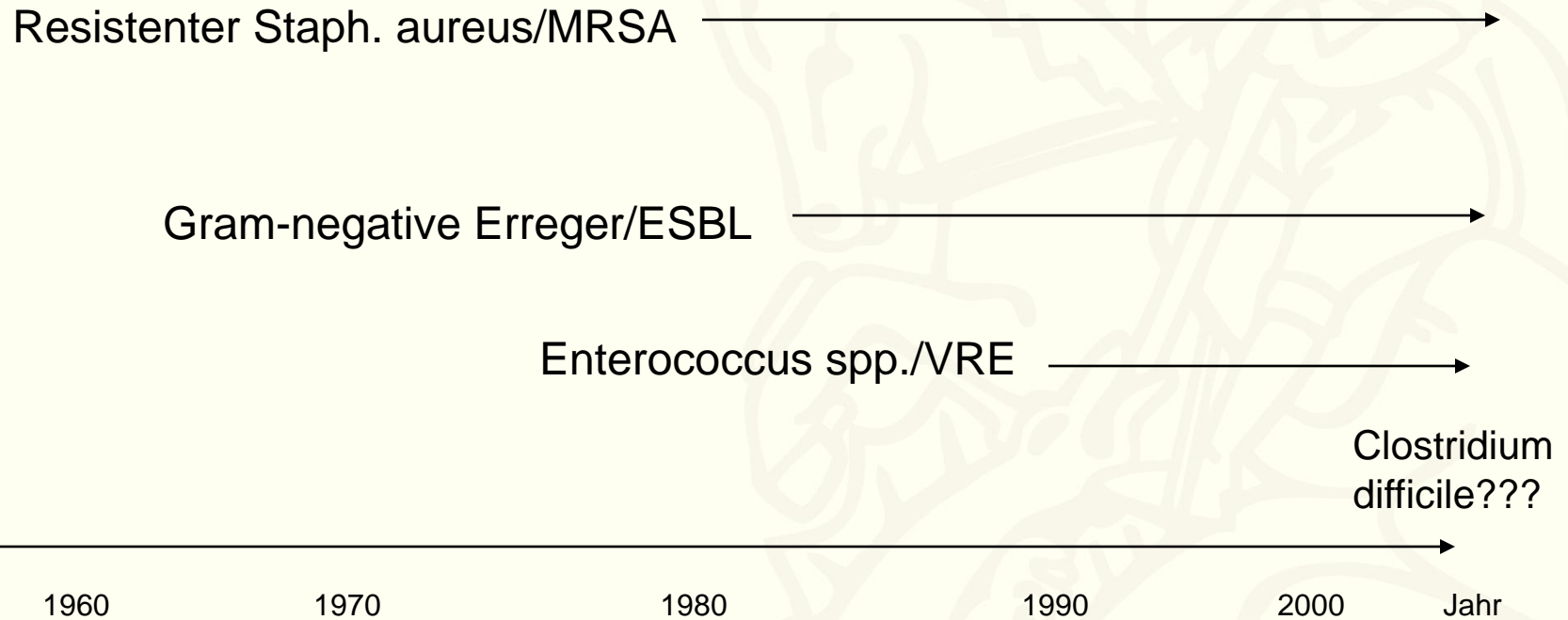




MRSA im stationären Alltag

Klinikum St. Georg gGmbH
GB Stabsstellen Geschäftsführung
Abt. Krankenhaushygiene und Sicherheitsmanagement
OÄ Dr. Gerit Görisch

