

Übergabebogen für Patientinnen und Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE) zum sektorübergreifenden Informationsaustausch nach §2 HygMedVO (2012)

Patientenetikett:

Vorname: _____

Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Kontaktdaten der einsendenden Einrichtung:

Adresse: _____

Telefon: _____

Email: _____

Angaben zum MRE-Status

2MRGN NeoPäd	3MRGN	4MRGN	Spezies	Kolonisation	Infektion
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Escherichia coli</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Klebsiella sp.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Enterobacter sp.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Acinetobacter baumannii</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Andere(r), bitte angeben: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				MRSA	<input type="checkbox"/>
				VRE	<input type="checkbox"/>

Letzter Nachweis (Datum): _____

Lokalisation

<input type="checkbox"/> Nase	<input type="checkbox"/> Wunde	<input type="checkbox"/> Rektal	<input type="checkbox"/> Blut
<input type="checkbox"/> Rachen	<input type="checkbox"/> Haut	<input type="checkbox"/> Anal	<input type="checkbox"/> Liquor
<input type="checkbox"/> Sputum/Trachealsekret	<input type="checkbox"/> Urin	<input type="checkbox"/> Stuhl	<input type="checkbox"/> Anderer Ort: _____

Dekolonisierungsstatus (bei MRSA-Nachweis bitte ausfüllen)

- Eine Dekolonisierung wurde begonnen bzw. abgeschlossen (bitte wenden).
- Eine Dekolonisierung wurde nicht durchgeführt.

Bemerkungen (z. B. zu besonderen Hygienemaßnahmen):

Bitte geben Sie die Information bei Verlegung der Patientin/des Patienten an mögliche nachfolgende Einrichtungen bei Weiterverlegung weiter.

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum

Unterschrift (med. Personal)

Anmerkung: Eine vorherige telefonische Kontaktaufnahme mit der weiter betreuenden Einrichtung und die Information der Patientin bzw. des Patienten kann durch den Übergabebogen nicht ersetzt werden.

MRSA Dekolonisierungsschema

Bei o.g. Patientin oder Patient 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="checkbox"/>	positiv	<input type="checkbox"/>	negativ	Lokalisation:
Wunde*	<input type="checkbox"/>	positiv	<input type="checkbox"/>	negativ	* _____
Anus / Perineum	<input type="checkbox"/>	positiv	<input type="checkbox"/>	negativ	
Leiste	<input type="checkbox"/>	positiv	<input type="checkbox"/>	negativ	
Katheterstellen**	<input type="checkbox"/>	positiv	<input type="checkbox"/>	negativ	** _____
Achsel	<input type="checkbox"/>	positiv	<input type="checkbox"/>	negativ	
Andere:	<input type="checkbox"/>	positiv	_____		

Dekolonisierungshemmende Faktoren (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Katheter (HWK, PEG, etc.) | <input type="checkbox"/> Laufende MRSA-selektierende antibiotische Therapie |
| <input type="checkbox"/> MRSA-Infektion | <input type="checkbox"/> Hautulkus, Haut- und Weichteilinfektion |
| <input type="checkbox"/> Kolonisierung schwer zugänglicher Körperbereiche (z.B. Auge, Gehörgänge, Vagina, Darm) | <input type="checkbox"/> Atopisches Ekzem, etc. |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | <input type="checkbox"/> 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><i>auszufüllen im Krankenhaus / Alten- u. Pflegeheim / andere Einrichtung</i></p> <p><input type="radio"/> Status der Dekolonisierung bei Entlassung (bitte ankreuzen)</p> <p>Dekolonisierungstag* Pause** 1. Abstrichkontrolle durchgeführt vorläufiger Dekolonisierungserfolg?</p> <p> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein </p> <p>Phase A + B Phase C Phase D</p>	<p><i>auszufüllen vom niedergelassenen Arzt / Ärztin / Pflegekraft</i></p> <p>2. Kontrolle zwischen 3. und 6. Monat vorläufiger Dekolonisierungserfolg? 3. Kontrolle nach 12 Monaten MRSA frei</p> <p> <input type="checkbox"/> Datum: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Datum: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein </p> <p>Phase E Phase F</p>
<p><i>auszufüllen im Krankenhaus</i></p> <p><input type="radio"/> Status d. Dekolonisierung b. Verlegung in ein anderes Krankenhaus (bitte ankreuzen)</p> <p>Dekolonisierungstag* Pause** Abstrichkontrollen vorläufiger Dekolonisierungserfolg?</p> <p> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein </p> <p>Phase A + B Phase C Phase D</p>	<p><i>auszufüllen vom niedergelassenen Arzt / Ärztin / Pflegekraft</i></p> <p>2. Kontrolle zwischen 3. und 6. Monat vorläufiger Dekolonisierungserfolg? 3. Kontrolle nach 12 Monaten MRSA frei</p> <p> <input type="checkbox"/> Datum: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Datum: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein </p> <p>Phase E Phase F</p>

* Die Dauer der Dekolonisierungstherapie ist ein Vorschlag. Über die Dauer entscheidet der behandelnde Arzt bzw. die behandelnde Ärztin.
 ** Die Dauer des Abstands bis zur ersten Abstrichkontrolle ist ein Vorschlag. Der optimale zeitliche Abstand einzelner Kontrollen nach Abschluss der Dekolonisierungstherapie ist unbekannt.

Unterschrift:

Dekolonisierungsbehandlung

Eine Dekolonisierungsbehandlung wird gezielt durchgeführt, um den MRSA von der Haut / Schleimhaut der Patientin oder des Patienten 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 der Patientin oder des Patienten sollte eine Dekolonisierungsbehandlung stets weitergeführt beziehungsweise deren Erfolg kontrolliert werden.

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

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

Bei jedem Wirkstoff die Herstellerangaben beachten!

Kontrolle des Dekolonisierungserfolges

1. Nach Beendigung dieser Therapie Kontrollabstrichserien (Nase, Rachen, ggf. Wunden, ggf. weitere bekannte Kolonisationsorte) durchführen. