

FACHRICHTLINIE Nr. 11

Hygienemaßnahmen bei Nachweis von MRSA, VRE, LRE

Inhalt

1	Keim	2
2	Resistenz	2
3	Übertragung	2
4	Screening	3
5	Isolierung	5
5.1	Isolierung MRSA.....	5
	Dauer der räumlichen Isolierung	5
5.2	Isolierung VRE	6
	Dauer der räumlichen Isolierung:.....	6
	Präemptive Isolierung:.....	6
5.3	Isolierung LRE.....	6
	Dauer der räumlichen Isolierung:.....	6
6	Dekolonisierung.....	7
6.1	Produkte/Wirkstoffe zur Dekolonisierung	7
6.2	Dekolonisierung MRSA	8
	Dekolonisierung bei positivem MRSA Befund	8
	Dauer der Dekolonisierungsmaßnahmen:.....	8
	Präventive Dekolonisierung:.....	8
6.3	Dekolonisierung VRE.....	9
	Dekolonisierung bei positivem VRE-Befund	9
	Präventive Dekolonisierung:.....	9
6.4	Dekolonisierung LRE	9
	Dauer der Dekolonisierungsmaßnahmen:.....	9
7	Monitoring	10
7.1	MRSA.....	10
7.2	VRE und LRE	10
8	Weiterführende Hygienemaßnahmen	10
9	MIBI-Monitor	12

Die vorliegende Fachrichtlinie beschreibt den Umgang mit den grampositiven multiresistenten Erregern mit besonderer epidemiologischer Relevanz - MRSA (Methicillin resistenter *Staphylococcus aureus*), VRE (Vancomycin resistente Enterokokken), LRE (Linezolid resistente Enterokokken) in Bezug auf Screening, Isolierung, Dekolonisierung und Hygienemaßnahmen.

	MRSA Methicillin resistenter <i>Staphylococcus aureus</i>	VRE Vancomycin resistente Enterokokken	LRE Linezolid resistente Enterokokken
1 Keim	Staphylococcus aureus <ul style="list-style-type: none"> • fakultativ pathogener Keim • Kolonisationskeim bei einem Drittel der Bevölkerung vor allem im Nasenvorhof zeitweise oder dauerhaft 	Enterokokken: <ul style="list-style-type: none"> • Bestandteil der normalen Darmflora des Menschen • fakultativ pathogene Krankheitserreger • hohe Umweltenanzahl 	
2 Resistenz	MRSA: <ul style="list-style-type: none"> • <i>mecA</i>-Gen-vermittelte Resistenz gegenüber allen Penicilline, Cephalosporine der 1. bis 4. Generation und Carbapeneme (Ausnahme: MRSA-wirksame Cephalosporine, z.B. Ceftazidim) • Bildung von Penicillin-bindende Proteinen (PBP2a) mit nur geringer Affinität zu β-Laktam-Antibiotika • Häufig zusätzliche Antibiotikaresistenzen gegenüber verschiedenen weiteren Antibiotikaklassen (z.B. Makrolide, Chinolone, Lincosamide, Tetracycline) 	VRE: <ul style="list-style-type: none"> • Resistenz gegenüber dem Reserveantibiotikum Vancomycin • Häufig auch gegenüber Teicoplanin • Am häufigsten betroffene Spezies <ul style="list-style-type: none"> • <i>Enterococcus faecium</i> • <i>Enterococcus faecalis</i> 	LRE: <ul style="list-style-type: none"> • Resistenz gegenüber Linezolid

Je nach molekularer Grundlage der Resistenz besteht die Möglichkeit und somit das Risiko einer Weitergabe der Glycopeptidresistenz / Linezolidresistenz über Speziesebene hinaus an andere Erreger.

3 Übertragung

Im klinischen Setting praktisch immer durch **Kontakt** (besonders über Hände und medizinische Utensilien).

Nur in **Ausnahmefällen** (positiver Erregernachweis im Respirationstrakt bei florider Infektion der Atemwege, Tracheostoma, etc.) ist eine **träpfchenassoziierte Erregerübertragung** möglich.

Als infektiös gelten alle Materialien in denen der Erreger nachgewiesen wird.

Bei großflächigen, nicht abgedeckten Wunden sowie schuppenden Dermatosen ist ebenso mit der Freisetzung erregertragender Partikel und somit der Möglichkeit einer kontaktassoziierten Erregerübertragung zu rechnen.

4 Screening

Ein Screening dient der Identifizierung asymptomatischer Träger von krankenhaushygienisch relevanten Erregern, um im Rahmen eines Maßnahmenbündels zur Vermeidung nosokomialer Übertragung, möglichst zeitnah adäquate Hygienemaßnahmen und Dekolonisierungsmaßnahmen einleiten zu können, und wird bei **Risikopatienten** empfohlen.

MRSA
<ol style="list-style-type: none"> 1. Patienten mit <u>positiver MRSA-Anamnese</u> innerhalb der letzten 6 Monate 2. Patienten die <u>über 72 Stunden</u> mit einem MRSA-positiven Patienten welcher Risikofaktoren für eine Streuung des Erregers aufweist <u>im selben Zimmer</u> untergebracht waren 3. Patienten die innerhalb der letzten 6 Monate in <u>Ländern mit hoher MRE-Prävalenz</u> hospitalisiert waren (Risikogebiete: Süd- und Osteuropa, Mittelmeerländer, Asien (insbesondere Indien)) 4. <u>Asylwerber</u> die innerhalb der letzten 6 Monate eingereist sind 5. Patienten aus der <u>Landwirtschaft mit Schweinemasthaltung</u> 6. Patienten ab einer Liegedauer von <u>>14 Tagen</u> UND laufender Antibiotikatherapie länger als 5 Tage innerhalb dieses Zeitraums 7. Patienten ab einer Liegedauer von <u>>4 Tagen auf Intensivstationen</u> UND laufender Antibiotikatherapie länger als 72 Stunden innerhalb dieses Zeitraums

VRE
<ol style="list-style-type: none"> 1. Patienten mit <u>positiver VRE-Anamnese</u> innerhalb der letzten 12 Monate 2. Patienten die <u>über 72 Stunden</u> mit einem VRE-positiven Patienten welcher Risikofaktoren für eine Streuung des Erregers aufweist <u>im selben Zimmer</u> untergebracht waren 3. <u>Vor geplanten großen abdominalchirurgischen Eingriffen</u> und zu erwartendem Risiko des Austrittes von Darminhalt in den Abdominalraum 4. Patient nach <u>peroraler Vancomycintherapie</u> in den letzten 6 Monaten

LRE
<ol style="list-style-type: none"> 1. Patienten mit <u>positiver LRE-Anamnese</u> innerhalb der letzten 6 Monate 2. Patienten die <u>über 72 Stunden</u> mit einem LRE-positiven Patienten welcher Risikofaktoren für eine Streuung des Erregers aufweist <u>im selben Zimmer</u> untergebracht waren 3. <u>Vor geplanten großen abdominalchirurgischen Eingriffen</u> und zu erwartendem Risiko des Austrittes von Darminhalt in den Abdominalraum

	MRSA	VRE	LRE						
Screening Lokalisation	<ul style="list-style-type: none"> • Rachen/Nase-Abstrich gepoolt • Hautabstrich gepoolt 	<ul style="list-style-type: none"> • Rachen/Nase-Abstrich gepoolt • Hautabstrich gepoolt • Stuhl oder Rectalabstrich (mit makroskopisch sichtbarem Fäzes!) 							
Screening-Proben zum Nachweis von Multiresistenten Grampositiven Erregern									
<p><u>Rachen/Nase gepoolt:</u> Ein kombinierter Abstrich aus dem Rachen und beiden Nasenvorhöfen</p> <p><u>Hautabstrich gepoolt:</u> Dieser Abstrich führt von der Schläfe über den Hals, das Schultergelenk zur Axilla, über den Thorax zur kontralateralen Seite, dort weiter entlang der lateralen Thoraxwand zur Hüfte, und unter Erfassung beider Leistenregionen wieder auf die Ausgangsseite.</p> <p><u>Stuhl oder Rectalabstrich</u></p>									
<p>Abbildung 1: Screeninglokalisationen</p> <table border="1"> <tr> <td>1. Rachen-Nase gepoolt</td> <td>2. Haut gepoolt</td> <td>3. Stuhl oder Rectalabstrich</td> </tr> <tr> <td>1 Abstrich</td> <td>1 Abstrich</td> <td>1 Probe/Abstrich</td> </tr> </table> <p>Optional: Kontrolle der Lokalisation des Erstisolates wenn der Patient aus Vorbefunden als MRE-Träger bekannt ist</p>				1. Rachen-Nase gepoolt	2. Haut gepoolt	3. Stuhl oder Rectalabstrich	1 Abstrich	1 Abstrich	1 Probe/Abstrich
1. Rachen-Nase gepoolt	2. Haut gepoolt	3. Stuhl oder Rectalabstrich							
1 Abstrich	1 Abstrich	1 Probe/Abstrich							
Untersuchungsart	<ul style="list-style-type: none"> • MRSA-PCR oder Screening Kultur • Folgeuntersuchungen: kulturell • Kein PCR nach eingeleiteter Dekolonisierung! (avitale Keime) 	<ul style="list-style-type: none"> • Screening Kultur 							
Durchführung	<p><i>Siehe VA: Probenahme/Transport; Richtlinie: 1010.5220</i></p> <p>Untersuchung von Personal und/oder Umgebung ausschließlich nach Rücksprache mit dem Hygieneteam vor Ort bzw. mit dem Institut für Krankenhaushygiene und Mikrobiologie!</p>								

5 Isolierung

Zum Zwecke der Risikostratifizierung werden folgende Kategorien herangezogen:

Risikobereiche sind nach individueller Risikoabwägung, auf Basis des Patientenkollektivs oder auch baulich-struktureller Gegebenheiten zu definieren. Wie z.B.:

- Intensivstationen
- Neonatologie-Stationen
- Transplant-Stationen
- Hämatologisch-onkologische Stationen

Risikofaktoren

- Diarrhoe, Stuhl- oder Urininkontinenz bei positivem Erreger nachweis in Stuhl/Harn
- Tracheostoma und positiver Erreger nachweis im Respirationstrakt
- positiver Erreger nachweis im Respirationstrakt bei florider Infektion der Atemwege
- großflächige, nicht abdeckbare Wunden
- mangelnde Compliance

Ist eine Zuteilung zu einem Risikobereich bzw. Risikofaktor nicht eindeutig möglich, wird eine Rücksprache mit dem Hygieneteam vor Ort bzw. mit dem Institut für Krankenhaushygiene und Mikrobiologie empfohlen. Eine gemeinsame Unterbringung von Trägern multiresistenter Erreger mit besonders infektionsgefährdeten Patienten (Immunsupprimierte Patienten, Verbrennungspatienten, etc.) soll nach Möglichkeit vermieden werden.

Keine Kohortierung von MRSA- mit LRE/VRE-Patienten!

5.1 Isolierung MRSA

Bei Besiedelung und/oder Infektion des Patienten mit MRSA, ist aus hygienischer Sicht immer eine räumliche Isolierung im **Einzelzimmer** zu bevorzugen. Eine Kohortierung mit anderen MRSA-Patienten ist möglich.

Sollte eine räumliche Isolierung nicht möglich sein, kann nach Rücksprache mit dem Hygieneteam vor Ort bzw. mit dem Institut für Krankenhaushygiene und Mikrobiologie, insbesondere bei Nachweis in einem geschlossenen System (Intubation, Harnkatheter) und Ausschluss von Risikofaktoren, der Patient unter Einhaltung der Standardhygienemaßnahmen am Patientenplatz auch in einem Mehrbettzimmer untergebracht werden.

Bei Vorliegen von **Risikofaktoren** die eine Streuung des Erregers begünstigen, und/oder dem Aufenthalt in **Risikobereichen**, ist eine räumliche Isolierung im **Einzelzimmer** mit höchster Priorität umzusetzen!

Dauer der räumlichen Isolierung

Aufrechterhalten der Isolierung bis zum Vorliegen von **2 aufeinanderfolgenden negativen Screening-Befunden**.

Präemptive Isolierung:

Patienten die in den **letzten 6 Monaten eine Besiedelung** mit MRSA zeigten, **ohne darauffolgenden negativen Screeningbefunden innerhalb der letzten 4 Wochen**, sind nach Möglichkeit schon vor dem Vorliegen aktueller Screeningbefunde zu isolieren.

Bei Vorliegen **eines neg. Befundes**, **im Rahmen der präemptiven Isolierung erhoben**, (je Lokalisation) kann der Patient aus der präemptiven Isolierung entlassen werden.

5.2 Isolierung VRE

Die räumliche **Isolierung** von Patienten mit Nachweis von VRE ist im klinischen Setting unabhängig von den zuvor angeführten Risikofaktoren und Risikobereichen mit **höchster Priorität umzusetzen!**

Dauer der räumlichen Isolierung:

- Aufrechterhalten der Isolierung **bis zur Entlassung/Verlegung**.

Aufgrund spezieller Rahmenbedingungen in Reha-Einrichtungen und Pflegezentren bzw. in der Langzeitpflege können hier individuelle Entscheidungen notwendig sein.

Präemptive Isolierung:

Patienten die in den letzten **12** Monaten eine Besiedelung mit VRE ([innerhalb der letzten 12 Monate; MIBI- Monitor](#)) zeigten, sind nach Möglichkeit schon vor dem Vorliegen aktueller Screeningbefunde zu isolieren.

- Patienten mit positiver VRE-Anamnese **innerhalb der letzten 6 Monate** sind umgehend zu isolieren, die **Isolierung ist bis zur Entlassung** aufrecht zu [halten \(unabhängig vom Screening-Ergebnis\)](#).
- Patienten mit positivem VRE-Befund, der **länger als 6 Monate** zurückliegt, sollten bis zum Vorliegen von **2 negativen Screeningbefunden** isoliert werden.

5.3 Isolierung LRE

Räumliche Isolierung im Einzelzimmer in **Risikobereichen** oder bei Vorliegen von **Risikofaktoren** (siehe oben), die eine Streuung des Erregers begünstigen, indiziert.

Dauer der räumlichen Isolierung:

- **LRE in nicht Risikobereichen:** Aufrechterhalten der Isolierung **solange Risikofaktoren** vorliegen, die das Risiko einer Streuung des Erregers erhöhen (siehe oben: Risikofaktoren)
- **LRE in Risikobereichen:** Aufrechterhalten der Isolierung bis zum Vorliegen von **2 aufeinanderfolgenden negativen Screeningbefunden**.

Merke: Die räumliche Abtrennung von Patienten mit multiresistenten Erregern ist lediglich ein Element in einem Bündel von Einzelmaßnahmen. Wenn z.B. Hände vor und nach Patientenkontakt nicht desinfiziert werden und Handschuhe sowie Schutzausrüstung nicht patientenbezogen verwendet werden (**Standardhygienemaßnahmen!**), kann auch kein Einzelzimmer helfen.

6 Dekolonisierung

6.1 Produkte/Wirkstoffe zur Dekolonisierung

Auswahl möglicher Produkte je Wirkstoffklasse, die zur MRE-Dekolonisierung bzw. Reduktion der Erregerlast verwendet werden können (Anwendung nach ärztlicher Anordnung bzw. laut Herstellerangaben).

Wirkstoff	Nase	Mund/Rachen	Körper
Octenidin	Octenisan® md Nasengel	Octenimed® Mundspülösung	Octenisan® Waschlotion Octenisan® Waschhaube od. Waschhandschuhe
Polyhexanid-Betain-Komplex	Prontoderm Nasal Gel®	ProntOral® Mundspülösung	Prontoderm® Foam/ Lösung
PVP-Iod	Betaisodona® (z.B. Spray 1,25% für die Nase, magistrale Zubereitung) PVP-Iod-Salbe (Braunovidon® Salbe)	Betaisodona-Mundantiseptikum®	
Chlorhexidin		Chlorhexidinhaltige Mundspülösungen	Skinsan 2%® Decontaman Pre wash® Decontaman Pre Cap® Decontaman Pre Wipes® Reinigungstücher DYMACARE 2% Bett-Badetücher/ Waschhandschuhe/ Shampoo-Kappe
Hypochlorige Säure		Actimaris® Oropharynx Spray	

Ist die Durchführung der Körperpflege mehrmals täglich erforderlich, können über die Dekolonisation hinausgehende Waschungen mit herkömmlichen Waschlotionen erfolgen. Sollten Klebeeffekte auf der Haut während der Anwendung von sog. „leave on“ Produkten auftreten, wird einmal wöchentlich eine herkömmliche Waschung empfohlen, um die zuvor aufgetragenen Schichten wieder abzuwaschen.