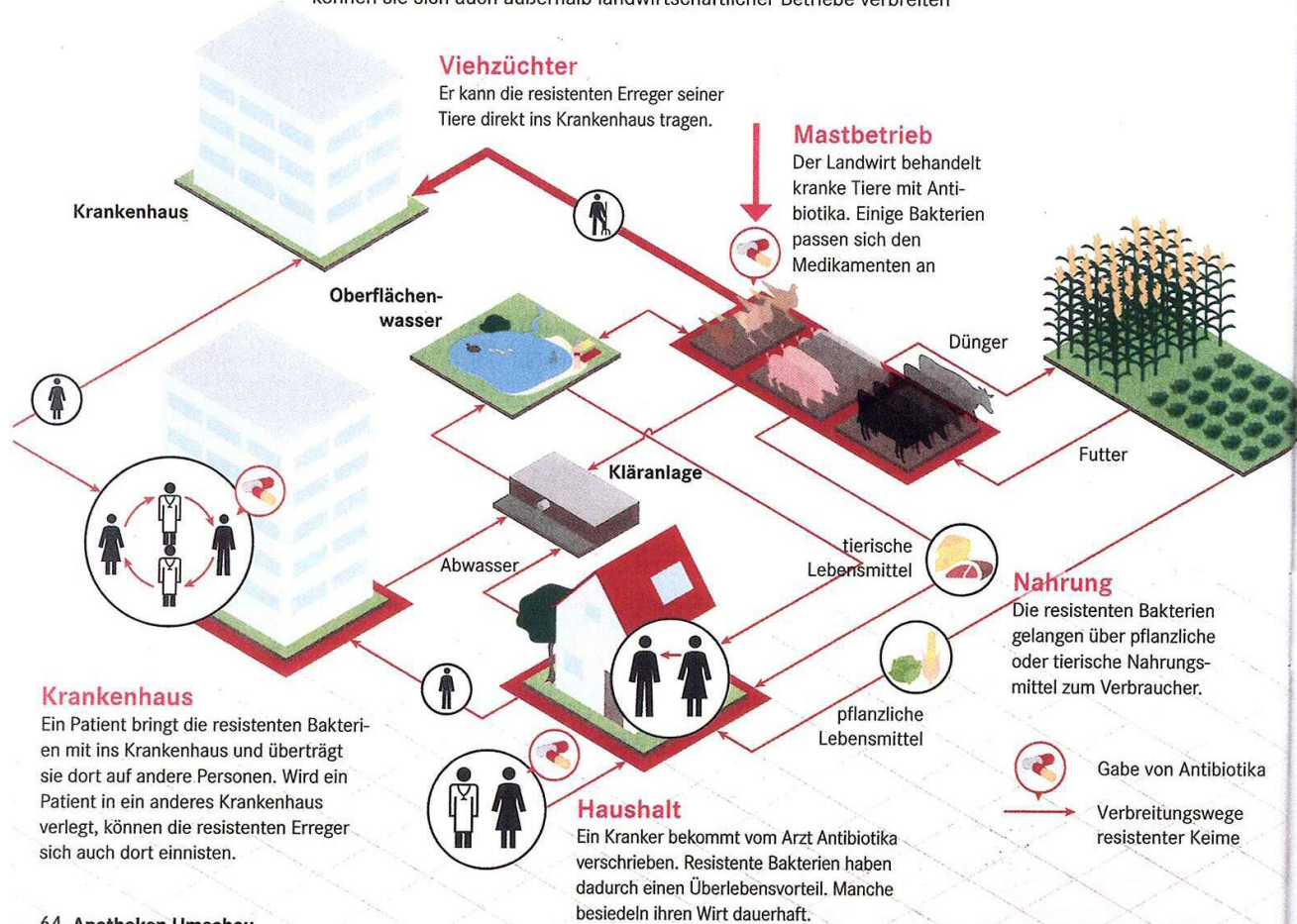
Resistenzentwicklungen auf der Zeitschiene





Vom Stall ins Krankenhaus

Resistente *Staphylococcus-aureus*-Bakterien (MRSA) kommen in Mastbetrieben häufig vor. Über verschiedene Wege können sie sich auch außerhalb landwirtschaftlicher Betriebe verbreiten



↪ Screening?

↪ Konsequenzen für die stationäre Versorgung?

Information des Betroffenen und der Angehörigen?

Risikogruppen á la Georg:

- Patienten durch Verlegung aus anderen Kliniken (extern)
- Patienten mit chronischen Wunden (> 3 Monate)
- Patienten mit früher bekanntem MRSA – Nachweis
- Patienten, welche in intensivmedizinische Bereich aufgenommen werden (nicht IMC)
- Neonatologie (bereichsspezifische Regelungen)



Mitteilung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO)

Praktische Umsetzung sowie krankenhaushygienische und infektionspräventive Konsequenzen des mikrobiellen Kolonisationscreenings bei intensivmedizinisch behandelten Früh- und Neugeborenen

Ergänzende Empfehlung der KRINKO beim Robert Koch-Institut, Berlin, zur Implementierung der Empfehlungen zur Prävention nosokomialer Infektionen bei neonatologischen Intensivpflegepatienten mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g aus dem Jahr 2007¹ und 2012²

Diese Woche 42 / 2013

KRINKO

Mikrobielles Kolonisations-screening bei intensivmedizinisch behandelten Früh- und Neugeborenen
 ▶ Hintergrund, S. 421
 ▶ Definition von MRGN und Hinweise zum Ablauf des Screenings, S. 423



