

Maßnahmen der Infektionsprävention bei Entlassung / Verlegung / Konsilfahrten

	Schutzmaßnahmen
<input checked="" type="checkbox"/> Standardhygiene (ist bei jeder Patientin bzw. jedem Patienten zu beachten)	<p><i>Die wichtigste infektionspräventiven Maßnahmen der Standardhygiene sind:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Händedesinfektion vor und nach jedem Patientenkontakt.</i> - <i>Händedesinfektion vor aseptischen Tätigkeiten sowie nach Kontakt mit potentiell infektiösen Materialien</i> - <i>Situationsbezogenes Tragen von Schutzausrüstung (insbes. Handschuhe, Schutzkittel zum Schutz vor Blut, Sekreten und Ausscheidungen)</i> - <i>Nach Abschluss des Transports Desinfektion der unmittelbaren Patientenumgebung einschließlich Flächen und Gegenstände, die vom Transportpersonal berührt wurden</i>

Zusätzlich zur Standardhygiene (s. o.) sind aufgrund des erregerbezogenen Übertragungsweges die folgenden Schutzmaßnahmen erforderlich:

Übertragung durch	Schutzmaßnahmen
<input type="checkbox"/> Kontakt	<i>Das Personal schützt sich mit Einmalhandschuhen und Einmalkitteln bei engem Körperkontakt</i>
<input type="checkbox"/> Tröpfchen	<i>Die Patientin oder der Patient trägt einen Mund-Nasenschutz (wenn möglich), bei unkooperativen Patientinnen und Patienten trägt auch das Personal einen Mund-Nasenschutz</i>
<input type="checkbox"/> Tröpfchenkerne (Aerosole)	<i>Die Patientin oder der Patient trägt einen Mund-Nasenschutz (wenn möglich) bei Aufenthalt im gleichen Raum trägt das Personal eine Atemschutzmaske (i.d.R. FFP2-Maske)</i>

Ort, Datum

Name und Unterschrift des Arztes / der Ärztin

Bewertungshilfe für häufige Kolonisationen bzw. Infektionen

	Über die Standardhygiene hinausgehende Maßnahmen erforderlich zum Schutz vor		
	Kontakt	Tröpfchen	Tröpfchenkernen (Aerosole)
Vollständig frisch abgedeckte infizierte Wunde	nein	nein	nein
symptomatische Gastroenteritis ohne Erregernachweis	ja	ggf.*	nein
Salmonellen-, Campylobacter-Enteritis	nein	ggf.*	nein
Norovirus-, Rotavirus-Gastroenteritis	ja	ggf.*	nein
C.-difficile-assoziierte Enteritis	ja	ggf.*	nein
TBC, ansteckungsfähige (offene Lungen-TBC)	nein	nein	ja
HBV-, HCV-, HIV-Infektion	nein	nein	nein
MRSA-Kolonisation / -Infektion	ja	ja	nein
Meningokokkenmeningitis /-sepsis	nein	ja	nein
andere Meningitiden / Enzephalitiden	nein	nein	nein
Masern, Windpocken	nein	nein	ja
Hepatitis A, Hepatitis E	ja**	nein	nein
Influenza	nein	ja	nein
Keratokonjunktivitis epidemica (KCE)	ja	nein	nein
Multiresistente gramnegative Bakterien (4MRGN)	ja	nein	nein
Herpes simplex	nein	nein	nein
Keuchhusten	nein	ja	nein

* bei Risiko des Erbrechens während des Transports

Patientenetikett aufkleben oder Folgendes eintragen:

Vorname: _____

Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

MRSA – Übergabebogen Dekolonisierungsschema

Rückfragen? Tel.: _____

Bei o.g. Patient oder Patientin wurde am _____ **MRSA** (Methicillin-resistenter *Staphylococcus aureus*) nachgewiesen.