Informationen zur Anwendung von Produkten zur MRE-Dekolonisation, sowie diesbezügliche Einschränkungen (u.a. zeitliche Begrenzung, Lebensalter) und Nebenwirkungen, siehe **Herstellerangaben**; diese sind vollinhaltlich zu beachten.

Antibiotische Nasensalbe (aufgrund möglicher Resistenzentwicklung erst als 2. Wahl [gegen MRSA empfohlen](#))

- Fucidine® (Fusidinsäure)
- Mupirocin- Nasensalbe (Bactroban ®)

6.2 Dekolonisierung MRSA

Dekolonisierung bei positivem MRSA Befund

Einleiten von Dekolonisierungsmaßnahmen an den betroffenen Stellen.

Bei alleinigem Erregernachweis im Harn wird als Dekolonisierungsmaßnahme die antiseptische Körperwaschung empfohlen.

Empfohlene Vorgehensweise: Produkte/Wirkstoffe zur MRE-Dekolonisierung sind unter [Punkt 6.1](#) angeführt.

Dauer der Dekolonisierungsmaßnahmen:

- Bis zur Entlassung bzw. zum Erhalt von 2 aufeinanderfolgenden negativen Befunden pro Lokalisation ([Beachtung der jeweiligen Herstellerangaben!](#))
- Bei Übernahme eines Patienten mit positivem Befund: Fortsetzen der Dekolonisierung bis zur Entlassung bzw. bis zum Erhalt von 2 aufeinanderfolgenden negativen Befunden pro Lokalisation

Präventive Dekolonisierung:

Beginn: Bei Aufnahme

- Bei Risikopatienten mit hoher Wahrscheinlichkeit einer Kolonisierung sollte unverzüglich mit der Dekolonisierung an Nase, Rachen, Haut begonnen werden.
Beendigung der Dekolonisierung bei Erhalt eines negativen Erstscreeningbefundes.
- Vor Risikointerventionen: Zur Reduktion der Keimlast vor Risikointerventionen (z.B. kardiothorakale und orthopädische Eingriffe mit Endoprothetik) Empfehlung zur präventiven präoperativen Dekolonisierung von Rachen, Nase und Haut. Diese sollte zumindest einmalig vor dem Eingriff erfolgen.
Fortführung der antiseptischen Waschungen bis 48h postoperativ.

6.3 Dekolonisierung VRE

Dekolonisierung bei positivem VRE-Befund

Bei Erregernachweis im Stuhl/Harn wird die antiseptische Körperwaschung empfohlen, um eine sekundäre Kolonisation der Haut zu verhindern.

Empfohlene Vorgehensweise: Produkte/Wirkstoffe zur MRE-Dekolonisierung sind unter [Punkt 6.1](#) angeführt.

Dauer der Dekolonisierungsmaßnahmen:

- Für die Dauer der stationären Betreuung, unter Beachtung der jeweiligen Herstellerangaben.
- Bei Übernahme eines Patienten mit positivem Befund: Fortsetzen der Dekolonisierung

Nach [mehrwöchiger](#) Dekolonisierung und persistierendem positivem Erregernachweis im Stuhl, wird eine Rücksprache mit der Krankenhaushygiene hinsichtlich des weiteren Prozedere empfohlen.

Präventive Dekolonisierung:

[Bei elektiven Eingriffen und Verdacht \(VRE innerhalb der letzten 12 Monate; MIBI- Monitor\) bzw. bekannter VRE-Besiedelung sollte eine antiseptische Dekolonisierung \(Waschlotion, Gurgellösung, Nasensalbe\) durchgeführt werden.](#)

6.4 Dekolonisierung LRE

Bei Erregernachweis im Stuhl/Harn wird die antiseptische Körperwaschung empfohlen, um eine sekundäre Kolonisation der Haut zu verhindern.

Empfohlene Vorgehensweise: Produkte/Wirkstoffe zur MRE-Dekolonisierung sind unter [Punkt 6.1](#) angeführt.

