



Empfehlungen zum Umgang mit MRSA und anderen resistenten Keimen in stationären Wohnstätten von Menschen mit geistigen und Mehrfachbehinderungen des Kreises Heinsberg

**Herausgeber: MRSA-/MRE-Netzwerk Kreis Heinsberg
Stand: Mai 2019**

Empfehlungen zum Umgang mit MRSA und anderen resistenten Keimen in Wohnstätten für Menschen mit geistigen und Mehrfachbehinderungen des Kreises Heinsberg

Die hier formulierten Empfehlungen wurden unter Moderation des das MRSA-/MRE-Netzwerk koordinierenden Gesundheitsamtes gemeinsam mit Vertretern/innen aus Einrichtungen, in denen Menschen mit geistiger Behinderung und zum Teil auch zusätzlicher körperlicher bzw. Mehrfachbehinderung leben, entwickelt. Sie berücksichtigen selbstverständlich die aktuellen rechtlichen und nach dem „Stand des Wissens“ möglichen Vorgaben. Allerdings wollen sie Vorgehensweisen beschreiben, die auch im Alltag einer Wohnstätte umsetzbar sind. Die Bewohner solcher Einrichtungen sind dort zu Hause und sollen nicht mehr als nötig eingeschränkt oder gar benachteiligt werden. Andererseits darf nicht übersehen werden, dass die Leitung einer derartigen Einrichtung im Gegensatz zu einer Privatperson in einer eigenen Wohnung eine besondere Verantwortung den anderen Bewohnern gegenüber hat und sie vor der Übertragung von Krankheiten wo immer möglich schützen muss. Die Empfehlungen sollen von allen in Frage kommenden Einrichtungen und insbesondere den am regionalen MRSA/MRE-Netzwerk teilnehmenden im Sinne einer freiwilligen Selbstverpflichtung umgesetzt werden. Eine rechtsverbindliche Vorgabe stellen sie nicht dar; eine Haftung der Autoren ist insofern ausgeschlossen.

Inhalt

EINFÜHRUNG/PROBLEMSTELLUNG	4
1. MRSA	5
1.1. AUFNAHME EINES POSITIVEN MRSA-BEWOHNER	6
Aufnahmebefund	6
Klärung der Unterbringung	6
Informationsmaßnahmen	6
Risikoeinschätzung	7
Screeningabstriche	7
1.2. HYGIENEMASSNAHMEN PERSONAL	8
Händehygiene	8
Persönliche Schutzausrüstung (PSA).....	9
Weitere Hygienemaßnahmen	9
1.3. ISOLIERUNG/RÄUMLICHE UNTERBRINGUNG	11
1.4. HYGIENEMASSNAHMEN BEWOHNER	12
1.5. MRSA-SANIERUNG (Dekolonisierung)	12
1.6. TRANSPORT/ENTLASSUNG	13
1.7. BESUCH VON WERKSTATT UND ANDEREN TAGESSTRUKTURIENDEN EINRICHTUNGEN	14
1.8. HYGIENEMASSNAHMEN WEITERER BEWOHNERKONTAKTPERSONEN	14
1.9. DOKUMENTATION.....	15
1.10. LEICHEN.....	15
1.11. MRSA BEIM PERSONAL	15
1.12. MELDEPFLICHT/BERATUNG.....	16
1.13. UMSETZUNG DER EMPFEHLUNGEN	16
2. ANDERE RESISTENTE KEIME	17
2.1. „STECKBRIEFE“ der wichtigsten Erreger	17
Clostridium difficile (CDI).....	17
ESBL	18
Enterobacteriaceae	18
Acinetobacter	18
Pseudomonas aeruginosa	19
GRE	19
MDR.....	19
MRE	19
3MRGN	19
4MRGN	19
Tuberkulose.....	19
VRE = Vancomycin resistente Enterokokken	19
2.2. VORGEHEN.....	20
Vorgehen bei Übertragung durch Luft- bzw. Tröpfcheninfektion	20
Vorgehen bei Übertragung durch Kontaktinfektion	20
Vorgehen bei Übertragung in geschlossenen Systemen	21
LITERATUR/RECHTSGRUNDLAGEN	22
ANHANG 1	24
ANHANG 2	25
ANHANG 3	27
ANHANG 4	29
ANHANG 5	31

EINFÜHRUNG/PROBLEMSTELLUNG

Antibiotika resistente Erreger und Keime mit besonderen Widerstandfähigkeiten haben sich in den letzten Jahrzehnten deutlich ausgebreitet und sind zu einer Herausforderung in Medizin und Pflege geworden. Auch wenn die MRSA-Zahlen in Deutschland rückläufig sind, ist die Tendenz weiterer Resistenzen steigend! Viele dieser Bakterien gehören zur dauerhaften oder vorübergehenden Flora der Haut, Schleimhaut oder des Magendarmtraktes. Sind sie für Gesunde üblicherweise harmlos (Kolonisation), so können sie besonders bei alten, kranken und Menschen mit Behinderungen schwere Krankheitsbilder hervorrufen (Infektion).

Entstanden sind solche Keime durch einen zu großzügigen und zum Teil falschen Einsatz von Antibiotika. Aber auch die Zunahme multimorbider Patienten und medizinischer Maßnahmen hat das begünstigt.

Beherrschen können wir diese Probleme nur durch einen sensiblen Umgang mit Antibiotika und die Eingrenzung einer weiteren Ausbreitung durch gute Hygiene. An erster Stelle steht dabei die Händehygiene, da von den Händen die Hauptübertragungsgefahr ausgeht. Aber nur wenn die Schnittstellen funktionieren und es als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden wird, haben wir eine Chance, derartige Keime wieder zurückzudrängen, so dass auch spätere Generationen noch von Antibiotika profitieren können. Da wenig neue Antibiotika entwickelt werden, kommt der Prävention ein immer größerer Stellenwert zu.

1. MRSA

Staphylokokken gehören weltweit zur normalen Haut- und Schleimhautflora bei Mensch und Tier. Besonders häufig sind sie im Nasenvorhof angesiedelt. Man geht davon aus, dass 20 – 30% aller Menschen dauerhaft besiedelt sind. Sie sind „fakultativ pathogen“, d.h. nur unter bestimmten Bedingungen verursachen sie Erkrankungen. Dabei handelt es sich entweder um besonders aggressive Untergruppen, oder aber der Mensch ist durch eine herabgesetzte Abwehr anfälliger. Es sind sowohl lokal begrenzte oberflächliche oder tiefgehende als auch systemische Infektionen möglich (z.B. Furunkel, Abszesse, Wundinfektionen, Mittelohr-, Nasennebenhöhlenentzündungen, Osteomyelitis, Pneumonie, Sepsis u.a.m.). Besonders gefährdet sind Menschen nach Operationen u.ä., aber auch chronisch Kranke (z.B. Diabetiker, Dialysepflichtige), solche mit Hautveränderungen, Fremdkörpern bzw. Zugängen (z.B. PEG, Urinkatheter) und MRSA in der Vorgeschichte. Die Infektion kann sowohl von den körpereigenen Keimen ausgehen als auch von bzw. durch andere übertragen werden.

Bereits zwei Jahre nach Einführung des Antibiotikums Methicillin traten 1961 erste Resistenzen auf; daher rührt der Name MRSA = Methicillin resistenter Staphylokokkus aureus. Da Staphylokokken mittlerweile gegen eine ganze Reihe verschiedener Antibiotika unempfindlich sind, wird der Name auch gerne im Sinne „multiresistenter Staph. aureus“ verwendet. MRSA verhält sich prinzipiell nicht anders als der Antibiotika sensible Staph. aureus (MSSA), birgt aber immer die erhöhte Gefahr von Komplikationen bzw. schwererer Verläufe.

Die meisten resistenten Varianten sind im Zusammenhang mit Krankenhausbehandlungen entstanden (haMRSA = hospital acquired). Zunehmend verbreiten sich jedoch weitere Subtypen, die entweder außerhalb von medizinischen Einrichtungen erworben und oft besonders aggressiv sind (caMRSA = community acquired bekannt seit 1981) oder solche, die von Tieren, z.B. in der Schweinemast, ausgehen (laMRSA = livestock associated ab 2004).

Will man die Verbreitung von MRSA beschreiben, so stehen verschiedene Parameter zur Verfügung:

- Inzidenz = MRSA-Fälle pro 1000 Patienten bzw. Bewohnern
- Inzidenzdichte = MRSA-Fälle pro 1000 Patiententage
- Prävalenz = positive Individuen einer Population zu einem bestimmten Zeitpunkt

Davon zu unterscheiden ist die MRSA-Rate: Diese bezieht sich auf den Anteil Methicillin-resistenter Stämme auf alle untersuchten Staph. aureus Proben. In Deutschland liegt diese etwa bei 20%, Tendenz leicht fallend. Im Antibiogramm entscheidend ist die Resistenz gegenüber OXACILLIN.

Zahlen zur MRSA-Prävalenz in Behinderteneinrichtungen liegen nicht vor. In deutschen Langzeitpflegeeinrichtungen geht man von einer mittleren MRSA-Prävalenz von 7,6 – 9,2% aus. Heimbewohner nach einem Krankenhausaufenthalt, einer Breitspektrumantibiotikatherapie, mit Wunden/Dekubitalulcera sowie eingeschränkter Mobilität oder Grunderkrankungen zeigten in vielen Studien ein MRSA- und MRE-Risiko. Bekanntermaßen gehören auch Träger von Kathetern, Sonden u. ä. dazu.

1.1. AUFNAHME EINES POSITIVEN MRSA-BEWOHNER (Z. B. NACH KRANKEN-HAUSAUFENTHALT)

In den meisten Fällen erfolgt die **Information** über einen positiven MRSA-Status über den Überleitungsbogen, den Arztbrief, manchmal aber auch über Angehörige oder Mitarbeiter, die den Bewohner während seines Krankenhausaufenthaltes besucht haben.

Aufnahmebefund

Als erstes muss anhand der folgenden Fragen der Ist-Status geklärt werden:

- Mit welchem Keim ist der Bew. besiedelt?
- An welchen Körperstellen wurde die Besiedlung nachgewiesen?
- Seit wann ist die Besiedlung bekannt?
- Ist er das erste Mal betroffen oder handelt es sich um einen wiederholten Fall (Rezidiv)?
- Wurde bereits eine Sanierung durchgeführt oder begonnen?
 - Wenn ja, wann und womit wurde saniert?
- Wurde der Erfolg der Sanierung bereits durch Kontrollabstriche geprüft?
 - Falls ja, wie war das Ergebnis (Entnahmestelle? Datum?)
 - Stehen noch die Ergebnisse bereits abgenommener Abstriche aus?
- Liegen bei dem Bew. sanierungshemmende Faktoren (z.B. Wunden, Sonden u.a.) vor?
- Zustand des Bewohners: Wie mobil ist er? Wie eingeschränkt ist er? Wie kooperativ/kooperationsbereit bzw. -fähig ist er?

Klärung der Unterbringung

Anhand der gewonnenen Fakten muss geklärt werden:

- Ob eine Einzelzimmerunterbringung erforderlich ist?
- In wieweit er am Gemeinschaftsleben teilnehmen kann?
- Ggfs. welche besonderen Schutzmassnahmen dabei notwendig sind? Muss er von bestimmten anderen gefährdeten Bew. fern gehalten werden?
- Falls – bezogen auf den betroffenen Bew. - keine Einzelzimmerunterbringung für notwendig erachtet wird: In welchem Zustand ist der Mitbewohner? Hat dieser besondere Risiken, die ein Zusammenleben verbieten würden? Gelten für ihn besondere Maßnahmen? Inwieweit ist der Mitbewohner kooperativ?

Informationsmaßnahmen

Wer muss alles über den positiven MRSA-Status aufgeklärt und ggfs. beraten werden?

- Intern:
 - Am Bew. Tätige:
 - Pflege- und Betreuungspersonal
 - Hauswirtschaftliches Personal
 - Reinigungspersonal
 - Evtl. weitere wie sozialer und technischer Dienst, Krankengymnast

- Im Hause Verantwortliche:
 - Wohnstättenleitung
 - Hygieneverantwortliche
 - Evtl. weitere je nach internem Organigramm
- Extern:
 - Angehörige/Betreuer/ggfs. Werkstattmitarbeiter
 - Ggfs. Krankengymnast, Logopädin u.a.
 - Ggfs. Transportpersonal
 - Ggfs. Fußpflege, Frisör u.a. (Datenschutz beachten!)
- Absprache mit Hausarzt zum Austausch des Informationsstands, ggfs. weiteren Sanierungs- und Kontrollmaßnahmen.
- Die genauen Informationswege richten sich nach den internen Verfahrensanweisungen.

Risikoeinschätzung

Die 2014 neu veröffentlichten MRSA-Empfehlungen der KRINKO sehen eine „einrichtungsspezifische ärztliche Risikoanalyse“ bei jedem Patienten/Bewohner bzw. in jeder Organisationseinheit vor. Deshalb sollte in jeder stationären Einrichtung eine Aussage zur prinzipiellen Einschätzung des MRSA- und MRE-Risikos seiner Bewohner bzw. einzelner Bewohnergruppen vorliegen. Das individuelle Risiko eines Bewohners sollte in Kooperation mit dem Hausarzt eingeschätzt und dokumentiert werden. Ggf. ist das immer wieder (z.B. nach Krankenhausaufenthalt, Antibiotikatherapie) zu aktualisieren.

Screeningabstriche

Routinemäßige Abstriche bei Bewohnern sind nach heutigem Kenntnisstand nicht sinnvoll. Allerdings gibt es Ausnahmesituationen, in denen Screenings bzw. Kontrollabstriche durchaus sinnvoll sind, so z. B. vor Krankenhausaufenthalt, Operationen, bei auffälligen Wunden, bei schwerstkranken Mitbewohnern und bei Ausbrüchen. Die Durchführung und Kostenübernahme solcher Abstriche sind nicht abschließend geklärt. Entschließt sich eine Einrichtung, in besonderen Fällen selbst Screeningabstriche zu entnehmen oder diese im Auftrag des behandelnden Arztes durchzuführen, so wird üblicherweise durch einen **Nasen-Rachenabstrich** (erst im Rachen, dann in beiden Nasenvorhöfen mit einem trockenen Tupfer abstreichen) getestet. Ein weiterer wird bei **Wunden/Hautläsionen** dort entnommen und/oder - je nach Vorgeschichte und aktuellem Verdacht - an anderen Körperstellen. Der MRSA-Status wird normalerweise über eine **Kultur** („Mikrobiologie“) in einem der gängigen Labore getestet. Das Ergebnis liegt etwa nach 48 Stunden vor.

1.2. HYGIENEMASSNAHMEN PERSONAL

Bei MRSA-pos. Bewohnern darf nur eingewiesenes und informiertes Personal eingesetzt werden. Mitarbeiter, die selbst Risikofaktoren für eine MRSA-Besiedlung tragen (z.B. Wunden, chronischen Hauterkrankungen), sollten auf keinen Fall pflegerische Maßnahmen bei MRSA-pos. Bewohnern durchführen.

Diese Vorgaben verpflichten die Mitarbeiter nicht davor, mitzudenken und in jeder Situation eine **eigenverantwortliche Einschätzung** der Übertragungsgefahr und der notwendigen Maßnahmen vorzunehmen! Der größte Teil der unten aufgeführten Vorsichtsmaßnahmen gehört zur **Basishygiene**, die bei jedem Bewohner einzuhalten ist! Und es gilt: Trotz aller notwendigen Vorsichtsmaßnahmen dürfen Bewohner mit MRSA **nicht schlechter versorgt** werden!

Hygienemaßnahmen werden üblicherweise immer als **Bündel** durchgeführt, da diese gegenüber den Einzelmaßnahmen einen hyperadditiven Effekt haben.

Händehygiene

Händeschütteln eher vermeiden! Allerdings bestehen dagegen keine Bedenken, wenn die Hände vor Beginn medizinischer bzw. pflegerischer Maßnahmen desinfiziert werden.

Hände und Unterarme müssen bei pflegerischen Tätigkeiten frei sein, d.h. Ringe (einschließlich Ehering), Uhren usw. sind abzulegen. Künstliche oder lackierte Fingernägel sind bei diesen Arbeiten nicht geeignet.

Hygienische Händedesinfektion:

- Immer vor Verlassen des Zimmers eines MRSA-positiven Bewohners!
- Je nach vorausgegangener Tätigkeit vor, immer nach bzw. zwischen jedem direkten pflegerischem oder medizinischem Bewohnerkontakt
- Bei Wechsel einer Tätigkeit ggfs. auch beim selben Bewohner (z.B. nach dem Verbandswechsel)
- Nach Ausziehen von Handschuhen
- Bei Dienstbeginn und -ende
- Nach dem Gang zur Toilette, Nasenkontakt/Naseputzen/Niesen u.ä., vor dem Essen

Händewaschen: Außer bei den üblichen Verrichtungen (z. B. nach dem Gang zur Toilette) nur bei Verunreinigung der Hände. Grobe Verunreinigungen vorher mit einem mit Desinfektionsmittel getränkten Zellstofftuch entfernen, dann waschen, zum Schluss desinfizieren.

Desinfektionsmittelspender können im Behindertenbereich meist nicht in den Bewohnerzimmern angebracht werden. Je nach Klientel sollten sie sich an den Mitarbeiterarbeitsplätzen, Badezimmern usw. befinden. In den meisten Fällen wird man auf transportable Spender zurückgreifen müssen.

Persönliche Schutzausrüstung (PSA)

Unsterile Schutzhandschuhe werden immer dann benutzt, wenn es bei pflegerischen (oder ärztlichen) Tätigkeiten zu einem Kontakt mit Blut, Körpersekreten, -flüssigkeiten, Ausscheidungen oder kontaminierten Gegenständen, Materialien usw. kommen kann. Die Handschuhe dürfen nur bei einem Bewohner eingesetzt werden. Nach Gebrauch werden sie sofort ausgezogen, je nach Art der Tätigkeit auch gewechselt und im Zimmer entsorgt. Eine Händedesinfektion schließt sich immer an.

Sterile Handschuhe werden getragen bei invasiven Maßnahmen wie z. B. dem Legen eines Urinkatheters.

Ein langärmeliger **unsteriler Schutzkittel** wird bei der Grundpflege, dem Bettenmachen sowie der Wundversorgung u.ä. getragen. Ein eng anliegender, mehrlagiger **Mundnasenschutz** ist erforderlich beim Bettenmachen, bei nasaler Besiedlung des Bewohners, pflegerischer Säuberung der Mundhöhle, endotrachealem **Absaugen**, Tracheostomapflege und in der Regel bei der Versorgung von Wunden. Eine **Schutzbrille** ist bei der Gefahr vom Verspritzen/Versprühen von kontaminierten Flüssigkeiten u.ä. (z.B. beim Absaugen) erforderlich, eine **Haube** ebenfalls nur bei massiver Kontaminationsgefahr, bei langen Haaren und engem Kopfkontakt (z.B. in den Arm nehmen).

Beim Ausziehen der PSA sollte folgende **Reihenfolge** eingehalten werden: Handschuhe - Händezwischendesinfektion (oder Ausziehen der Handschuhe OHNE Berührung der Außenseiten mit den ungeschützten Händen) - Mundnasenschutz/Haube - Kittel (kontaminierte Seite nach innen falten) - Händedesinfektion.

Der Schutzkittel kann - solange er nicht sichtbar verunreinigt ist - mehrfach gebraucht werden: Dazu wird er im Vorraum – sofern vorhanden – oder im Bewohnerzimmer in Tünnähe mit der Außenseite nach außen aufgehängt. Sinnvoll kann es sein, den Kittel hinter einer spanischen Wand o.ä. zu platzieren.

Bei der bewohnerbezogenen **Lagerung** der PSA ist darauf zu achten, dass nicht schon vor Gebrauch eine Kontamination möglich ist (d.h. nie in Wohnernähe).

Weitere Hygienmaßnahmen

Flächendesinfektion: Es erfolgt täglich und bei Bedarf eine Wischdesinfektion der bewohnernahen Flächen bzw. der Bewohnerkontaktflächen (z.B. Fenstergriffe) und des gesamten Sanitärbereiches. Wichtig ist die möglichst sofortige, gezielte Desinfektion nach Kontamination mit Blut, Sekreten oder Ausscheidungen. Bei Bewohnern mit Husten, Auswurf u.ä. sowie bei schwer sanierbaren Fällen kann eine Intensivierung der Flächendesinfektionsmaßnahmen (z.B. 3 x täglich) erforderlich sein. Auf ein einwandfreies Reinigungssystem und eine entsprechende Schulung des Personals auch im hauswirtschaftlichen Bereich ist zu achten.

Verwendete Desinfektionsmittel: Alle verwendeten Desinfektionsmittel sind VAH gelistet oder entsprechenden einschlägigen Euronormen.

Wäsche: Wäsche wird im Zimmer in einem geeigneten Sack gesammelt. Sie wird geschlossen entsorgt und ohne weiteres Sortieren mit einem desinfizierenden

Waschverfahren gereinigt. In Absprache mit der Wäscherei erfolgt ggfs. eine besondere Kennzeichnung.

Bewohnerwäsche kann von den Angehörigen ebenfalls in einem geschlossenen und auslaufsicheren Behältnis mit nach Hause genommen und dort gewaschen (möglichst bei 60 ° C) werden. Werden temperaturempfindliche Textilien in der Einrichtung gewaschen, sollte dies getrennt von der Wäsche anderer Bewohner mit einem desinfizierenden Waschmittel erfolgen.

Abfall: Der Abfall wird im Bewohnerzimmer in einem dichten und reißfesten Behältnis gesammelt und geschlossen zügig entsorgt. Ein Zwischenlagern ist zu vermeiden.

Geschirr: Das Geschirr einschließlich Tablett wird routinemäßig transportiert und desinfizierend bzw. in der Spülmaschine bei mindestens 60° gereinigt. Nachdem das Geschirr im Zimmer eines MRSA-Bewohners war, ist das nicht abgedeckte Stehen lassen zu vermeiden.

Pflegeutensilien (siehe bitte auch „Hygienemaßnahmen Bewohner“): Die im Zimmer gelagerten Pflegeutensilien und Einmalmaterialien sind auf ein Minimum zu begrenzen. Dort gelagerte, aber nicht benutzte Materialien müssen bei Abschluss der Sanierung oder Bewohnerwechsel weggeworfen oder desinfiziert werden (Vorgaben für Medizinprodukte beachten!).

Stethoskope, Blutdruckgeräte, Thermometer, Insulin-Pens, Blutzucker-Messgeräte, Instrumente usw.: Müssen entweder bewohnerbezogen benutzt oder nach jedem Gebrauch desinfiziert werden. Auch im Zimmer verbleibende Geräte, Instrumente usw. müssen regelmäßig aufbereitet bzw. desinfiziert werden (z.B. täglich wie die bewohnernahen Flächen). Insulin-Pens sollten – wenn vom Bewohner her möglich - im Zimmer bleiben.

Medikamentendosetts: Müssen bewohnerbezogen eingesetzt und regelmäßig sowie nach Sanierungsabschluss desinfiziert werden. Üblicherweise werden diese außerhalb des Zimmers gelagert; die Medikamente werden dem Bewohner zu den entsprechenden Zeiten gebracht. Sofern dabei keine Einmalbecherchen verwendet werden, werden die Medikamentenbecherchen mit dem Geschirr entsorgt und in der Geschirrspülmaschine gereinigt.

Gerätegebrauch (PEG-Pumpen, Absauggeräte, Sauerstoff-Konzentratoren, Wechseldruckmatratzen u.a.): Sollen bewohnerbezogen eingesetzt werden und – wenn möglich - im Zimmer bleiben. Sie sind – analog den bewohnernahen Flächen – täglich zu desinfizieren. Nach Abschluss der Sanierung erfolgt eine hygienische Aufbereitung nach den Vorgaben des Medizinproduktegesetzes.

Hilfsmittel (Rollstühle, Rollatoren u.a.): Werden täglich und nach Abschluss der Sanierung wischdesinfiziert.

Schlussmaßnahmen: Nach erfolgreicher Sanierung erfolgen Desinfektionsmaßnahmen, die im Wesentlichen denen der laufenden Desinfektion entsprechen. Zusätzlich werden die Gardinen gewaschen und der Boden des Bewohnerzimmers desinfizierend gereinigt. Zu Pflegeutensilien, Geräten usw. siehe oben!

Bettenaufbereitung: Sie richtet sich nach der im Hause üblichen Verfahrensanweisung. Während der Sanierung wird das Bett wie andere patientennahe Flächen behandelt. Nach Abschluss der Maßnahmen erfolgt eine umfassende Wischdesinfektion. Die Matratzen sollten mit desinfizierbaren Überzügen versehen sein.

1.3. ISOLIERUNG/RÄUMLICHE UNTERBRINGUNG

Prinzipiell gilt: Ob ein Bewohner isoliert werden muss und wenn ja, wie lange, ist immer eine **Einzelfallentscheidung**. Der Beratung des Bewohners, der Angehörigen, des Betreuers oder auch Mitbewohners kommt dabei eine wichtige Rolle zu. Die Bedürfnisse des betroffenen Bewohners und die infektionshygienische Verpflichtung des Hauses bzw. der Schutz anderer Bewohner muss bei jeder Entscheidung sorgfältig **abgewogen** werden.

Von der eigentlichen Isolierung im Einzelzimmer wird die Pflege mit **Barrieremaßnahmen** unterschieden. Bei dieser wird keine räumliche Abtrennung des Bewohners vorgenommen, jedoch strikte Schutzmaßnahmen des Personals (PSA, Desinfektionsmaßnahmen) bei allen pflegerischen, therapeutischen, medizinischen und Reinigungsmaßnahmen eingehalten.

Ist ein MRSA-pos. Bewohner in einem **Doppelzimmer** untergebracht, so muss eine Trennung von dem Mitbewohner erfolgen, wenn die MRSA-Besiedlung nicht in einem geschlossenen System (z.B. Urinkatheter, abgedeckte Wunde), sondern großflächig oder/und im Nasenrachenraum vorliegt und der Mitbewohner zu einer gefährdeten Gruppe gehört. Zu den **Gefährdeten** zählen insbesondere Personen mit einem invasiven Zugang (z.B. PEG, Urinkatheter, Tracheostoma), mit Immunsuppression (z.B. Chemotherapie, hohe systemische Cortisondosen), Wunden/Ekzemen/Hauterkrankungen, ggfs. eingeschränkte kognitive Fähigkeiten.

Gehört der Mitbewohner nicht zu diesem Personenkreis, wird er angehalten, einen Kontakt zu dem MRSA-pos. Mitbewohner zu vermeiden.

Eine **Kohortenisolierung**, d. h. die gemeinsame Unterbringung von MRSA-pos. Bewohnern ist möglich. Auf keinen Fall sollten Bewohner mit unterschiedlichen resistenten Keimen (z.B. MRSA und ein anderer resistenter Keim) zusammengelegt werden.

Zimmerkennzeichnung: Eine Zimmerkennzeichnung ist nicht unbedingt erforderlich. Angehörige und andere Besucher sollten aber von den Mitarbeitern rechtzeitig informiert und aufgeklärt (z.B. über Händedesinfektion) werden.

Ein MRSA-pos. Bewohner sollte den **Sanitärbereich** nicht mit anderen teilen. Dies gilt auch bei Einzelzimmerunterbringung mit einer gemeinsamen Nasszelle für zwei Zimmer. Lässt sich dies organisatorisch überhaupt nicht realisieren, werden verstärkt Desinfektionsmaßnahmen durchgeführt.

Wenn sich die MRSA-Besiedlung in einem abgeschlossenen System befindet, unterliegt die **Teilnahme am Gemeinschaftsleben** keinen Einschränkungen. Bei einer Nasenrachenbesiedlung oder/und sonstigen großflächigen Besiedlung ist sie dann möglich, wenn der Bewohner kooperativ ist und die Sanierung bereits begonnen wurde. Bei nicht kooperativen bzw. kognitiv eingeschränkten Bewohnern muss im Einzelfall abgewogen werden, an welchen Aktivitäten der Bewohner teilnehmen kann und ob evtl. Auflagen (z.B. Mundnasenschutz) und/oder zusätzliche Maßnahmen (z.B. intensivierete Desinfektion) notwendig sind. Snoezelräume und

andere Freizeitbereiche, die nicht gut gereinigt und ggfs. desinfiziert werden können, sollten von MRSA-Trägern nicht benutzt werden.

Im Haus durchgeführte Maßnahmen der Fußpflege, Haarpflege u.ä. sollten möglichst im Bewohnerzimmer und am Ende des Tages mit anschließenden entsprechenden Desinfektionsmaßnahmen insbesondere der verwendeten Utensilien durchgeführt werden.

1.4. HYGIENEMASSNAHMEN BEWOHNER

Ein MRSA-pos. Bewohner wird angeleitet, sich vor Verlassen seines Zimmers die **Hände zu desinfizieren**.

Der **enge Kontakt** zu gefährdeten Mitbewohnern (s.o.) sollte – wenn möglich - vermieden werden.

Bei einer großflächigen oder Nasenrachen-Besiedlung sollten **Einmaltaschentücher** verwendet und sofort entsorgt werden.

Während einer Sanierung:

- **Zahn-/Mundpflege:** Bis zum Abschluss der Sanierungsphase sollten vorzugsweise Einmalzahnbürsten benutzt werden. Andernfalls muss mindestens tägliche eine Desinfektion der Zahnbürste stattfinden; am letzten Tag der Sanierung muss sie entsorgt werden. Zahnprothesen sollten ebenfalls täglich manuell desinfizierend gereinigt werden.
- **Sonstiges:** Verzicht auf Lippenstift, Deo-Roller (Deo-Spray benutzen!), Haarbürsten u.ä. oder mindestens tägliche Desinfektion und Entsorgung am Ende der Sanierung, Einmalrasierer benutzen
- **Wäsche:** Täglicher Wechsel der Bettwäsche sowie Leib- und Nachtwäsche, Wechsel der Handtücher/Waschlappen nach jedem Gebrauch

Anmerkung: Gewählt wird dasjenige Desinfektionsmittel, welches dem Material am ehesten entspricht. Zum Einsatz können kommen alkoholische oder nicht-alkoholische Flächendesinfektionsmittel, Instrumentendesinfektionsmittel oder Rachenantiseptika. Etwaige Materialunverträglichkeiten beachten!

