



UCCH Pathway

UCCH Guideline

Umgang mit multiresistenten Erregern auf der Palliativstation

Version März 2021

Guideline Umgang mit multiresistenten Erregern auf der Palliativstation
Version 02, März 2021

Geprüft von:

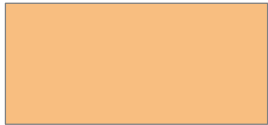
Dr. med. Carsten Klein, Dipl. Psych. Sonja Hofmann (Universitätsklinikum Erlangen)
Prof. Dr. med. Christian Bogdan, Dr. med. Bernd Kunz, Bärbel Förtsch (Universitätsklinikum Erlangen)
Prof. Dr. med. Birgitt van Oorschot (Universitätsklinikum Würzburg)
Prof. Dr. med. Karin Oechsle (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf)
Dr. rer. nat. Carolin Wolf (Universitätsklinikum Erlangen)

Modifiziert für das UCCH:

Prof. Dr. med. Karin Oechsle
+ alle Mitglieder der UCCH Task force Palliative Care

Erstellt von:	Prof. Dr. med. Christoph Ostgathe (Universitätsklinikum Erlangen)
Adaptiert am:	Juni/2018
Überprüft am:	März 2021
Nächste geplante Überprüfung:	März/2023

Legende



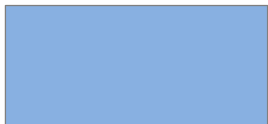
= (therapeutische) Handlung



= klinischer Zustand



= diagnostische Handlung



= klinische Studie



= unterstützende Maßnahmen



= Ereignis/Entscheidung



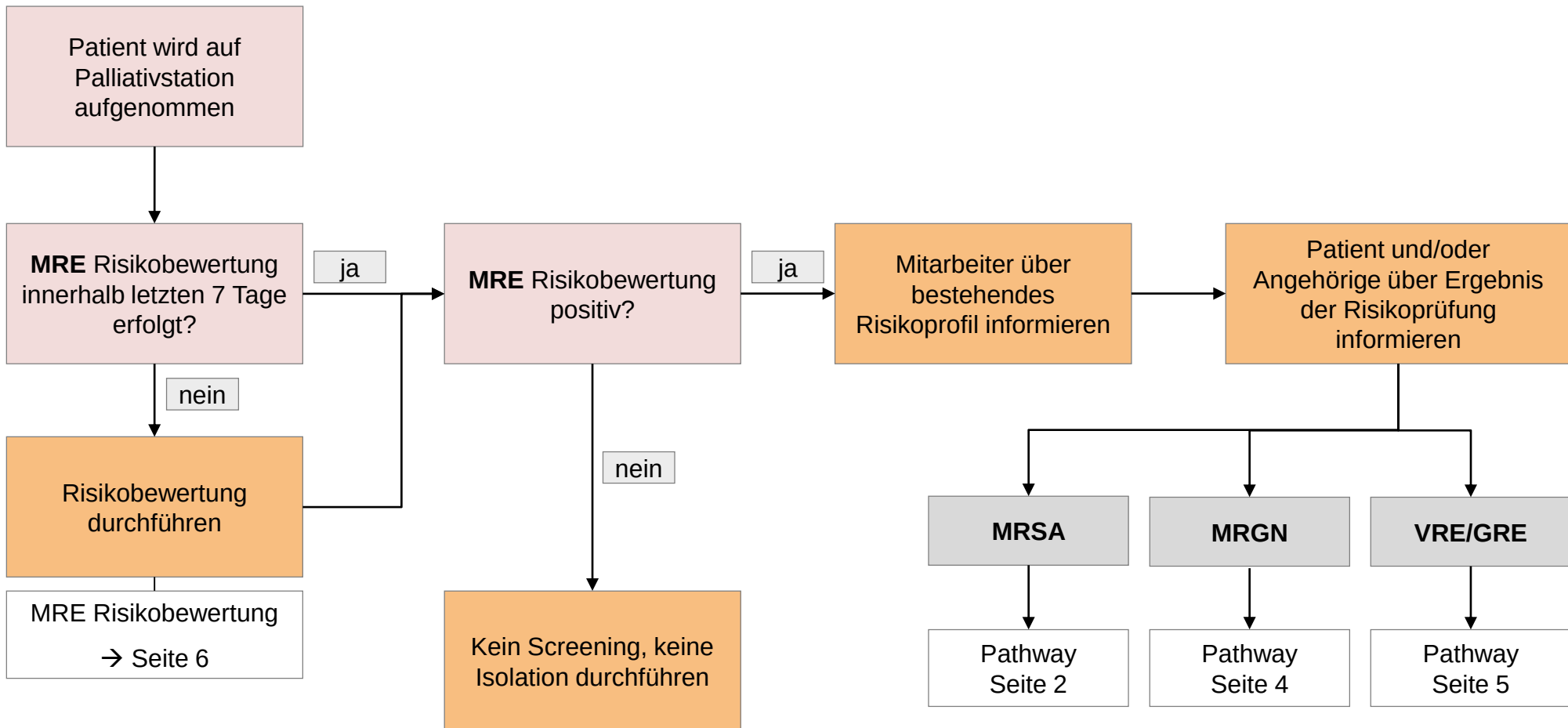
= Verweis

Abkürzungen

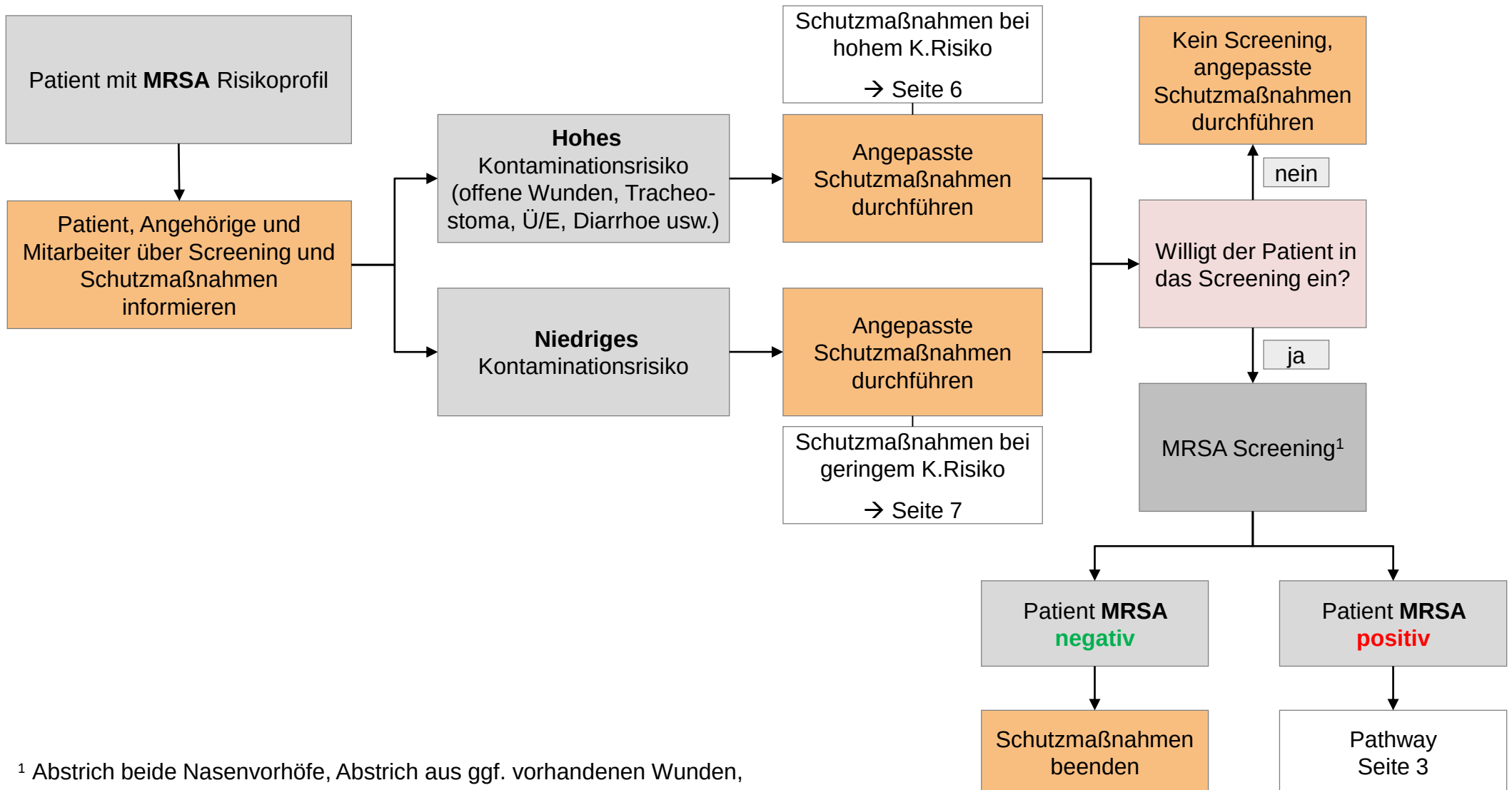
ATB	Antibiotika
ggf.	gegebenenfalls
GRE	Glykopeptid-resistente Enterokokken
ITS	Intensivstation
IMC	Intermediate Care
KKH	Krankenhaus
KRINKO	Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention
K.Risiko	Kontaminationsrisiko
M	Monate
MNS	Mund-Nasen-Schutz
MRE	Multiresistente Erreger
MRSA	Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus

3MRNG	multiresistente gramnegative Stäbchen mit Resistenz gegen 3 der 4 Antibiotikagruppen
4MRNG	multiresistente gramnegative Stäbchen mit Resistenz gegen 4 der 4 Antibiotikagruppen
Spp.	Species
tgl.	täglich
TS	Tracheostoma
usw.	und so weiter
Ü/E	Übelkeit/Erbrechen
VRE	Vancomycin-resistente Enterokokken
z.B.	zum Beispiel
z.Z.	zur Zeit

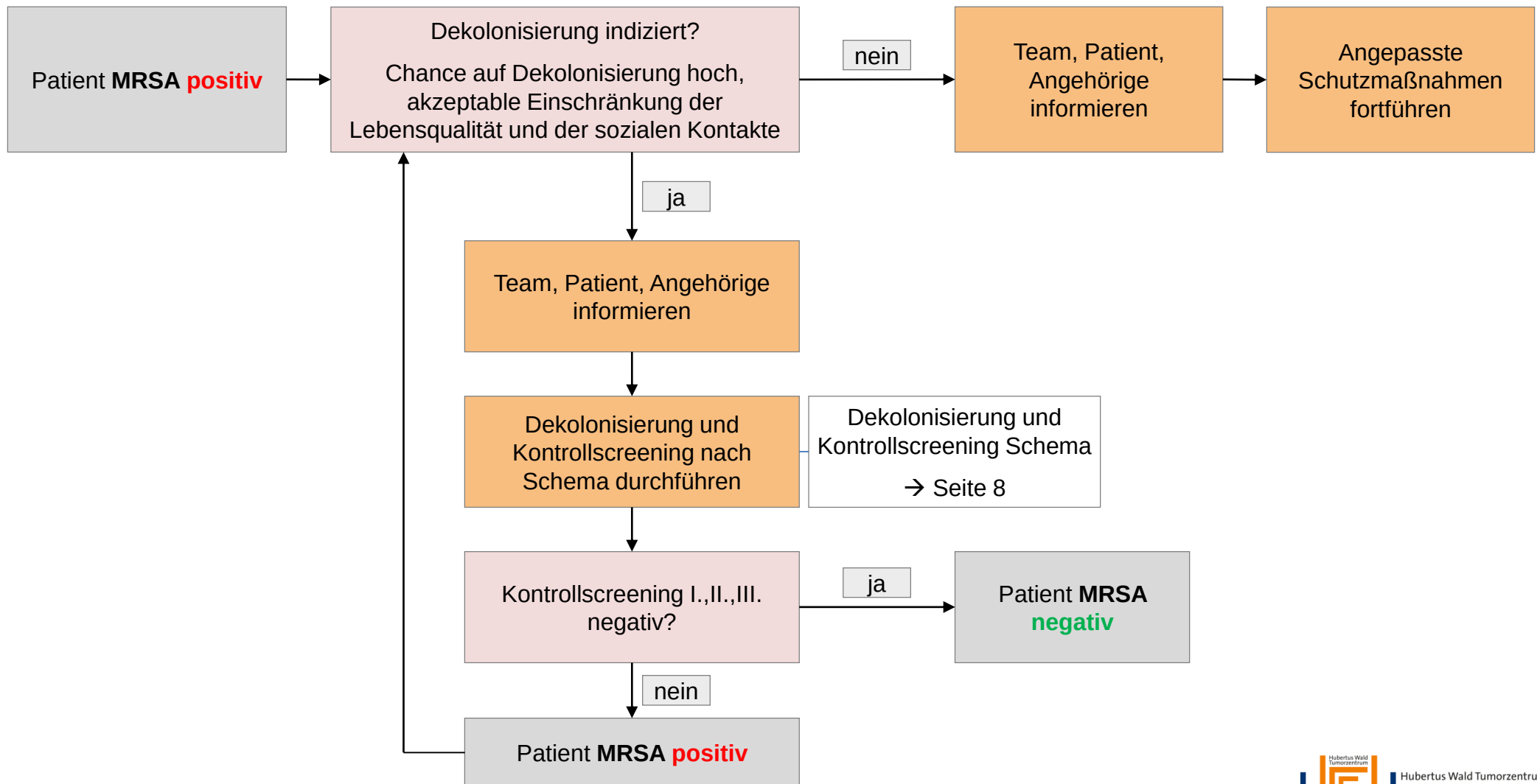
Pathway: MRE Risikobewertung



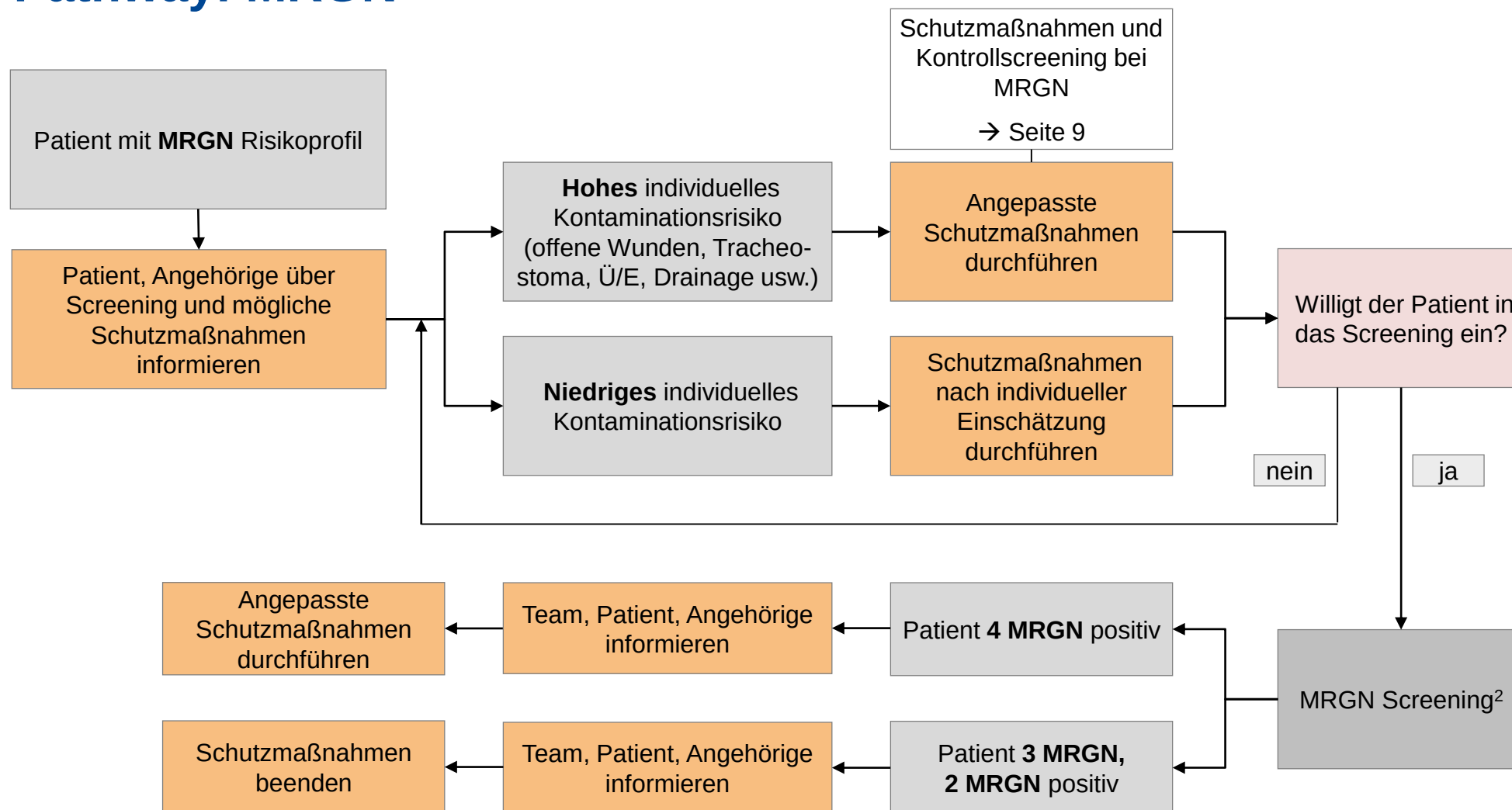
Pathway: MRSA Screening und Schutzmaßnahmen



