



Herzlich Willkommen zur

3. MRSA/ MRE-Netzwerk-Konferenz

des Ennepe-Ruhr- Kreises



1. Fallbeispiel: Alten- und Pflegeheim

- ein Bewohner eines Alten- und Pflegeheimes soll aus dem Krankenhaus mit einem 4-MRGN-Keim entlassen werden
- das Pflegepersonal besteht zur Hälfte aus Pflegefachkräften, zur Hälfte aus Leihpersonal und müssen vor Aufnahme des Bewohners geschult werden
- das Heim hält eine Standardausstattung an Pflegeutensilien für den Bewohner und Schutzkleidung für Mitarbeiter und Angehörige bereit



- Patient war in schlechter Verfassung und benötigte Dekubitus-Matratze sowie Sauerstoff
- das Krankenhaus hat telefonisch informiert, dass ein 4-MRGN vorliegt
- telefonischer Rückruf konnte zunächst die Lokalisation der Besiedelung nicht klären
- zunächst war Heimpersonal nicht klar, mit welchen Krankenhausmitarbeitern Kontakt aufgenommen werden muss
- später Kontaktaufnahme mit Hygienefachkraft des Krankenhauses
- aufwändige Maßnahmen mit Hygienefachkraft und Gesundheitsamt besprochen



2. Fallbeispiel: Ambulanter Pflegedienst

- ein behandelnder Hausarzt geht davon aus, dass der Patient den Keim „nicht mehr los wird“ und ordnet daher an, keine Abstriche zu nehmen
- der ambulante Pflegedienst sieht sich mit dem Problem konfrontiert, weitere Klienten und auch die eigenen Mitarbeiter vor Infektionen schützen zu müssen
- liegt bisher „nur“ eine Besiedlung vor, kommt es ggf. zur Infektion



➔ bei **MRSA** grundsätzlich Sanierungsversuche unter Beachtung der Faktoren, die Sanierungserfolg beeinträchtigen können

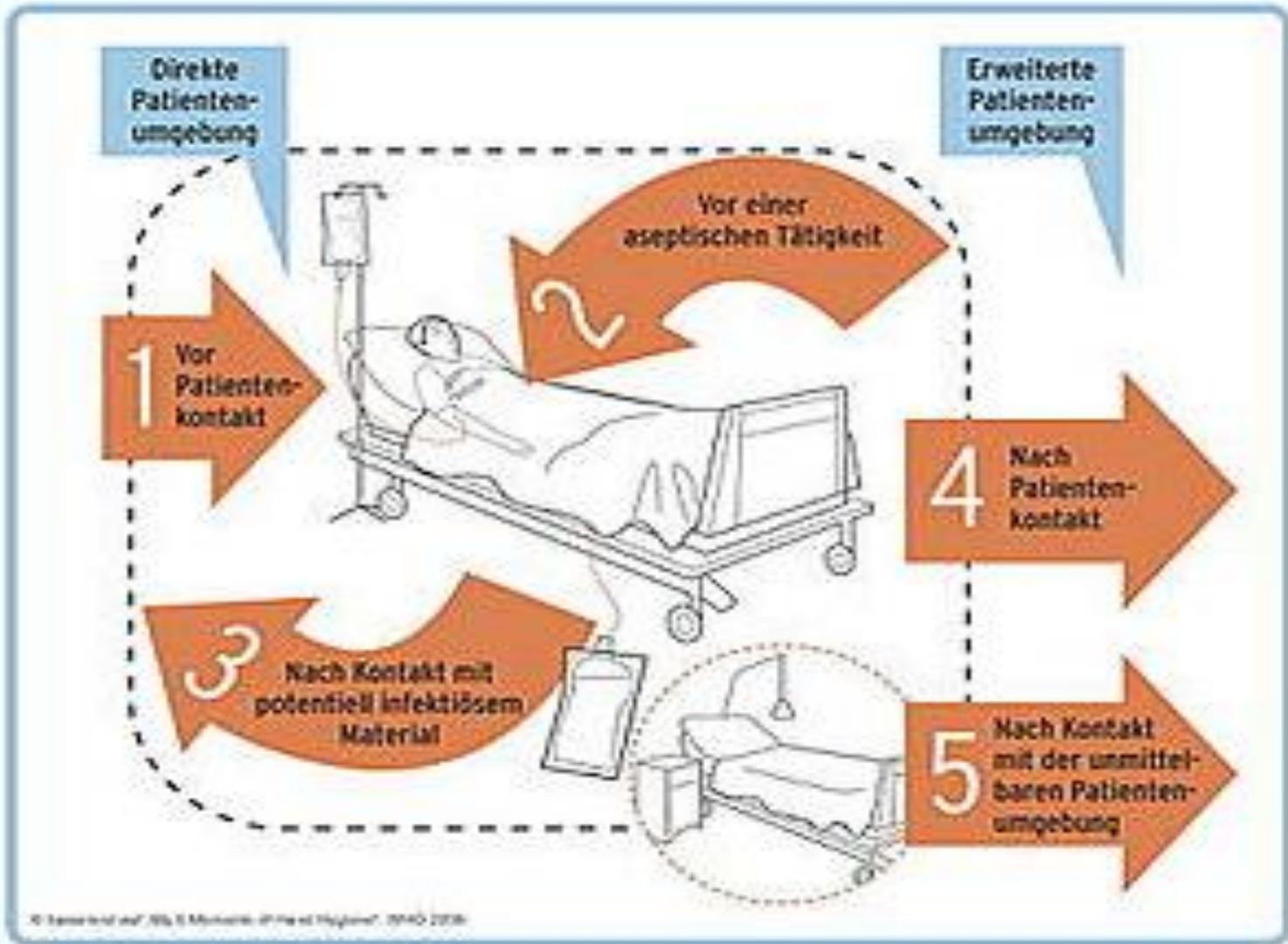
➔ praktische Durchführung der Sanierung im privaten Haushalt beachten (Umgebung, Körperpflege- und Hygieneartikel, Wäsche)

	pos.	neg.		pos.	neg.		pos.	neg.
Nasenvorhöfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutkultur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leiste re./ li.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mund-, Rachenraum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Liquor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rectum/ Perineum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sputum/Trachealsekret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Urin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haaransatz/ Haare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaginal-/ Genitalregion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Achsel re./ li.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Wunde: <input type="checkbox"/>								
Einstichstellen von: PEG <input type="checkbox"/> SPK <input type="checkbox"/> sonstige <input type="checkbox"/>								
Sanierungsmaßnahmen MRSA:						abgeschlossen am: <input type="checkbox"/>		
Nase	3 x tgl., 5-7 Tage Mupirocin-Salbe (bei Mupirocin-Resistenz PVP-Jod 1,25%)					<input type="checkbox"/>	fortsetzen bis: <input type="checkbox"/>	
Rachen	3 x tgl., 5-7 Tage mit antisept. Mundspülung z. B. Octenidol®, ProntoOral® etc.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haut/ Haare	1-2 x tgl., 5-7 Tage mit antisept. Seife/ Waschlotion z. B. Octenisan®, Decontaman®, Frontoderm® etc.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wundbehandl.	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Weitere Maßnahmen bei MRSA/ MRE:								
Antibiotikabehandlung mit <input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/> Konsequente Basishygiene			<input type="checkbox"/> Strikte Isolierung			<input type="checkbox"/> Eigene Toilette empfohlen		
Kontrolle des Sanierungserfolges 3 Tage nach Beendigung der Sanierungsmaßnahmen:								
Weitere Vorgehensweise ambulant:					Weitere Vorgehensweise stationär:			
<input type="checkbox"/>	1. Abstrich	<input type="checkbox"/>	pos.	<input type="checkbox"/>	neg.	<input type="checkbox"/>	1. Abstrich	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Nach 3-6 Monaten	<input type="checkbox"/>	pos.	<input type="checkbox"/>	neg.	<input type="checkbox"/>	2. Abstrich	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Nach 6-12 Monaten	<input type="checkbox"/>	pos.	<input type="checkbox"/>	neg.	<input type="checkbox"/>	3. Abstrich	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>	Nach 1 Monat	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>	Nach 3-6 Monaten	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>	Nach 6-12 Monaten	<input type="checkbox"/>

Bitte nur ankreuzen, welche Kontrolle in Ihrer Einrichtung erfolgt ist, und wenn vorliegend, Befund eintragen.

