind Beschränkungen in der Anwendbarkeit der Vliestücher zu beachten.

Die Hinweise des Herstellers des Wipe-Systems zu Aufbereitungsrhythmus und – Verfahren der Tuchspender sind zu beachten.

Die Desinfektionsmittelkommission beim VAH empfiehlt, Tuchspendersysteme, die wiederaufbereitet werden müssen – mit Ausnahme von alkoholischen Mitteln – nicht in Bereichen mit besonderen Infektionsrisiken (wie z.B. auch NFR/KTP) einzusetzen. Das Gleiche gilt auch, wenn nur deren Verschlussvorrichtungen (Deckel) wiederaufzubereiten sind. Vor Neubeschickung müssen Deckel und Behälter einer bakterizid, fungizid und sporizid wirksamen, dokumentierten Desinfektion unterzogen werden (RKI).

Bevorzugt sind solche Systeme zu verwenden, bei denen sich die getränkten Desinfektionstücher innerhalb des Spenders in einem geschlossenen Einwegsystem, z.B. einer Kunststofftüte, befinden, bzw. es sind Einmalbehältnisse zu verwenden, da eine validierbare Aufbereitung in der Praxis kaum möglich erscheint.

## ③ Flow packs (Ready-to-use Systeme)

- den Wipes-Tüchern vergleichbares System, wobei die Tücher ggf. kleiner sind und insbesondere auch der Tuchspender selbst nach der letzten Tuchentnahme entsorgt wird.

Datum:	Ersteller:	Version:	Freigabe:	Seite 19 von 61
01.02.2026	LAG HYG RD RLP	5.0	LAG HYG RD RLP	

# Rahmenhygieneplan

Notfallrettung und Krankentransport  
Rheinland-Pfalz

- Verwendungsdauer nach der ersten Öffnung nach Herstellerangaben, häufig bis zu drei Monaten nach Erstentnahme. (auf korrekte Beschriftung nach Anbruch achten!)
  - Bevorzugte Verwendung für Desinfektionsmaßnahmen von Griffbereichen und kleinen Flächen zwischen den Einsätzen.
  - Es ist darauf zu achten, dass der Verschluss nach der Tuchentnahme wieder ordnungsgemäß geschlossen wird, ein offenes System führt zu einem raschen Wirkstoffverlust.

## ④ Bezugswechselverfahren

- Tücher und Wischbezüge zum mehrmaligen Gebrauch werden nach Verwendung maschinell thermisch bzw. chemothermisch mit Verfahren mit nachgewiesener Wirksamkeit (VAH/RKI) in getrennter Flotte desinfizierend aufbereitet und maschinell getrocknet.
- die Aufbewahrung der frisch aufbereiteten Tücher erfolgt so, dass es nicht zu einer Vermehrung von Mikroorganismen kommen kann (staubgeschützt im Schrank oder in einer Box)
- durch Verunreinigungen an den Reinigungsutensilien bzw. in den Reinigungstüchern oder Feuchtwischbezügen können Desinfektionsmittel inaktiviert werden bevorzugt sind Einmalbezüge mit einem geeigneten Wechselsystem zu verwenden

### 3.3.1 Desinfektionsmittel bei nicht angeordneten Desinfektionen

Bei nicht durch das Gesundheitsamt (Amtsarzt) angeordneten Desinfektionsmaßnahmen, also bei routinemäßigen Desinfektionen gemäß anliegendem Desinfektionsplan, werden Desinfektionsmittel, Anwendungskonzentrationen und Einwirkzeiten anhand der aktuell gültigen VAH – Liste ausgewählt.

Zur Sicherstellung der Viruswirksamkeit sind solche Produkte auszuwählen, deren wirksamkeitsgeprüfte Konzentrationen und Einwirkzeiten bezüglich einer begrenzten Viruzidie gemäß der IHO – Liste innerhalb der entsprechenden Vorgaben der VAH – Liste liegen. Eine höhere Sicherheit bieten Produkte die eine begrenzte Viruzidie „plus“ oder Viruzidie gewährleisten.

### 3.3.2 Desinfektionsmittel bei durch den Amtsarzt angeordneten Desinfektionen

Bei Desinfektionen, die durch das Gesundheitsamt (Amtsarzt) angeordnet werden, sind ausschließlich Desinfektionsmittel, Anwendungskonzentrationen und Einwirkzeiten anhand der RKI – Liste zu verwenden.

### 3.3.3 Durch den Amtsarzt angeordnete Raumdesinfektion

Eine in Ausnahmefällen durch den Amtsarzt angeordnete Raumdesinfektion erfolgt bei Anwendung von Formaldehyd-Lösungen grundsätzlich durch einen Desinfektor mit Befähigungsschein gemäß TRGS 522.

Datum:	Ersteller:	Version:	Freigabe:	Seite 20 von 61
01.02.2026	LAG HYG RD RLP	5.0	LAG HYG RD RLP	

# Rahmenhygieneplan

Notfallrettung und Krankentransport  
Rheinland-Pfalz

Die Anwendung von Wasserstoffperoxid-Verfahren setzt eine vorangegangene, umfassende Validierung gemäß den Vorgaben der Desinfektionsmittelliste des RKI und die Genehmigung des Amtsarztes voraus und ersetzt nicht die abschließende Wischdesinfektion der Flächen.

## 3.4 Gebrauchsartikel bei Hygienemaßnahmen

Artikel	Anforderungen
Schutzanzüge	PSA-Verordnung EU 2016/425, Kat. III, Typ 4,5,6
OP – Gesichtsmasken (Mund-Nasen-Schutz)	mind. 3-lagig
FFP 2 Masken (Personal, ggf. Patienten)	FFP 2, faltbar, ohne Ausatemventil, EN 149:2009 <sup>1)</sup>
FFP 3 Masken (Personal)	FFP 3, faltbar, mit Ausatemventil, EN 149:2009 <sup>1)</sup>
Schutzbrillen	dicht schließend mit indirekter, seitlicher Belüftung
Gesichtsschutz	EN 166, Kat. I
Einmalschutzkittel	wasserabweisend, rumpfabdeckend, langarm mit Ärmelbund
Einmalkopfhaube	
Chemikalienschutzhandschuhe	CE Kennung Kl. 3 EN 374
Einmalschürzen	wasserdicht, mind. knielang
Kanülensammelbehälter	durchstichfest, fest verschließbar, BAM-geprüft <sup>2)</sup>
ggf. Sondermüllbehälter an zentralen Standorten	fest verschließbar, BAM-geprüft <sup>2)</sup>
Müllsammler	mit Deckel, Fußbedienung
Abfallsäcke für RW und Fahrzeug	reißfest, wasserdicht, angepasste Größe
wasserdichte und reißfeste Handschuhe	Haushaltsübliche aus PVA / PE
Einmalhandschuhe gem. Handschuhplan	unsteril und steril

<sup>1)</sup> = oder vergleichbarer nationaler Qualitätsnormen anderer Länder gemäß BAUA (z.B. KN 95, N95 NIOSH, P 2, DS, KF 95 Stand: 11.2022)

<sup>2)</sup> = Prüfung gem. DIN EN ISO 23907

## 3.5 Instrumentendesinfektion

Die sachgerechte Aufbereitung von Medizinprodukten entsprechend der einschlägigen RKI – Richtlinie auf der Basis des Medizinproduktegesetzes und der Medizinprodukte – Betreiber – Verordnung erfordert neben der Notwendigkeit zur Ausbildung von sach- und fachkundigem Personal auch die Sicherstellung aufwendiger logistischer und sächlicher Voraussetzungen (s. Übersicht).

Insofern ist die Verwendung von Einwegmaterial die Methode der Wahl.

Für wenige, ausgewählte Medizinprodukte ist ggf. eine Aufbereitung unter der Einhaltung bestimmter Anforderungen möglich; hierfür sind für jede einzelne Produktgruppe gesonderte Verfahrensbeschreibungen zu erstellen. Die Aufbereitung muss unter validierten Verfahren erfolgen, die Verfahrensschritte sind zu dokumentieren.

## Rahmenhygieneplan

Notfallrettung und Krankentransport  
Rheinland-Pfalz

Unter Berücksichtigung dieser Aspekte kann die Aufbereitung von Medizinprodukten im Bereich des Rettungsdienstes **nicht** empfohlen werden.

### 3.5.1 Anforderungen an die Aufbereitung von Medizinprodukten

Medizinprodukt	RKI -Einstufung	Anforderungen		
		Personelle	Materielle	Räumliche
Absauggläser	unkritisch	Sach-/ Fachkunenachweis	RDG *	Entsorgungsraum mit Ausguss- und Handwaschbecken
Absaugschläuche	semikritisch B		RDG	Aufbereitungsraum mit reiner und unreiner Seite
Beatmungsbeutel	semikritisch B		RDG	
Beatmungsmaske	semikritisch A		RDG	
Beatmungsschlauch	semikritisch B		RDG	
Magillzange	semikritisch B		RDG *	
Intubationsspatel	semikritisch A		RDG	
PEEP-Ventil	semikritisch B		RDG *	

\*: alternativ zum RDG (**R**einigungs- und **D**esinfektions**g**erät):

- Desinfektion durch Einlegen in Instrumentendesinfektionsmittellösung,
- gesicherte manuelle Reinigung unter Beachtung des Personalschutzes
- Nachspülung mit keimarmem Wasser (Trinkwasserqualität – Nachweis erforderlich)
- Rekontaminationsfreies Trocknen
- Anschließend zur Sterilisation geben
- Steril und staubgeschützt bis zur Anwendung lagern

alternativ: Aufbereitung in der AEMP (**A**ufbereitung**e**inheit für **M**edizin**p**rodukte) einer Klinik

# Rahmenhygieneplan

Notfallrettung und Krankentransport  
Rheinland-Pfalz

## 3.6 Wäsche

Bei der Nutzung waschbarer Textilien sind folgende Punkte zu beachten, um dem Anspruch jedes Mitarbeiters auf frisch aufbereitete Materialien zu entsprechen:

- Getragene oder kontaminierte „Arbeitskleidung mit allgemeiner Schutzfunktion“, „Schutzkleidung“ und PSA darf von den Beschäftigten nicht mit nach Hause genommen werden
- Für die korrekte, desinfizierende Aufbereitung hat der Arbeitgeber verantwortlich Sorge zu tragen (TRBA 250)
- Frischwäsche staub- und kontaminationsgeschützt lagern
- Schmutzwäsche in geschlossenen, wischdesinfizierbaren Behältnissen oder flüssigkeitsdichten, reißfesten, verschleißbaren Säcken transportieren und lagern
- Schmutzwäsche möglichst einer zugelassenen Wäscherei zuführen

alternativ: Eigenaufbereitung mit folgenden zusätzlichen Anforderungen (s. RKI - Richtlinie):

- Aufbereitungsraum mit räumlicher Trennung in reine und unreine Seite mit Handwaschplatz und Spendern für Flüssigseife und Händedesinfektionsmittel
- Gemäß VAH Industriewaschmaschine zur Gewährleistung der Einhaltung aller relevanten Parameter (Temperatur., Haltezeit, Flottenverhältnis, Dosierung des Desinfektionsmittels ) zur Erfüllung der gelisteten Waschprogramme, Dokumentation
- Bereitstellung und Tragen von Schutzkleidung (beim Befüllen der Maschinen)
- Verwendung von geprüften, zugelassenen und gelisteten Desinfektionswaschprogrammen (und Re-Imprägnierungsprogrammen nach Textil-Herstellerangabe)
- Schmutzwäschesammlung in geschlossenen Behältern/ flüssigkeitsdichten Wäschesäcken
- Nachträgliche Sortierung der Schmutzwäsche ist zu unterlassen !
- ½-jährliche mikrobiologische Wirksamkeitskontrolle **aller** Desinfektionswaschprogramme ( mittels Bioindikatoren ) durch ein unabhängiges Institut

Generell sind Frisch- und Schmutzwäsche getrennt voneinander zu lagern.

Das Betreten der Bereiche in denen Lebensmittel zubereitet oder konsumiert werden (Küche, Pausen-/ Aufenthaltsräume) darf nicht mit aus Gründen des Infektionsschutzes getragener PSA und nicht in kontaminierter (sichtbar oder anzunehmend) Schutz- oder Arbeitskleidung erfolgen. (vgl. TRBA 250 / BioStoffV § 9 Abs. 3)

Über den Prozess der Wäscheaufbereitung ist eine VA zu erstellen

Insbesondere für die Tragenwäsche greift die generelle Vorgabe zur ausschließlichen Verwendung von Einwegmaterial.

Datum:	Ersteller:	Version:	Freigabe:	Seite 23 von 61
01.02.2026	LAG HYG RD RLP	5.0	LAG HYG RD RLP	

# Rahmenhygieneplan

Notfallrettung und Krankentransport  
Rheinland-Pfalz

## 4. Ausrüstung

Grundsätzlich ist Einwegmaterial zu verwenden! Zur sterilen oder keimarmen Anwendung vorgesehene Produkte müssen einzeln verpackt sein, die Verpackungen sind erst unmittelbar vor der Anwendung zu öffnen. Ansonsten sind die gesetzlichen Vorgaben zur Aufbereitung von Medizinprodukten, die für einen mehrmaligen Gebrauch zugelassen sind, einzuhalten und entsprechend detaillierter Verfahrensanweisungen festzulegen.

### 4.1 Material und Gerät

Was?	Wann?	Wie?	Womit?
Absauggeräte	nach jedem Gebrauch	primäre Verwendung von 1x Material (Behälter u. Schlauch), ggf. Hersteller-abhängiger Filterwechsel;	Reiniger/ Instrumentendesinfektion
	Aufbereitung nur noch für Sekretaufangbehälter manueller Redundanzsysteme		
Apothekencontainer	nach jeder Lieferung	Wischdesinfektion	Flächendesinfektionsmittel <i>s. Desinfektionsplan</i>
Beatmungsbeutel In der Regel Einsatz von Einwegmaterial  (hydrophober Bakterienfilter, Porengröße max. 0,2 µ, obligat!)	nach jedem Gebrauch	Wischdesinfektion	Flächendesinfektionsmittel <i>s. Desinfektionsplan</i>
	bei mögl. Innenkontamination	Einmalprodukt: entsorgen Mehrwegprodukt: fachgerecht aufbereiten	viruzides Instrumentendesinfektionsmittel
	bei Infektionstransporten der Kat. „ROT“	entsorgen	<i>s. Desinfektionsplan</i>
	Einsatz von ausgewiesenen Mehrwegsystemen nur bei z.B. pandemiebedingten Versorgungsengpässen, wenn fachgerechte, maschinelle Aufbereitung durch Fachpersonal mittels validierter Verfahren gemäß MPBetreibV gewährleistet ist.		
Beatmungsgerät	nach jedem Gebrauch	Wischdesinfektion	Flächendesinfektionsmittel <i>s. Desinfektionsplan</i>
Beatmungsgeräte-Zubehör: primäre Verwendung von Einwegmaterial!  Ventile, PEEP-Ventile, Schläuche usw. (hydrophober Bakterienfilter, Porengröße max. 0,2 µ, obligat!)	nach jedem Gebrauch	Wischdesinfektion	viruzides Instrumentendesinfektionsmittel <i>s. Desinfektionsplan</i>
	bei mögl. Innenkontamination	Einmalprodukte: entsorgen Mehrwegprodukt: fachgerecht aufbereiten	
	bei „roten“ Infektionstransporten	entsorgen	
	Einsatz von ausgewiesenen Mehrwegsystemen nur bei z.B. pandemiebedingten Versorgungsengpässen, wenn fachgerechte, maschinelle Aufbereitung durch Fachpersonal mittels validierter Verfahren gemäß MPBetreibV gewährleistet ist.		
Beckenschlingen	nach jedem Gebrauch	Einmal - Material entsorgen	viruzides Instrumenten-/ Flächendesinfektionsmittel <i>s. Desinfektionsplan</i>
		Falls Mehrwegsystem eingesetzt wird	

# Rahmenhygieneplan

Notfallrettung und Krankentransport  
Rheinland-Pfalz

Was?	Wann?	Wie?	Womit?
Blutdruckmanschette (abwaschbare Oberfläche, <b>keine</b> Textilmanschetten)	nach jedem Gebrauch	Wischdesinfektion, wenn keine Blutkontamination erfolgt ist	Flächendesinfektionsmittel <i>s. Desinfektionsplan</i>
	nach Infektionstransport oder sichtbarer Kontamination	Wischdesinfektion oder in Instrumentendesinfektionswanne einlegen, nach der Einwirkzeit reinigen und mit klarem Wasser abspülen/ trocknen Alternativ: Desinfektions-Waschverfahren	viruzides Instrumentendesinfektionsmittel <i>s. Desinfektionsplan</i>
Blutdruckmeßgerät (Manometer)	nach jedem Gebrauch	Wischdesinfektion	Flächendesinfektionsmittel <i>s. Desinfektionsplan</i>
CO <sub>2</sub> -Meßgeräte	nach jedem Gebrauch		
CO <sub>2</sub> -Meßgeräte – Zubehör	ausschließlich Verwendung von Einwegmaterial		
Kinderrückhaltesysteme	nach jedem Gebrauch	Wischdesinfektion	Flächendesinfektionsmittel <i>s. Desinfektionsplan</i>
		bzw. der Wäsche zuführen	desinfizierendes Waschverfahren in der Wäscherei
Kommunikationsgeräte	täglich	Wischdesinfektion	Flächendesinfektionsmittel <i>s. Desinfektionsplan</i>
Chir. Instrumente	ausschließlich Verwendung von Einwegmaterial		
EKG-Defibrillatoreinheit	nach jedem Gebrauch	Wischdesinfektion	Flächendesinfektionsmittel <i>s. Desinfektionsplan</i>
CPR-Geräte (Corpuls - CPR/ LUCAS, ....)	nach jedem Gebrauch		
Feedback-CPR Mehrweg Systeme	Nach jedem Gebrauch		
Fixationsmanschetten/Gurte	nach jedem Gebrauch		
Intubationshilfen Laryngoskopgriff			
Spatel, Führungsstab Magillzange,	nach jedem Gebrauch	bevorzugt Einwegmaterial verwenden  alternativ: Aufbereitung gem. Verfahrensweisung des Herstellers	viruzides Instrumentendesinfektionsmittel <i>s. Desinfektionsplan</i>