Dauer der Dekolonisierungsmaßnahmen:

- Bis zur Entlassung bzw. zum Erhalt von 2 aufeinanderfolgenden negativen Befunden pro Lokalisation ([Beachtung der jeweiligen Herstellerangaben!](#))
- Bei Übernahme eines Patienten mit positivem Befund: Fortsetzen der Dekolonisierung bis zur Entlassung bzw. bis zum Erhalt von 2 aufeinanderfolgenden negativen Befunden pro Lokalisation

7 Monitoring

7.1 MRSA

Bei initial negativem Screeningbefund

Ein Kontrollscreening alle 2 Wochen wird bei den Risikopatienten (Punkt 4. Screening) Unterpunkt 6) und 7) durch Abstriche an allen oben genannten Lokalisationen empfohlen.

Bei positivem Screeningbefund

Kontrollscreening am Tag 7 und in weiterer Folge wöchentlich

- an **allen oben angeführten Lokalisationen** zur Steuerung notwendiger Hygienemaßnahmen, sowie zur Beurteilung des Dekolonisierungserfolges
- ohne Unterbrechung eines laufenden Dekolonisierungsregimes
- Zwischen den Dekolonisierungsmaßnahmen und Kontrollscreenings sollten mindestens 6 Stunden liegen.

Bei negativem Screeningbefund nach vormals positivem Nachweis

Die Aufhebung der erweiterten Hygienemaßnahmen kann nach Erhalt von 2 negativen Screeningbefunden erfolgen.

Hierfür kann nach Erhalt eines negativen Screeningbefundes der zweite Kontrollabstrich unmittelbar nach Erhalt des ersten negativen Befundes erfolgen.

7.2 VRE und LRE

Nach positivem Screeningbefund

Periodische Verlaufskontrollen an den **positiven Lokalisationen** sollten im Abstand von **einer Woche** durchgeführt werden.

8 Weiterführende Hygienemaßnahmen

Über die Standardhygienemaßnahmen hinausgehend sind folgende Maßnahmen empfohlen.

Aufklärung/Information:

- Aufklärung des Patienten über Erreger und Übertragungswege, sowie Aufklärung über Hygienemaßnahmen die der Unterbindung der Weiterverbreitung des Erregers dienen
- Information an alle involvierten Mitarbeiter
- Aushändigung des Informationsblattes für Patienten und Angehörige zu multiresistenten Erregern (0014.2615)

Täglicher Wäschewechsel:

Patienten mit Kolonisation/Infektionen durch multiresistente Erreger (Der Wechsel der Bettwäsche soll nach der antiseptischen Waschung durchgeführt werden)

Reinigung/Desinfektion:

Schlussdesinfektion des Patientenzimmers nach Entlassung/Verlegung: R/D aller Oberflächen einschließlich des Bodens und Sanitärbereiches (vgl. FRL 42) **inkl. desinfizierender Aufbereitung von Duschvorhängen.**

Operationssäle und Eingriffsräume:

- Keine besondere Reihenfolge aus infektionspräventiven Aspekten notwendig
- Kein Wechsel der Dienst- und Bereichskleidung (außer nach Kontamination) notwendig
- Routine-Desinfektion der Oberflächen. Nach Aufrocknen sofortige Wiederbenutzung des Untersuchungs-, Behandlungs-, Eingriffs-, OP- Raumes möglich.

Ergo- und physiotherapeutische Maßnahmen sowie weiterführende Rehabilitation:

Therapeutische Maßnahmen wie Ergo- und Physiotherapie, sowie weiterführende rehabilitative Maßnahmen sind unter Wahrung der Standardhygienemaßnahmen sowie der patienten-bezogenen persönlichen Schutzausrüstung bei MRE-Trägertum möglich.

Ausnahmen:

- Vorliegen von Streufaktoren wie beispielsweise florider Infekt der Atemwege bei positivem Erregernachweis im Nasen-/Rachenraum oder Diarrhoe bei Erregernachweis im Stuhl. Atemtherapie/Husten-induzierende therapeutische Maßnahmen sollten in einem gesonderten Raum erfolgen. Mund-Nasen-Schutz für Personal, Wischdesinfektion der Oberflächen nach erfolgter Therapie notwendig.
- Hydrotherapie: Diese sollte aufgrund des hohen Risikos einer Streuung des Erregers vermieden werden.

Bei Maßnahmen am Patientenbett, zusätzlich zur Standardhygiene:

- Langärmeliger flüssigkeitsdichter Übermantel. Patientenbezogen verwenden!