1.5. MRSA-SANIERUNG (DEKOLONISIERUNG)

Eine im Krankenhaus begonnene Sanierung sollte in Kooperation mit dem behandelnden Arzt immer zu Ende geführt werden. Bei im Heim festgestellten positiven Status ist im Hinblick auf eine mögliche spätere Krankenhauseinweisung und die Verbreitungsgefahr innerhalb des Heimes eine Sanierung empfehlenswert, wenn bei dem betroffenen Bewohner hierfür ausreichende Erfolgsaussichten bestehen.

Sanierungsmaßnahmen:

- 3x täglich Mupirocin-Nasensalbe über 5 Tage (bei Kohortenisolierung evtl. auch länger), mit einem Watteträger einzubringen in beide Nasenvorhöfe; alternativ kann eine antiseptische Nasensalbe eingesetzt werden
- 3 x täglich antiseptische Mundspülungen oder Mundpflege über 5 Tage
- 1 x täglich über 5 Tage desinfizierende Waschungen einschließlich der Haare
- Desinfektion von Rasierern, Prothesen, Brillen u.ä. während der Sanierungsphase

Kontrollabstriche: Es erfolgen üblicherweise 3 Tage nach Abschluss der Sanierung an den ehemals positiv getesteten Stellen möglichst 3 Kontrollabstriche. Sind diese immer noch positiv, erfolgen weitere Maßnahmen je nach Einzelfall.

Üblicherweise wird ein zweiter **Sanierungszyklus**, ggfs. mit erweiterten Desinfektionsmaßnahmen angeschlossen. Ein dritter kann im Einzelfall durchgeführt werden, dann sollten allerdings die Substanzen gewechselt werden (z.B. Chlorhexidin anstatt Mupirocin). Hier gilt es, gemeinsam mit dem behandelnden Arzt abzuwägen, ob nicht **sanierungshemmende Faktoren** (z.B. Wunden, Ekzeme, Zugänge wie PEG, Urinkatheter) einer erfolgreichen Sanierung im Wege stehen. Wo immer dies möglich ist, sollten diese Faktoren vor einem weiteren Sanierungsversuch beseitigt werden. Man weiß heute allerdings, dass auch Menschen mit diesen sog. sanierungshemmenden Faktoren von einer Keimreduktion durch Dekolonisationsmaßnahmen profitieren, insbesondere vor Krankenhausaufenthalten z. B. für eine Operation oder anderen invasiven Eingriffen. In diesem Zusammenhang wird auch immer wieder propagiert, desinfizierende Waschungen (ggfs. mit desinfizierender Nasensalbe, täglichem Wäschewechsel) ohne Abstrichkontrollen durchzuführen. Dies kann insbesondere vor Teilnahme an besonderen Aktivitäten, Transport, Arztbesuch usw. sinnvoll sein. Auch bei nicht kooperationsfähigen Bewohnern ist dies eine Option. Die **Antibiotikabehandlung** ist eine Einzelfallentscheidung z.B. dann, wenn bei einem Bewohner die Gefahr der Infektion bei langfristiger Kolonisation als hoch einzuschätzen ist.

Liegen bei einem Bewohner keine sanierungshemmenden Faktoren vor und ist er dennoch immer wieder besiedelt, so sollte nach einer möglichen Quelle gesucht werden. Dies können alle Personen sein, mit denen der Bewohner regelmäßig Kontakt hat, aber auch alle möglichen Haus- und Nutztiere.

1.6. TRANSPORT/ENTLASSUNG

Bewohnertransport zu medizinischen Einrichtungen (z.B. Krankenhaus, Arztpraxis): Transporte sollten prinzipiell nur dann erfolgen, wenn sie unbedingt notwendig sind und üblicherweise als Einzeltransport (ohne Kontakt zu anderen Patienten/Bewohnern) durchgeführt werden.

Zieleinrichtung und Transportpersonal müssen über die Art des MRSA-Befalls **informiert** werden. Wunden u.ä. sind dicht zu verbinden. Der Bewohner sollte frische Körperwäsche tragen und unmittelbar vor dem Transport die Hände desinfizieren. Bei Nasenrachenbefall bzw. Infektion der Atemwege sollte er einen Mund-Nasen-Schutz tragen.

Bewohnertransport zu Werkstatt, anderen tagesstrukturierenden Einrichtungen u.ä.: Dies ist immer eine Einzelfallentscheidung! Ist ein Transport unvermeidbar, so sollten durch entsprechende Vorsichtsmaßnahmen (Händedesinfektion des MRSA positiven Bewohners vor dem Transport, ggfs. Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes, evtl. Flächendesinfektion der Handkontaktflächen, dabei Materialverträglichkeit beachten!) insbesondere andere gefährdete Mitfahrer geschützt werden. Dies gilt sowohl für Transportunternehmen als auch institutionseigene Dienstwagen.

Entlassung (z.B. ins betreute Wohnen, Heim): Aufklärung des Bewohners und/oder seiner Angehörigen oder Betreuungspersonen über den Sachstand und über das Risiko des möglichen Wiederauftretens von MRSA.

Pflegepersonal-/einrichtungen werden über den ausgefüllten **Überleitungsbogen** informiert.

1.7. BESUCH VON WERKSTATT UND ANDEREN TAGESSTRUKTURIENDEN EINRICHTUNGEN

Dies ist immer eine Einzelfallentscheidung! Empfehlenswert ist, dass der Bewohner bis zum Abschluss der Sanierung derartige Einrichtungen nicht besucht, ganz besonders dann, wenn gleichzeitig schwere Atemwegsinfekte vorliegen. Wird dennoch auf einem Werkstattbesuch bestanden, muss diese über die geeigneten Schutzmaßnahmen für behinderte Mitarbeiter und Personal informiert werden. Dabei gilt besonders zu berücksichtigen, dass gefährdete Mitarbeiter (Kriterien siehe bitte oben) möglichst keinen Kontakt zu den Betroffenen haben sollten. Sinnvoll ist es, den Betriebsarzt einzubinden. Der MRSA positive Mitarbeiter wird angehalten, sich häufig die Hände zu desinfizieren oder gründlich zu waschen. Pflegerische Maßnahmen (z.B. Einlagenwechsel, Verbandwechsel) sollten räumlich getrennt nach der Versorgung anderer Gruppenmitglieder in Räumen mit wischbaren Böden und Wänden erfolgen. Ein eigener, nur vom MRSA-positiven Mitarbeiter benutzter Sanitärraum ist wünschenswert. Kann dies nicht gewährleistet werden, ist nach dem Toilettenbesuch, Einlagenwechsel usw. eine desinfizierende Reinigung erforderlich. Auch in tagesstrukturierenden Einrichtungen sollten Handtücher, Waschlappen u.ä. sofort nach Gebrauch geschlossen entsorgt werden. Für Ruhezeiten benötigen MRSA-besiedelte Mitarbeiter ein eigenes Bett. Ist auch dies nicht zu bewerkstelligen, muss es nach dem Gebrauch komplett neu bezogen und desinfizierend gereinigt werden. Das gleiche gilt für Rollstühle und andere möglicherweise benutzte Medizinprodukte und Utensilien, die auch in der Werkstatt personenbezogen benutzt werden sollten.

Auswärtige Friseurbesuche u.ä. sollten möglichst bis zum Abschluss der Sanierung verschoben werden. Werden sie dennoch durchgeführt, weil beispielsweise ein Bewohner nicht sanierbar ist, besteht eine prinzipielle Mitteilungspflicht außerhalb medizinischer Einrichtungen nicht.

1.8. HYGIENEMAßNAHMEN WEITERER BEWOHNERKONTAKTPERSONEN

Mitbewohner: Inwieweit Mitbewohner in Hygienemaßnahmen einbezogen werden, muss im Sinne einer Einzelfallentscheidung entschieden werden.

Besucher: Sie sollen sich nach entsprechender Aufklärung durch die Mitarbeiter vor Verlassen des Zimmers und nach Verabschiedung des MRSA-pos. Bewohners die Hände desinfizieren.

Reinigungspersonal: Muss entsprechend aufgeklärt und eingewiesen werden. Die Zimmer von MRSA-Bewohnern müssen am Ende der Schicht gereinigt werden. Mit den Reinigungsutensilien dürfen ohne Aufbereitung keine weiteren Wohnstättenbereiche gesäubert werden.

Die Reinigungskräfte müssen einen Schutzkittel und/oder eine Einmalschürze sowie Handschuhe tragen, bei engem Kontakt zum Bewohner oder besonderer Kontaminationsgefahr auch einen Mundnasenschutz. Die gesamte Schutzkleidung

muss nach Reinigung des Zimmers des positiven Bewohners ausgezogen werden; eine Händedesinfektion schließt sich an.

Weitere interne oder externe Mitarbeiter (einschließlich ehrenamtlich Tätige, Seelsorger usw.): Sie müssen ebenfalls durch das Personal über Schutzmaßnahmen informiert werden. Dazu gehört immer das Desinfizieren der Hände möglichst vor Betreten, aber immer bei Verlassen des Zimmers bzw. nach Verabschiedung eines MRSA-pos. Bewohners. Ein Schutzkittel und/oder Mundnasenschutz ist – je nach Einzelfall - bei engem Bewohnerkontakt (z.B. Krankengymnastik) und wenn eine besondere Gefahr der Streuung besteht, notwendig. Ist ein Mundnasenschutz nicht möglich (z.B. bei der Logopädie), sollte – wo immer möglich – ein Sicherheitsabstand von ca. 1 m eingehalten werden. Personal, welches mehrere Bewohner/Patienten betreut, sollte zu MRSA-pos. Bewohnern immer zum Schluss gehen.

1.9. DOKUMENTATION

Ein aktueller oder aus der Vergangenheit bekannter pos. MRSA-Status wird dauerhaft unter „**pflegerrelevante Diagnosen**“ dokumentiert. Es sollte auch kurz beschrieben werden, wann und wo der Keim nachgewiesen wurde, ob Sanierungsmaßnahmen durchgeführt wurden und ob diese erfolgreich waren.

Werden bei einem Bewohner **Isolierungsmaßnahmen** durchgeführt oder darf er an bestimmten Bereichen des Gemeinschaftslebens nicht teilnehmen, so wird dies in der Bewohnerdokumentation dokumentiert und **begründet**. Dies erfolgt auch, wenn auf solche Maßnahmen ausdrücklich verzichtet wird.

1.10. LEICHEN

MRSA-besiedelte oder –infizierte Leichen werden behandelt wie auch zu Lebzeiten die entsprechenden Bewohner. Der Bestatter sollte informiert werden, damit er entsprechende Schutzkleidung (Kittel/Schürze, Handschuhe) bei der Versorgung des/der Toten anlegen kann.

1.11. MRSA BEIM PERSONAL

Verlässliche Zahlen über die Besiedlungsraten von Personal in Pflege- und Behinderteneinrichtungen gibt es nicht. Bei verschiedenen Untersuchungen in medizinischen Einrichtungen ergaben sich Zahlen zwischen 0,4 und 5,3%. Bekannt ist aber auch, dass es eine Art **Kontamination** gibt: Screent man Pflegekräfte am Ende der Schicht, so sind sie möglicherweise positiv, nach einem freien Wochenende aber wieder negativ.

Nach derzeitigem Kenntnisstand und Rechtslage ist in Deutschland ein Routinescreening von Personal nicht vorgesehen. Dies sollte nur bei einem konkreten Hinweis bzw. bei Auftreten mit Verdacht auf einen epidemischen Zusammenhang durchgeführt werden. Verantwortlich dafür ist der Arbeitgeber, ggfs. in Zusammenarbeit mit betreuendem Arbeitsmediziner/Betriebsarzt und/oder Hygienebeauftragter/m, ggfs. auch Gesundheitsamt.

Eine MRSA-Besiedlung bedingt keine Arbeitsunfähigkeit oder ein Berufsverbot mit Entschädigungsansprüchen nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG). Von einer Gefährdung von Angehörigen ist üblicherweise nicht auszugehen; Ausnahmen sind

Immunsupprimierte, Menschen mit Wunden oder Ekzemen sowie Frühgeborene (bei gesunden Neugeborenen Einzelfallentscheidung).

Kolonisiertes Personal sollte nach Möglichkeit bis zur erfolgreichen Sanierung nicht im direkten Patientenkontakt (Tätigkeitsbeschränkung) oder – wenn unvermeidbar – nur mit besonderen Schutzmaßnahmen eingesetzt werden. Die Entscheidungen diesbezüglich obliegen dem Arbeitgeber, wiederum ggfs. in Absprache mit Experten.

Bei besiedeltem Personal sollte eine Sanierung (üblicherweise über den Betriebsarzt) angestrebt werden. 3, an verschiedenen Tagen entnommene Kontrollabstriche sollen negativ sein. Weitere Abstriche (z.B. nach 3, 6 und 12 Monaten) erhöhten die Sicherheit. Bei schwer oder nicht sanierbaren Mitarbeitern ist nach entsprechender Abwägung eine Einzelfallentscheidung nötig. Bei schwer oder nicht sanierbaren Mitarbeitern ist nach entsprechender Abwägung eine Einzelfallentscheidung nötig.

Besteht bei einem Mitarbeiter eine MRSA-Infektion oder eine zusätzliche Erkrankung (wie z.B. akute Rhinitis, chronische Sinusitis, Hauterkrankung), so richten sich die Maßnahmen (haus- oder fachärztliche Behandlung, Krankschreibung, MRSA-Kontrollabstriche u.a.m.) nach der Art und Schwere des Krankheitsbildes.

Wünschen Mitarbeiter aus persönlichen Gründen Abstrichkontrollen, so entscheidet ebenfalls der Arbeitgeber, ob er diese durch den Betriebsarzt oder andere (z.B. Hygienebeauftragte) durchführen lässt. Die Möglichkeit einer sachlichen Beratung des Mitarbeiters sollte auf jeden Fall gegeben sein. Im Zweifelsfall muss der Mitarbeiter die Kosten des Abstriches selbst tragen. Die Konsequenzen am Arbeitsplatz bei einem möglicherweise positiven Befund sollten aber vorher transparent sein!

1.12. MELDEPFLICHT/BERATUNG

Gemäß § 6 Abs. 3 IfSG ist das gehäufte Auftreten nosokomialer Infektionen, bei denen ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet wird, unverzüglich dem Gesundheitsamt als Ausbruch zu melden. Dazu gehören auch Infektionen mit MRSA.

Gemäß der Labormeldepflicht (meldepflichtige Nachweise von Krankheitserregern) nach § 7 IfSG ist seit 7/2009 der Nachweis von MRSA für das feststellende Labor aus Blut oder Liquor meldepflichtig.

Wünschenswert ist eine fortlaufende statistische Erfassung von allen Fällen mit resistenten Keimen innerhalb einer Wohnstätte.

Unabhängig von der Meldepflicht steht das Gesundheitsamt als beratende Stelle zur Verfügung. Das MRSA-Net / EurSafety Health-Net (siehe www.mrsa-net.org) unterhält außerdem in Münster und Groningen ein Helpdesk.

1.13. UMSETZUNG DER EMPFEHLUNGEN

Wenn sich die Leitung einer Wohnstätte/eines Trägers zur Umsetzung dieser Empfehlungen entschließt, so sollten diese als verbindlicher und für alle Bereiche bzw. Personengruppen geltender „**MRSA-Standard**“ im Rahmen des Hygiene- bzw. Qualitätsmanagement-Systems verankert werden. Ein/e **ausgebildete/r Hygiene/Hygienebeauftragte/r** sollte im Hause zur Verfügung stehen und mit

entsprechenden Kompetenzen sowie Zeitkontingent ausgestattet sein, um die Empfehlungen umzusetzen.

Auf den hausüblichen Informationswegen ist das Personal über die Einführung und später ggfs. wichtige Änderungen zu **informieren**.

Regelmäßig sollte es dokumentierte **Fortbildungen** für alle Berufsgruppen rund um die Thematik Hygiene und resistente Keime geben.

Über die Hygienebeauftragten wird ein **nachvollziehbares hausinternes Kontrollsystem („Hygienecheck“)** aufgebaut.

Die hier beschriebenen Reinigungs- und Desinfektionsmaßnahmen werden in die **Reinigungs- und Desinfektionspläne** übernommen.

1.14. ANDERE RESISTENTE KEIME

Neben MRSA gibt es eine Vielzahl weiterer Keime mit besonderen Widerstandsfähigkeiten und/oder Antibiotikaresistenzen, z.B. VRE (Vancomycin resistenter Enterococcus). Hier erfolgt die Namensgebung nicht allein durch den Keim selbst, sondern durch die Art des Resistenzmusters. In letzter Zeit sind darüber hinaus für Keime, die früher meist als ESBL (extended-Spectrum-Beta-Laktamasen bildende Erreger) genannt wurden, die Bezeichnungen 3- und 4 MRGN eingeführt worden. Darunter versteht man gram-negative (bezieht sich auf das Färbeverhalten der Erreger im Labor) Stäbchen mit Resistenzen gegen 3 Antibiotikagruppen (3 MRGN) und solche mit Unempfindlichkeit gegen 4 Antibiotikagruppen (4 MRGN). Besonders gefürchtet sind Erreger mit mehrfachen Resistenzen (Multiresistenz). Darunter fallen immer solche, die als 4 MRGN bezeichnet werden und die mit Resistenzen gegen Carbapememe (bestimmte Gruppe von modernen Antibiotika). Hier muss alles unternommen werden, um eine Ausbreitung zu verhindern, da gegen sie kaum mehr Medikamente zur Verfügung stehen und auch in nächster Zeit nicht zu erwarten sind. Betroffen sind von all diesen Erregern besonders abwehrgeschwächte Menschen. Die Krankheitsbilder können sehr vielfältig sein.

Meldepflicht: Schwere Verlaufsformen sind namentlich nach § 6, Absatz 1 Nr. 5a zu melden (üblicherweise durch den Arzt). Gehäuftes Auftreten einer akuten Gastroenteritis ist nach § 6 Abs. 1 Nr. 2 b zu melden. Nichtnamentlich nach § 6 Abs. 3 IfSG ist das gehäufte Auftreten von nosokomialen Erkrankungen zu melden. Krankenhäuser und Einrichtungen des ambulanten Operierens sind nach § 23, Abs. 4 verpflichtet, die Keime mit Resistenzen fortlaufend aufzuzeichnen.

Zu weitere Details siehe bitte Anhang 5. Dort wird auch auf die 2016 in Kraft getretene IfSG-Meldepflicht-Anpassungsverordnung eingegangen.

1.15. „STECKBRIEFE“ DER WICHTIGSTEN ERREGER

Clostridium difficile (CDI)

- Weit in der Umwelt und im Magendarmtrakt von Mensch und Tier verbreitetes gram-positives Stäbchen mit Sporen- und möglicher Toxinbildung (Enterotoxin A, Cytotoxin B)
- Besonders widerstandsfähig, da sehr tolerant gegen Umwelteinflüsse
- Übertragung direkt fäkal-oral oder indirekt über Hände, Gegenstände u.ä.

- Erkrankungen: Diarrhoe, Colitis mit möglichen Komplikationen; gibt auch gesunde Ausscheider (z.B. Kleinkinder)
- Prädisponiert sind Menschen mit gestörter Darmflora (oft nach Antibiotikagabe), gastrointestinalen Grunderkrankungen oder schlechter Abwehr
- Diagnostik: Erreger- oder Toxinnachweis im Stuhl
- Therapie: symptomatische Durchfallbehandlung, in schweren Fällen Antibiotika (Vancomycin, Metronidazol)
- Seit ca. 2003 zunehmende Verbreitung, gibt auch Antibiotikaresistenzen
- **BESONDERHEITEN:** Gehört zu den besonders widerstandsfähigen Keimen, deshalb bei den Desinfektionsmitteln Oxidantien und thermische Verfahren bevorzugen, Scheuerwischdesinfektion besonders wichtig (einschließlich einer Schlusdesinfektion) und ausnahmsweise Hände nach der Desinfektion auch noch waschen! Bei Durchfallerkrankung Isolierung.