# Rahmenhygieneplan

Notfallrettung und Krankentransport  
Rheinland-Pfalz

Was?	Wann?	Wie?	Womit?
Immobilisator HWS	nach jedem Gebrauch	Einmal - Material entsorgen!	Flächendesinfektionsmittel <i>s. Desinfektionsplan</i>
KED-System	nach jedem Gebrauch	Wischdesinfektion	
Krankentrage/ Tragestuhl/ Tragestuhl mit Raupenantrieb		Wischdesinfektion der Kontaktstellen	
		Wechsel der Einweg- tragenauflage Wechsel der Einwegdecke (siehe Abfallentsorgung)	
	1x/Woche	Wischdesinfektion des gesamten Moduls (inkl. Raupe)	
Notfallkoffer/Notfall- Rucksacksysteme außen und innen	bei sichtbarer Kontamination/ Verschmutzung	Wischdesinfektion	Flächendesinfektionsmittel <i>s. Desinfektionsplan</i>
	mindestens 1x/Woche		
	nach Infektionstransport		
Spritzenpumpe	nach jedem Gebrauch		
Pneumatische Schienen			
Pulsoxymeter			
Rettungstücher, abwaschbar			
Rollboard			
Schaufeltrage			
Spineboard + Spinne			
Stethoskop	nach jedem Gebrauch (personenbezogenes Stethoskop verwenden)	schnell wirksames Flächendesinfektionsmittel	
Schutzbrille/ Schutzvisier	nach jedem Gebrauch	Flächendesinfektionsmittel <i>s. Desinfektionsplan</i> Alternativ: Einwegbrillen	
Schutzhelm	nach möglicher Kontamination (Helm immer mit Kopfhaube verwenden, sofern keine fest zugeordnete PSA)	Flächendesinfektionsmittel <i>s. Desinfektionsplan</i>	

# Rahmenhygieneplan

Notfallrettung und Krankentransport  
Rheinland-Pfalz

Was?	Wann?	Wie?	Womit?
Thermometer	nach jedem Gebrauch	Wischdesinfektion Einmalschutzhüllen verwenden!	Flächendesinfektionsmittel <i>s. Desinfektionsplan</i>
Trösterli	bei Einsatz	nur neue Plüschtiere abgeben, einmal abgegebene nicht wieder zurücknehmen, bis zur Abgabe in Folie eingeschweißt aufbewahren	
Transportinkubator	nach jedem Gebrauch	Wischdesinfektion	Keine Desinfektionsmittel auf Aldehyd- oder Alkoholbasis  nach Ablauf der Einwirkzeit Inkubatorinnenraum mit sterilem Wasser und sterilem Tuch abwaschen um Desinfektionsmittelrückstände zu beseitigen!
Urinflaschen + Steckbecken	nach jedem Gebrauch	Entsorgung der Fäkalien und Aufbereitung der Geräte in automatisch arbeitender SBS-Anlage innerhalb der Ziel-einrichtung.	Krankenhaus/Pflegeeinrichtung nach Möglichkeit Einmalmaterial verwenden
Vakuumschienen, Vakuummatratze		Wischdesinfektion	Flächendesinfektionsmittel <i>s. Desinfektionsplan</i>
		falls waschbare Bezüge vorhanden, diese der Wäsche zuführen	Desinfizierendes Waschverfahren in der Wäscherei
Venenstauer	nach jedem Gebrauch	Wischen, zum Abtrocknen offen aufbewahren Alternativ: Einmalstauer	Flächendesinfektionsmittel <i>s. Desinfektionsplan</i>
	bei sichtbarer Verschmutzung	entsorgen	
	nach Infektionstransport		

# Rahmenhygieneplan

Notfallrettung und Krankentransport  
Rheinland-Pfalz

## 4.2 O<sub>2</sub> – Befeuchter

Während der kurzen Patientenbetreuungszeiten im primären Rettungsdienst und Krankentransport kann der Sauerstoff trocken appliziert werden.

Ausnahmen sind Kleinkinder, Säuglinge und Neugeborene sowie Patienten mit chron. obstruktiven Lungenerkrankungen (COLD)

Bei Bedarf sind ausschließlich einmal O<sub>2</sub> – Befeuchter zu verwenden. Die Systeme werden original verpackt in den Fahrzeugen mitgeführt und nur bei Bedarf geöffnet und montiert. Für die maximale Einsatzzeit sind die Herstellerangaben zu beachten. Meistens beträgt sie vier - acht Wochen. Spätestens nach Ablauf dieser Zeit ist ein eingesetztes System über den hauseigenen Abfall zu entsorgen.

## 4.3 Tragenwäsche

Was?	Wann?	Wie?	Womit?
Tragenwäsche:  Einwegmaterial mit unmittelbarem Patientenkontakt (Auflage, Decke, etc.)	nach Patientenkontakt ohne Kontamination	Abwurf in Restmüll nach Möglichkeit dort, wo der Patient übergeben wird	
	nach Patientenkontakt mit Kontamination durch Blut, Stuhl, Urin, Erbrochenem, Sekreten	Abwurf in fest verschlossenem Plastik- oder Müllsack in den Restmüll nach Möglichkeit dort, wo der Patient übergeben wird	
	nach und bei Verdacht auf Infektionstransport	nach Rücksprache mit dem Krankenhauspersonal Abwurf in bereitgestellte, fest verschließbare und gekennzeichnete Behältnisse im Krankenhaus („Infektionsabfälle“)	

# Rahmenhygieneplan

Notfallrettung und Krankentransport  
Rheinland-Pfalz

## 5. Spezielle Hygienemaßnahmen bei ausgewählten Tätigkeiten

### 5.1 Absaugen

#### Endotracheale Absaugung intubierter/tracheotomierter Patienten

##### Allgemeine Richtlinien:

- Absaugung nur bei Bedarf
- hygienische Händedesinfektion
- 45° Oberkörperhochlagerung, sofern aktuelle Kreislaufsituation dies gestattet
- Sogstärke individuell dem Pat. anpassen (A-Pumpen-Bereich meist von 0,10-0,80 bar)  
( LL-Empfehlungen 80-120/max. 150 mmHg bzw. 0,10 - 0,15 /max. 0,20 bar)
  - z.B. Erwachsene: 0,10 - 0,20 bar
  - z.B. Kinder: 0,10 - 0,15 bar
  - z.B. Säuglinge, Neugeborene: 0,10 bar (z. B. Oro - Sauger mit Filter)
- Vor endobronchialer Absaugung möglichst immer vorher Nasen-Rachenraum absaugen

##### Absaugvorgang beim konventionellen System:

- Präoxigenierung: FiO<sub>2</sub> - Konz. auf 100 % stellen (bei manueller Beatmung 12 -15 l Flow)
- PEEP langsam auf Nullwert zurückfahren, um Mikroatelektasenbildung und akute Hypoxie zu verhindern (bes. bei Einsatz konventioneller Systeme wichtig)
- Die LAG Hygiene empfiehlt die Verwendung von geschlossenen Absaugsystemen
- Bei Einsatz offener Systeme:
  - der Durchführende legt eine FFP 3 Maske und eine Schutzbrille/Visierschutz an
  - sterilen Handschuh anziehen und Katheter mögl. durch Assistenten anreichen lassen
  - sterilen Katheter anschließen
  - Katheter ohne Sog in den Tubus einführen
  - bei Widerstand Absaugkatheter ca. 1cm zurückziehen, Sog aktivieren und langsam unter Sog und drehenden Bewegungen herausziehen
  - Absaugvorgang darf nicht länger als 15 Sek. dauern
  - zum Absaugen des zweiten Hauptbronchus neuen Absaugkatheter verwenden
- nach Beendigung des Absaugvorganges Sekretschlauch und Fingertip mit sterilem Aqua oder NaCl durchspülen (Katheter nicht durchspülen, immer verwerfen)

##### Absaugvorgang bei Verwendung von atraumatischen Absaugkathetern (seitliche Öffnungen und gewebeschonende Spitze)

- Vorgehensweise wie bei konventioneller Methode, jedoch muss der Katheter bereits unter Sog eingeführt werden, um den erwünschten "Luftkisseneffekt" zu erreichen.

##### Geschlossene Absaugsysteme (notwendig bei aerogen übertragbaren Infektionserkrankungen)

###### Vorteile:

- keine Systemtrennung und somit Unterbrechung der Beatmung erforderlich (kein S<sub>a</sub>O<sub>2</sub> – Abfall)
- Durchführung ohne Handschuhe möglich
- besserer Schutz des Personals, da keine Aerosolfreisetzung beim Absaugvorgang

Datum:	Ersteller:	Version:	Freigabe:	Seite 29 von 61
01.02.2026	LAG HYG RD RLP	5.0	LAG HYG RD RLP	

# Rahmenhygieneplan

Notfallrettung und Krankentransport  
Rheinland-Pfalz

(Gezielter Einsatz bei bekannten Infektionstransporten zu empfehlen! (z.B. SARS, MERS-CoV, SARS-CoV-2, offene, ansteckungsfähige Lungentuberkulose, Pneumonien, massiv kontaminiertes Trachealsekret von Intensivpatienten bei Verlegungstransporten)

## 5.2 Amputationstrauma

- Einmalhandschuhe tragen
- Box für abgetrennte Körperteile bereitlegen
- Amputationswunde am Pat. primär steril versorgen (sterile Handschuhe) und Pat. stabilisieren
- Amputat **ohne Reinigung oder Desinfektion\*** in steriles Verbandtuch einschlagen und dieses in Replantatbeutel einbringen
- In den äußeren Beutel anschließend ein Gemisch aus Wasser und Eiswürfeln im Verhältnis 1:1 oder Trockenkühlmittel und Wasser im gleichen Verhältnis einfüllen oder Cold-Packs verwenden
- Beutel mit den bekannten Daten des Patienten und Uhrzeit der Versorgung beschriften

\* = Desinfektionsmittel z.B. auf alkoholischer Basis dringen in die freigelegten Gefäße ein, zerstören dort das Endothel der Intima und führen somit zu einer Limitierung der Replantationschancen

## 5.3 Beatmung

- Zum Schutz vor Kontamination konsequent patientennah Bakterienfilter in HEPA-Qualität einsetzen
- Filter nach jedem Einsatz am Pat. erneuern!

**Cave:** Auf patientenadaptierte Filtergrößen (Kinder/Erw.) achten  
(Totraumvergrößerung) Kein Filtereinsatz bei Neonaten.

- Beatmungsgerät nach jedem Patienten einer Wischdesinfektion unterziehen (auch bei Filtereinsatz)

## 5.4 Blutentnahme

- Einmalhandschuhe
- Entnahme nur unter sterilen Kautelen in einem geschlossenen System mit Sicherheitsadapter
- Entnahme unmittelbar nach Anlage der Venenverweilkanüle, nicht aus bereits angeschlossener Infusion
- korrekte, verwechslungssichere Beschriftung der Probenröhrchen mit Name, Vorname und Geburtsdatum
- Probenröhrchen ggf. in verschließbarer Klarsichtplastiktüte verpacken

## 5.5 Intraossärer Zugang

- Punktionsareal mit Hautdesinfektionsmittel (Remanenzwirkung) einsprühen, mit steriler Kompresse abwischen, anschließend erneut einsprühen, aufdrocknen lassen, Einwirkzeit beachten (s. 3.1: Hautdesinfektion)
- sterile Injektionsbohrer/Nadel entnehmen, auf den Bohrer aufsetzen und Nadel einbohren (5 mm „Luft“ lassen/fixieren)

Datum:	Ersteller:	Version:	Freigabe:	Seite 30 von 61
01.02.2026	LAG HYG RD RLP	5.0	LAG HYG RD RLP	

# Rahmenhygieneplan

Notfallrettung und Krankentransport  
Rheinland-Pfalz

- EZ-Connect -Schlauch anschließen
- mit beiliegendem Fixator befestigen
- Punktionsstelle steril abdecken

## 5.6 Intubation/ alternative Atemwegsicherung

### Intubation

- Durchführung nur mit Einmalhandschuhen, **FFP 3** Maske und Schutzbrille/Visierschutz
- ausschließlich sterile Einmal - LPC-Tuben verwenden, möglichst mit eingelegtem Führungsstab
  - ansonsten: Einmalführungsstäbe/ Bougie steril eingeschweißt
- Einmal - Laryngoskopspatel mit Lichtleitfasertechnik verwenden
- Bei Bedarf Einmal-Magillzange verwenden/ Mehrwegzange nach Verfahrensanweisung aufbereiten
- Batteriegriff bzw. bei Lichtleitfasertechnik Batteriegriff mit Lichtquelle nach Gebrauch einer Wischdesinfektion unterziehen

### Larynxtubus/ Larynxmaske

- Durchführung nur mit Einmalhandschuhen
- ausschließlich sterile Einmal – Larynxtuben/ Larynxmasken verwenden
- ggf. Gleitmittel (Einzelportion) oder Spray verwenden

## 5.7 Entbindung

### Mutter

- Fahrgastraum aufheizen
- hygienische Händedesinfektion
- sterile Unterlage unter dem Becken der Patientin platzieren (Verbandtuch)
- Abnabelungsbesteck und Oro-Sauger bereitlegen
- sterile Handschuhe
- äusseren Genitalbereich von evtl. groben Verschmutzungen reinigen
- nicht in den Geburtsvorgang eingreifen, Dammschutz mittels sterilen Tüchern (z.B. OP-Bauchtücher) vornehmen
- falls Episiotomie (Dammschnitt) durch NA erforderlich, spezielle, sterile Einmalschere verwenden
- nach Entbindung Abnabelung mittels steriler Einmalnabelklemmen
- Durchtrennung der Nabelschnur mit steriler Einmalschere bzw. Einmalskalpell!
- bei beginnender Nachgeburt deren Entwicklung abwarten
- Kontrolle der Plazenta auf Vollständigkeit; Plazenta komplett in Verbandtuch einschlagen und in flüssigkeitsdichtem Beutel (z.B. Beutel aus Box für abgetrennte Körperteile) mit der Patientin in die Klinik transportieren
- äußere Genitalorgane mittels steriler Kompressen, Bauchtücher etc. grob reinigen und sterile Vorlage (z.B. OP-Bauchtuch oder ein nicht auseinander gefaltetes Verbandtuch) vorlegen und Mutter in Fritsch'e Lagerung bringen
- Episiotomie- Wunde steril versorgen, Naht erfolgt im Krankenhaus

### Neugeborenes:

- Ggf. Absaugen des Oropharyngealraumes mittels sterilem Oro-Sauger mit Filter
  - Cave:** beim Einsatz automatischer Absauggeräte Sog entsprechend anpassen
- ist der NA anwesend, während der Absaugung zusätzlich den Ösophagus sondieren, um eine Atresie (Verschluss) auszuschliessen

Datum:	Ersteller:	Version:	Freigabe:	Seite 31 von 61
01.02.2026	LAG HYG RD RLP	5.0	LAG HYG RD RLP	

# Rahmenhygieneplan

Notfallrettung und Krankentransport  
Rheinland-Pfalz

- Kind mittels steriler Kompressen grob reinigen (Blut, Vernix (Fruchtschmiere) etc.) und in steriles Verbandtuch einschlagen.
- anschließend in Rettungsdecke einwickeln und der Mutter auf den Bauch legen.
- Bestimmung des APGAR- Wertes und Dokumentation im Einsatzprotokoll
- Entsorgung der gebrauchten Materialien

Datum:	Ersteller:	Version:	Freigabe:	Seite 32 von 61
01.02.2026	LAG HYG RD RLP	5.0	LAG HYG RD RLP	

## 5.8 Injektionen, Punktionen, Anlage peripherer Verweilkanülen

- hyg. Händedesinfektion vor Anlegen von Einmalhandschuhen
- Anlegen der Einmalhandschuhe
- Hyg. Händedesinfektion nach Ablegen der Einmalhandschuhe nach der Injektion/Punktion, Mandrins zum Verschluss ruhender PVK sind obsolet
- An die PVK sollte unmittelbar nach Anlage und Fixierung ein steriles Extensionsset angeschlossen werden, dass eine aseptische Spülung und Blockung der PVK mit steriler Kochsalzlösung (ohne Heparin) zulässt und das mit einem sterilen Stopfen oder einem nadelfreien desinfizierbaren Konnektionsventil verschlossen werden kann
- bei Punktionen von Körperhöhlen (z.B. Thoraxdrainage, notfallmäßige Perikarddrainage etc.) und ZVK - Anlage
  - sterile Einmalhandschuhe

sofern es die Dringlichkeit der Situation ermöglicht, zusätzlich:

- sterile OP-Feldabdeckung (kl. Lochtuch)
- OP-Gesichtsmaske

### Desinfektion der Einstichstelle mit Präparat auf Alkoholbasis (bevorzugt Kombi-Präparat mit Remanenzwirkung)

1. vor Injektionen und Punktionen mit geringem Infektionsrisiko (Gefäßpunktionen ohne Applikation einer PVK, s.c.- und i.m.-Injektionen):

Talgdrüsenarme Hautareale (z.B. Arme, Beine)

- Desinfektion der Einstichstelle, Einwirkzeit nach Desinfektionsplan gemäß Herstellerangaben
- Verwendung von **sterilen** Tupfern

Talgdrüsenreiche Hautareale (z.B. venöser Zugang beim Neugeborenen in der Kopfhaut; Punktionen in der Achselhöhle [hohe Pleurapunktion])

- Einwirkzeit **mind. 1 Minute**; s. Herstellervorgaben auf Desinfektionsplan
- Verwendung von **sterilen** Tupfern

2. vor Injektionen und Punktionen mit höherem Infektionsrisiko, z.B. ZVK Anlage, Anlegen einer Thoraxdrainage etc., sowie vor Notfall-Eingriffen (Punktion praeformierter Körperhöhlen und intraossäre Punktion):