Pathway: MRSA Sanierung

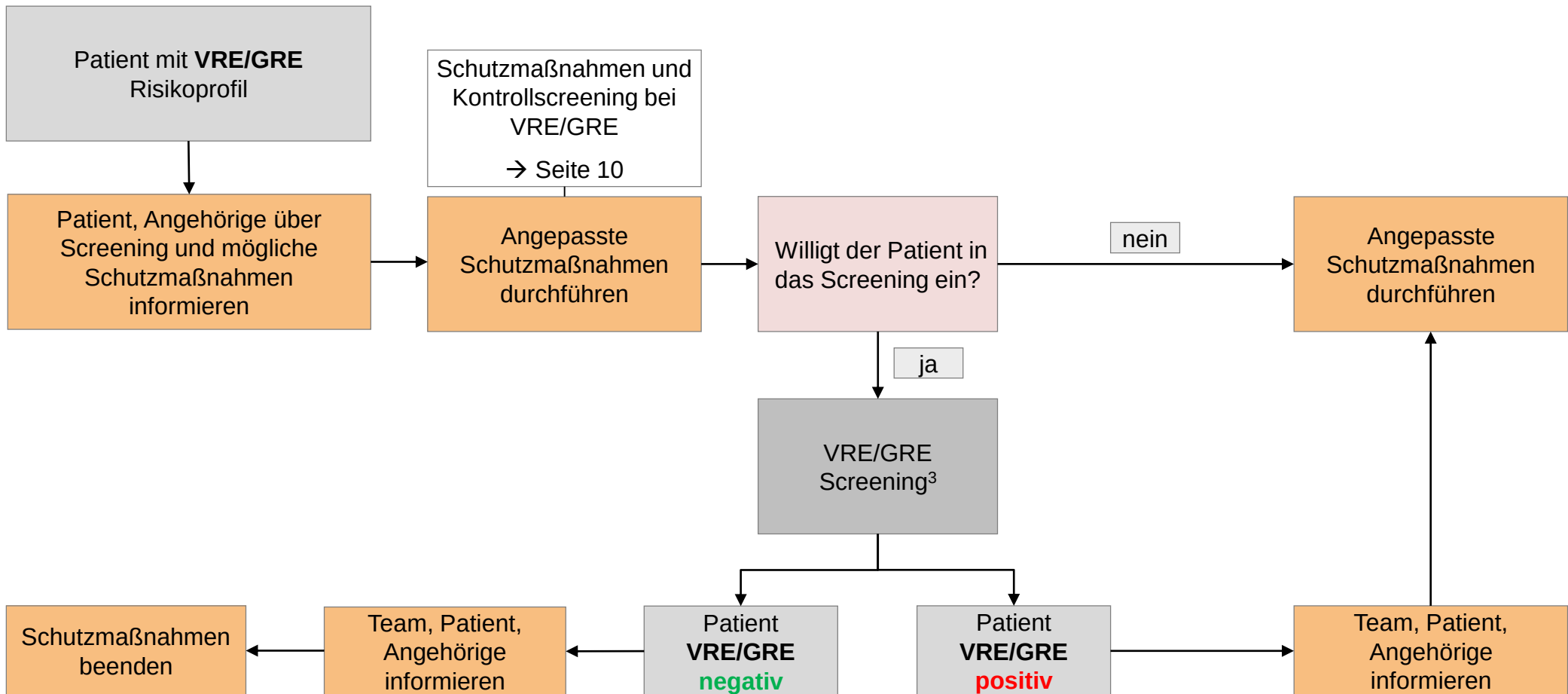


Pathway: MRGN



² In Abhängigkeit des Risikoprofils: Abstrich **rektal** und **Stuhlprobe**, **Urinprobe**, Abstrich Mund-Rachen Raum, Abstrich aus Wunden, Urin, TS, Leiste