ESBL (= extended-Spectrum-Beta-Laktamasen bildende Erreger)

gehören verschiedene gram-negative Stäbchen. Sie bilden Enzyme, vor allem die Beta-Laktamasen, die diverse Antibiotika unwirksam machen, heute werden sie meistens als 3 oder 4MRGN bezeichnet. Die wichtigsten Erreger sind dabei die Enterobacteriaceae sowie (die nicht-fermentierenden Stäbchen) Pseudomonas aeruginosa und Acinetobacter

BEACHTEN: Zu den Beta-Laktamasen gehören auch die Carbapenemasen. Werden die von einem Keim gebildet, ist er auch gegen die Antibiotikagruppe der Carbapeneme resistent (= 4MRGN) und gehört dadurch zu den besonders gefährlichen Keimen! Um deren Ausbreitung zu verhindern, sind strengste Hygienemaßnahmen erforderlich!

Besonders gefährdet sind Patienten mit einem stationären Krankenhausaufenthalt im Ausland in den letzten Monaten, solche mit MRGN in der Vorgeschichte, mit Kontakt zu anderen Patienten mit 4 MRGN-Keimen und aus Einrichtungen mit MRGN-Problemen.

Folgende Regeln gelten für die Entnahmeorte von Abstrichen:

E. Coli: rektal, ggfs. Wunden, Urin

Klebsiellen: rektal, ggfs. Wunden, Urin

Enterobacter: rektal

Enterobakterien: rektal

P. aeruginosa: rektal, Rachen

A. baumannii: Mund-Rachen-Raum, Haut

Enterobacteriaceae (bestimmte Stämme von Escherichia coli, Klebsiella pneumoniae u.a.)

- In Darm von Mensch und Tier, aber auch der Umwelt
- Übertragung direkt oder indirekt über Stuhl, infizierte Wunden, möglich auch über Tröpfchen
- Erkrankungen vor allem bei Abwehrgeschwächten in Form von Harn- und Atemwegsinfekte, Pneumonie, Sepsis

Acinetobacter

Ubiquitär verbreitet, auch in der menschlichen Hautflora auffindbar (Axilla, Leiste, Zwischenzehenbereiche)

- Verschiedene Subspezies, als nosokomialer Erreger hat besonders der *Acinetobacter baumannii* Bedeutung (Atemwegsinfekte, Bakteriämien, Meningitiden besonders nach Unfällen, Hirnoperationen u.a.)
- BEACHTTE: Sehr umweltresistent! Er gehört also zu den besonders gefährlichen UND widerstandsfähigen Erregern!

Pseudomonas aeruginosa

- Weltweit in Boden und Gewässer verbreitet (Nass-Keim), aber auch teilweise im menschlichen Darm und Lebensmitteln
- Äußerst anspruchsloser Keim, so dass er sich sowohl in feuchter als auch trockener Umgebung halten kann
- Verursacht typisch süßlich riechenden, blau-grünlichen Eiter
- Mögliche Erkrankungen: Harnwegs-, Wundinfektionen, Pneumonien, Colitis, Meningitis, Otitis externa

GRE = Glykopeptid resistente Enterokokken → siehe VRE

MDR = multi-drug resistant (= Multiresistenz)

MRE = multiresistente Erreger

3MRGN = gramnegative Stäbchen (z.B. Acinetobacter, Klebsiellen, Pseudomonaden) mit Resistenzen gegenüber 3 Antibiotikaklassen

4MRGN = gramnegative Stäbchen mit Resistenzen gegenüber 4 Antibiotikaklassen

Tuberkulose

Auch bei der Tuberkulose gibt es mittlerweile eine Reihe von Fällen, die resistent gegen die (meisten) Tuberkulostatika sind. Oft sind diese Patienten im Ausland (z.B. Osteuropa, Afrika) anbehandelt, aber nicht konsequent zu Ende therapiert worden. BEACHTTE: Bei einer Tuberkulose müssen spezielle Desinfektionsmittel angewendet werden! Sie ist in jedem Falle meldepflichtig. Vor einer Heimaufnahme soll eine ansteckungsfähige Lungentuberkulose ausgeschlossen werden (§ 36, Abs. 4 IfSG).

VRE = Vancomycin resistente Enterokokken

- Synonym: GRE = Glykopeptid resistente Enterokokken
- Gram-positive Darmbakterien von Mensch und Tier mit mehreren Subspezies, am häufigsten *E. faecalis* und *faecium*, auch in tierischen Lebensmitteln möglich
- relativ umweltresistent, aber Desinfektionsmittel sind wirksam
- Können sich bei (gesunden) Trägern Monate bis Jahre halten
- Resistent gegen viele Antibiotika einschließlich des oft als Reserveantibiotikum verwendeten Vancomycins
- Erkrankungen (z.B. Harnwegsinfekte, Wundinfektionen, Peritonitis, Sepsis u.a.) bei Pat. mit schweren Grunderkrankungen, Immunsuppression, mit Kathetern u.ä., nach der Gabe von bestimmter Antibiotika (Cephalosporine, Fluoroquinolone, Betalactam-Antibiotika), auch bei sondenernährten Patienten unter Antazidatherapie
- Diagnostik: Erregernachweis aus Stuhl, Urin, Stoma, Bauchwunden usw.

1.16. VORGEHEN

Da die Keime so vielfältig sind und neue hinzukommen können, erfolgt die Einteilung in diesen Empfehlungen nicht nach der Keimspezies oder dem Resistenzmuster, sondern nach dem **Übertragungsweg**. Die Striktheit der Maßnahmen richtet sich dabei nach dem Einzelfall. Die Einstufung muss von hygienisch versiertem Personal vorgenommen werden.

Bei keinem dieser Keime wird (bisher) ein systematisches Screening betrieben. Es gibt auch keine Sanierungsmöglichkeit wie bei MRSA. Bei einer Infektion und in Einzelfällen zur Sanierung ist die Gabe eines Reserve-Antibiotikums möglich, ggfs. mit flankierenden Desinfektionsmaßnahmen. Kontrollabstriche erfolgen frühestens 48 Stunden nach Therapieende. Die Abstrichentnahme erfolgt an der Körperstelle, an der der Keim vermutet wird.

In der Praxis entspricht das Vorgehen in vielen Bereichen dem bei einer MRSA-Besiedlung bzw. Infektion. Abweichungen sind im Folgenden aufgeführt.

Vorgehen bei resistenten Keimen, die durch LUFT- bzw. TRÖPFCHENINFEKTION übertragen werden

Hierzu **gehören** z.B. 3 MRGN Klebsiella pneumoniae im Respirationstrakt, Pneumonie mit resistenten Streptokokken.

Der Umgang mit diesen Keimen **entspricht im Wesentlichen dem Umgang mit MRSA im Nasenrachenraum**.

Isolierung: Einzelzimmer mit Nasszelle immer bei sehr gefährlichen Keimen, der Gefahr der Streuung und wenn besonders gefährdete Mitbewohner geschützt werden müssen. Kohortenisolierung bei Trägern des gleichen Keimes und Resistenzmusters möglich.

Teilnahme am Gemeinschaftsleben: Einzelfallentscheidung wie bei MRSA. Immer Händedesinfektion bei Verlassen des Bewohnerzimmers.

Vorgehen bei resistenten Keimen, die durch KONTAKTINFEKTION übertragen werden

Hierzu **gehören** alle Keime, die im Sinne einer Kontakt- oder Schmierinfektion großflächig über die Haut, über nicht gut abzudeckende Wunden sowie über Stuhl und Urin bei inkontinenten oder nicht kooperationsfähigen/-willigen Bewohnern übertragen werden, z.B. Wundinfektion mit resistentem Pseudomonas aeruginosa, Diarrhoe mit Clostridium difficile

Nicht zu dieser Gruppe gehören Erreger, die sich in gut abdeckbaren Wunden, in geschlossenen Urinkathetersystemen und – bei Darmkeimen – bei kontinenten Bewohnern befinden.

Der Umgang mit diesen Keimen entspricht in vielerlei Hinsicht dem Umgang mit MRSA.

Isolierung: Einzelzimmer mit Nasszelle immer bei besonders gefährlichen Keimen, der Gefahr der Streuung und wenn besonders gefährdete Mitbewohner geschützt werden müssen. Kohortenisolierung bei Trägern des gleichen Keimes und Resistenzmusters möglich. Bei Darmkeimen eigene Toilette oder Toilettenstuhl.

Teilnahme am Gemeinschaftsleben: Kooperative Bewohner können – außer bei sehr gefährlichen Keimen – nach Händedesinfektion am Gemeinschaftsleben teilnehmen. Bei nicht kooperativen bzw. kognitiv eingeschränkten Bewohnern muss im Einzelfall abgewogen werden, an welchen Aktivitäten der Bewohner teilnehmen kann und ob evtl. Auflagen und/oder zusätzliche Maßnahmen (z.B. intensivierete Desinfektion) notwendig sind. Bei Darmkeimen keine Benutzung von öffentlichen bzw. Gemeinschaftstoiletten (falls doch versehentlich: Flächendesinfektion direkt im Anschluss).

Hygiene: Der Händehygiene kommt auch bei diesen Keimen eine herausragende Bedeutung zu. Ein Kittel wird bei direktem pflegerischen/medizinischen Kontakt sowie beim Bettenmachen getragen. Auf einen Mundnasenschutz kann üblicherweise mit Ausnahme einer umfangreichen Wundversorgung u.ä. verzichtet werden. Ansonsten Vorgehen wie bei MRSA!

Bei Clostridien Händewaschen nach der Desinfektion! Scheuer-Wisch-Desinfektion bei Flächen besonders wichtig! Weitere Details siehe auch S1-Leitlinie „Hygienemaßnahmen bei Vorkommen von Clostridium difficile“.

Vorgehen bei Keimen in GESCHLOSSENEN SYSTEMEN

Hierzu **gehören** alle Keime, die sich in gut abdeckbaren Wunden einschließlich gut verbundener Eintrittsstellen von PEGs, suprapubischen Blasenkathetern, Stomata oder Drainagen, in Ports, in geschlossenen Urinkathetersystemen, und – bei Darmkeimen – im Stuhl von kontinenten und kooperativen Bewohnern befinden, z.B. Harnwegsinfektion bei liegendem Urinkatheter mit ESBL bildenden E. coli.

Der Umgang mit diesen Keimen entspricht zum Teil dem Umgang mit MRSA.

