

Merkblatt zum Umgang mit MRSA-Patienten im Krankenhaus

Erreger	Methicillin resistenter Staphylococcus aureus
Übertragung	Schmierinfektion (Kontaktinfektion)
Meldung	<p>Meldung an Hygienefachkraft</p> <p>Arztmeldung bei Häufung nosokomialer Infektionen mit epidemischem Zusammenhang (§ 6 Abs. 3 IfSG) an das zuständige Gesundheitsamt</p> <p>Labormeldung beim Nachweis im Blut oder Liquor (§ 7 IfSG) an das zuständige Gesundheitsamt</p>
Mikrobiologische Untersuchung	<p>Screening entsprechend der Risikoanalyse (siehe HYSA-Dokumente, Checkliste ärztliche Risikoanalyse nach der Empfehlung der KRINKO)</p> <p>Screening: auf MRSA sollen mindestens untersucht werden:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Patienten mit bekannter MRSA-Anamnese 2. Patienten aus Einrichtungen (z. B. Pflegeheime) / Regionen / Ländern mit bekannt hoher MRSA-Prävalenz 3. Dialysepatienten 4. Patienten mit einem stationären Krankenhausaufenthalt (>3 Tage) in den zurückliegenden 12 Monaten 5. Patienten, die regelmäßig (beruflich) direkten Kontakt zu MRSA haben, wie z. B. Personen mit Kontakt zu landwirtschaftlichen Nutztieren (Schweine, Rinder, Geflügel) 6. Patienten, die während eines stationären Aufenthaltes Kontakt zu MRSA Trägern hatten (z. B. bei Unterbringung im gleichen Zimmer) 7. Patienten mit chronischen Hautläsionen 8. Patienten mit chronischer Pflegebedürftigkeit (z.B. Immobilität, Störungen bei der Nahrungsaufnahme/Schluckstörungen, Inkontinenz, Pflegestufe) und einem der nachfolgenden Risikofaktoren: <ul style="list-style-type: none"> • Antibiotikatherapie in den zurückliegenden 6 Monaten • liegende Katheter (z. B. Harnblasenkatheter, PEG-Sonde, Trachealkanüle) <p>Untersuchung bei Kontakt: bei Patienten, die Kontakt zu Mitpatienten mit Nachweis von MRSA hatten (z. B. im gemeinsamen Patienten-</p>

	<p>zimmer), erfolgen die Abstriche analog wie beim Screening</p> <p>Kontrolle Dekolonisationserfolg/Therapieerfolg:</p> <ul style="list-style-type: none"> – nach Beendigung der Dekolonisierungstherapie müssen ab dem Folgetag 3 negative, aufeinanderfolgend an verschiedenen Tagen entnommene Kontrollabstriche (Kulturnachweis) vorliegen, wobei jeweils mindestens Nase, Rachen sowie Wunden und vormals MRSA-positive Besiedlungsorte untersucht werden müssen, um die Schutzmaßnahmen aufzuheben – bei erneutem MRSA-Nachweis ggf. weiterer Dekolonisierungsversuch (max. 3 x) – neuerliche Kontrolluntersuchung erst danach – nach systemischer MRSA-Therapie, Kontrollabstriche erst nach 72 Stunden <p>Screening-Abstrichorte:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Nasen/Rachen-Abstrich „gepoolter“ Abstrich möglich (1 Tupfer für Rachen und beide Nasenvorhöfe) – ggf. Wundabstrich(e) – ggf. Leiste, Perineum <p>Hinweis: Der kulturelle Nachweis des Erregers ist maßgeblich. PCR-basierte MRSA-Screeningverfahren sollen derzeit nicht zum Nachweis von MRSA-Infektionen/Kolonisationen eingesetzt werden und eignen sich nicht zur Kontrolle von MRSA-Dekolonisierungsmaßnahmen. Ergebnisse von MRSA-„Schnelltesten“ sind bis zum endgültigen kulturellen Ergebnis als vorläufig einzustufen, jedoch können sie als vorläufige Grundlage für abzuleitende krankenhaushygienische Konsequenzen dienen.</p>
<p>Grundsätzlich für alle Desinfektionsmaßnahmen VAH-gelistete Mittel verwenden!</p>	
<p>Händehygiene</p>	<ul style="list-style-type: none"> – hygienische Händedesinfektion vor und nach jedem Patientenkontakt – generell nach Tragen von Einmalhandschuhen – vor einer aseptischen Tätigkeit – nach Kontakt mit erregerehaltigem Material – nach Kontakt mit der unmittelbaren Patientenumgebung
<p>Isolierung</p>	<p>Einzelzimmer mit separater Toilette, ggf. Nachtstuhl</p> <p>Kohortenisolierung möglich (Dekolonisierungsstand und Resistogramm beachten)</p>