Neonaten - Screening

Gruppe I	Gruppe II	Gruppe III
Bakterielle Isolate mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen	Bakterienspezies, um die das Screening ggf. nach interner Absprache mit dem Krankenhaushygieniker und der Mikrobiologie erweitert werden sollte, wenn es bei einem Patienten zu einer invasiven Infektion durch ein solches Isolat gekommen ist.	Bakterienspezies mit besonderer Pathogenität, mit besonders hohem Risiko von nosokomialen Infektionsausbrüchen oder mit Konsequenzen für die antibiotische Therapie
2MRGN [#] NeoPd, 3MRGN [#] oder 4MRGN [#] MRSA	<i>Acinetobacter</i> spp. (ohne MRGN-Eigenschaften) <i>Klebsiella pneumoniae</i> (ohne MRGN-Eigenschaften) <i>S. aureus</i> (Methicillin-sensibel)	<i>Serratia marcescens</i> <i>P. aeruginosa</i> <i>Enterobacter</i> spp.*

Tab. 2: Beispielhafte Zusammensetzung von besonders relevanten Erregern des Kolonisationscreenings bei intensivmedizinisch behandelten Früh- und Neugeborenen

Zur Definition der MRGN-Eigenschaften siehe Tabelle 1a und 1b, S. 423

* Auch ohne MRGN-Eigenschaften haben *Enterobacter*-Isolate häufig eine chromosomal kodierte AmpC-Betalaktamase in ihrem genetischen Repertoire, die unter einem entsprechenden Selektionsdruck aktiviert werden kann. Hier geht es somit nicht um krankenhaushygienische Aspekte, sondern eine angemessene Antibiotikatherapie bei systemischen Infektionen.

Standardhygienemaßnahmen

- Isolierung
- strikte Händehygiene
- Anlegen von Schutzkleidung bei Betreten des Patientenzimmers
- Tragen von Einmalhandschuhen und Nasen-Mund-Schutz bei der Pflege und Therapie des Betroffenen
- Verwendung patientenbezogener medizinischer Hilfsmittel (Stethoskop, Fieberthermometer...) oder gründliche Desinfektion der benutzen Utensilien unter Einhaltung der Einwirkzeit des Desinfektionsmittels
- mindestens tägliche Wischdesinfektion der Griffbereiche des Betroffenen/Dusche und Wanne nach jeder Benutzung



Sanierung?

Aufenthaltsdauer im Krankenhaus?

Ziel der Sanierung?



Sanierung??? bei MRSA-Trägern empfohlen? Sinnvoll?
für 5 Tage neben der Dekolonisation von Wunden (täglich):

- lokale Gabe einer mupirocinhaltigen Salbe, 3xtäglich
 - z. B. Turixin, in die Nase
 - oder Octenisept-Pinselung (mit Wattestäbchen) der Nasenvorhöfe (Verhältnis 1:10)

- antiseptische Waschung, einschließlich der Haare, täglich
 - z. B. mit Laudamonium 0,25 % Einwirkzeit 1 min
 - oder Octenisept (Verhältnis 1:1) Einwirkzeit 2 min
 - Nach Einwirkzeit abspülen!!!

- antiseptische Mundspülung, 3xtäglich
 - z.B. mit Betaisodona-Mundantiseptikum Verdünnung 1:4, EWZ 30 sec
 - oder Octenisept (Verdünnung 1:10)
 - oder 0,1%iger Chlorhexidinlösung

- Bettwäsche/Patientenkleidung und Utensilien der Körperpflege
täglich wechseln

- patienteneigene Hilfsmittel, wie z.B. Hörgerät, Brille, Zahnprothese, nicht vergessen