Talgdrüsenarme Hautareale

- Einwirkzeit von **mind. 1 Minute** beachten; s. Herstellervorgabe
- Haut über die gesamte Einwirkzeit mit Desinfektionsmittel (Kombi-Präparat) feucht halten
- Verwendung von **sterilen** Tupfern
- Bei Palpationsbedarf nach Hautdesinfektion: sterile Handschuhe anlegen

Talgdrüsenreiche Hautareale

- minimale Einwirkzeit: **2 Min.**
- *Angaben des Herstellers beachten!*
- die Haut über die gesamte Einwirkzeit mit dem Desinfektionsmittel feucht halten
- Verwendung von **sterilen** Tupfern
- Zur Hautdesinfektion bevorzugt Kombi-Präparat verwenden (VAH- Liste)

Datum:	Ersteller:	Version:	Freigabe:	Seite
01.02.2026	LAG HYG RD RLP	5.0	LAG HYG RD RLP	33 von 61

# Rahmenhygieneplan

Notfallrettung und Krankentransport  
Rheinland-Pfalz

## Einwegmaterial

- erst unmittelbar vor Gebrauch aus der sterilen Verpackung entnehmen
- Blisterverpackungen nach der „Peel-back“ Technik öffnen, kein Material durch die Verpackung „drücken“!
- Material staubgeschützt aufbewahren

## Injektionslösungen:

- nur Einzeldosisampullen verwenden
- erst unmittelbar vor Gebrauch öffnen
- Entnahme der Lösung unter aseptischen Bedingungen:
  - bei Brechampullen Medikament mit Aufziehkanüle in Spritze aufziehen; neue Kanüle zum injizieren aufsetzen (sc, im oder iv Injektion ohne liegende PVK)
  - bei Durchstichampullen (z.B. Suprarenin) Mini - Spike einsetzen,
  - vor Punktion der Durchstichampulle Desinfektion der Einstichstelle mit einem Hautdesinfektionsmittel
  - Desinfektionsmittel aufrocknen lassen, Alkoholreste können zur Inaktivierung des Ampulleninhalts führen (z.B. bei Hormonen wie verschiedenen Insulinen)
- Lösungsmittel bei Trockensubstanzen erst unmittelbar vor Gebrauch zuführen
- - Wird der Inhalt der Spritze fraktioniert appliziert, Konus mit Verschlussstopfen verschließen
- Spritzen immer korrekt beschriften (Aufkleber/ lösungsmittelfreier Stift)

### CAVE:

- keine Herstellung von Mischinjektionen, bei denen zwei oder mehrere Substanzen in eine Spritze aufgezogen werden (Ausnahme Aqua/NaCl 0,9 %)
- Kunststoffspritzen nicht mit lösungsmittelhaltigen Stiften beschriften
- Medikamente erst unmittelbar vor Applikation vorbereiten! Injektionen dürfen nicht „auf Vorrat“ aufgezogen werden. (Aufgezogene, nicht eingesetzte Medikamente müssen ebenfalls verworfen werden)

## 5.9 Infusionen

Allgemeine aseptische Grundregeln der Infusionstherapie:

- Sichtkontrolle von Behälter (Haarrisse) und Flüssigkeit (Trübung) vor Infusionsbeginn
- Kontrolle des Verfallsdatums
- Manipulationen am Infusionssystem nur unter Beachtung aseptischer Kautelen
  - nur Infusionssysteme einsetzen, in deren Belüftungsventil ein Bakterienfilter vorhanden ist, und in deren Tropfkammer sich ein Partikelfilter nach DIN 58362 befindet
- Vorbereitung von Infusionen unmittelbar vor Applikation
- Lösungen, die mit Medikamenten vermischt wurden, sofort und ohne Unterbrechung infundieren
- Zumischen von Medikamenten nur unter höchsten hygienischen Kautelen
- Diskonnektion von intravasalem Zugang und Infusionssystem nur in Ausnahmefällen
- Konnektionsstellen nie ungeschützt lassen (z.B. offener Dreiwegehahn)
- Bodenkontakt der Infusionssysteme ausschließen

Datum:	Ersteller:	Version:	Freigabe:	Seite 34 von 61
01.02.2026	LAG HYG RD RLP	5.0	LAG HYG RD RLP	

# Rahmenhygieneplan

Notfallrettung und Krankentransport  
Rheinland-Pfalz

- Beim Entlüften darauf achten, dass die vordere Schutzkappe (Konnektion zum venösen Zugang) nicht entfernt ist und das System unsteril werden kann. Kontaminierte Systeme sofort auswechseln
- Beim Befüllen der Tropfkammer den Bakterienfilter in der Tropfkammerbelüftung nicht benetzen, da dieser sonst unwirksam wird, verstopft und die Infusion nicht mehr läuft
- Infusionsflaschenverschluss vor Punktion desinfizieren
- Keine Belüftungskanülen in PE-Infusionsflaschen stecken

Parallelinfusionen:

Bei paralleler Applikation von Schwerkraftinfusionen und Druckinfusionen (Injektomat/Infusomat) über den gleichen Zugang, Rückschlagventile an Schwerkraftinfusionssystemen zur Vermeidung von Bolusapplikationen verwenden.

## 5.10 Koniotomie

Trotz der Notfallsituation sind nach Möglichkeit die Standardbedingungen bei sterilem Arbeiten, einschließlich der Hautdesinfektion, zu beachten.

## 5.11 Magensonden

- Einmalhandschuhe (Bei nicht bewusstlosen Pat. zusätzlich FFP 3 Maske + Schutzbrille)
- sterile Einmalmagensonden verwenden
- Gleitmittel verwenden, z. B. Xylocain® -, Optilupe®, Instillagel® Endosgel® oder NaCl
- Sekretableitungsbeutel bereits vor Einführen der Sonde anschließen, Diskonnektion nur zur Lagekontrolle

## 5.12 Thoraxdrainage

- Hygienische Händedesinfektion
- Desinfektion der Punktionsstelle mit Kombi-Präparat im 2 - 3 ICR in der Medioclavicular-Linie (Monaldi-Zugang) oder 4. oder 5. ICR (Bülau-Zugang)
- erwünschte EWZ 2 Min., mind. aber mehrmaliges Einsprühen des Hautareals
- sterile Handschuhe
- sofern möglich, Mundschutz anlegen
- Abdecken des Punktionsgebietes mit OP-Abdecktuch
- Stichinzision mittels 11er Skalpellklinge, Aufweiten der Inzisionsstelle mit stumpfer, steriler Schere oder digital (Finger mit sterilem Handschuh !)
- Einführung der Drainage unter digitaler Kontrolle
- Anschluss Heimlich-Ventil und steriler Ableitungsbeutel
- Fixation mittels sterilem Tape oder Anlegen einer Naht
- Wundverband
- Trokar\* (ca. 20 cm lang) sichern. Da meist kein geeigneter, perforationssicherer Behälter zur Verfügung steht, kann unter Berücksichtigung des Eigenschutzes der Trokar in der Hülle entsorgt oder zumindest bis zur Entsorgung deponiert werden.

**\*Nach Aufbrauchen vorhandener Sets nur noch Thoraxdrainage-Katheter ohne Trokar beschaffen !**

Datum:	Ersteller:	Version:	Freigabe:	Seite 35 von 61
01.02.2026	LAG HYG RD RLP	5.0	LAG HYG RD RLP	

# Rahmenhygieneplan

Notfallrettung und Krankentransport  
Rheinland-Pfalz

## 5.13 Wundtamponade

- hygienische Händedesinfektion
- assistierende Person unsterile Handschuhe anziehen
- durchführende Person sterile Handschuhe anziehen (alternativ mit steriler Pinzette/Klemme arbeiten)
- Wunde mit sterilem Hämostyptikum (z.B. Chito-Gaze/Gel-X Gaze,...) austamponieren
- während der Maßnahme nicht „über der Wunde sprechen“
- nach Tamponade sterilen Wundverband anlegen

## 5.14 Sondersituation z.B. eCPR (extracorporale cardiopulmonale Reanimation)

- allgemeine hygienische Arbeitsweisen sind zu beachten
- weitere Anweisungen im Rahmen der Sondersituation erfolgen durch das Interventionsteam

## 6. Versorgung verstorbener Patienten

### 6.1 Personal

- Einmalhandschuhe tragen
- verunreinigte Kleidung unmittelbar nach Rückkehr zur RW wechseln

### 6.2 Patient

- Entfernen aller Zugänge, Tuben, Drainagen etc.\*; und Versorgung der Einstichstellen
- Pat. mit Einmallaken oder Einmaldeckenbezug bedecken
- Bei Pat. mit meldepflichtiger Erkrankung gemäß § 6 IFSG kann es erforderlich sein den Leichnam in eine PVC-Hülle (Pietät-Hülle) zu verbringen

\* Aus forensischen Gesichtspunkten kann es z.B. bei Tod unklarer Genese oder bei Gewaltverbrechen erforderlich sein, Drainagen und Zugänge in Absprache mit der Polizei oder Staatsanwaltschaft zu belassen.

### 6.3 Fahrzeug/Material

- Routinedesinfektion
- bei infektiöser Genese: s. Übersicht „Schutz- und Hygienemaßnahmen bei Infektionstransporten“

Datum:	Ersteller:	Version:	Freigabe:	Seite 36 von 61
01.02.2026	LAG HYG RD RLP	5.0	LAG HYG RD RLP	

# Rahmenhygieneplan

Notfallrettung und Krankentransport  
Rheinland-Pfalz

## 7. Schutz- und Hygienemaßnahmen bei Infektionstransporten

Da der Infektionsstatus von Patienten im Routinebetrieb bei Notfallrettung und Krankentransport i. d. R. nicht bekannt ist, erfordert dies zum Schutz der Mitarbeiter sowie der Verhütung der Weiterverbreitung von Infektionserregern die durchgängige Umsetzung der Basishygienemaßnahmen nach diesem Hygieneplan.

Unabhängig davon werden jedoch auch Patienten transportiert, die an einer bekannten Infektionserkrankung erkrankt sind oder bei denen ein Verdacht darauf besteht, sowie solche Personen, die mit potentiellen Infektionserregern kolonisiert sind.

In diesen Fällen sind, abgestimmt auf den Infektionserreger und seinen Übertragungsweg, spezielle, über die Basishygiene hinausgehende Schutzmaßnahmen sowie zusätzliche Desinfektionsmaßnahmen erforderlich.

Die folgende Übersicht fasst die für die relevantesten Infektionserkrankungen sowie die Kolonisation mit Multi-Resistenten-Erregern (MRE: MRSA, 3 MRGN und 4 MRGN [ESBL], VRE) notwendigen zusätzlichen Erfordernisse zusammen. Dabei ist besonders zu berücksichtigen, dass bedarfsweise, beispielsweise bei besonderen Expositionen, Aufstufungen der Schutzmaßnahmen erforderlich sein können.

Ergänzend zu der tabellarischen Übersicht werden diese Infektionserkrankungen in Kurzform näher vorgestellt.

Die Kombination der Basishygienemaßnahmen mit den ergänzenden Schutzmaßnahmen gewährleistet den im Einzelfall erforderlichen Personenschutz und sichert die grundsätzlichen und speziellen Hygieneanforderungen.

Die Sicherstellung des Informationsflusses zum Infektions- bzw. Kolonisationsstatus' zwischen den einzelnen Institutionen erfolgt mittels eines Übergabeprotokolls (s. Anlage).

Vergleichbare Dokumente, beispielsweise die eingeführten Unterlagen der MRE-Netzwerke, können selbstverständlich ebenso verwendet werden.

Datum:	Ersteller:	Version:	Freigabe:	Seite 37 von 61
01.02.2026	LAG HYG RD RLP	5.0	LAG HYG RD RLP	

## Schutz- und Hygienemaßnahmen bei Infektionstransporten

### Übersicht zur Einordnung der Infektionserkrankung

#### Übergabeprotokoll beachten

<b>Einzelkrankungen</b>	ESBL - Infektion	Clostridium difficile (Clostridioides) - Inf.	Cholera
	Hepatitis A	Diphtherie	Polio
	Hepatitis B	Gürtelrose (Herpes Zoster)	
	Hepatitis C	Influenza (*)	
	Hepatitis D	Lungentuberkulose, offen	
	Hepatitis E	Masern (*)	
	HIV/AIDS	bakterielle Meningitis (Meningokokken)	
	Legionellose	SARS/ MERS (*)	
	Lungentuberkulose, geschlossen	Norovirus - Infektion (*)	
	Pfeiffersches Drüsenfieber	Pertussis	HCI D/ V. a. hämorrhagische Fieber: Transport i.d.R. durch Kompetenzzentrum**
	Salmonellen - Infektion	Rotavirus - Infektion	
	VRE – Infektion/Kolonisation	Covid - 19	
	3 MRGN, 4 MRGN	Scharlach	
MRSA - Kolonisation / Infektion	Pneumokokken - Infektion		
<b>Symptome</b>		Durchfall unklarer Genese (*)	V.a. Infekt. des Respirationstraktes nach Tropenaufenthalt
		Hautausschläge unklarer Genese mit Fieber (*)	

\* : FFP 3 – Maske und Schutzbrille bei Aerosolierung, z.B. Intubation, Absaugung, schwallartigem Erbrechen, High-Flow Verfahren ohne ges. Atemweg

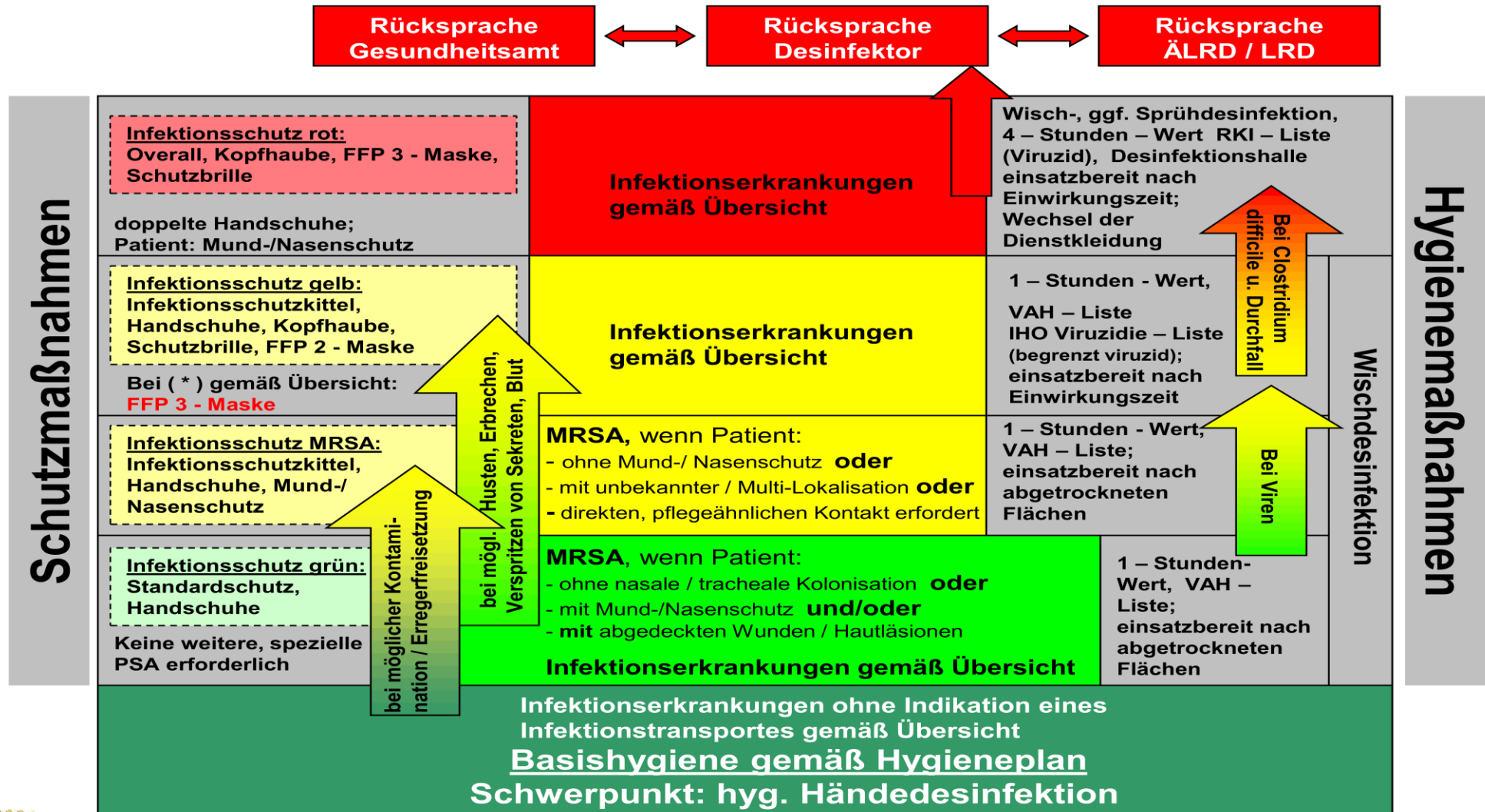
\*\* : Möglichkeit der Nutzung des HCID-Tool des RKI (High Consequence Infectious Diseases) und Beachtung der TRBA 252



Ministerium für Wissenschaft und Gesundheit; Ministerium des Innern und für Sport; Ministerium für Klimaschutz, Umwelt, Energie und Mobilität;  
Landesuntersuchungsamt; Landesarbeitsgruppe Hygiene im Rettungsdienst, Fassung 08.12.2010; überarbeiteter **Stand:01.02.26**

Datum:	Ersteller:	Version:	Freigabe:	Seite 38 von 61
01.02.2026	LAG HYG RD RLP	5.0	LAG HYG RD RLP	

## Schutz- und Hygienemaßnahmen bei Infektionstransporten



Datum:	Ersteller:	Version:	Freigabe:	Seite
01.02.2026	LAG HYG RD RLP	5.0	LAG HYG RD RLP	39 von 61