➔ Kontrolle des Sanierungserfolges

➔ ggf. Identifizierung von Störfaktoren





3. Fallbeispiel: Akut-Krankenhaus

- Aufnahme von Patienten ins Krankenhaus
- Inwieweit hat sich in anderen Häusern bereits ein **MRGN-Aufnahme-Screening** etabliert?
- Welche Kriterien werden auf dem Weg zur Entscheidung für ein MRGN-Aufnahmescreening herangezogen?
- Ist nur die Anamnese des Patienten auslösendes Kriterium für ein Screening oder auch die aufnehmende Station als möglicher besonderer Risikobereich?



Empfehlung der **Kommission für Infektionsprävention und Krankenhaushygiene (KRINKO)** und deren Umsetzung im Krankenhaus

- ▶ Kontakt zum Gesundheitssystem in Ländern mit endemischem Auftreten von 4-MRGN in den letzten 12 Monaten;
 - ▶ Kontakt zu Patienten, für die eine Besiedlung mit 4-MRGN nachgewiesen wurde (Pflege im gleichen Zimmer)
 - ▶ Patienten mit einem stationären Krankenhausaufenthalt (> 3 Tage) in den zurückliegenden 12 Monaten in einer Region mit erhöhter 4-MRGN-Prävalenz
 - ▶ eigene Risikoanalyse und Festlegung im Hygieneplan
 - ▶ Schulung der Mitarbeiter mit Überprüfung und Surveillance der Compliance
 - ▶ Surveillance und Screeningmaßnahmen
 - ▶ Durchführung von Isolierungsmaßnahmen
 - ▶ Festlegung Informationsweitergabe
 - ▶ Antibiotikamanagement
- Krankentransport Folie 19



4. Fallbeispiel: Einrichtung der Behindertenhilfe

- Werkstatt für Schwerbehinderte beschäftigt häufig Menschen mit Behinderungen, deren Immunabwehr extrem geschwächt ist
- eine der schwerbehinderten Beschäftigten ist zur Zeit in einem Heim mit 24-Stunden-Betreuung aufgrund eines MRGN und eines Tracheostomas untergebracht
- unklar, ob 3- oder 4-MRGN vorliegt



- das Problem einer Übertragung auf andere behinderte Beschäftigte besteht nicht nur durch die eigentlichen Betroffenen, sondern durch die zum Teil sehr agilen anderen behinderten Beschäftigten, die untereinander körperliche Kontakte suchen
- können diese ggf. geschützt werden, indem die Betroffene nicht mehr in der Werkstatt beschäftigt wird und im Heim eine Tagesstruktur erhält?



- ▶ multiresistenter Keim ist kein Ausschlussgrund aus einer Gemeinschaftseinrichtung, die sozialen Kontakte sind ein hohes Gut jedes Einzelnen
- ▶ Aufklärung der Mitarbeiter über die Übertragungswege, entsprechende Händehygiene nach Berührung mit Sekreten aber auch zwischendurch
- ▶ Tracheostoma abdecken
- ▶ Beschäftigungsmaterialien der Betroffenen personenbezogen und desinfizierbar ausgeben
- ▶ Händedesinfektion der Beschäftigten durch Mitarbeiter veranlassen



5. Fallbeispiel: Praxis eines niedergelassenen Arztes

- Änderungen/ Erweiterungen der Empfehlungen seit der letzten Netzwerk-Konferenz?
- Empfehlungen an Hausärztinnen und Hausärzte im niedergelassenen Bereich
- keine Informationsweitergabe über positiv getestete Patienten durch Heimpersonal bei Heimbesuch
- in der Folge zunächst keine Schutzmaßnahmen vorgenommen



Und nun?

- ▶ Alternativ „Hygiene in der Arztpraxis – ein Leitfaden“ der KVWL, „Leitfaden zu Organisation und Management in der Arztpraxis“ der DGKH, „Gefährdungsbeurteilung in der Arztpraxis“ der BGW
- ▶ MRSA-Patienten möglichst am Ende der Sprechstunde behandeln, ansonsten nicht ins Wartezimmer leiten;
- ▶ MRSA- und MRGN-Träger anhalten, Toilettengang zu melden;
- ▶ Anlegen der Schutzkleidung (Schutzkittel, rumpfbedeckende Schürze, keimarme Einmal-Handschuhe, MNS nur bei aerosolbildenden Maßnahmen), nach Untersuchung hygienische Händedesinfektion
- ▶ Desinfektion aller Patientenkontaktflächen
- ▶ Haus-/ Heimbefuche: Abstellen der Tasche in der Diele, nicht aufs Bett setzen, Toilettengang meiden



6. Fallbeispiel: Alten- und Pflegeheim

- Wie wird mit persönlicher Bekleidung, Raumtextilien und benutztem Geschirr von besiedelten bzw. infizierten Bewohnern verfahren?
- Die Menschen entscheiden selbst, welche Oberbekleidung sie tragen wollen und diese ist ggf. nicht bei 60° C waschbar.
- Können Angehörige die Oberbekleidung unter Zuhilfenahme von Wäschedesinfektionsmitteln hinreichend säubern?