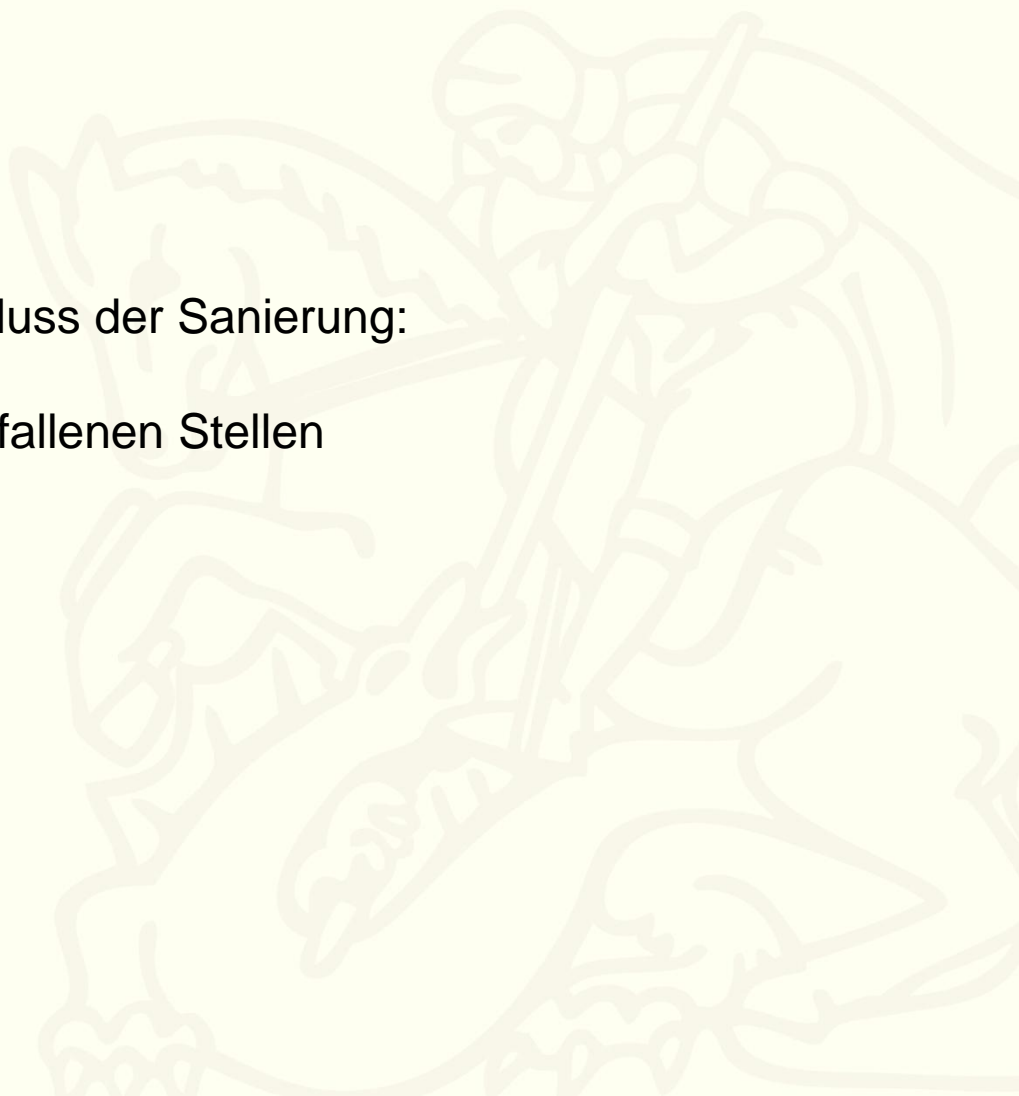


Wichtig!

Sanierungskontrolle

Frühestens 3 Tage nach Abschluss der Sanierung:

3 negative Abstriche an den befallenen Stellen



OPS-Codierung 2006

8-987	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern (MRE)
8-987.0	Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit
8-987.1	Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit
8-987.X0	Bis zu 6 Behandlungstage
8-987.X1	Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage
8-987.X2	Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage
8-987.X3	Mindestens 21 Behandlungstage
Exkl.:	Isolation bei Verdacht auf Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern mit anschließendem negativen Befund

ab 2016: Behandlung im Einzelzimmer mit Schleuse

OPS-Codierung 2006

Mindestmerkmale:

Behandlung durch speziell eingewiesenes medizinisches Personal, in Zusammenarbeit mit dem Krankenhaushygieniker und/oder der/dem Krankenschwester / -pfleger für Krankenhaushygiene (Hygienefachkraft) unter Aufsicht des Krankenhaushygienikers unter Berücksichtigung aktueller Behandlungs- und Pflegestandards

ICD 10 - Codierung

„Hygiene-Codierung“

- Z22.3** Keimträger anderer näher bezeichneter bakterieller Krankheiten
- Z29.0** Isolierung als prophylaktische Maßnahme
- Z29.8** Sonstige näher bezeichnete prophylaktische Maßnahmen
- Z11** Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf infektiöse und parasitäre Krankheiten
- Z20.8** Kontakt mit und Exposition gegenüber sonstigen übertragbaren Krankheiten

Notwendig: Dokumentation des Mehraufwandes!