# Rahmenhygieneplan

Notfallrettung und Krankentransport  
Rheinland-Pfalz

Infektion bzw. Erreger	Übertragungsweg	<p><b>RG:</b> Risikogruppe gem. Biostoffverordnung bzw. EG-Richtlinie in der jeweils aktuellen Fassung. Stichpunkte zur Epidemiologie</p> <p><b>Inkub.:</b> Zeitraum vom Ansteckungszeitpunkt bis zum Auftreten erster unspezifischer Symptome.</p> <p><b>Klinik:</b> Kurzdarstellung des Krankheitsbildes einschl. Therapie.</p> <p><b>Impfg:</b> Impfung und ggf. (Postexpositions-)Prophylaxe.</p>
<p><b>Affenpocken/ Mpox</b></p> <p><i>MPXV: Orthopoxvirus simiae behülltes DNA-Virus</i></p>	<p><b>Kontakt-Schmierinfektion</b> (Kontakt zu Schorf Sekret/Wunden)</p> <p><b>Aerogen/ Tröpfcheninfektion</b> bei face to face Kontakt &lt; 1m</p> <p><b>Inokulation</b></p> <p><b>Sexualkontakte</b></p>	<p><b>RG: 3</b> weltweit vorkommende Erkrankung</p> <p><b>Inkub:</b> 2-4 Tage/ (-21 Tage) Median 7 Tage</p> <p><b>Klinik:</b> Nach Prodromalstadium mit Fieber, Gelenk- und Muskelschmerzen, Husten, Kopfschmerzen, Laryngitis, Konjunktivitis, LK-Schwellung etc. treten nach ca. 1-3Tagen in Ano-/Genitalregion, Hände, Füße, Brust, Gesicht schmerzhaft flache Makeln auf die sich zu kleinen Nodula ,später mit seröser Flüssigkeit gefüllten Vesikeln entwickeln</p> <p><b>Therapie:</b> symptomatisch, ggf. Tecovirimat</p> <p><b>Impfg:</b> Imvanex, ( im Menschen nicht vermehrungsfähiger Lebendimpfstoff ) PEP: Postexpositionelle Impfung: frühestmögl./bis 14 Tage nach Kontakt</p>
<p><b>AIDS/HIV</b></p> <p><i>Vollbild einer HIV-Infektion</i> <b>Humanes Immundefizienz Virus</b> <i>RNA-Virus</i></p>	<p><b>Blut</b>, z.B. Transfusion, Verletzung an kontaminierten Instrumenten, ungeschützter Kontakt zu Wunden, beim Geschlechtsverkehr.</p> <p>Diaplazentar, perinatal/ peripartal .zB. Muttermilch</p> <p>Nicht durch übliche soziale Kontakte wie Handgeben.</p>	<p><b>RG: 3</b> Pandemisches Vorkommen, ca. 38 Mio Infizierte, davon 70% im südl. Afrika. In Deutschland ca. 98000, v.a. homosexuelle Männer und iV-Drogenabhängige.</p> <p><b>Inkub:</b> (1) Akute HIV-Infektion nach 6-42 Tagen (Ø14-21 d), grippeähnliches Bild. (2) Asymptomatische (Latenz-) Phase, Monate bis Jahr(zehnte). (3) Symptomatische Phase mit Lymphknotenschwellungen und Allgemeinsymptomen. (4) AIDS-Vollbild mit opportunistischen Infektionen, malignen Tumoren und Abfall der CD4+ Zellen. (T-Helferzellen)</p> <p><b>Klinik:</b> Siehe oben, nicht alle Stadien werden durchlaufen bzw. verursachen Symptome.</p> <p><b>Therapie:</b> Lebenslange Kombinationsmedikation</p> <p><b>Impfg:</b> Derzeit noch immer im Versuchsstadium PEP: Nach einem Blutkontakt, z.B. Nadelstichverletzung, und nach fachlicher Beratung, ist eine Postexpositionsbehandlung mit einer in der HIV-Therapie zugelassen Medikamentenkombination (3 Präparate) zu erwägen; dies ist innerhalb von 1 bis max. 24 (bei Schleimhautexposition bis max. 72) Stunden für mind. 30 Tage möglich.</p>
<p><b>Cholera</b></p> <p><i>Vibrio cholerae</i> <i>Bakterium. gram-neg. aerobes Stäbchen; Toxinbildner</i></p>	<p><b>Schmierinfektion</b> mit Fäkalien oder als Reiseinfektion durch <b>Lebensmittel, Trinkwasser</b>, ggf. auch beim Baden</p>	<p><b>RG: 2</b> In Europa sehr selten, hier nur importierte Fälle. Vorkommen in den (Sub-)Tropen, v.a. in Asien (Indien!), Afrika, Südamerika und naher Osten endemisch. Mensch ist einziges Reservoir</p> <p><b>Inkub:</b> Wenige Stunden bis 5 Tage (meist 2-3 Tage).</p> <p><b>Klinik:</b> Erbrechen und wässrige Durchfälle, Exkremente mit hoher Keimbelastung, gefährlicher Flüssigkeits- und Elektrolytverlust, metabolische Azidose.</p> <p><b>Therapie:</b> Flüssigkeitssubstitution, Antibiose bei schweren Verläufen</p> <p><b>Impfg:</b> (ab 2 LJ) Oraler Totimpfstoff (Dukoral®) Oraler Lebendimpfstoff (Vaxchora®)</p>
<p><b>Clostridioides difficile</b> (Neue Nomenklatur)</p> <p><b>Clostridium difficile</b> (CDAD) (alte Nomenklatur) <i>sporenbildendes, stäbchenförmiges anaerobes Bakterium; Toxin-Bildner</i></p>	<p><b>Fäkal-oral</b></p> <p><b>Kontaminierte Oberflächen</b></p> <p>Selten <b>aerogen</b> oder durch sporenhaltiges Aerosol</p>	<p><b>RG: 2</b> Normaler Darmbewohner bei Mensch und Tier. Schwere Verläufe von clostridium diffizile assoziierte Diarrhoe (CDAD) v.a. durch Subtypen mit erhöhter Pathogenität (O27), seit 2000 in den USA/2007 in Europa.</p> <p><b>Inkub:</b> Durch Gabe von Breitband-Antibiotika Selektion der resistenten CD, Symptome beginnen meist 5-10 Tage (selten aber auch Wochen-Monate) nach Beginn der Antibiose bzw. der exogenen Aufnahme.</p> <p><b>Klinik:</b> Leichter Durchfall mit typ. fauligem Geruch, ( mind. 3 Darmentleerungen/ Tag) bis zur pseudomembranösen Kolitis/Fieber/Eiweißverlust/ Megacolon</p> <p><b>Therapie.:</b> Absetzen des auslösenden Antibiotikums, ggf. gezielte orale Antibiose die mit Fidaxomicin oder Vancomycin erfolgen soll (S2k LL)</p> <p>Metronidazol bei leichten Verläufen möglich</p> <p><b>Impfg:</b> Keine</p>
<p><b>Corona-Virus-Erkrankungen</b></p> <p><b>MERS-CoV</b></p> <p><b>SARS</b></p> <p><b>COVID-19/ SARS-CoV-2</b></p> <p>Datenstand: 02/2023</p>	<p><b>aerogen, Tröpfcheninfektion</b></p> <p>mögl. weitere Übertragungsweg: fäkal-oral, direkter Hand zu Hand Kontakt, kontaminierte Oberflächen und Konjunktiven können nicht ausgeschlossen werden</p>	<p><b>RG: 3</b> MERS; SARS-CoV, SARS-CoV-2</p> <p>Weltweite Pandemie, Vorkommen bzw. erste Nachweise in China (SARS, SARS-CoV-2) bzw. arab. Halbinsel (MERS); hohe Kontagiosität beim Menschen; Ursprung: Säugetiere, Wildtiere, Vögel</p> <p><b>Inkub:</b> MERS-CoV: 2 bis 14 Tage SARS: 2 bis 7 Tage SARS-CoV-2: 1-3 in Einzelfällen bis zu 12 Tage</p> <p><b>Klinik:</b> Fieber, Husten, Atembeschwerden, Störung Geruchs-/Geschmackssinn,.... Therapie: symptomatisch/gemäß LL antiviral, in Einzelfällen AK-Therapie</p> <p><b>Impfg:</b> mRNA-Impfstoffe/ inaktivierte Ganzvirusimpfstoffe/Vektorimpfstoffe</p>

Datum:	Ersteller:	Version:	Freigabe:	Seite
01.02.2026	LAG HYG RD RLP	5.0	LAG HYG RD RLP	40 von 61

# Rahmenhygieneplan

Notfallrettung und Krankentransport  
Rheinland-Pfalz

<p><b>Diphtherie</b></p> <p><i>Corynebacterium diphtheriae anaerobes, nicht-sporenbildendes, stäbchenförmiges Bakterium; Exo-Toxin-Bildner</i></p>	<p><b>Tröpfcheninfektion,</b> (resp.+ Larynx Diphtherie.) seltene Haut-/Wunddiphtherie auch über- <b>Schmierinfektion.</b> Weitergabe über geimpfte, gesunde Träger möglich.</p>	<p><b>RG: 2</b> weltweit, in Westeuropa nur vereinzelt eingeschleppte Fälle <b>Inkub:</b> 2-5(-10) Tage, Ansteckungsfähigkeit häufig länger, unter Antibiose 48-96 h <b>Klinik:</b> Lokalinfekt (zumeist Rachen aber auch Wund. möglich) oder toxische Allgemeinerkrankung mit Befall von Herz und inneren Organen. Meist Tonsillitis mit Bildung von Pseudomembranen. <b>Therapie:</b> Hochdosiert Diphtherie-Antitoxin i.m. Antibiose, Isolierung bis zum 3. neg. Rachenabstrich. <b>Impfg:</b> Grundimmunisierung, dann alle 10 Jahre Auffrischung, diese zumeist mit Tetanus (Td-Impfung) und Pertussis (TdaP)</p>
<p><b>Durchfall unklarer Genese</b></p> <p><b>Bakteriell</b> z.B. <i>Campylobacter, E.Coli (EHEC), Salmonellen, Yersinia</i></p> <p><b>Viral</b> z. B. <i>Rota-, Noro-, Adeno- oder Astroviren.</i></p>	<p><b>Schmierinfektion</b> oder über kontaminierte <b>Lebensmittel. Aerogene</b> Übertragung bei Noro- virus möglich.</p>	<p><b>RG: 2</b> Unterschiedliche Pathogenität, häufigste meldepflichtige Erkrankung in D. durch Salmonellen. Deutlicher Anstieg mit Ausbrüchen auch in medizinischen Einrichtungen durch Noroviren. <b>Inkub:</b> Bakteriell meist 2-5 Tage, Enteritis-Salmonellen und E. coli können nach 5-10 Stunden symptomatisch sein. Viren 1-3 Tage, Noro ab 6 Std. <b>Klinik:</b> Häufig wenig symptomatisch, bei Kleinkindern oder Immuninkompetenten auch schwere Verläufe mit Fieber, wässrigem oder blutigem Durchfall. Antibiose nur bei bakterieller Diarrhoe mit schwerem Verlauf angezeigt. <b>Impfg:</b> Orale Lebendimpfstoff gegen Rotaviren (z.B. Rotarix®, RotaTeq®) verfügbar.</p>
<p><b>ESBL</b></p> <p><b>Extended-spectrum Beta-Laktamase</b></p> <p>(Gruppe MRGN)</p>	<p>unterschiedlicher gramnegativer Darmbakterien mit Resistenz gegen zahlreiche Antibiotika. <b>Schmierinfektion</b> über Fäkalien, meist über die Hände</p>	<p><b>RG: 2</b> Bei Kolonisation des Darmes zumeist harmlos, Gefährdung erst bei Besiedlung anderer Regionen wie z.B. Atemwege, Harnwege oder Wundinfektionen. Weltweite Verbreitung, in Asien bis zu 70% der Bevölkerung Träger, in Europa 10-20%. <b>Inkub:</b> Abhängig von der Lokalisation und der Immunkompetenz. <b>Klinik:</b> Therpieresistente Infekte oder Wundinfektionen bei zumeist abwehrgeschwächten Patienten. Behandlungsoption mit z.B. Carbapenemen <b>Impfg:</b> Keine</p>
<p><b>Gürtelrose</b> (Herpes Zoster) <b>Windpocken</b> (Varizellen)</p> <p><i>Varizella-Zoster-Virus (VZV)</i></p>	<p>Meist <b>aerogen</b> („Wind“-Pocken). Auch <b>Schmierinfektionen</b> durch virushaltige Bläschen oder Krusten <b>diaplazentar.</b></p>	<p><b>RG: 2</b> Aufgrund der hohen Kontagiosität in D fast 100% Durchseuchung. <b>Inkub:</b> Nach 14-28 Tagen Ersterkrankung Windpocken. Dann nach (jahrzehntelanger) Persistenz in den Ganglien, Ausbruch von Gürtelrose bei Abwehrschwäche, z.B. im Rahmen eines gripp. Infektes. <b>Klinik: Windpocken</b> mit makropapulösem Ausschlag an Haut und Schleimhaut mit Bläschen und Papeln in allen Stadien („Sternenhimmel“). Ansteckung 2 Tage vor bis 7 Tage nach Exanthebeginn möglich. <b>Gürtelrose</b> typischerweise mit segmentförmigen Verlauf oft einseitig thorakal oder den Hirnnerven folgend, häufig lange schmerzhaft (Post-Zosterschmerz). <b>Therapie:</b> Antivirale Behandlung bei komplizierten Verlauf oder Immunkompetenz. <b>Impfg:</b> Lebendimpfstoff, Grundimmunisierung Kinder, (MMR-V z.B. Priorix-Tetra®) Totimpfstoff, Erwachsene ab 60 J/ Risikogruppen ab 50 J. (Shingrix®)</p>
<p><b>Hämorrhagisches Fieber</b></p> <p>verschiedene Viren (Filo-,Aren-Flaviviridae, Bunyaviren)</p> <p>(Unterschiedliche Spezies-, Subtypen und Kladen)</p> <p><b>Siehe auch Tool „HCID“ RKI/STAKOB</b></p>	<p><b>Nur teilweise von Mensch zu Mensch übertragbar</b> (z. B. Ebola-, Marburg-, Lassa-Virus): <b>Tröpfcheninfektion, Blutkontakte, Körperausscheidungen</b> (Urin, Speichel, Vomit, Rachensekret)</p> <p><b>Erregerübertragung nur durch Stechmücken, Zecken</b> (z. B. Dengue-, Gelbfieber Krim-Kongo-Fieber)</p> <p><b>Erregerübertragung durch Kontakt mit infiziertem Tierkot oder Urin, kontam. Nahrung/Bushmeat</b> (z. B. Hanta-, Lassa-, Ebola-Virus)</p>	<p><b>RG: 4</b> Infektiöse Fiebererkrankung, die mit Blutungen einhergeht. Viruserkrankungen unterschiedlicher Virusfamilien (teilweise verwandt) wie z. B.: <b>Lassafieber, Hanta-Fieber, Ebola-Fieber, Gelbfieber, Denguefieber, Marburg-Virus-Erkrankung, West-Nil-Fieber u .a.</b> Eindeutige diagnostische Zuordnung anhand der Symptome i. d. R. nicht möglich! Isolierung der Patienten zwingend vorgeschrieben bei von Mensch zu Mensch übertragbaren hämorrhagischen Fiebern <b>Inkub:</b> abhängig vom Erreger: 2 -21 Tage bis Wochen <b>Klinik:</b> abhängig vom Erreger! Meist gefährliche bis lebensbedrohliche Erkrankungen. Typisch: hohes Fieber, Einblutungen in Haut, Schleimhäute und/oder innere Organe. Weitere Symptome wie z. B. Kopfschmerzen, Muskelschmerzen, Übelkeit, Pharyngitis, Bauch-, Thoraxschmerzen, Leber- und Nierenfunktionsstörungen mit Oligo-Anurie, Ödeme, blutiger Urin/Stuhl, Lähmungserscheinungen, Krampfanfälle, Schockzustände. Ebola oft in 4 Phasen: d 0-3 febrile Phase/ ab d 3-10 Gastrointestinale Phase, ab d 7-10 Schockphase, Spätkomplikationsphase &gt; d 10 <b>Therapie:</b> primär symptomatisch. Intensivtherapeutische Versorgung Ebola: monoklonale AK-Therapie/ Inmazeb®+Ebanga® (Ø in D zugelassen) + Remdesivir. Bei Lassa-Virus Ribavirin (off-Label-use) ggf.Immunplasma <b>Impfg:</b> Gelbfieber: bei Aufenthalt in Endemiegebieten (Stamaril®) Dengue-Fieber: bei nachgewiesener Erstinfektion ab 4. LJ (Qdenga®) Ebola (Zaire-V.): Ervebo® ab 18 LJ/ Zabdeno/Mvabea® EU ja, Ø in -D- <b>PEP:</b> innerhalb 24 h nach Kontakt zu Ebola: Ervebo®</p>