Isolierung ist nur in Ausnahmen erforderlich. Bei einem Darmkeim sollte der Bewohner eine eigene Toilette bzw. Nasszelle haben.

Teilnahme am Gemeinschaftsleben: Üblicherweise nicht eingeschränkt, ggfs. Händedesinfektion bei Verlassen des Bewohnerzimmers. Bei Darmkeimen keine Benutzung von öffentlichen bzw. Gemeinschaftstoiletten (falls doch versehentlich: Flächendesinfektion direkt im Anschluss).

Hygiene: Im Vordergrund steht der hygienische Umgang bei Maßnahmen an der betroffenen Körperregion (z.B. Urinkatheter, Wunde). Handschuhe und üblicherweise auch Kittel oder Einmalschürze immer bei Maßnahmen an der betroffenen Körperregion und ggfs. beim Bettenmachen, Mundnasenschutz nur in Ausnahmen, z.B. einer umfangreichen Wundversorgung o.ä.

Bei einem Darmkeim täglich und bei Bedarf Wischdesinfektion des Sanitärbereiches. Muss er diesen mit anderen Patienten teilen, Desinfektion nach jeder Benutzung.

Desinfektion aller Geräte, Utensilien, die mit der betroffenen Körperregion in Kontakt gekommen sind.

LITERATUR/RECHTSGRUNDLAGEN

Infektionsschutzgesetz (IfSG) vom 20.7.2000, zuletzt geändert 11.12.2018

Verordnung zur Anpassung der Meldepflichten nach dem Infektionsschutzgesetz an die epidemische Lage (IfSG-Meldepflicht-Anpassungsverordnung - IfSGMeldAnpV) vom 18.03.2016

Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert-Koch-Institut (KRINKO) „Infektionsprävention in Heimen“ 2005

KRINKO/RKI „Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus-Stämmen (MRSA) in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen“, Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut 2014

DGHM „Maßnahmenplan für MRSA in Gesundheitseinrichtungen“ 7/2009

Robert-Koch- Institut (RKI) „Staphylokokken-Erkrankungen, insbesondere Infektionen durch MRSA“, Ratgeber für Ärzte 5/2016

KRINKO/RKI „Hygienemaßnahmen bei Infektionen und Besiedlung mit multiresistenten gramnegativen Stäbchen“, 2012

AWMF-Leitlinie „Maßnahmen beim Auftreten multiresistenter Erreger (MRE)“ des Arbeitskreises „Krankenhaus- & Praxishygiene“ der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), 06/2009 mit Ergänzung von 8/2012, gültig bis 8/2017, derzeit in Überarbeitung

AWMF-Leitlinie „Hygienemaßnahmen bei Vorkommen von Clostridium difficile“, Stand 08/2017, gültig bis 05/2022 des Arbeitskreises „Krankenhaus- und Praxishygiene“ der AWMF

Biostoffverordnung (BioStoffV) vom 15.07.2013, zuletzt geändert 29.3.2017, mit den dazu gehörigen Technischen Regeln für Biologische Arbeitsstoffe (TRBA 250 in Verfassung vom 2.5.2018) www.baua.de

Gesetz über Medizinprodukte (Medizinproduktegesetz-MPG) vom 02.08.1994 in der Fassung vom 07.08.2002, zuletzt geändert am 23.12.2016, Verordnung über das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten (Medizinprodukte-Betreiberverordnung-MPBetreibV) vom 29.06.1998 in der Fassung vom 21.08.2002, zuletzt geändert am 07.07.2017 und die dazugehörigen einschlägigen Vorgaben, z.B. Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsschutz der (KRINKO) beim Robert-Koch-Institut (RKI), des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), „Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten“, Bundesgesetzblatt 2012, 55, 1244-1310

HTA-Bericht „Medizinische Wirksamkeit und Kosten-Effektivität von Präventions- und Kontrollmaßnahmen gegen Methicillin-resistente Staphylococcus aureus (MRSA)-Infektionen im Krankenhaus 2010 (www.dimdi.de)

RKI-Veröffentlichungen zur Surveillance nosokomialer Infektionen, zu VRE, ESBL, Clostridium difficile u.a.

Veröffentlichungen

- des Landesentrums Gesundheit NRW (vormals LIGA, www.lzg.gc.nrw.de)
- der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein (www.kvno.de)
- Konsensempfehlungen Baden-Württemberg (eingesehen über www.rki.de)
- des MRSA-Netzwerks Gronau-Enschede (www.mrsa-net.org)
- der MRSA-Netzwerke Niedersachsen (www.mrsa-netzwerke.niedersachsen.de, insbesondere die Information zu „MRSA in Behindertentageseinrichtungen“ von 8/2014

Autoren: Arbeitsgruppe „Multiresistente Keime in Behinderteneinrichtungen“ im Kreis Heinsberg, Ansprechpartnerin: Dr. Cornelia Groschopp, Gesundheitsamt Heinsberg, Tel. 02452 13-5322, cornelia.groschopp@kreis-heinsberg.de

ANHANG 1

Ausstattung Notfallbox „Infektionskrankheiten“ (einschl. MRSA/MRE):

Vorgesehen sind Materialien für 5 Tage. Sinnvoll ist es, einer derartigen Box auch eine Inhaltsliste, Anwendungshinweise und den Verweis auf die entsprechenden Kapitel in den institutionseigenen Hygieneunterlagen beizulegen.

Eine derartige Box sollte enthalten:

10 langärmelige Einmalkittel

15 Einmalzahnbürsten (mit Zahnpasta)

1 Einmalkamm

5 Einmalrasierer

1 Karton mehrlagiger Mund-Nasen-Schutz

Sofern nicht in den einzelnen Bereichen vorhanden 1 Karton Einmalhandschuhe in den Größen S, M und L

Sofern nicht in den einzelnen Wohnbereichen vorhanden Flächen- und Händedesinfektionsmittel, darunter auch solche mit Viruswirksamkeit (z.B. für Noroviren), Haltbarkeit beachten bzw. Regelmäßig kontrollieren!

Hinweisschilder für die Tür (innen und außen)

Evtl. Abfall-/Abwurfsäcke

Evtl. Materialien zur Sanierung bei MRSA/MRE: desinfizierende Waschlotion, Mundspüllösung, Schleimhautdesinfektionsmittel, Mupirosin und/oder desinfizierende Nasensalbe

Hinweis: Die Materialien müssen „rein“ gelagert werden, also am besten wirklich in einer geschlossenen Box. Sobald sie in einem Bewohnerzimmer waren, verbleiben sie dort oder werden entsorgt.

ANHANG 2

Ausbruchmanagement

Von einem Krankheitsausbruch spricht man, wenn Fälle gehäuft (in der Regel 2 oder mehr Fälle der gleichen Erkrankung) vorliegen, bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang zu vermuten ist.

Ziel ist es, die Infektionsquelle zu finden, die Infektionskette zu unterbrechen, um so weitere Erkrankungen zu vermeiden und den Ausbruch zu beenden. Voraussetzung, um einen Ausbruch überhaupt zu erkennen, ist eine hausinterne Surveillance (Überwachung von Krankheitsgeschehen) und entsprechende Kommunikation.

Meldewege:

- Hausinterne Meldewege festlegen, Übersicht mit den notwendigen Ansprechpartnern und Kontaktdaten (z.B. Handynummern) hinterlegen, Ausbruchsteam bilden
- Meldepflicht an das Gesundheitsamt überprüfen, telefonisch und/oder schriftlich
- Ggf. Information auswärtig Beteiligter, z.B. Werkstatt, Fahrdienste, ins Haus kommende Therapeuten, Friseur u.a.m. (Datenschutz beachten! D.h. im Zweifelsfall eher die notwendigen Schutzmaßnahmen benennen als die konkrete Krankheit einer Person.)

Maßnahmen:

- Falldefinition festlegen, täglich aktive Surveillance
- Kompetenzen zur Anordnung von Maßnahmen während eines Ausbruchs klären
- Maßnahmenbeispiele: Basishygiene intensivieren, gesonderte Desinfektionsmaßnahmen anordnen (Häufigkeit, zusätzliche, andere Mittel, evtl. schlussdesinfektion), Besucher/Kontakte/Gemeinschaftsaktivitäten/ggf. Neuaufnahmen einschränken, Verlegungen nur nach vorheriger Information, als letzte Maßnahme evtl. Bewohnerisolierung und Personal einschränken
- Je nach Erkrankung Überprüfung Impfstatus (ggf. Ausschluss ungeimpften Personals)
- Schulungen/Hygienebelehrungen durchführen
- Dokumentation der angeordneten und durchgeführten Maßnahmen
- Regelmäßige Kommunikation (z.B. tägliche Teambesprechungen) über den Verlauf des Geschehens und die Effektivität der Maßnahmen

Diagnostik:

- Bei betroffenem Bewohner und evtl. nahen Mitbewohnern, Kommunikation mit dem Arzt/Labor
- Probennahme organisieren
- Zeitnahe Ergebnismitteilung sicherstellen
- Daraus zeitnah Konsequenzen ableiten und durchführen (z.B. medikamentöse Therapie oder Prophylaxe, postexpositionelle Impfung).

Verlaufsdokumentation/Fallliste:

Bei jedem Ausbruch muss eine Liste darüber geführt werden, wer zu welchem Zeitpunkt mit welchen Symptomen erkrankt ist und wann diese abgeklungen sind. In den meisten Fällen muss auch abgeklärt werden, wer Kontakt zu diesen Bewohnern (z.B. Mitbewohner, Personal, je nach Schwere evtl. auch Besucher) hatte.

Ausbruchende:

Fazit und am Ende eines Ausbruchs Evaluation, d.h. Klären der Frage, ob seitens der Einrichtung Vorkehrungen, Verbesserungen eingeführt werden können, um zukünftig einen ähnlichen Ausbruch zu vermeiden. Falls ja, Einführung derartiger Maßnahmen und Überprüfung der Durchführung.