	<p>Besucher und Patienten in die Hygienemaßnahmen einweisen, Besucher sollen vor Verlassen des räumlichen Trennungsbereiches eine Händedesinfektion durchführen.</p> <p>MRSA-besiedelte oder –infizierte Patienten, für die eine Compliance für die Schutzmaßnahmen angenommen werden kann, dürfen die Zimmer verlassen, wenn vorhandene Wunden abgedeckt sind. Sie sollen dabei vor Verlassen des Zimmers eine Händedesinfektion durchführen und in pflegerischen und therapeutischen Bereichen einen Mund-Nasen-Schutz (MNS) tragen.</p> <p>Tipp: Die Festlegung für den MNS kann auch für Bereiche innerhalb des Krankenhauses sinnvoll sein.</p>
<p>Schutzausrüstung</p>	<p>Vor ärztlichen, therapeutischen, physiotherapeutischen, pflegerischen und sonstigen medizinischen Maßnahmen sowie Reinigungsmaßnahmen sind Schutzkittel und Mund-Nasen-Schutz (MNS) anzulegen, die nur in diesem räumlichen Trennungsbereich eingesetzt werden.</p> <p>Tipp: Anlegen vor Betreten und Ablegen vor Verlassen des Isolierzimmers: Schutzkittel (z. B. Einwegschutzkittel), Mund-Nasen-Schutz, Einmalhandschuhe (wenn bei einer Tätigkeit mit einem Kontakt der Hände zu potentiellen infektiösen Material gerechnet werden muss).</p>
<p>Pflege-/Behandlungs- und Untersuchungsmaterialien</p>	<p>patientenbezogener Einsatz (z. B. von Blutdruckmanschette, Stethoskop und Thermometer)</p>
<p>Flächendesinfektion</p>	<p>Alle Kontaktflächen sind nach dem Einsatz am Patienten zu desinfizieren!</p> <p><u>Medizinprodukte:</u> Wischdesinfektion, ggf. Sprühen an unzugänglichen Stellen</p> <p>Produkt:</p> <p><u>Flächen:</u> patientennahe Flächen (Wischdesinfektion sattnass – nicht sprühen!), dazu Einmaltuch benutzen</p> <p>Produkt:</p> <p>schnell wirksame Desinfektionsmittel werden empfohlen, die Wiederbenutzung ist möglich, wenn die Oberfläche spontan getrocknet ist</p>

Instrumentendesinfektion	<p>Trockenentsorgung im geschlossenen Behälter, bevorzugt maschinelle Aufbereitung in der Zentralen Sterilgutversorgungsabteilung (ZSVA)</p> <p>manuelle Aufbereitung: Produkt:</p>
Geschirr	<p>im geschlossenen Transportwagen oder im Container zur zentralen Küche transportieren</p> <p>sofortige Reinigung im Geschirrspüler (mindestens bei 65 °C)</p>
Waschschüsseln	<p>maschinelle Aufbereitung Tipp: im Steckbeckenspüler</p> <p>manuelle Aufbereitung: Produkt:</p> <p>vor Neubenutzung mit Trinkwasser ausspülen</p>
Steckbecken	<p>maschinelle Aufbereitung im Steckbeckenspüler</p>
Wäsche	<p>Wäsche im Patientenzimmer im Wäschesack als normale Krankenhauswäsche entsorgen, Transport im flüssigkeitsdichten Sack</p>
Abfallentsorgung	<p>im Patientenzimmer im geschlossenen Behältnis entsorgen (AS 180104 Abfallgruppe B)</p>
Aufhebung der Schutzmaßnahmen	<p>nach erfolgreicher Kontrolle des Dekolonisierungserfolgs (siehe mikrobiologische Untersuchung)</p>
Schlussdesinfektion	<p>Produkt:</p> <p>Einhaltung der Einwirkzeit</p> <p>zur Schlussdesinfektion gehört z. B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Bettenaufbereitung – Decken und Kissen der Wäscherei zuführen – angebrochene und ungeschützt gelagerte Verbrauchsmaterialien/Medizinprodukte, die nicht zu desinfizieren sind, sind zu verwerfen – ggf. Sicht- und Blendschutz abnehmen

Patientenakte	(elektronisch) markieren für Wiederaufnahmen und zur zeitnahen Einleitung entsprechender Hygienemaßnahmen
Besondere Maßnahmen	
Operative Eingriffe	<p>nach Möglichkeit erst Dekolonisierung oder Behandlung, dann operative Eingriffe durchführen</p> <p> Tipp: am Ende des OP-Programms</p>
Verlegung/Entlassung	Mitteilung: vorab telefonisch, schriftlich gemäß MRE-Überleitungsbogen (Therapie/Dekolonisierungsstatus) an weiterbehandelnde Einrichtungen
Transport des Patienten innerhalb der Einrichtung	<p>vor und nach dem Transport:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Bettgiebel am Kopf- und Fußende wischdesinfizieren – Rollstuhl und andere Transportmittel: Kontaktflächen wischdesinfizieren – Patient mit frischem Bettlaken abdecken und Mund-Nasen-Schutz (MNS) anlegen – Wunden oder Läsionen frisch verbinden – Patient zur Händehygiene anleiten – <u>Transportpersonal</u> trägt bei engem Patientenkontakt Schutzkittel und Mund-Nasen-Schutz (MNS), ggf. Einmalhandschuhe
Dekolonisierung	<p>für alle MRSA-Träger prüfen, ob eine Dekolonisierung indiziert und erfolgversprechend ist und ggf. einen Dekolonisierungsversuch vornehmen</p> <p>bei Patienten mit bekannter MRSA-Besiedlung vor Operationen/invasiven Eingriffen oder während intensivmedizinischer Behandlung nach Risikobeurteilung eine Dekolonisierung durchführen, auch wenn dekolonisierungshemmende Faktoren vorliegen</p> <p>bei Besiedlung des Nasen-Rachen-Raumes: Nase: Mupirocinsalbe (wenn sensibel) 2-3 x täglich 5-7 Tage nach Herstellerangaben</p> <p>bei Resistenz: Alternativpräparate (Apotheke) PVP-Jod oder Octenidin Produkt:</p> <p>Rachen: Spülungen mit antiseptischer Lösung z. B. Octenidin, Triclosan, Chlorhexidin-Lösung 3 x täglich Produkt:</p>

	<p>wenn Ganzkörperwaschung, dann Verwendung von antiseptischer Waschlotion z. B. Octenidin Waschlotion</p> <p>keine systemische Antibiotikatherapie zur Dekolonisierung als routinemäßigen Teil des Maßnahmebündels zur MRSA-Dekolonisierung, wobei in Einzelfällen eine systemische Therapie mit Antibiotika zur MRSA-Dekolonisierung unter Abwägung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses in Erwägung gezogen werden kann</p>
<p>Aufklärung des Patienten zur Verhinderung der Rekolonisierung während der Dekolonisierung</p>	<p>siehe Informationsblatt für betroffene Patienten und Angehörige</p>
<p>Zusatzinformation</p>	<p>ergänzender Hinweis im Internet unter http://www.verbraucherschutz.sachsen-anhalt.de/hygiene/netzwerk-hygiene/links im Dokument „Umgang mit MRSA-Nachweisen bei ansonsten gesunden Kindern ohne Infektionszeichen“ (DGPI, Paed IC)</p>
<p>zusätzliche einrichtungsspezifische Festlegungen</p>	