# Rahmenhygieneplan

Notfallrettung und Krankentransport  
Rheinland-Pfalz

<p><b>Hautausschlag unklarer Genese mit Fieber</b></p>	<p><b>Übertragung von Mensch zu Mensch möglich</b> bei viraler/bakterieller Genese und bei Hautparasiten</p>	<p><b>RG:</b> Welche Ursache ein Hautausschlag hat, ist nicht immer sofort feststellbar. Deshalb ist es wichtig, andere begleitende Symptome genau zu beobachten. Vielfältige Genese möglich: Viren, Bakterien, Pilze; allergische Reaktionen. Auch Hauterscheinungen durch Parasiten (z. B. Krätzmilbe). Durch Insekten verursachte Hauterscheinungen (Bisse/Stiche von z. B. Flöhen, Wanzen) oder durch Insekten übertragene Erkrankungen (z. B. Borreliose, Fleckfieber)</p> <p><b>Inkub:</b> Abhängig vom eventuell verursachenden Erreger</p> <p><b>Klinik:</b> je nach Genese Beachtung von: Lokalisation (generalisiert oder lokalisiert) Art bzw. Symptomatik der Hauterscheinung (<u>Schuppen</u>, <u>Blasen</u>, <u>Pusteln</u>, <u>Flecken</u>, Knoten, Erhebungen, <u>Schwellungen</u> bzw. schmerzhaft, juckend). Weiteren Symptomen (Fieber, Rachenentzündung, Konjunktivitis, Lymphknotenschwellungen, Kopf-, Gliederschmerzen u. a.)</p> <p><b>Impfg:</b> Möglich bei einigen definierten viralen Erkrankungen, die mit Hauterscheinungen einhergehen (z. B. Masern, Mumps, Röteln, Varizellen)</p>
<p><b>Hepatitis A</b> <i>Sehr umweltresistentes RNA-Virus (HAV)</i></p>	<p><b>Fäkal-oral</b> (hauptsächlich), <b>Nahrungsmittel</b>, z.B. Meeresfrüchte.</p> <p>Übertragung durch Kontakt mit virämischem Blut möglich.</p> <p>Sexuelle Kontakte</p>	<p><b>RG: 2</b> Häufige Reisehepatitis. Verbreitung weniger in den Industriestaaten.</p> <p><b>Inkub:</b> 4-6 Wochen, durchschnittlich 28 Tage (-30 Tage mgl.)</p> <p><b>Klinik:</b> uncharakteristische Prodromalerscheinungen: Kopfschmerz, Fieber, gastroenteritische Symptome, allgemeines Krankheitsgefühl. Ikterus – Dauer: wenige Tage bis mehrere Wochen. Anikterischer Verlauf möglich, besonders bei Kindern. Keine Dauerausscheider, keine chron. Verläufe.</p> <p><b>Therapie:</b> symptomatische Therapie. Vorsicht bei lebertoxischen Medikamenten!</p> <p><b>Impfg:</b> 2 Impfungen im Abstand von 6-12 Monaten (oder Kombiimpfung Hep.-B)</p>
<p><b>Hepatitis B</b> <i>DNA- Virus mit 9 verschiedenen Genotypen (HBV)</i></p>	<p><b>Parenteral</b> über Blut und Blutprodukte Ca 100x infektiöser bei Nadelstichverletzung wie HIV!</p> <p><b>Sexuelle Kontakte</b> Sperma/Vaginalsekret <b>Speichel/Tränen (?)</b></p>	<p><b>RG: 3</b> Weltweite Verbreitung, in D vorwiegend bei Risikogruppen/Migranten</p> <p><b>Inkub:</b> 6-26 Wochen (Ø 60-120 Tage)</p> <p><b>Klinik:</b> Beginn mit unspezifischen Symptomen: Übelkeit, Appetitlosigkeit, Unwohlsein, Gelenksbeschwerden, Fieber etc. Seltener Ikterus + Bilirubinurie ! In 10% der Fälle chronische Hepatitis B (z.B. Leberzirrhose, Leberkarzinom)</p> <p><b>Therapie: akute Hepatitis-B:</b> Symptomatische Therapie. Chronische Hepatitis B: Virustatika Tenofovir/ Entecavir evtl. Interferon-α (günstiger Effekt auf den Verlauf)</p> <p><b>Impfg:</b> 3 Impfungen (2. 4. Monat und 11 Monaten, ggf Kombi mit Hep. A) PEP: Abhängig von Infektionsstatus der Indexperson und Impfstatus der betroffenen Kontaktperson/Mitarbeiter (siehe STIKO-PEP-Empfehlungen) innerhalb von 6-48 h ggf. nur HB-Impfstoff oder zus. Mit HB-Immunglobulin</p>
<p><b>Hepatitis C</b> <i>RNA-Virus (HCV)</i></p> <p>7 verschiedene Genotypen, viele Subtypen</p>	<p><b>Parenteral</b> über Blut und Blutprodukte <b>Stichverletzungen</b></p> <p><b>Sexuelle Übertragung</b> nicht auszuschließen <b>Diaplazentar/ Perinatal</b></p>	<p><b>RG: 3</b> weltweit bes. Afrika und Asien, <b>Prävalenz</b> in Europa ca. 1,8 %</p> <p><b>Inkub:</b> ca. 2 Wochen bis 6 Monate (im Mittel 6-7 Wochen)</p> <p><b>Klinik:</b> selten Ikterus! Oft uncharakteristische Symptome. Chronifizierung sehr häufig (60- 85 %) / Spätfolgen: Leberzirrhose/Leberkarzinome</p> <p><b>Therapie:</b> akute Form: Sofosbuvir/Velpatasvir , Ceclaprevier/Pibrenasvir, Grazoprevier/Elbasvir zusätzlich selten noch ggf. Ribavirin Chron. Form: z.B. Sofosbuvir/Velpatasvir/Voxilaprevir</p> <p><b>Impfg:</b> keine PEP: bei relevanten Kontakten engmaschige PCR-Kontrolle</p>
<p><b>Hepatitis D</b> <i>RNA-Virus (HDV)</i></p> <p>„defektes Virusoid“</p>	<p><b>Parenteral</b> Blut-, Blutprodukte, infizierte Nadeln; <b>Perinatal</b>, <b>Sexuelle Kontakte</b> Simultan-/Superinfektion bei einer HBV-Infektion</p>	<p><b>RG: 3</b> Weltweite Verbreitung; Im mediterranen Raum endemisch unter HBV-Trägern, in Westeuropa und Nordamerika in vulnerablen Gruppen mit Blutexposition; Neuinfektionen in D selten. HDV benötigt für den „Lebenszyklus“ eine gleichzeitige Infektion mit HBV</p> <p><b>Inkub:</b> 2 – 12 Wochen (bei Superinfektionen - 6 Monate)</p> <p><b>Klinik:</b> Infektion mit HDV führt oft zu schwerem Verläufen/chron. Leberzirrhosen</p> <p><b>Therapie:</b> ggf. Interferon α, Bulevirtid (Hepcludex®)</p> <p><b>Impfg:</b> keine</p>
<p><b>Hepatitis E</b> <i>RNA-Virus (HEV)</i></p> <p>4 verschiedene Genotypen</p>	<p><b>Verzehr</b> von unzureichend gegartem Schweine- und Wildfleisch, filtrierende Organismen (z.B. Muscheln), fäkal verunreinigtes Wasser <b>Parenterale Infektion</b> möglich</p>	<p><b>RG: 3</b> Weltweite Verbreitung</p> <p><b>Inkub:</b> 2 bis 9 Wochen</p> <p><b>Klinik:</b> überwiegend asymptomatischer Verlauf, ggf. milden gastrointestinalen oder allgemeinen Symptomen, selbstlimitierend; prinzipiell jedoch breites Spektrum typischer Symptomatik infektiöser Hepatitiden (Ikterus, Fieber, Oberbauchbeschwerden, Müdigkeit, Appetitverlust, Dunkelfärbung Urin, Entfärbung Stuhl) möglich</p> <p><b>Therapie:</b> symptomatische Behandlung/bei schwerem Verlauf: Ribavirin</p> <p><b>Impfg:</b> keine in Europa</p>

# Rahmenhygieneplan

Notfallrettung und Krankentransport  
Rheinland-Pfalz

<p><b>Influenza</b> RNA-Viren Orthomyxoviren Typ A und B (C nicht relevant)</p> <p>Einteilung nach <b>H</b>=Hämagglutinin 18 Varianten <b>N</b>=Neuraminidase 9 Varianten</p>	<p><b>Tröpfcheninfektion/ aerogen</b></p> <p><b>Hände</b> Ungenügende Händehygiene nach dem Niesen oder Nase Putzen</p> <p><b>Oberflächen</b>, kontaminiert mit virushaltigem Sekret</p>	<p><b>RG: 2</b> Weltweites, saisonales Vorkommen, in gemäßigten Zonen vermehrt im Winter. Influenza-Pandemie ist die rasche, länderübergreifende ggf. globale Ausbreitung eines leicht übertragbaren neuen, ggf. gefährlichen Subtyps für den es noch keine Immunität bzw. keinen Impfschutz gibt.</p> <p><b>Inkub:</b> 1-3 Tage, Ansteckungsfähigkeit 4-5 Tage nach Symptombeginn (Kinder-7d)</p> <p><b>Klinik:</b> schlagartiger Beginn, hohes Fieber, Gliederschmerzen, trockener Husten, ausgeprägtes Krankheitsgefühl, Rhinorrhoe, Cephalgie,</p> <p><b>Therapie:</b> Symptomatisch, Spezifisch-antivirale Therapie: bei Risikopatienten innerhalb von 48 Std. Neuramidasehemmer (Oseltamivir/Zanamivir,.....)</p> <p><b>Impfg:</b> Totimpfstoff, durch ständige Änderung von H und N ist jährliche Impfung mit aktuellem Impfstoff erforderlich. Lebendimpfstoff nasal für Kinder ab 2LJ verfügbar. Impfung ab Oktober, verspätete Impfung ggf. bis Februar noch sinnvoll. Empfehlung für alle im Gesundheitswesen Beschäftigten, auch um Patienten nicht zu infizieren.</p>
<p><b>Legionellose</b> Gram neg. Bakterien Diverse Arten, 90% der Infektionen durch <i>L. pneumophila</i></p>	<p>Meist <b>Inhalation</b> von Aerosolen beim Duschen oder Waschen. Aufnahme auch über Nahrung (<b>Mikroaspiration</b> kontaminiertes H<sub>2</sub>O) möglich.</p>	<p><b>RG: 2</b> Ca. 15-30000 Fälle/Jahr in D. Günstige Vermehrungsbedingungen in zentralen Warmwassersystemen bei 25-45 C, Leben intrazellulär in Amöben.</p> <p><b>Inkub:</b> 2 – 10 Tage, (Pontiacfieber: 5-72 Stunden).</p> <p><b>Klinik:</b> Legionellenpneumonie: atypische Pneumonie mit schwerem und langem Verlauf. Gefahr v.a. bei eingeschränkter Immunabwehr. Pontiacfieber: kurzer und milder, grippeartiger Verlauf ohne Pneumonie</p> <p><b>Therapie:</b> Antibiotische Therapie bei Legionellenpneumonie</p> <p><b>Impfg:</b> keine</p>
<p><b>Masern</b> RNA-Viren  <i>Paramyxovirus</i></p>	<p><b>Tröpfcheninfektion/ aerogen</b></p> <p><b>Kontakt zu infektiösen Sekreten</b> aus dem Nasen-Rachenraum</p>	<p><b>RG: 2</b> weltweite Verbreitung, besonders in Afrika, dort mit hoher Letalität. In D ca. &lt; 1000 Erkrankungsfälle/a; in den letzten Jahren regional und zeitlich begrenzte Ausbrüche</p> <p><b>Inkub:</b> 7 – 21 Tage, (Ø 10-14 Tage) Ansteckungsfähigkeit 5 Tage vor bis 4 Tage nach Auftreten des Exanthems</p> <p><b>Klinik:</b> typisches kleinfleckiges Exanthem beginnend hinter den Ohren/Gesicht, Fieber, Infektion des Nasen-Rachenraums, Koplik-Flecken, Konjunktivitis, Otitis media, Bronchitis, zerebrale Komplikationen (Encephalitis) möglich.</p> <p><b>Therapie:</b> symptomatisch, Inkubations-Impfung innerhalb von 3 Tagen nach Kontakt als PEP-Maßnahme, passive Immunisierung im Ausbruchfall für Immungeschwächte und Gravide mit Humanimmunglobulin möglich.</p> <p><b>Impfg:</b> 2 mal im Kindesalter, Aufholimpfungen sollten auch im Erwachsenenalter nachgeholt werden (für nach 1970 geborene/ nicht oder nur 1 x geimpfte)</p>
<p><b>Meningitis</b> Meningokokken (<i>Neisseria Meningitidis</i>)</p> <p>Gram neg. Diplokokken 12 Serogruppen</p> <p>Infektionen meist verursacht durch A,B,C,W,Y</p> <p>In D meist nur B,C,W,Y</p>	<p><b>Tröpfcheninfektion</b> durch oropharyngeale Sekrete</p>	<p><b>RG: 2</b> Weltweit, v.a. im Meningitisgürtel Afrikas und in Asien, in D. ca. 10% der Bevölkerung Keimträger (Nasenraum).</p> <p><b>Inkub:</b> 2–10 Tage, (Ø 3-4 Tage) Ansteckungsfähigkeit 7 Tage vor Symptombeginn bis 24 Stunden nach Beginn einer erfolgreichen Antibiotikatherapie</p> <p><b>Klinik:</b> a) meningitischer Verlauf mit Fieber, Kopfschmerzen, Nackensteifigkeit, Schwindel, möglichen Hautblutungen, b) Sepsis mit möglichem WF-Syndrom und petechialen Blutungen</p> <p><b>Therapie:</b> bei Verdacht auf Sepsis/WF-Syndrom innerhalb 1 h Cephalosporine Gruppe 3 (Ceftriaxon, Cefotaxim) nach Antibiogramm ggf. Umstellen auf Penicillin G</p> <p><b>Impfg:</b> bei Reisen (Meningitisgürtel, GB), Laborarbeiten und Immungeschwächten Impfung gegen A,C oder A,C,W<sub>135</sub>,Y.: 3 Konjugatimpfstoffe in D: Nimenrix® (ab 6 Wo.)/ MenQuadfi® (ab 12 Mon.) /Menveo® (ab 2 J) Impfung gegen B: Bexsero® (ab 2 Mon.) und Trumenba® (ab 10 J)</p> <p><b>PEP:</b> Antibiotische Prophylaxe für enge Kontaktpersonen möglich (Def. enge Kontaktperson gem. RKI). Erw. Rifampicin 2x600 mg/d für 2 Tage Alternativ Ciprofloxacin 1x 500 mg p.o.</p>
<p><b>MRGN (3-, 4-)</b> (Multi-resistente-gramnegative Stäbchenbakterien). Gruppe unterschiedlicher, gramnegativer Darmbakterien (z.B. <i>Acinetobacter Baumannii</i>, <i>Pseudomonas aeruginosa</i>, Enterobakterien wie <i>E. coli</i>, <i>Klebsiella spp.</i>)</p>	<p><b>Schmierinfektion</b> über Fäkalien, meist über die Hände oder Gegenstände (Toilettenbrille, Handtuch etc.). Besiedlung zu meist Darm/Ano-Genitregion seltener Nasen-Rachen-Raum.</p> <p>Nur bei Besiedelung des NNR und produktiven Husten ist eine <b>aerogene</b> Übertragung denkbar.</p>	<p><b>RG 2:</b> Eine Kolonisation des Darmes ist bei Gesunden harmlos. Immungeschwächte Patienten können bei Besiedlung anderer Regionen wie z.B. Atemwege, Harnwege oder durch Wundinfektionen gefährdet sein.</p> <p><b>Inkub:</b> Abhängig von der Lokalisation und der Immunkompetenz.</p> <p><b>Klinik:</b> Therpieresistente Infekte oder Wundinfektionen bei zumeist abwehrgeschwächten Patienten. Bei einer MRGN-Besiedlung ohne Krankheitsanzeichen ist eine Behandlung in der Regel nicht erforderlich. Liegt eine MRGN-Infektion mit Krankheitsanzeichen vor, erfolgt eine gezielte Antibiose. Eine Darmsanierung ist nicht möglich.</p> <p><b>Therapie:</b> 3 MRGN: Antibiotika aus verbleibender Gruppe 4 MRGN: Aminoglykoside oder Reserveantibiotika wie Colistin/Tigecyclin</p> <p><b>Impfg:</b> Keine</p>