ANHANG 3

Hygienestufen

Da in Behinderteneinrichtungen sehr unterschiedliche Personen leben, von weitgehend gesunden Bewohnern in Wohngruppen bis hin zu schwerst mehrfach behinderten und in hohem Grade pflegebedürftigen Personen in Wohnheimen, kann es sinnvoll sein, das Bewohnerklientel in verschiedene Stufen einzustufen, nach denen sich dann Reinigungs- und Desinfektionsmaßnahmen richten. Neben dem Grad der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit der Bewohner sind wichtige Kriterien (s.u.) Zusatzerkrankungen, die allgemeine Einschätzung des Immunsystems, das Verhalten und ggfs. auch der Zustand bzw. die Gefährdung von Mitbewohnern.

Stufenschema

Hygienestufe 1

Die ist der von der Infektionsgefährdung her sensible Bereich!
Bereits routinemäßig intensive regelmäßige Reinigungs- und Desinfektionsmaßnahmen!
Zusätzliche Maßnahmen können vorübergehend angeordnet werden!

Hygienestufe 2

Dies ist in Wohnstätten der Bereich, in denen ständig Bewohner aufgrund ihrer Behinderung oder Krankheit anwesend sind, der „normale“ Bereich.
Regelmäßige Desinfektionsmaßnahmen, z.B. im Sanitärbereich und Küchenbereich.
Zusätzliche Maßnahmen können vorübergehend angeordnet werden (z.B. die Bodendesinfektion bei bestimmten Bewohnern, die auch den Boden regelmäßig kontaminieren)!

Hygienestufe 3

Diese bezieht sich auf Wohnbereiche, in denen alle Bewohner tagsüber einer Beschäftigung nachgehen.
Hier können die routinemäßigen Desinfektionsmaßnahmen auf ein Minimum reduziert werden (z.B. nur Küche).
Zusätzliche Maßnahmen können vorübergehend angeordnet werden!

Hygienestufe 4

Hierunter fallen die externen Wohnstätten, in denen die Bewohner tagsüber einer Beschäftigung nachgehen. Diese können einer „normalen Wohnung“ gleichgestellt werden.
Wohl sind regelmäßig Reinigungs- notwendig, aber keine Desinfektionsmaßnahmen im Alltag.
Zusätzliche Maßnahmen können vorübergehend angeordnet werden!

Kriterien (hier immer nur beispielhaft aufgeführt):

Bewohner bezogen:

- Abwehrschwäche/Zusatzerkrankungen
- Alter/Pflegebedürftigkeit
- Inkontinenz
- Bodenlieger

Besonderheiten der Bewohnerzusammenstellung

- Mann/Frau-Gruppen
- Verschiedene Erkrankungen/Behinderungen

Pflegeaufwand

- Regelmäßig pflegerische Hilfe nötig
- Nur Anleitungen erforderlich
- Keinerlei Hilfe nötig

Ausstattung

- Sitzgruppen/Stühle mit oder ohne Bezug (Nässeschutz?)
- Beschaffenheit der Möbel
- Beschaffenheit des Bodens (z.B. Fliesen, PVC o.ä., Teppiche)
- Beschaffenheit der Wände (z.B. Fliesen, spezielle Wandanstriche)
- Ausstattung Sanitärbereiche
- Ausstattung Küchenbereiche
- Handläufe

Hilfsmittel

- Rollstühle
- Rollatoren
- Badewannenlifter

Zwei Vorschläge für MRSA-Sanierungsprotokolle



MRSA – Sanierungsprotokoll (ambulant einschl. Heim)

NAME:

Geb.–Datum:

1. Sanierungsversuch

2. Sanierungsversuch

3. Sanierungsversuch

Besiedlung		Nase–Rachen 3xtgl. antibiotische/antiseptische Nasensalbe/-spray und antiseptische Mundspülungen			Haut 1 x tgl. Ganzkörperwaschung einschl. Haare mit antibakterieller Waschlotion		Wunde Versorgung lt. ärztlicher Anweisung	
Tag	Datum	HZ	HZ	HZ	HZ	HZ		
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.		Pause						
7.								
8.								
Kontrolle		Abstrich Nase–Rachen		Abstrich Achsel/Leiste		Abstrich Wunde		
	Datum	HZ	Befund	HZ	Befund	HZ	Befund	
9.			<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ		<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ		<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	
3–6			<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ		<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ		<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	
12			<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ		<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ		<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	
Beurteilung		Sanierung von Nase–Rachen und Haut				Sanierung von Wunde		
		Erfolgreich? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				Erfolgreich? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
		Wenn nein: Erneuter Sanierungsversuch ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				Wenn nein: Erneuter Sanierungsversuch *? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Hinweis:

Tägliche Desinfektion von:

- Zahnbürste, ggf. Zahnprothese, Kamm, Rasierer, Brille und ähnlichen persönlichen Gegenständen
- Waschlappen, Handtücher, Bettwäsche, Bekleidung, Schlafanzug... (Waschen ≥ 60°C)

* Kann unabhängig von dem Sanierungsergebnis der Haut bzw. des Nase–Rachenraumes erfolgen

MRSA-Sanierungsbogen

Name:	Datum:
Vorname:	Gruppe:
Geburtstag:	
	MRSA-Befund:

Maßnahmen:	1. Tag	2. Tag	3. Tag	4. Tag	5. Tag	6. Tag	7. Tag	8. Tag
Datum:								
Dekontamination: Durchführung 1*tgl.: <ul style="list-style-type: none"> • MRSA besiedelte Wunden mit unverdünnter Octenisept-Lösung behandeln. • Brille, Hörgerät etc. mit <i>unverdünnter</i> Octenisept-Lösung abwischen. 	HZ:	HZ:	HZ:	HZ:	HZ:			
Ganzkörper-/Haarwäsche: 1*tgl. unter Verwendung antimikrobieller Waschlotion (Otenisept)	HZ:	HZ:	HZ:	HZ:	HZ:			
Wäschewechsel: 1*tgl. Handtücher, Waschlappen, Bettwäsche, Patientenwäsche	HZ:	HZ:	HZ:	HZ:	HZ:	HZ:	HZ:	HZ:
Spezielle Dekontamination: Durchführung 3*tgl. <ul style="list-style-type: none"> • Rachenspülung mit <i>unverdünnter</i> Octenidol-Lösung • Äußere Gehörgänge mit einem Octenisept-befeuchteten Wattestäbchen abwischen • Auf einem Wattestäbchen aufgetragene <i>Mupirocin-Nasensalbe</i> in beide Nasenvorhöfe einbringen 	FD: HZ:	FD: HZ:	FD: HZ:	FD: HZ:	FD: HZ:			
Zahnprothese und Zahnpflege: <ul style="list-style-type: none"> • Nach Reinigung 15 min. in <i>unverdünnter</i> Octenidol-Lösung legen • Zähneputzen und Prothesenreinigung mit Einwegzahnbürste 	HZ:	HZ:	HZ:	HZ:	HZ:	HZ:	HZ:	
Abstrichkontrollen und Ergebnisse: <ul style="list-style-type: none"> • Kontrollen entsprechend Isolationsprotokoll 								
	9.Tag	10.Tag	11.Tag					
	pos:	pos:	pos:					
	neg:	neg:	neg:					

FD=Frühdienst; SD=Spätdienst; ND=Nachtdienst; HZ=Handzeichen

ANHANG 5

Meldepflichten nach § 6 Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Angehörige von staatlich geregelten Heil- und Pflegeberufen sowie Leiter von Pflegeeinrichtungen, Heimen ... „oder ähnlichen Einrichtungen“ sind zu folgenden Meldungen an das Gesundheitsamt verpflichtet:

1) Namentlich ist zu melden:

1. der Krankheitsverdacht, die Erkrankung sowie der Tod an

- a) Botulismus
- b) Cholera
- c) Diphtherie
- d) humaner spongiformer Enzephalopathie, außer familiär-hereditärer Formen
- e) akuter Virushepatitis
- f) enteropathischem hämolytisch-urämischem Syndrom (HUS)
- g) virusbedingtem hämorrhagischen Fieber
- h) Masern
- i) Meningokokken-Meningitis oder -Sepsis
- j) Milzbrand
- k) Mumps
- l) Pertussis
- m) Poliomyelitis (als Verdacht gilt jede akute schlaffe Lähmung, außer wenn traumatisch bedingt)
- n) Pest
- o) Röteln einschließlich Rötelnembryopathie
- p) Tollwut
- q) Typhus abdominalis/Paratyphus
- r) Varizellen

sowie die Erkrankung und der Tod an einer behandlungsbedürftigen Tuberkulose, auch wenn ein bakteriologischer Nachweis nicht vorliegt,

[Die **IfSG-Meldepflicht-Anpassungsverordnung** vom Frühjahr 2016 ergänzt diese Liste um:

- den (klinisch und epidemiologisch begründeten) Krankheitsverdacht, die Erkrankung sowie den Tod an zoonotischer Influenza
- einer Clostridium-difficile-Infektion mit klinisch schwerem Verlauf. Ein klinisch schwerer Verlauf liegt vor, wenn
 1. der Erkrankte zur Behandlung einer ambulant erworbenen Clostridium-difficile-Infektion in eine medizinische Einrichtung aufgenommen wird,
 2. der Erkrankte zur Behandlung der Clostridiumdifficile-Infektion oder ihrer Komplikationen auf eine Intensivstation verlegt wird,
 3. ein chirurgischer Eingriff, z. B. Kolektomie, aufgrund eines Megakolons, einer Perforation oder einer refraktären Kolitis erfolgt oder
 4. der Erkrankte innerhalb von 30 Tagen nach der Feststellung der Clostridium-difficile-Infektion verstirbt und die Infektion als direkte Todesursache oder als zum Tode beitragende Erkrankung gewertet wird.]

2. der Verdacht auf und die Erkrankung an einer mikrobiell bedingten Lebensmittelvergiftung oder an einer akuten infektiösen Gastroenteritis, wenn

- a) eine Person betroffen ist, die eine Tätigkeit im Sinne des § 42 Abs. 1 ausübt,
- b) zwei oder mehr gleichartige Erkrankungen auftreten, bei denen ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet wird,

...

- 5. soweit nicht nach den Nummern 1 bis 4 meldepflichtig, das Auftreten
 - a) einer bedrohlichen Krankheit oder
 - b) von zwei oder mehr gleichartigen Erkrankungen, bei denen ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet wird, wenn dies auf eine schwerwiegende Gefahr für die Allgemeinheit hinweist und Krankheitserreger als Ursache in Betracht kommen, die nicht in § 7 genannt sind.