MRSA-Kolonisationsstatus bei Aufnahme / bei Entlassung

Erstnachweis am: _____ Lokalisation: _____

Kolonisationsstatus vom: _____ (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Nase / Rachen	<input type="radio"/>	positiv	<input type="radio"/>	negativ	Lokalisation:
Wunde*	<input type="radio"/>	positiv	<input type="radio"/>	negativ	*
Anus / Perineum	<input type="radio"/>	positiv	<input type="radio"/>	negativ	_____
Leiste	<input type="radio"/>	positiv	<input type="radio"/>	negativ	**
Katheterstellen**	<input type="radio"/>	positiv	<input type="radio"/>	negativ	_____
Achsel	<input type="radio"/>	positiv	<input type="radio"/>	negativ	_____
Andere:	<input type="radio"/>	positiv	_____	_____	_____

Dekolonisierungshemmende Faktoren (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Katheter (HWK, PEG, etc.)
- MRSA-Infektion
- Kolonisierung schwer zugänglicher Körperbereiche (z.B. Auge, Gehörgänge, Vagina, Darm)
- Sonstiges: _____
- Laufende MRSA-selektierende antibiotische Therapie
- Hautulkus, Haut- und Weichteilinfektion
- Atopisches Ekzem, etc.
- Wunde (MRSA-kolonisiert)

Beachte: Das Vorliegen von dekolonisierungshemmenden Faktoren verschlechtert einen langfristigen Erfolg der Dekolonisierungsbehandlung. Daher ist es sinnvoll, zugrundeliegende Erkrankungen wie z.B. chronische Wunden begleitend zu behandeln und Fremdkörper vor einer Dekolonisierung soweit wie möglich zu entfernen. Das Vorliegen bzw. Fortbestehen von dekolonisierungshemmenden Faktoren stellt jedoch per se keine Kontraindikation für die Durchführung eines Dekolonisierungsversuchs dar. Eine Dekolonisierungsbehandlung kann trotz Vorliegen hemmender Faktoren mit dem Ziel des kurzfristigen Erfolgs (z.B. zur Keimlastreduktion bei elektiven operativen Eingriffen) durchgeführt werden.

Angaben zur Dekolonisierungsbehandlung:

<p>auszufüllen im Krankenhaus / Alten- u. Pflegeheim / andere Einrichtung</p> <p><input type="radio"/> Status der Dekolonisierung bei Entlassung (bitte ankreuzen)</p> <p>Dekolonisierungstag: 1 2 3 4 5 (Phase A + B)</p> <p>Pause: 1 2 3 (Phase C)</p> <p>1. Abstrichkontrolle durchgeführt: I</p> <p>vorläufiger Dekolonisierungserfolg? Ja Nein (Phase D)</p>	<p>auszufüllen vom niedergelassenen Arzt / Ärztin / Pflegekraft</p> <p>2. Kontrolle zwischen 3. und 6. Monat: Datum: Ja Nein (Phase E)</p> <p>vorläufiger Dekolonisierungserfolg?</p> <p>3. Kontrolle nach 12 Monaten: Datum: Ja Nein (Phase F)</p> <p>MRSA frei</p>
<p>auszufüllen im Krankenhaus</p> <p><input type="radio"/> Status d. Dekolonisierung b. Verlegung in ein anderes Krankenhaus (bitte ankreuzen)</p> <p>Dekolonisierungstag: 1 2 3 4 5 (Phase A + B)</p> <p>Pause: 1 2 3 (Phase C)</p> <p>Abstrichkontrollen: I II III (Phase D)</p> <p>vorläufiger Dekolonisierungserfolg? Ja Nein</p>	<p>auszufüllen vom niedergelassenen Arzt / Ärztin / Pflegekraft</p> <p>2. Kontrolle zwischen 3. und 6. Monat: Datum: Ja Nein (Phase E)</p> <p>vorläufiger Dekolonisierungserfolg?</p> <p>3. Kontrolle nach 12 Monaten: Datum: Ja Nein (Phase F)</p> <p>MRSA frei</p>

Unterschrift: _____

Dekolonisierungsbehandlung:

Eine Dekolonisierungsbehandlung wird gezielt durchgeführt, um den MRSA von der Haut / Schleimhaut des Patienten oder der Patientin zu entfernen, damit

- a) das Risiko einer Infektion mit diesem Erreger minimiert wird und
- b) der Erreger nicht auf andere Patienten übertragen werden kann.

Ohne Vorliegen von dekolonisierungshemmenden Faktoren ist eine erfolgreiche Dekolonisierung innerhalb eines Sanierungszyklus wahrscheinlicher.

Bei Vorliegen von dekolonisierungshemmenden Faktoren muss im Einzelfall über die Sinnhaftigkeit und den Beginn der endgültigen Dekolonisierungsbehandlung entschieden werden. In diesem Fall kann eine Dekolonisierungsbehandlung zur Keimreduktion sinnvoll sein.