# Rahmenhygieneplan

Notfallrettung und Krankentransport  
Rheinland-Pfalz

<p>mit Resistenz gegen zahlreiche Antibiotika. Sind diese Bakterien gegen drei wichtige Antibiotikagruppen widerstandsfähig, werden sie <b>3-MRGN</b>, sind sie gegen vier wichtige Antibiotikagruppen resistent, werden sie <b>4-MRGN</b> genannt</p>	<p>Patienten mit Besiedelung oder Infektion mit 3-MRGN werden im Krankenhaus in der Regel nur in Risikobereichen (z.B. Intensivstation) isoliert. Patienten mit 4-MRGN werden im Krankenhaus, vergleichbar wie MRSA-Träger, isoliert.</p>	
<p><b>MRSA</b> Methicillin resistente <i>Staphylococcus aureus</i></p> <p>gram-pos. Kokken, häufig in Traubenform angeordnet, mit Multiresistenz</p>	<p><b>Hände, Hände, Hände.</b></p> <p>Ggf auch über <b>Aerosol</b> bei Besiedelung der Atemwege oder <b>Kontaktinfektion</b> über kontaminierte Gegenstände, Kleidung.</p>	<p><b>RG: 2</b> Vorkommen weltweit, SA-Besiedelung in D bei ca. 25%, MRSA – Besiedelung weit unter 1% der Bevölkerung. Hohe Inzidenz in Industriestaaten (niedrig in NL, mittel in D, hoch Japan, USA), auch gesunde Keim(über) träger. Erhöht v.a. bei Risikogruppen wie Altenheimbewohner (ca. 1.3%) oder Patienten von Intensivstationen (bis 5%). Selektion durch AB-Vorbehandlungen.</p> <p><b>Inkub:</b> Ingestion 2-6 Stunden, Infektion 4 - 10 Tage, chronische Besiedelung u. U. über Monate</p> <p><b>Klinik:</b> Unterschieden werden bei SA/MRSA sowohl Besiedlungen/ Kolonisation z.B. Nasen, Leiste, Achselbereich, Infektionen und toxische. Reaktionen  <b>a)</b> invasive Gewebeeinfektionen (Haut, Knochen, Drüsen, Organe)  <b>b)</b> toxische Reaktionen: Toxic Shock Syndrome, Enterotoxische Magen-Darm-Reaktionen, Staphylococcal Scales Skin Syndrome (SSSS)  <b>Therapie:</b> Spezielle (Reserve-)Antibiotika nach Resistenzbestimmung, desinfizierende Waschlotionen, Mupirocin Nasensalbe, antiseptische Mundspülungen</p> <p><b>Impfg:</b> keine</p>
<p><b>Norovirus-Infektion</b> <i>Caliciviridae</i></p> <p>genomvariable unbehüllte RNA-Viren</p>	<p><b>Fäkal-oral</b> Von Mensch zu Mensch entweder <b>direkt</b> über Stuhl oder Erbrochenes oder indirekt durch <b>kontaminierte Flächen</b> und <b>Lebensmittel</b>, Wasser. <b>Aerogen</b> bei schwallartigem Erbrechen.</p>	<p><b>RG: 2</b> Weltweit verbreitete akute virale Gastroenteritis. Häufigkeit bei nichtbakterieller Gastroenteritis: 30% bei Kindern und bis 50% bei Erwachsenen. Saisonale Gipfel von Oktober bis März. In -D- ca. 80.000 Fälle/Jahr</p> <p><b>Inkub:</b> ca. 6-50 Std. Hohe Ansteckungsgefahr in den ersten 48 Std. Die Viren können 7-14 Tage noch im Stuhl ausgeschieden werden.</p> <p><b>Klinik:</b> Akut beginnendes Krankheitsgefühl, Glieder- und Muskelschmerzen, abdominale Krämpfe, mit oder ohne heftige Durchfälle und schwallartiges Erbrechen. Die Krankheit dauert meist nur 12-60 Std. und heilt spontan. <b>Therapie:</b> Symptomatisch, Gefahr bei Kindern und älteren Menschen wegen hohen Flüssigkeits- und Elektrolytverlusten oder Aspiration.</p> <p><b>Impfg:</b> Keine</p>
<p><b>Pertussis</b> <i>Bordetella pertussis</i></p> <p>unbewegliche, bekapselte, aerobe, gramnegative, toxinbildende Stäbchen</p>	<p><b>Tröpfcheninfektion</b>, die durch einen Kontakt innerhalb von 1 m durch Niesen, Husten und Sprechen von infektiöser Person erfolgen kann.</p>	<p><b>RG: 2</b> Vorkommen weltweit. Ansteckungsgipfel in Mitteleuropa im Herbst- und Wintermonaten.</p> <p><b>Inkub:</b> ca. 6-20 Tage (Ø 9-10 Tage)</p> <p><b>Klinik:</b> <b>Stadium catarrhale</b> dauert 1-2 Wochen mit leichtem Husten, Schnupfen und geringem Fieber. <b>Stadium convulsivum</b> dauert 4-6 Wochen mit anfallweisen Hustenstößen (Stakkatohusten) begleitet von Erbrechen und Hervorwürgen von zähem Schleim. Bei Säuglingen und Kleinkindern am Ende der Anfälle charakteristisches Keuchen. <b>Stadium decrementi</b> dauert ca. 6-10 Wochen, mit langsamem Abklingen der Hustenanfälle. <b>Therapie:</b> Antibiose (vor Beginn oder in den ersten 1-2 Wo. ab Beginn des Hustens)</p> <p><b>Impfg:</b> Als Totimpfstoff in Kombinationsimpfstoff für alle Säuglinge ab 2. Lebensmonat. Auffrischimpfung für Kinder ab 5. Lebensjahr. Auffrischimpfung bei Erwachsenen als Kombinationsimpfstoff (Tetanus, Diphtherie, Pertussis).</p>
<p><b>Pfeiffersches Drüsenfieber (Mononukleose)</b> <i>Epstein-Barr Virus (EBV)</i></p> <p>behülltes, doppelsträngiges DNA Virus</p>	<p><b>Direkt</b> durch Speichel, auch über <b>Tröpfchen</b> oder <b>Schmierinfektion</b> möglich.</p> <p><b>Sexuelle Übertragung</b> nicht auszuschließen</p>	<p><b>RG: 2</b> weltweit, Durchseuchung in -D- ca. 90 % der &gt; 30 jährigen</p> <p><b>Inkub:</b> Wenige Tage bis 3 Wochen. (aber auch bis zu 2 Monaten)</p> <p><b>Klinik:</b> Uncharakteristisch, häufig über Wochen Unwohlsein, Müdigkeit, schmerzhafte Lymphknotenschwellung meist Halsgegend, Pharyngitis, Tonsillitis, Mundgeruch, vergrößerte Milz, event. Leberbeteiligung. Virus greift Immunzellen an → Krankheitsverlauf bei immungeschwächten Pat. sehr schwer. <b>Therapie:</b> Symptomatisch</p> <p><b>Impfg:</b> keine, mRNA-Impfstoff in Erprobung</p>

# Rahmenhygieneplan

Notfallrettung und Krankentransport  
Rheinland-Pfalz

<p><b>Pneumokokken- Infektion</b> <i>Streptococcus pneumoniae</i> paarweise in kurzen Ketten gelagert mit dicker Kapsel umgebene grampos. Kokken</p>	<p><b>Tröpfcheninfektion</b></p>	<p><b>RG: 2</b> Weltweit verbreitet, 30 - 80% Kindergartenkinder <math>\leq</math> 5 Jahren und 5-10 Erwachsene sind gesunde Keimträger <b>Inkub:</b> Nach Besiedelung der Atemwege kann die Infektion nach 1-5 Tagen (selten – 10 Tage) auftreten. <b>Klinik:</b> bei Schwächung der körpereigene Mechanismen folgende Erkrankungen: Sinusitis, Otitis media, Pneumonie, Meningitis und Sepsis. Letalität bei invasivem Verlauf bei Säuglingen oder Kleinkindern ca. 10%. <b>Therapie:</b> Antibiose, Mittel der Wahl: Beta-Lactame Penicillin/Amoxicillin <b>Impfg:</b> Konjugatimpfstoff (PCV) für Kinder ab 6 Wochen/ Polysaccharidimpfstoff (PPSV) für Personen ab 2 Jahren und Erwachsene (Impfung ab 60 LJ)</p>
<p><b>Polio</b> <i>Enteroviren/ Familie Picornaviridae</i>  unbehüllte RNA-Viren  Serologische Unterscheidung in Typ 1,2 und 3</p>	<p><b>Fäkal –oral,</b>  Ausscheidung von <math>10^6 - 10^9</math> Viren/g Stuhl  <b>Selten aerogen</b>  (oral-oral durch Husten/Niesen)</p>	<p><b>RG: 2</b> Weltweit verbreitet, einziges Reservoir ist der Mensch. Bedeutung als Infektionserkrankung wieder zunehmend. <b>Inkub:</b> nicht paralytische Fälle: ca. 3-6 Tage / paralytischer Verlauf: 7-14 Tage Virusausscheidung bereits nach 36 h im Rachensekret möglich. Ausscheidung im Stuhl ab 2-3. Infektionstag bis zu 6 Wochen. <b>Klinik:</b> Mehrzahl der Infektionen verlaufen asymptomatisch unter Bildung von neutralisierenden Antikörpern (stille Feiung). Versch. Verläufe: Abortive Form mit Gastroenteritis, Fieber, Übelkeit Halsscherzen und Muskelschmerzen, Nichtparalytische Form (asept. Meningitis) Nackensteifheit, Rücken-/ Muskelschmerzen. Paralytische Form mit schlechter Prognose. <b>Therapie:</b> Symptomatisch/ Physiotherapie und orthopädische Behandlung. <b>Impfg:</b> Totimpfstoff (IPV) meist als Kombinationsimpfstoff ab 2. Lebensmonat, Auffrischimpfung bei Jugendlichen im Alter von 9-16 Jahren</p>
<p><b>Rotavirus-Infektion</b> <i>Reoviridae</i> unbehülltes RNA-Virus Serogruppen A-G</p>	<p><b>Fäkal-oral,</b> meist durch <b>Schmierinfektion.</b> Ausscheidung <math>10^9-10^{11}</math> Viren/g Stuhl  <b>Ingestion</b> von kontaminiertem Wasser und Lebensmitteln</p>	<p><b>RG: 2</b> häufigste Ursache viraler Darminfektionen bei Kindern im Alter 6 Mon.-2 J Bereits 10 Viruspartikel reichen für eine Infektion <b>Inkub:</b> 1 bis 3 Tage. Eine Ansteckungsfähigkeit besteht während des akuten Krankheitsstadiums und solange das Virus mit dem Stuhl ausgeschieden wird. In der Regel erfolgt eine Virusausscheidung nicht länger als 8 Tage <b>Klinik:</b> Gastroenteritis, Erbrechen, Bauchschmerzen, blutiger Durchfall, Fieber <b>Therapie:</b> symptomatisch, orale oder parenterale Rehydratation <b>Impfg:</b> zwei Lebendimpfstoffe gegen Rotaviren sind für Säuglinge ab 6 Wo. zugelassen, (Rotarix®/RotaTeq®) Impfpflicht durch die STIKO.</p>
<p><b>RSV-Infektionen</b> <i>(respiratorische Synzytial-Viren) Orthopneumovirus, Behülltes RNA-Virus,</i> 2 Gruppen: A+B meist dominiert A</p>	<p><b>Tröpfcheninfektion</b> Eintrittspforte obere Atemwege/Konjunktiva  Ggf. auch <b>indirekt</b> über kontaminierte Hände, Gegenstände und Oberflächen RSV bleibt 20 Min. – Stunden auf Flächen infektiös</p>	<p><b>RG: 2</b> weltweit verbreiteter Erreger akuter Infektionen der oberen und unteren Atemwege bei Frühgeborenen, Säuglingen, Kleinkindern, älteren Menschen und Risikopatienten, einziges Reservoir ist der Mensch. RSV-Saison Oktober-März <b>Inkub:</b> 2 bis 8 Tage (durchschnittlich 5 Tage), infektiös schon ein Tag nach Ansteckung/ vor Symptombeginn ! Dauer der Ansteckungsfähigkeit 3-8 Tage <b>Klinik:</b> erst obere, dann untere Atemwege: Bronchiolitis, Pneumonie, Tracheo-Bronchitis, Pharyngitis mit Fieber, Husten, Schnupfen, Trinkverweigerung, Reflux, Dys-, Tachypnoe, Zyanose, Exspiratorischer Stridor, Otitis media, <b>Therapie: symptomatisch</b> <b>Impfg:</b> aktiv: Proteinbasierte Totimpfstoffe (Arexvy® und Abrysvo®) + mRNA-Impfstoff (mResiva®) stehen zur Verfügung. STIKO Empfehlung: ab 75 J passiv: monoklonaler AK Nirsevimab für Säuglinge vor der 1. RSV Saison</p>
<p><b>Salmonellose</b> <i>Stäbchenförmiges gram neg. Bakterium</i>  Über 500 von insgesamt 2500 Serotypen sind humanpathogen</p>	<p><b>Orale</b> Erregeraufnahme. Die Salmonellose ist die klassische <b>Lebensmittelinfektion</b>, aber eine <b>direkte</b> oder <b>indirekte</b> Übertragung von Mensch zu Mensch ist auch möglich.</p>	<p><b>RG: 2-(3)</b> weltweite Verbreitung, Reservoir: Tiere. Enteritis-Salmonellen (z. B. Salmonella enteritidis oder Salmonella typhimurium) verursachen beim Menschen meist spontan ausheilende Durchfallerkrankungen <b>Inkub:</b> 6–72 Stunden, in der Regel 12–36 Stunden, abhängig von der Infektionsdosis und dem Serotyp. Die Ausscheidung von Enteritis-Salmonellen dauert bei Erwachsenen im Durchschnitt einen Monat, bei Kindern unter 5 Jahren 7 Wochen oder länger (selten bis 6 Monate) <b>Klinik:</b> akute Darmentzündung mit plötzlich einsetzendem Durchfall, Kopf- und Bauchschmerzen, Unwohlsein und manchmal Erbrechen, Dehydratation. Häufig tritt leichtes Fieber auf. <b>Therapie:</b> symptomatisch, orale oder parenterale Rehydratation, bei schweren Verläufen Antibiose nach Antibiogramm <b>Impfg:</b> Keine</p>
<p><b>Scharlach</b> <i><math>\beta</math>-hämolyisierende Streptokokken der Gruppe A, meistens Streptococcus pyogenes gram positives-Bakterium</i></p>	<p><b>direkter Kontakt</b> <b>Tröpfcheninfektion.</b> oder von Mensch zu Mensch, selten durch kontaminierte Lebensmittel und Wasser.</p>	<p><b>RG: 2</b> akute Infektionskrankheit, bes. im Kindesalter von vier bis sieben Jahren.“ An Scharlach kann man mehrfach erkranken <b>Inkub:</b> 1–3 Tage, unbehandelt bis zu 3 Wochen kontagiös, nach wirksamer antibiotischer Therapie nach 24 Stunden keine Ansteckungsfähigkeit mehr. <b>Klinik:</b> Fieber, Schüttelfrost, Erbrechen, Pharyngitis, Bauch- oder Kopfschmerzen, Ab 1. oder 2. Krankheitstag typisches kleinfleckiges, papulöses Exanthem mit perioraler Blässe, Himbeerzunge <b>Therapie:</b> Penicillin, Amoxicillin <b>Impfg:</b> Keine</p>

# Rahmenhygieneplan

Notfallrettung und Krankentransport  
Rheinland-Pfalz

<p><b>Tuberkulose</b> <i>Aerobe, stäbchenförmige, „säurefeste“ Bakterien der Familie Mycobacteriaceae</i></p> <p><i>Mycobakterium. Tuberkulosis (häufigster Erreger, aber noch 9 weitere Species)</i></p>	<p>Einatmung infektiöser <b>Aerosole</b> (Tröpfchenkerne) stellt den häufigsten und somit wichtigsten Übertragungsweg dar.</p> <p><b>Infizierte Transplantate</b></p> <p><b>Fisteln mit Flüssigkeitsfreisetzung</b></p> <p><b>Kongenital/konnatal</b></p> <p><b>Wunden</b></p> <p><b>Nicht pasteurisierte Milch</b></p>	<p><b>RG: 3</b> weltweit erkranken jährlich 10,6 Mio. an TBC/ davon eine halbe Million an einer multiresistenten Form wie MDR=Multi Drug Resistant oder XDR=Extensively Drug Resistant Die Tuberkuloseraten sind besonders hoch bei Migranten aus Ländern, in denen die Tuberkulose noch sehr häufig ist (Afrika, Asien Osteuropa). In -D- weiterhin stagnierende Inzidenz auf niedrigem Niveau</p> <p><b>Inkub:</b> im Durchschnitt 6–8 Wochen. Unter einer wirksamen antituberkulösen Kombinationstherapie sind Patienten, die mit einem medikamentenempfindlichen Bakterienstamm infiziert sind, meist innerhalb von 2 bis 3 Wochen nicht mehr infektiös.</p> <p><b>Klinik:</b> eher uncharakteristische Symptome wie Müdigkeit und Schwäche, Appetitlosigkeit und Gewichtsabnahme, geschwollene Lymphknoten, leichtes Fieber, besonders in den Nachmittagsstunden, Nachtschweiß und ständiges Husten mit Auswurf, ggf. mit Hämoptysen, Jedes Organ kann betroffen sein Unterscheidung in offen-ansteckungsfähige und geschlossene Tbc. <b>Therapie:</b> gemäß LL Kombinationsmedikation über mindesten 6 Monate (4 fach Kombination 2 Monate +2 fach Kombination 4 Monate) wegen Gefahr der (Multi) Resistenzentwicklung erforderlich.</p> <p><b>Impfg:</b> Seit 1998 gibt es seitens der STIKO wegen mangelnder Wirksamkeit keine Empfehlung zur aktiven BCG-Schutzimpfung (Lebendimpfung) mehr, sowie Aufgrund des in D sehr geringen TBC-Infektionsrisikos von &lt; 0,1 %</p>
<p><b>VRE</b> <i>Vancomycin resistente Enterokokken Versch. Darmbakterien, normaler Bestandteil der Darmflora des Menschen</i></p>	<p>Über die <b>Hände</b> und über <b>Hautkontakt. Kontaminierte Oberflächen</b> VRE werden viel schneller und einfacher übertragen als MRSA</p>	<p><b>RG: 2</b> können insbesondere bei Schwerkranken zu sehr schwer behandelbaren Infektionen führen, opportunistische Infektionen (nosokomiale Infektionen): Harnwegsinfektionen, postoperative Wundinfektionen, Katheter-assoz. Infektionen (Venen- und Harnwegskatheter)</p> <p><b>Klinik:</b> Symptomlose Darmbesiedelung bis hin zur Sepsis. Erradikation nicht möglich.</p> <p><b>Therapie:</b> mit zielgerichteter Antibiose.</p> <p><b>Impfung:</b> Keine</p>

## 7.1 Besondere Maßnahmen bei Parasitosen

### 7.1.1 Läuse

Kopfläuse beispielsweise sind weltweit verbreitete permanente Ektoparasiten des Menschen, sie leben i.d.R. permanent auf ihrem Wirt im Kopfhaar; bei starkem Befall können auch andere behaarte Stellen des Oberkörpers betroffen sein.

Die Übertragung erfolgt hauptsächlich direkt von Mensch zu Mensch bei engem Kontakt, gelegentlich ist die Übertragung auch indirekt über Gegenstände möglich, die mit dem Haar in Berührung kommen und in einer kurzen Zeitspanne gemeinsam genutzt werden (z. B. Kopfunterlagen, Helme, Mützen, Haarbürsten)

Übertragung solange wie der Betroffene mit mobilen Läusen besiedelt und nicht behandelt ist !  
Kleider- und Filzläuse haben zwar ihren eigenen spezifischen Lebensraum, jedoch führt deren Vorkommen zu identischen Vorgehensweisen.

#### Maßnahmen:

Potentielle Transmissionsmöglichkeiten vermeiden z. B. durch

- Versorgung des Patienten mit einer Kopfhaube bei Kopfläusen
- Luftdichtes Eintüten befallener Kleidung

Vermeidung von verzichtbaren Körperkontakten

Tragen von Schutzkitteln

Möglichst Vorabinformation der aufnehmenden Einrichtung

Gründliche Reinigung als regelhafte Scheuer- Wischdesinfektion durchführen, bei sichtbarem Befall des Rettungsmittels Information des Desinfektors

Datum:	Ersteller:	Version:	Freigabe:	Seite 46 von 61
01.02.2026	LAG HYG RD RLP	5.0	LAG HYG RD RLP	

## 7.1.2 Skabies

Durch die Krätzmilbe verursachte parasitäre Hautkrankheit mit bevorzugtem Befall an Körperstellen mit dünner Hornschicht und höherer Körpertemperatur.