Bei Therapie außerhalb des Patientenzimmers:

- Händedesinfektion patientenseitig
- Frische Überkleidung vor Verlassen des Patientenzimmers
- **Compliance**

Transport / Verlegung von MRE-Patienten

- MRE-Trägertum darf nicht zum Aufschub notwendiger diagnostischer bzw. therapeutischer Maßnahmen führen
- Keine besondere Reihenfolge aus infektionspräventiven Aspekten notwendig
- Einhaltung der Standardhygienemaßnahmen sowie Verwendung der patientenbezogenen persönlichen Schutzausrüstung (s. FRL 38)

- Bei diagnostischen / therapeutischen Maßnahmen sowie bei Verlegung des Patienten Information der Kontaktpersonen, -station (Transportdienst, Rettung, Ambulanz, Station, etc.)
- Sezernierende Wunden dicht verbinden
- Anlegen frischer Patientenwäsche
- Bei Kolonisation / Infektion des Respirationstraktes sollte der Patient einen Mund- Nasenschutz verwenden
- Nach dem Transport Wischdesinfektion des Transportmittels
- Vor und nach dem Transport Händedesinfektion des Transportdienstes

Verlassen des Patientenzimmers

Aufenthalte außerhalb eines Patientenzimmers bei räumlicher Isolierung sind bei Compliance des Patienten und fehlenden Streufaktoren nach Rücksprache mit dem Hygieneteam vor Ort bzw. mit dem Institut für Krankenhaushygiene und Mikrobiologie möglich, jedoch auf ein Minimum zu beschränken.

9 MIBI-Monitor

Der MIBI-Monitor im openMEDOCS stellt eine Zusammenschau aller mikrobiologisch-bakteriologischen Befunde eines Patienten dar.

Neben der Darstellung des historischen Verlaufes dieser Befunde besteht die Möglichkeit der Darstellung aller MRE-Befunde eines Patienten.

Keim	Dauer der Anzeige
MRSA	6 Monate
VRE	12 Monate
LRE	6 Monate

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird bei Personenbezeichnungen und personenbezogenen Hauptwörtern in dieser Fachrichtlinie die männliche (Plural-)Form verwendet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für alle Geschlechter. Die verkürzte Sprachform hat nur redaktionelle Gründe und beinhaltet keine Wertung.

Glossar:

- FRL: Fachrichtlinie
 LRE: Linezolid resistente Enterokokken
 MRE: Multiresistente Erreger
 MRSA: Methicillin resistenter *Staphylococcus aureus*
 VRE: Vancomycin resistente Enterokokken

Literatur:

- Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von Methicillinresistenten *Staphylococcus aureus*-Stämmen (MRSA) in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen; Bundesgesundheitsbl 2014 · 57:696–732; Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut
- Umsetzung der MRSA-Empfehlung der KRINKO von 1999 - Aktuelle Hinweise des Vorstands der DGKH; HygMed 2009; 34(3)
- Isolierungsmaßnahmen in der Intensivmedizin; krankenhaushygiene up2date 4; 2009
- Übersicht über aktuelle Eradikationsstrategien bei Methicillin- resistenten *Staphylococcus aureus* (MRSA) aus verschiedenen Ländern; HygMed 2007; 32 (10)
- Reduktion von nosokomialen MRSA- Fällen in 37 Akutkliniken der Maximal-, Regel-, und Grundversorgung durch strikte Einhaltung der Basishygienemaßnahmen; Krh.-Hyg.+ Inf.verh. 33 Heft 4
- Statement der Schülke & Mayr GmbH zur Verwendung von Octenidin-hältigen Präparaten bei Kindern, Kleinkindern, Babys und Neugeborenen. 2016
- WHO Global guidelines on the prevention of surgical site infection. November 2016
- Caplunik-Pratsch Aila et al. Infektionsprävention und VRE... Krankenhaushygiene up2date 2020; 15: 355–371

KONTAKTADRESSE:

Institut für Krankenhaushygiene und Mikrobiologie
Stiftungtalstraße 16, 8010 Graz
T: 0316 340-5700
www.krankenhaushygiene.at

FÜR DEN INHALT VERANTWORTLICH:

Institut für Krankenaushygiene und Mikrobiologie
ARGE- HFK