Pathway: VRE/GRE



³ Abstrich rektal, Abstrich aus den Wunden

Seite 6: MRE Risikobewertung

MRSA⁴

- Patient mit bekannter MRSA-Anamnese
- Patient aus Regionen und Einrichtungen mit hoher MRSA –Prävalenz (alle Länder außer die Niederlande, Skandinavien, Grönland, Island)
- Dialysepatient
- Patient mit einem stationärem KKH Aufenthalt >3 Tage in letzten 12 M
- Patient mit direktem beruflichen Kontakt zu MRSA
- Patient mit dem Kontakt zu MRSA-Trägern
- Patient mit chronischen Hautläsionen
- Patient mit chronischer Pflegebedürftigkeit **und** folgenden Risikofaktoren – ATB in letzten 6 Monaten, liegende Katheter

MRGN⁵

- Patient mit Kontakt zu 4 MRGN Trägern
- Patient mit einem stationärem KKH Aufenthalt >3 Tage in letzten 12 M in einer Region mit erhöhter 4MRGN-Prävalenz (z.B. Länder des Nahen/Mittleren Ostens, Süd/Südost/Ost Europa, Afrika, Asien, Südamerika)
- Patient mit bekannter MRGN Anamnese

VRE/GRE⁶

- ATB in letzten 6 Monaten
- die vorhergehende Hospitalisierung >3 Tage in letzten 12 M
- Diarrhö
- die Gabe von Immunsuppressiva
- Intubation, mechanische Beatmung und weitere invasive Maßnahmen in letzten 12 M
- chronische Hämodialysepflichtigkeit

⁴ Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut. [Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von Methicillin resistenten Staphylococcus aureus-Stämmen (MRSA) in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen]. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 2014; 57: 696-732

⁵ Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut. [Hygienemaßnahmen bei Infektionen oder Besiedlung mit multiresistenten gramnegativen Stäbchen]. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 2012; 55: 1311-1354

⁶ Mutters NT, Mersch-Sundermann V, Mutters R et al. Kontrolle von Vancomycin-resistenten Enterokokken im Krankenhaus: Epidemiologischer Hintergrund und klinische Relevanz. Deutsches Ärzteblatt international 2013; 110: 725-731

Seite 7: Angepasste Schutzmaßnahmen bei hohem Kontaminationsrisiko⁷

(Tracheostoma, offene Katheter, Erbrechen, Diarrhoe, offene Wunden, Ekzeme, usw.)

Patient

Einzelzimmerunterbringung oder Kohortierung (bei Verfügbarkeit)

Soziale Kontakte ohne Einschränkung, Hautläsionen, Wunden verbinden, Tracheostoma abdecken, Händedesinfektion vor Gemeinschaftsaktivitäten, keine Schutzkleidung. Bei positivem MRSA Nachweis ist die Sanierung von der epidemiologischen Situation, dem individuellen Risiko, dem Allgemeinzustand des Patienten und von dem erwarteten weiteren Verlauf der Erkrankung abhängig. Bei nicht ausreichend kontrollierbarer Infektionsbarriere (z.B. Erbrechen, fehlende Compliance des Patienten) Gemeinschaftsaktivitäten vermeiden.

Personal

Händedesinfektion vor und nach jedem Patientenkontakt und nach dem Ablegen von Einmalhandschuhen. Handschuhe verwenden bei möglichem Kontakt mit erregerrhaltigem Material, Schutzkittel bei engem körperlichen Kontakt (z.B. Umbetten), Mund-Nasen-Schutz (MNS) bei möglichem Kontakt mit infektiösen Aerosolen.