Weibliche Milben legen Bohrgänge in der Epidermis an und legen dort ihre Eier ab, die sich über ein Larven- und Nymphenstadium in zwei (Männchen) bzw. drei (Weibchen) Wochen zu adulten Tieren entwickeln.

Während bei der gewöhnlichen Form der Skabies i.d.R. erst eine Kontaktzeit von 5 bis 10 Minuten zu einer Übertragung führt, reicht bei der Skabies crustosa ein kurzzeitiger Kontakt auf Grund der extrem hohen Milbenanzahl.

### **Inkubationszeit:**

Erstinfektion: erste Symptome 2-5 Wochen

Re-Infektion: erste Symptome 1-4 Tage

### **Maßnahmen:**

Potentielle Transmissionsmöglichkeiten vermeiden

Vermeidung von verzichtbaren Körperkontakten

Tragen von Schutzkitteln und Handschuhen

Möglichst Vorabinformation der aufnehmenden Einrichtung

Gründliche Reinigung als regelhafte Scheuer- Wischdesinfektion durchführen

## 7.1.3 Flöhe

Die Anwesenheit von Flöhen ist nicht an einen festen Lebensraum gebunden. Durch den Saugakt am Menschen können Krankheitserreger übertragen werden.

### **Maßnahmen:**

Information des Desinfektors

	<b>Rahmenhygieneplan</b> Notfallrettung und Krankentransport Rheinland-Pfalz	
--	--	--

## 7.2 Anzahl mitzuführender Infektionsschutzkleidung

Fahrzeug	Was	Mindestanzahl
KTW	Infektionsschutzkittel	6
	Infektionsschutzoverall	3
	Atemschutzmaske FFP 2	10
	Atemschutzmaske FFP 3*	6
	Schutzbrille/ Schutzvisier	3
	Einmalkopfhauben	6
	Rolle Panzerband/ Chem-Tape	1
RTW/NKTW	Infektionsschutzkittel	4
	Infektionsschutzoverall	4
	Atemschutzmaske FFP 2	10
	Atemschutzmaske FFP 3*	6
	Schutzbrille/ Schutzvisier	3
	Einmalkopfhauben	4
	Rolle Panzerband/ Chem-Tape	1
NEF	Infektionsschutzkittel	3
	Infektionsschutzoverall	3
	Atemschutzmaske FFP 2	10
	Atemschutzmaske FFP 3*	4
	Schutzbrille/ Schutzvisier	3
	Einmalkopfhauben	3

\* = mit Ausatemventil

Datum:	Ersteller:	Version:	Freigabe:	Seite 48 von 61
01.02.2026	LAG HYG RD RLP	5.0	LAG HYG RD RLP	

## 8. Fahrzeughygiene

### 8.1 Fahrerraum

Was?	Wann?	Wie?	Womit?
alle erreichbaren Flächen und Gegenstände innen und außen	bei sichtbarer Kontamination/ Verschmutzung	feucht wischen, ggf. aussaugen	Universalreiniger Staubsauger (mit Hygienefilter)
unmittelbare Kontaktflächen, wie Lenkrad, Türgriffe, Bedienelemente o. ä.	mindestens 1 mal wöchentlich, sofern Transport/Behandlung erfolgte	Wischdesinfektion	Flächendesinfektionsmittel  <i>s. Desinfektionsplan</i>
	mind. 1 mal/Quartal: Reservefahrzeuge/ Fahrzeuge ohne Transport/Behandlung		
	nach Infektionstransport		

### 8.2 Patientenraum

Was?	Wann?	Wie?	Womit?
alle Kontaktflächen inkl. benutzter Geräte und Hilfsmittel	nach Benutzung, bei sichtbarer Kontamination/ Verschmutzung	Wischdesinfektion	Flächendesinfektionsmittel  <i>s. Desinfektionsplan</i>
alle Oberflächen inkl. Geräte und Hilfsmittel	mindestens 1 mal wöchentlich		
	mind. 1 mal/Quartal: Reservefahrzeuge/ Fahrzeuge ohne Transport/Behandlung		
alle Kontakt- und Oberflächen inkl. benutzter Geräte und Hilfsmittel mit möglicher Kontamination	nach Infektionstransport		
Schränke und Schubladen innen (Flächen unter den Schubladenteilern beachten)	wöchentlich, oder wenn bei Infektionsfahrt kontaminiert		
	2x/Jahr: Reservefahrzeuge/ Fahrzeuge ohne Transport/Behandlung		

# Rahmenhygieneplan

Notfallrettung und Krankentransport  
Rheinland-Pfalz

## 8.3 Zeitbedarf Fahrzeugdesinfektion

Die folgenden Zeitangaben über die Dauer von Fahrzeugdesinfektionen beinhalten die Desinfektionsarbeiten selbst und die Einwirkzeiten der Desinfektionsmittel.

Die Übersicht dient zur **Orientierung** über die voraussichtliche Dauer der Maßnahme zur Planung der Einsatzmittel ohne Unterscheidung in KTW und RTW; Abweichungen aufgrund besonderer Anforderungen sind unter Beachtung der Vorgaben dieses Hygieneplanes möglich.

Grund	voraussichtliche Maßnahmendauer
wöchentliche Desinfektion	90 Minuten *
MRSA/ MRGN (grün u. gelb) **	20 Minuten
grüne Infektionserkrankung **	20 Minuten
gelbe Infektionserkrankung	20-60 Minuten***
rote Infektionserkrankung	Rücksprache mit Desinfektor

\* Zeitrahmen für die Desinfektionsmaßnahme. In Verbindung mit einem kompletten Materialcheck des Rettungsmittels ist ein erhöhter Zeitbedarf zu berücksichtigen.

\*\* Die Desinfektionsmaßnahme ist nach Möglichkeit an der Patientenübergabestelle durchzuführen. Das Fahrzeug ist einsatzbereit nach abgetrockneten Flächen; diese Einwirkzeit kann auch während der Anfahrt zum nächsten Einsatz erfolgen.

\*\*\* In Abhängigkeit von **Erreger** und verwendetem **Produkt** (siehe Desinfektionspläne)

Hinweis der KRINKO:

- Die für die Anwendungskonzentration vom Hersteller bzw. der VAH deklarierte Einwirkzeit ist bei vermuteter Kontamination einzuhalten
- Bei vermuteter Kontamination mit Clostridioides sind Flächendesinfektionsmittel in sporizider Konzentration-Zeit-Relation einzusetzen

## 8.4 Lüftungs- und Klimaanlage

Eine routinemäßige Desinfektion der Lüftungs- und Klimaanlage ist i.d.R. nicht erforderlich bzw. erfolgt im Rahmen der Service- bzw. Wartungsmaßnahmen des Fahrzeugs.

- Im Falle des Transportes von Patienten mit Infektionserkrankungen sind die Belüftungsanlage des Patientenraumes sowie eine evtl. vorhandene Zusatzheizung mit Umluftbetrieb auszuschalten.
- Bei länger andauernden Transporten ist zur Belüftung des Fahrzeugs ggf. anzuhalten und durch Öffnen der Türen eine Stoßbelüftung durchzuführen.

Datum:	Ersteller:	Version:	Freigabe:	Seite 50 von 61
01.02.2026	LAG HYG RD RLP	5.0	LAG HYG RD RLP	

# Rahmenhygieneplan

Notfallrettung und Krankentransport  
Rheinland-Pfalz

## 9. Rettungswachenhygiene

### 9.1 Wachenräume

Wann?	Wie?	Womit?
wöchentlich und bei Bedarf	staubsaugen/ feucht wischen/ spülen/ Abfall entsorgen Spüllappen täglich erneuern (zur Wäsche geben). Alternativ: Einmaltücher verwenden. Oberflächen feucht abwischen Schmutzwäsche entsorgen	Reinigungsmittel Wischpflege (Mobsystem)
wöchentlich und bei Bedarf	(desinfizierende) Feuchtreinigung der glatten Fußbodenflächen Bettwäsche abziehen/wechseln (bei Personalwechsel)	Reinigungsmittel/ (Flächendesinfektionsmittel) Wischpflege (Mobsystem) <i>s. Desinfektionsplan</i>
2 - 4 jährlich	Vorhänge abhängen und in Wäscherei geben Fensterflächen reinigen	Wäscherei

### 9.2 Sanitärräume

Wann?	Wie?	Womit?
min. 2x wöchentlich und bei Bedarf	Oberflächen feucht abwischen Schmutzwäsche entsorgen	Reinigungsmittel/ Wischpflege (Mobsystem)
wöchentlich und bei Bedarf	desinfizierende Reinigung, insbesondere der barfußbegangenen Bodenflächen (Boden, Dusche)  desinfizierende Reinigung Waschbecken + WC  Für Waschbecken, Oberflächen und WC müssen jeweils unterschiedliche Tücher (farbige Kennzeichnung) verwendet werden. Alternativ: Einmaltücher verwenden.	Flächendesinfektionsmittel  <i>s. Desinfektionsplan</i>

	<b>Rahmenhygieneplan</b> Notfallrettung und Krankentransport Rheinland-Pfalz	
--	--	--

### 9.3 Küchenbereich

Wann?	Wie?	Womit?
min. 2x wöchentlich und bei Bedarf	feucht wischen/ staubsaugen/spülen/Abfall entsorgen Spüllappen täglich erneuern (zur Wäsche geben) Alternativ: Einwegtuch Oberflächen feucht abwischen Schmutzwäsche entsorgen	Reinigungsmittel Wischpflege (Mobsystem)
wöchentlich	desinfizierende Reinigung der Oberflächen Überprüfung der Lebensmittel im Kühlschrank	<i>s. Desinfektionsplan</i>
monatlich (mindestens)	Kühlschränke für Lebensmittel ausräumen, ggf. abtauen und desinfizierend reinigen.	<i>s. Desinfektionsplan</i>

### 9.4 Ruhebereich

Wann?	Wie?	Womit?
monatlich	flüssigkeitsdichte Matratzenbezüge desinfizierend abwischen, anschließend gut auslüften Bettlaken, Kopfkissen und Bettdecken austauschen und zur Wäscherei geben. Alternativ: Mitarbeitereigene Bettwäsche Matratze gut lüften!	<i>s. Desinfektionsplan</i>

	<b>Rahmenhygieneplan</b> Notfallrettung und Krankentransport Rheinland-Pfalz	
--	--	--

## 9.5 Desinfektionsräume

Wann?	Wie?	Womit?
min. 2x wöchentlich und bei Bedarf	desinfizierende Reinigung	Flächendesinfektionsmittel/ <i>s. Desinfektionsplan</i>  Wischpflege (Mobsystem)

## 9.6 Lager für Medizinprodukte und Medikamente

Wann?	Wie?	Womit?
monatlich und bei Bedarf	desinfizierende Feuchtreinigung	<i>s. Desinfektionsplan</i>

# Rahmenhygieneplan

Notfallrettung und Krankentransport  
Rheinland-Pfalz

## 10. Umgang mit Medizinprodukten und Medikamenten

### 10.1 Lagerung von Sterilgut

Der Umgang mit und die Lagerung von steril verpackten Medizinprodukten erfordert eine besondere Sorgfalt, um die Sterilität bis zur Anwendung des Produktes sicherzustellen. Neben der generell zu beachtenden maximalen Lagerungsdauer entsprechend der Art der Verpackung gem. DIN 58953-8 und EN 868 sind folgende Kriterien zu beachten:

- sterile Medizinprodukte monatlich auf Ablauf des Verfallsdatums überprüfen
- nur in geschlossenen Schränken/Schubladen innerhalb und außerhalb der Fahrzeuge lagern (nie auf dem Fußboden), Schützen vor:
  - Feuchtigkeit (auch hohe Luftfeuchtigkeit)
  - extremen Temperaturschwankungen
  - Staubbelastung
  - chemischen Einflüssen (z.B. Abgase)
  - Ungeziefer
  - starker mechanischer Beanspruchung (z.B. starkes komprimieren oder knicken der Verpackung)
  - direkter UV- Lichteinstrahlung
- bei beschädigter oder geöffneter Verpackung unmittelbar entsorgen
- Flächen der Lagerschränke und Lagerräume müssen leicht zu reinigen und zu desinfizieren sein

Generell sind Medizinprodukte erst unmittelbar vor Gebrauch der Endverpackung nach dem peel back – Verfahren zu entnehmen.

### 10.2 Umgang mit Medikamenten

- Medikamente immer gemäß den arzneimittelrechtlichen Bestimmungen lagern (trocken, lichtgeschützt usw.)
  - unter Verschluss, Unbefugten nicht zugänglich\*
  - Verfallsdaten monatlich überprüfen, bei Überschreitung vernichten!
  - angebrochene Ampullen, die nicht mehr auf dem Transport beim gleichen Patienten appliziert werden, vernichten
  - individuelle Herstellerangaben zur Lagertemperatur beachten

\* während dies auf der Rettungswache gut organisierbar ist, würde z.B. ein unbeaufsichtigter RTW mit offenen Türen bei akuten Notfällen eine gute Zugriffsmöglichkeit für Unbefugte darstellen

Datum:	Ersteller:	Version:	Freigabe:	Seite 54 von 61
01.02.2026	LAG HYG RD RLP	5.0	LAG HYG RD RLP	

# Rahmenhygieneplan

Notfallrettung und Krankentransport  
Rheinland-Pfalz

## 11. Abfallentsorgung

Die Klassifizierung der Abfälle orientiert sich an der Mitteilung 18 „Vollzugshilfe zur Entsorgung von Abfällen aus Einrichtungen des Gesundheitsdienstes“ der LAGA (Bund/Länder-Arbeitsgemeinschaft Abfall in der jeweils gültigen Fassung Stand: Juni 2021 )

### Abfallgruppe AS 15 01 XX

Abfälle, an deren Entsorgung aus infektionspräventiver Sicht keine besonderen Anforderungen zu stellen sind:

- Hausmüll und hausmüllähnliche Abfälle, z.B. Zeitschriften, Papier-, (AS 150101) Kunststoff- (150102) und Glasabfälle (150107)
- Hausmüllähnliche Gewerbeabfälle, z.B. Verpackungsmaterial und Kartonagen (150101 / 150106)

#### Sammlung und Entsorgung:

- Sammlung, Transport und Entsorgung erfolgt in verschließbaren Abfalltüten und Behältern (Abfallsammler müssen immer mit Deckel ausgestattet sein)
- Keine besonderen Anforderungen an die Lagerung innerhalb der Rettungswache
- Entsorgung erfolgt über die Hausmüllentsorgung bzw. entspr. Sammelsysteme (gelber Sack/gelbe Tonne, Altpapier, Biotonne etc.)

### Abfallgruppe AS 18 01 01

Abfälle, die ein erhöhtes Verletzungsrisiko bei der Sammlung und Entsorgung aufweisen

- Kanülen, Thoraxdrainagespieße und Gegenstände mit ähnlichem Verletzungsrisiko (außer AS 180103); Kanülen müssen in bruch- und durchstichsicheren Einmalbehältnissen (keine Glas- oder Infusionsflaschen) gesammelt und entsorgt werden (DGUV)

#### Sammlung und Entsorgung:

- Sammlung, Transport und Entsorgung der vorher in perforationssicheren, BAM-geprüften Behältnissen deponierten Abfälle erfolgt wie Abfälle der AS 180 104
- Kein Umfüllen/Sortieren!
- Maximale Füllmenge beachten, nicht überschreiten (DIN EN ISO 23907)
- Abfallsammler müssen immer mit Deckel ausgestattet sein
- Sammelbehälter sowie Lagerungsort innerhalb der Rettungswache darf unbefugten Personen gegenüber nicht zugänglich sein! (Lagerung überdacht und verschlossen)
- Entsorgung erfolgt möglichst über ein Krankenhaus oder über die Hausmüllentsorgung der Rettungswache

### Abfallgruppe AS 18 01 02

Körperteile und Organe einschließlich Blutbeutel und Blutkonserven (außer 18 01 03)

#### Sammlung und Entsorgung:

- Am Anfallort getrennt in geschlossenen Behältnissen erfassen
- Entsorgung erfolgt möglichst immer über ein Krankenhaus oder Prosektur
- Gasbildung vermeiden, z.B. Lagerdauer bei < 15°C max. 1 Woche

Datum:	Ersteller:	Version:	Freigabe:	Seite 55 von 61
01.02.2026	LAG HYG RD RLP	5.0	LAG HYG RD RLP	

# Rahmenhygieneplan

Notfallrettung und Krankentransport  
Rheinland-Pfalz

## Abfallgruppe AS 18 01 03

Abfälle mit gefahrenrelevanter Eigenschaft „infektiös“ (z.B. behaftet mit meldepflichtigen Erregern nach §§ 6 und 7 IFSG und vorliegendem, relevantem Infektionsrisiko), an deren Sammlung, Lagerung, Transport und Entsorgung aus infektionspräventiver Sicht innerhalb und außerhalb der RW besondere Anforderungen zu stellen sind:

- Abfälle, die nach §17 IFSG behandelt werden müssen (Abfälle, die mit Erregern bestimmter meldepflichtiger Krankheiten behaftet sind, **und** wenn eine Weiterverbreitung der Infektionserkrankung zu befürchten ist)

### Sammlung und Entsorgung:

- Entsorgung erfolgt ausschließlich über ein Krankenhaus
- Sammlung, Transport und Entsorgung erfolgt in speziellen, fest verschließbaren Sondermüllbehältern (bauartgeprüfte Gefahrgutverpackung), die sich nach dem Verschließen nicht mehr öffnen lassen.
- Behälter dürfen nicht über die angegebene Füllmenge (in kg oder in l) hinaus befüllt werden, Umfüllen und Sortieren ist verboten!
- Behälter müssen gesondert gekennzeichnet werden
- Sammelbehälter sowie Lagerungsort dürfen unbefugten Personen gegenüber nicht zugänglich sein! (Überdacht und verschlossen)
- Gasbildung vermeiden, z.B. Lagerdauer bei < 15°C max. 1 Woche
- Art, Menge und Verbleib der Sonderabfälle müssen schriftlich festgehalten werden (Entsorgungsnachweis führt die Klinik)

## Abfallgruppe AS 18 01 04

Abfälle, an deren Entsorgung aus infektionspräventiver Sicht nur innerhalb eines Fahrzeuges oder der Rettungswache bei Sammlung, Lagerung und Transport besondere Anforderungen zu stellen sind:

- mit Blut, Sekreten bzw. Exkreten behaftete Abfälle wie Wund-, Gipsverbände, Einwegwäsche, Stuhlwindeln und Einwegartikel, ... (sofern nicht in AS 180103 erfasst)

### Sammlung und Entsorgung:

- Sammlung, Transport und Entsorgung erfolgt in verschließbaren, reißfesten und flüssigkeitsbeständigen Abfalltüten und Behältern (Kein Umfüllen/Sortieren, Abfallsammler müssen immer mit Deckel ausgestattet sein!)
- Sammelbehälter sowie Lagerungsort innerhalb der Rettungswache darf unbefugten Personen gegenüber nicht zugänglich sein!
- Entsorgung erfolgt möglichst über ein Krankenhaus oder über die Hausmüllentsorgung der Rettungswache

## Abfallgruppe AS 18 01 06, AS 18 01 XX

Abfälle, die zwar besonderer Maßnahmen bei der Entsorgung bedürfen, jedoch aus infektionspräventiver Sicht nicht bedeutsam sind.