**z.B.
Personalaufwand**

Tätigkeit	Zeit
Einschleusung	2 min
Bett beziehen	3 – 4 min
Körperpflege	20 – 25 min
Screening-Abstriche	5 min
Gespräch über MRE	10 min
Flächendesinfektion	5 min
Dokumentation	2 – 5 min

Überleitungsbogen MRE

Die einzelnen Angaben sind bei Überweisungen und Verlegungen von Patienten mit MRE im stationären und ambulanten Bereich vollständig vorzunehmen.

Auftreten MRE - Überleitbogen

Absender (hier auch Aufkleber/Stampel möglich) Name der Einrichtung Straße/ Nr. PLZ/Wohnort Ansprechpartner bei telefonischen Rückfragen		Patientendaten (hier auch Aufkleber/Stampel möglich) Name Vorname Geburtsdatum Straße/ Nr. PLZ/Wohnort																									
Zieleinrichtung: Name der Einrichtung		Erregernachweise <input type="checkbox"/> MRGA <input type="checkbox"/> VRE "Spezies:" <input type="checkbox"/> 3MRGN" <input type="checkbox"/> 4MRGN"																									
		Trägerstatus <input type="checkbox"/> Besiedlung <input type="checkbox"/> Infektion																									
Nachweisort <input type="checkbox"/> Nasenvorhöfe <input type="checkbox"/> Mund/Rachenraum <input type="checkbox"/> Respirationstrakt/Trachealkanüle <input type="checkbox"/> Haut <input type="checkbox"/> Wunde (Wo?) <input type="checkbox"/> Blutkultur <input type="checkbox"/> Katheterspitze <input type="checkbox"/> Urin <input type="checkbox"/> Stuhl/Rektalabstrich <input type="checkbox"/> Sonstige		Datum des Nachweises <table border="1"> <tr> <td>1.</td><td>2.</td><td>3.</td> </tr> <tr> <td>1.</td><td>2.</td><td>3.</td> </tr> <tr> <td>1.</td><td>2.</td><td>3.</td> </tr> <tr> <td>1.</td><td>2.</td><td>3.</td> </tr> <tr> <td>1.</td><td>2.</td><td>3.</td> </tr> <tr> <td>1.</td><td>2.</td><td>3.</td> </tr> <tr> <td>1.</td><td>2.</td><td>3.</td> </tr> <tr> <td>1.</td><td>2.</td><td>3.</td> </tr> </table>		1.	2.	3.	1.	2.	3.	1.	2.	3.	1.	2.	3.	1.	2.	3.	1.	2.	3.	1.	2.	3.	1.	2.	3.
1.	2.	3.																									
1.	2.	3.																									
1.	2.	3.																									
1.	2.	3.																									
1.	2.	3.																									
1.	2.	3.																									
1.	2.	3.																									
1.	2.	3.																									
Sanierung bei MRSA-Besiedlung <input type="checkbox"/> bisher keine Durchführung einer Sanierung <input type="checkbox"/> erfolgreiche Sanierung 1. Zyklus von _____ bis _____ keine erfolgreiche Sanierung nach <input type="checkbox"/> erfolgreiche Sanierung 2. Zyklus von _____ bis _____ <input type="checkbox"/> 1. Zyklus <input type="checkbox"/> wird noch saniert mit <input type="checkbox"/> 2. Zyklus <input type="checkbox"/> Nasenzalbe Präparat: _____ <input type="checkbox"/> Rachenbehandlung Präparat: _____ <input type="checkbox"/> antisept. Waschungen Präparat: _____ Tag der Sanierung <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 oder Ruhetage unmittelbar nach Sanierung <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 Abstrichkontrolle Nr. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 ist erfolgt Anzahl der vorliegenden negativen Abstriche <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Sanierung am Tag der Verlegung ist erfolgt																											
Zusätzliche Hinweise zur Fortführung der Sanierung: _____ _____																											
Therapie bei Infektion siehe Arztbrief!																											
Aufklärung: Aufklärung über MRE ist erfolgt: <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Angehörige																											
erstellt am: _____		Name, Vorname: _____																									



**Postulat:
Jede noch so gute Antibiose scheitert an einer
schlechten Hygiene!**



**Vielen Dank
für Ihre
Aufmerksamkeit!**

Matratze unter abwischbarem Bezug