Empfehlungen des RKI für Betten-, Wäsche- und Geschirraufbereitung:

- bei Vorliegen bestimmter Risikofaktoren desinfizierende Aufbereitung der Betten und Matratzen
- da Bettwäsche nicht bewohnerbezogen verwendet wird, Kochwäsche bzw. 60 ° C mit einem desinfizierenden Waschmittel;
- bewohnereigene Bekleidung kann wie im Privathaushalt gewaschen werden
- Leibwäsche, Handtücher, Waschlappen desinfizierend waschen
- Entsorgung der Wäsche am Bett im Wäschesack
- Geschirr in Eintankgeschirrspülautomaten mit 65°C Programm reinigen



7. Fallbeispiel: Reha-Klinik

- kaum MRSA-Fälle in der Reha-Klinik durch Screening festgestellt
- Anpassung des Screening-Verhalten im Hinblick auf die Zunahme von MRGN im ambulanten und stationären Bereich erforderlich?
- MRSA/ MRE-Überleitungsbogen sind den Patientenunterlagen nicht beigefügt, daher keine Informationen über Infektionsstatus



Hygienemaßnahmen bei Infektionen oder Besiedelung mit MRGN-Stäbchen (KRINKO)

- ➡ „Empfehlungen richten sich primär an Mitarbeiter von Krankenhäusern. Auch in anderen medizinischen Einrichtungen, in denen invasive Therapien z. B. Beatmungen durchgeführt werden, wie in der neurologischen Rehabilitation, kann sie hilfreich sein.“
- ➡ eigene Risikoanalyse und schriftliche Festlegung der Maßnahmen im Hygieneplan, um dann möglicherweise wie eine Akutklinik zu verfahren
- ➡ Festlegungen können nach Risikoanalyse ggf. darauf abzielen, dass es sich ähnlich wie in einer Pflegeeinrichtung vorwiegend um die soziale Betreuung der Patienten handelt und Maßnahmen sich auf Basishygiene reduzieren

KRINKO-Empfehlungen KKH



8. Fallbeispiel: Krankentransport

- Transport von MRSA/ MRE-Patient zwingend mit einem qualifizierten Krankentransport?
- Kolonisation oder Infektion können vorliegen
- ein kolonisierter Patient ist durchaus in der Lage selbständig Taxis oder öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen
- das *alleinige* Vorliegen einer MRSA-Besiedelung stellt keinen Grund für die Nutzung des qualifizierten Krankentransportes dar, ggf. hat Patient weitere Erkrankungen, die qualifizierten Transport notwendig machen
- Anordnung bzw. Transportbescheinigung von Ärztin o. Arzt aufgrund bestimmten klinischen Bildes?



- ➡ in der KRINKO-Empfehlung zu MRSA ist der Rettungsdienst und Krankentransport ausdrücklich als medizinische Einrichtung erwähnt und Vorgehensweise für Personal wird dort beschrieben bzw. Verweis auf LARE gegeben
- ➡ aber auch KRINKO-Empfehlung MRGN kann zu Rate gezogen werden
- ➡ eigene Risikobeurteilung



- Strikte Basishygiene ist grundsätzlich einzuhalten
- Risikobeurteilung richtet sich nach klinischem Bild, Transportschein, wenn qual. Transport angefordert wurde
- MRE-Hygieneplan aufstellen
- geschultes Personal einsetzen
- PSA und ggf. MNS
- Zieleinrichtung über das Vorliegen eines MRE informieren
- frische Wäsche für Patienten, Wunden abdecken, ggf. MNS
- hygienische Händedesinfektion Transportpersonal und Patient
- Desinfektion von Kontaktflächen (Patientenumgebung, Umgebung des Personals)
- Entsorgung der Schutzausrüstung vor Einsteigen ins Führerhaus



**Vielen Dank für Ihre zahlreich
zur Verfügung gestellten Beiträge.**