- Besondere gesetzliche Vorschriften sind zu beachten bei:
  - Medikamenten; AS 18 01 08 und AS 1801909
  - Chemikalien AS18 01 06
  - Reinigungsmittel-/ Desinfektionsmittelkonzentrat
  - Batterien, Akkus, Leuchtstoffröhren

Datum:	Ersteller:	Version:	Freigabe:	Seite 56 von 61
01.02.2026	LAG HYG RD RLP	5.0	LAG HYG RD RLP	

# Rahmenhygieneplan

Notfallrettung und Krankentransport  
Rheinland-Pfalz

- Schrottabfällen
- Elektronikschrott
- Aufsaugmaterialien/Wischtücher/Schutzkleidung, wenn durch gefährliche Stoffe kontaminiert; AS 15 02 02

## Sammlung und Entsorgung:

- Vorgenannte Abfälle müssen in speziellen, jeweils geeigneten Behältern gesammelt und durch Fachunternehmen entsorgt werden

## 12. Trinkwasser

Da in den Rettungswachen Trinkwasser an Verbraucher abgegeben wird, unterliegt im Hinblick auf den damit verbundenen Betrieb einer Wasserversorgungsanlage die Wasserqualität den Anforderungen der Trinkwasserverordnung; dabei ist in erster Linie die mikrobiologische Qualität von Bedeutung.

Insofern sind mindestens jährlich an mindestens einer repräsentativen Entnahmestelle des Trinkwassernetzes, auf Anordnung des Gesundheitsamts an mehreren Stellen und ggf. häufiger, Proben zur mikrobiologischen Untersuchung zu entnehmen oder durch einen akkreditierten Probennehmer entnehmen zu lassen.

Die Untersuchungsergebnisse sind dem Gesundheitsamt auf Verlangen vorzulegen.

Bei wenig genutzten Entnahmestellen sind Stagnationszonen in dem Leitungsnetz zu vermeiden bzw. bedarfsweise entsprechende Spülmaßnahmen zu etablieren und zu dokumentieren (Spülplan).

## Anlagen:

Übersicht Schutz- und Hygienemaßnahmen bei Infektionstransporten

Übergabeprotokoll Infektionstransport

Musterdesinfektionsplan

Betriebsanweisung gem. § 14 BiostoffVO

Mustercheckliste zur Gefährdungsbeurteilung gem. BiostoffVO

Übersicht Ergebnisauswertung der Gefährdungsbeurteilung

Ergänzende Erläuterungen Flächendesinfektion zum Rahmenhygieneplan RLP

Hygienische Basisanforderungen bei besonderen Maßnahmen in der Notfallrettung

Arbeitshilfe Maßnahmen RD bei Verdacht auf HCID ohne Vorabinformation

© Landesarbeitsgruppe Hygiene im Rettungsdienst Rheinland-Pfalz (LAG HYG RD RLP)

Dieser Hygieneplan ist durch die Landesarbeitsgruppe nur in dem vorliegenden Layout, vollständig und ohne inhaltliche Veränderungen sowie unter Berücksichtigung der Änderungshinweise autorisiert.

Datum:	Ersteller:	Version:	Freigabe:	Seite 57 von 61
01.02.2026	LAG HYG RD RLP	5.0	LAG HYG RD RLP	

# Rahmenhygieneplan

Notfallrettung und Krankentransport  
Rheinland-Pfalz

## Änderungsverlauf:

Datum	Seite	Änderung
05.12.2019  Sitzung Landesarbeits- gruppe	gesamtes Dokument	grundlegende Überarbeitung, textliche Verabschiedung und Freigabe zur Endformatierung
05.02.2020	29 38 40	Ergänzung um 2019-nCoV-ARD Überarbeitung Übersicht zur Einordnung der Infektionserkrankung Ergänzung um Corona-Viren
30.11.2022  Sitzung Landesarbeits- gruppe	1 5  13  15 16 19 20  22  23  24   25  26   27	<p>Neues Logo JUH eingefügt</p> <p>5. Absatz: wiederaufbereitbare durch „zur Aufbereitung zugelassene“ ersetzt</p> <p>Ergänzungen zu Bezeichnungen der Bekleidung, Hinweis auf Imprägnierung</p> <p>Ergänzung <u>Desinfektion</u> der Mehrwegpumpe an Spendersystemen</p> <p>Ergänzung der Impfpfehlungen um COVID 19 und FSME</p> <p>Ergänzung der Bereiche mit besonderem Infektionsrisiko um NFR/KTP</p> <p>-Hinweis bei Wasserstoffperoxid-Verfahren, dass diese nicht die abschließende Wischdesinfektion ersetzen</p> <p>-Hinweis auf FFP 2 Masken <u>ohne</u> und FFP 3 Masken Ausatemventil</p> <p>-Änderung des Erscheinungsdatums der DIN</p> <p>-Hinweise auf vergleichbare Normen mit Beispielen eingefügt</p> <p>-Änderung der Aufbereitungshinweise zu Beatmungsmasken und Intubationsspatel (RDG)</p> <p>- Hinweis Sterilisation und Lagerung bei Magillzangen und PEEP-Ventilen</p> <p>-Anpassung der Vorgaben zur eigenen Wäscheaufbereitung um die aktuellen RKI-Vorgaben und VAH-Empfehlungen</p> <p>-Vorgabe der ausschließlichen Verwendung von 1x Tragenwäsche</p> <p>-Absauggeräte: Einschränkung der Aufbereitung auf Sekretauffangbehälter manueller Redundanzsysteme</p> <p>-Beatmungsbeutel: neu Hinweise auf die Verwendung von Mehrwegsystemen nur in pandemiebedingten Versorgungsengpässen sowie die korrekte Aufbereitung durch Fachpersonal und validierte Verfahren</p> <p>-Beatmungsgerätezubehör: Hinweise auf die primäre Verwendung von Einmalmaterial, neu Hinweise auf die Verwendung von Mehrwegsystemen nur in pandemiebedingten Versorgungsengpässen sowie die korrekte Aufbereitung durch Fachpersonal und validierte Verfahren</p> <p>-Beckenschlingen: Aufbereitungshinweise für den Fall des Einsatzes von Mehrwegsystemen</p> <p>-Blutdruckmanschette: Unterstrichen „keine“ Textilmanschetten und Hinweis auf Wischdesinfektion und trocknen oder auch alternatives maschinelles Desinfektionswaschverfahren</p> <p>-Ergänzung CPR-Automaten</p> <p>-Änderung Krankentrage/Tragestuhl auf Einmalmaterial</p> <p>-Ergänzung der Notfallkoffer um Notfallrucksacksysteme</p> <p>-Spineboard und Spinne zusätzlich mit aufgenommen</p> <p>-Bei Schutzbrillen: Schutzvisier und Einwegbrillen mit aufgenommen</p> <p>-Ergänzende Hinweise zu Schutzhelmen</p> <p>RR-Geräte und CO<sub>2</sub>-Meßgeräte herausgenommen, da bereits an anderer Stelle (S. 25) aufgeführt</p>

Datum:	Ersteller:	Version:	Freigabe:	Seite 58 von 61
01.02.2026	LAG HYG RD RLP	5.0	LAG HYG RD RLP	

### Änderungsverlauf Fortsetzung 1:

Datum	Seite	Änderung
30.11.2022  Sitzung Landesarbeits- gruppe	28	-Hinweis auf Mehrwegtragenwäsche entfernt
	29	-RD/KTP durch NFR/KTP ersetzt
	30	-Korrektur der Angaben zur Sogstärke beim endotrachealen Absaugen
	31	-Ergänzung der Angaben zur Präoxigenierung io-Zugang: Hinweis auf Desinfektionsmittel mit Remanenzwirkung eingefügt
	32	-Intubation: Hinweis auf FFP2 Maske bzw. OP-Gesichtsmaske -Ergänzt um Bougie -Larynxmaske hinzugefügt Änderung OP-Mundschutz auf OP-Gesichtsmaske
08.02.2023  Sitzung Landesarbeits- gruppe	33	-Einwegmaterial: Hinweis zur Entnahme von sterilen 1 x Artikeln
	34	-Injektionslösungen: Hinweise zur Beschriftung
	36	Thoraxdrainage: Hinweise zur Dilatation der Incisionsstelle
	38/39	Wundtamponade: detaillierte hygienische Vorgehensweise eingefügt
	40	Schutz- und Hygienemaßnahmen bei Infektionstransporten neu
	41	Ergänzung Affenpocken, Überarbeitung AIDS und Corona-Virus,
	45	Ergänzungen zu Hämorrhagischem Fieber
	48	RSV-Virus neu mit aufgenommen
	49	Anzahl mit zu führender Infektionsschutzkleidung geändert
	50	Fahrerraum: bei Staubsauger „mögl. mit Hygienefilter“ eingefügt -MRGN zugefügt -Zeitbedarf Fahrzeugdesinfektion: „unter Beachtung der Vorgaben des Hygieneplanes“ eingefügt -Eingefügt: diese Einwirkzeit kann auch während der Anfahrt zum nächsten Einsatz erfolgen.
	51	Änderung Wachenräume: statt 2-4/Jahr nun 2-4x jährlich
54	Lagerung Sterilgut: Hinweis zu Entnahme von Medizinprodukten	
55/56	Kapitel 11 Abfallentsorgung komplett überarbeitet, ergänzt, neu sortiert	
57	Anlagen: - Alle Anlagen überarbeitet - Ergänzung um Erläuterungen zur Flächendesinfektion - Neue Anlage: Hygienische Basisanforderungen bei besonderen Maßnahmen in der NFR und bei „in extremis Situationen“	
58/59	Änderungsverlauf ergänzt	
08.11.2023  Sitzung Landesarbeits- gruppe	1	Änderung des Logos BF Stadt Trier in allen Dokumenten
	18	-Bei Explosionsgefahr eingefügt: ml-Angabe, Hinweis auf erhitzte Flächen
	19	- <i>Minimierung</i> bei Wiedereintauchen von Tüchern gestrichen -Hinweis auf Behälterbeschriftung eingefügt -Anforderungen an Wirkungsspektrum bei Aufbereitung von Tuchspendersystemen eingefügt -Hinweis auf Schwierigkeit der validierten Aufbereitung in der Praxis
	20	Hinweis auf Verfahren, Flottentrennung und maschinelle Trocknung
	50	Aktuelle KRINKO-Vorgaben zur Einwirkzeit und Wirkungsspektren
	53	Ergänzt um „Lager für Medizinprodukte und Medikamente“
59	Änderungsverlauf ergänzt	
13.11.2024  Sitzung Landesarbeits- gruppe	24	Ausrüstung: Hinweis auf erforderliche Einzelverpackung bei Produkten die zur sterilen oder keimarmen Anwendung vorgesehen sind, sowie Hinweis auf Öffnen der Verpackung unmittelbar vor Anwendung eingefügt
	25	Bei Aufbereitung von Instrumenten wie z.B. Laryngoskopspatel Hinweis auf Aufbereitung gem. Verfahrensanweisung des Herstellers eingefügt
	36	Punkt 5.15. eingefügt, Sondersituation eCPR

# Rahmenhygieneplan

Notfallrettung und Krankentransport  
Rheinland-Pfalz

## Änderungsverlauf Fortsetzung 2:

Datum	Seite	Änderung
13.11.2024	50	-Umbenennung voraussichtliche Desinfektionsdauer in Maßnahmendauer -Änderung/Anpassung der Zeiten bei „gelbe Infektionserkrankung“ -mit dem Hinweis auf die Abhängigkeit von Erreger und verwendetem Produkt sowie „siehe Desinfektionsplan“
Sitzung Landesarbeitsgruppe	59/60	Änderungsverlauf ergänzt
10.12.2025	7	-2.1. (TRBA 250 Abs. 4.1.7 jetzt 4.1.8)
	12	-Bei sterilen Einmalhandschuhen Indikation Katheterismus entfernt, Untersuchung Geburtswege/Geburt eingefügt
	17	-3.2. Schleimhautdesinfektion Hinweis auf Kapitel 5.13. gestrichen
	20	-Bei den Flow-Packs Hinweis zur korrekten Beschriftung eingefügt
	21	-Ergänzung zu den Kanülen- und Sondermüllbehältern um die anzuwendende Prüfrichtlinie DIN EN ISO 23907
	23	-3.6. Patienten gestrichen, Mitarbeiter eingefügt Hinweis dass die Arbeits-/Schutzbekleidung nicht mit nach Hause genommen werden darf und der AG für die Aufbereitung die Verantwortung trägt Hinweis auf Betretungsverbote mit kontaminierter Bekleidung für Lebensmittel-, Pausen und Aufenthaltsbereiche
	25	-Kommunikationsgeräte + Feedback-Sensor Mehrwegsysteme eingefügt
	26	-Tragestuhl mit Raupenantrieb hinzugefügt
	29	-Empfehlung der LAG zu geschlossenen Absaugsystemen eingefügt -exaktere Beschreibung der offenen Absaugung -Bei Absaugung mit konventionellem System FFP 3 Maske und Schutzbrille/ Visierschutz eingefügt
	30	-Änderung der Erregerbezeichnung 2019-nCoV in SARS-CoV-2
	31	-Intubation: FFP 3 Maske und Schutzbrille/ Visierschutz eingefügt
	34	-unter CAVE, keine Mischinjektionen... Ausnahme „Aqua + NaCl 0,9%“
	35	-5.10. Hinweis auf Arten der Koniotomie gestrichen -5.11. Bei nicht bewussten Pat. FFP3 Maske + Schutzbrille eingefügt Optilupe® mit aufgenommen Anschluss des Sekretableitungsbeutels bereits vor Einführen der Sonde, Diskonnektion nur zur Lagekontrolle
	36(alte)	-5.12 Bei Einführen der Sonde „mittels Trokar“ gestrichen und „unter digitaler Kontrolle“ hinzugefügt *Nach Aufbrauchen vorhandener Sets nur noch Thoraxdrainage-Katheter ohne Trokar beschaffen eingefügt
	38	-alte Seite 36 „Harnableitung“ komplett gestrichen (dadurch Verschiebung der Seitenzahlen gegenüber den Vorversionen) - bei HIV noch AIDS hinzugefügt - Schutzbrille, Absaugung und High-Flow Verfahren ohne gesicherten Atemweg eingefügt
	40	-Hinweis auf Nutzung des HCID-Tools des RKI und der TRBA 252
	41	-Mpox, AIDS, Cholera, Clostridoides, Corona-Viren aktualisiert -Diphtherie, Durchfall unkl. Genese, Herpes Zoster/Varizellen aktualisiert
	42	-Hämorrhagische Fieber aktualisiert + ergänzt, Hinweis auf HCID
	43	-Hautausschlag unklarer Genese, Hepatitis A,B,C,D,E aktualisiert
	44	-Influenza, Legionellose, Masern, Meningitis, MRGN aktualisiert
45	-MRSA, Norovirus-Infektionen, Pertussis, Pfeiffersches Drüsenfieber	
46	-Pneumokokken-Infektionen, Polio, Rotavirus, RSV, Salmonellen, Scharlach aktualisiert -TBC, VRE aktualisiert	

Datum:	Ersteller:	Version:	Freigabe:	Seite 60 von 61
01.02.2026	LAG HYG RD RLP	5.0	LAG HYG RD RLP	

# Rahmenhygieneplan

Notfallrettung und Krankentransport  
Rheinland-Pfalz

## Änderungsverlauf Fortsetzung 3:

Datum	Seite	Änderung
10.12.2025  Sitzung Landesarbeits- gruppe	48	-Bei Läusebefall Helme, Mützen, Haarbürsten, Übertragbarkeit ergänzt -KTW: Anzahl FFP 3 Masken auf 6 erhöht, *FFP 3 „mit Ausatemventil“ Rolle Panzerband/ChemTape eingefügt -RTW/NKTW: Anzahl FFP 3 Masken auf 6 erhöht, *FFP 3 „mit Ausatem- Ventil“ Rolle Panzerband/ChemTape eingefügt -NEF: Anzahl *FFP 3 „mit Ausatemventil“ auf 4 erhöht
	49	-8.2 Patientenraum: bei Schränke-Schubladen „Flächen unter den Schubladenteilern beachten“ eingefügt
	57	-Anlagenverzeichnis: Neue Anlage „Arbeitshilfe Maßnahmen RD bei Verdacht auf HCID ohne Vorabinformation“
	60/61	-Änderungsverlauf ergänzt

Datum:	Ersteller:	Version:	Freigabe:	Seite 61 von 61
01.02.2026	LAG HYG RD RLP	5.0	LAG HYG RD RLP	