Nach Entlassung des Patienten oder der Patientin sollte eine Dekolonisierungsbehandlung stets weitergeführt, bzw. deren Erfolg kontrolliert werden.

Standarddekolonisierungsbehandlung

(zur Dekolonisierung bitte die aktuellen Informationen der Kassenärztlichen Vereinigungen berücksichtigen)

1. 3x täglich Mupirocin-Nasensalbe (Mittel der Wahl) in beide Nasenvorhöfe einbringen,
2. 2 – 3x täglich Rachenspülung mit antiseptischer Lösung (z.B. Chlorhexidin-, Octenidin- oder Triclosan- haltige Präparate)
3. Hautwaschungen mit einer antiseptischen Seife durchführen, z.B. 1-2x täglich mit einem geeignetem Mittel duschen (inkl. Haare). Einwirkzeiten beachten!

Bei jedem Wirkstoff die Herstellerangaben beachten!

Kontrolle des Dekolonisierungserfolges

1. 3 Tage nach Beendigung dieser Therapie Kontrollabstrichserien (Nase, Rachen, ggf. Wunden, ggf. weitere bekannte Kolonisationsorte)
 - a. im Krankenhaus an drei aufeinanderfolgenden Tagen Kontrollabstrichserien durchführen
 - b. in der Arztpraxis zunächst eine Kontrollabstrichserie durchführen
2. Um eine Wiederbesiedlung von der Umgebung auf den Patienten oder der Patientin zu vermeiden, werden während einer Sanierung täglich Textilien und Gegenstände, die mit der Haut oder Schleimhaut Kontakt haben, gewechselt. Hierzu gehören die Bettwäsche, Utensilien der Körperpflege (Handtücher, Waschlappen, Kämmen, Zahnbürste etc.), aber auch die Verwendung von einem Deo-Spray anstatt eines Deo-Rollers. Die Bekleidung sollte ebenfalls täglich gewechselt und der normalen Wäsche zugeführt werden.
3. Bei negativer / n Abstrichkontrolle/n liegt ein **vorläufiger Dekolonisierungserfolg** vor.
4. Weitere Kontrollabstriche folgen innerhalb der nächsten 12 Monate in unterschiedlicher Häufigkeit, in Abhängigkeit davon, ob der Patient oder die Patientin stationär oder ambulant behandelt wird. Bleiben alle Kontrollabstriche negativ, so gilt der Patient oder die Patientin als **MRSA – frei**.

Beachte: Der Patient oder die Patientin hat auch nach erfolgreicher Dekolonisierung immer eine positive „MRSA-Anamnese“. Daher ist bei erneuter stationärer Aufnahme weiterhin ein erneutes Screening, ggf. präemptive Isolierung erforderlich.

5. Bei frustraner Erstbehandlung kann ein zweiter Dekolonisierungsversuch notwendig sein. Der zweite Versuch ist im Zweifelsfall mit auf dem Gebiet der MRSA-Dekolonisierung erfahrenen Ärzten zu besprechen.

Bitte beachten Sie, dass eine erfolgreiche Dekolonisierung großen Nutzen für den Patienten oder die Patientin selbst und seinen bzw. ihre Mitpatienten oder Mitpatientinnen hat. Eine erfolgreiche Dekolonisierung hängt jedoch entscheidend davon ab, wie sorgfältig eine Behandlung durchgeführt wird. Hierbei ist wichtig, dass der Patient ausreichend informiert wird, um bei allen Maßnahmen selbst mithelfen zu können.

Informationen zu MRSA:

Um die Information über den MRSA-Status während des gesamten MRSA-Kreislaufs nicht zu vergessen, sollte der Dekolonisierungstherapiestatus eines jeden Patienten oder Patientin genau dokumentiert werden.

Informationen zur Dekolonisierung und den Umgang mit MRSA-Patienten oder Patientinnen finden Sie z.B.:

Unter www.mre-netzwerke.nrw.de, bei EurSafety Health-net <http://www.eursafety.eu>, unter „Patientensicherheit“ auf der Seite der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe <http://www.kvwl.de/index.htm> und auf der FAQ-Seite von MRSA-net <http://www.mrsa-net.nl/de/> oder für Smartphones (iOS®, Android® und Windows®) in der „MRSApp“