Besucher

Händedesinfektion vor Verlassen des Zimmers. Schutzkleidung entbehrlich, wenn keine Klinikbereiche außerhalb der Palliativstation aufgesucht werden. Bei Vorliegen besonderer Risikokonstellationen ist eine individuelle Entscheidung/Beurteilung notwendig.

Umgebung

Tägliche Reinigung am Ende des Durchgangs, Desinfektion von Flächen mit häufigem Hand-/Hautkontakt, gezielte Desinfektion nur bei Kontamination mit Sekreten.

⁷ Modifiziert nach: Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut. [Infektionsprävention in Heimen]. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 2005; 48: 1061-1080

Seite 8: Angepasste Schutzmaßnahmen bei geringem Kontaminationsrisiko⁷

Patient

Keine Einzelzimmerunterbringung oder Kohortierung notwendig.

Händedesinfektion vor Gemeinschaftsaktivitäten, Spezielle Maßnahmen sind von der epidemiologischen Situation, dem individuellen Risiko, dem Allgemeinzustand des Patienten und von dem erwartenden weiteren Verlaufs der Erkrankung abhängig.

Mitpatienten im selben Raum

a) Ohne individuelles Infektionsrisiko (z.B. Eintrittspforten) – keine Einschränkung.

b) Mit individuellem Infektionsrisiko – Unterbringung in Abhängigkeit von der Risikobeurteilung, Händedesinfektion vor Gemeinschaftsaktivitäten.

Personal

Händedesinfektion vor und nach dem Kontakt mit dem Patienten, nach dem Ablegen von Einmalhandschuhen, Einmalhandschuhe bei möglichem Kontakt mit erregerehaltigem Material, Schutzkittel bei engem körperlichen Kontakt (z.B. Umbetten), MNS bei möglichem Kontakt mit infektiösen Aerosolen.

Besucher

Händedesinfektion vor Verlassen des Zimmers.

Umgebung

Übliche Reinigung, gezielte Desinfektion wenn erforderlich.

⁷ Modifiziert nach: Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut. [Infektionsprävention in Heimen]. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 2005; 48: 1061-1080

Seite 9: MRSA Dekolonisierung und Kontrollscreening Schema⁴

Bei der Indikationsstellung sollen die Einschränkungen der Lebensqualität sowie der sozialen Kontakte berücksichtigt werden!

Dekolonisierung

- **Nasenpflege** – Nase Reinigung, Nasensalbe z.B. Mupirocin® Salbe (Fertigarzneimittel: Turixin®) 3 x tgl. für 5 Tage, Alternativ kann man auch Octenidin (Fertigarzneimittel: Octenisan® Nasengel) verwenden.
 - **Mundspülung** – Zahnbürste täglich wechseln, Zahnprothese 3 x tgl. abbürsten, Zahnprothese min. 15 Min. in Zahnprothesereiniger legen, Gurgeln oder Mund mit Watteträger auspinseln z.B. Chlorhexidin® (Chlorhexamed® Forte 0,2%) 3 x tgl. für 5 Tage
 - **Körperwaschung** – sorgfältig 1 x tgl. mit z.B. Octenidin® (Octenisan Waschlotion® oder Skinsan® Scrub) für 5 Tage
 - **Haare waschen** – sorgfältig 1 x tgl. mit z.B. Octenidin® für 5 Tage, Nutzung von spezifischen Haarwaschhauben
 - **Textilien mit Hautkontakt** – 1 x tgl. wechseln für 5 Tage
 - **Hilfsmittel** – 1 x tgl. desinfizieren für 5 Tage (Flächendesinfektion z.B. mit Pursept® A)
 - **Dekolonisierung** von Wunden, Fremdkörpern, chronischen Sinusitiden, Ekzem usw.
- Fortsetzen der Dekolonisierung nach zwei erfolglosen Versuchen kritisch hinterfragen
 - Wenn Screeningabstrich positiv, weitere Abstriche vornehmen um Ausbreitung zu erfassen
 - Dekolonisierung immer komplett nach Schema

Kontrollscreening

- Erster Kontrollabstrich zwei Tage nach Abschluss der Dekolonisierung
- Abstriche Nase, Rachen, Leiste, ggf. Wunden und weitere Orte, an denen vorher MRSA nachgewiesen worden ist
- Zweiter und dritter Kontrollabstrich jeweils am Folgetag
- Dekolonisierung erfolgreich und Schutzmaßnahmen aufheben, wenn alle drei Kontrollproben negativ sind

⁴ Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut. [Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von Methicillin resistenten Staphylococcus aureus-Stämmen (MRSA) in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen]. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 2014; 57: 696-732

Seite 10: Schutzmaßnahmen bei 4 MRGN⁵

Schutzmaßnahmen bei sicherem 4 MRGN Nachweis:

Patient

Einzelzimmerisolierung oder Kohortenisolierung bei identischem Erreger und identischer Resistenz; Händedesinfektion, keine Teilnahme an sozialen Aktivitäten mit anderen Patienten.

Personal

Händedesinfektion vor und nach dem Kontakt mit dem Patienten. Einmalhandschuhe bei möglichem Kontakt mit erregerehaltigem Material, Schutzkittel bei engem pflegerischen Kontakt, MNS bei möglichem infektiösen Aerosolen. Pflegepersonal soll keine chronische Hauterkrankung haben. Pflege dieser Patienten zuletzt.

Besucher

Händedesinfektion vor Verlassen des Zimmers. Schutzkittel entbehrlich, wenn keine Klinikbereiche außerhalb der Palliativstation aufgesucht werden. Bei Vorliegen besonderer Risikokonstellationen ist individuelle Entscheidung/Beurteilung notwendig.

Umgebung

Tägliche Reinigung am Ende des Durchgangs. Desinfektion von Flächen mit häufigem Hand-/Hautkontakt, gezielte Desinfektion nur bei Kontamination mit Sekreten.

⁵ Modifiziert nach: Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut. [Hygienemaßnahmen bei Infektionen oder Besiedlung mit multiresistenten gramnegativen Stäbchen]. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 2012; 55: 1311-1354

Seite 11: Schutzmaßnahmen, Kontrollscreening und Sanierung bei VRE/GRE⁶

Isolationsmaßnahmen

Stufe I – kein Risikopatient, kein Risikobereich, kein VRE Ausbruch ((das gehäufte Auftreten (mehr als zeitlich und räumlich zu erwarten wäre) nosokomialer Infektionen, bei denen ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet wird, oder ein gehäuftes Auftreten von seltenen Erregern))

Patient

Keine Schutzmaßnahmen nötig, Händehygiene

Mitpatienten

Keine Einschränkung im Kontakt, keine Isolation notwendig

Personal

Händedesinfektion nach dem Kontakt mit dem Patienten, Einmalhandschuhe bei möglichem Kontakt mit erregerrhaltigem Material, Schutzkittel bei engem pflegerischen Kontakt, MNS nicht nötig

Besucher

Konsequente Händedesinfektion ausreichend

Umgebung

Flächendesinfektion z.B. mit Incidin® Pro 0,5% Einwirkzeit 1 h

Stufe II - Risiko Patient (infizierter Patient, sezernierenden Wunden, kolonisierte Patienten mit Diarrhö, Stuhlinkontinenz, Enterostoma, mangelnde persönliche Hygiene)

Isolationsmaßnahmen wie in der Stufe I + räumliche oder organisatorische Isolierung

Kontrollscreening und Sanierung

z.Z. unklare Datenlage, keine Empfehlung

⁵ Modifiziert nach: Mutters NT, Mersch-Sundermann V, Mutters R et al. Kontrolle von Vancomycin-resistenten Enterokokken im Krankenhaus. Epidemiologischer Hintergrund und klinische Relevanz. Deutsches Arzteblatt international 2013; 110: 725-731

Quellenangaben

Hauptquelle:

Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut. [Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von Methicillin resistenten Staphylococcus aureus-Stämmen (MRSA) in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen]. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 2014; 57: 696-732

- Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut. [Hygienemaßnahmen bei Infektionen oder Besiedlung mit multiresistenten gramnegativen Stäbchen]. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 2012; 55: 1311-1354
- Mutters NT, Mersch-Sundermann V, Mutters R et al. Kontrolle von Vancomycin-resistenten Enterokokken im Krankenhaus: Epidemiologischer Hintergrund und klinische Relevanz. Deutsches Ärzteblatt international 2013; 110: 725-731
- Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut. [Infektionsprävention in Heimen]. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 2005; 48: 1061-1080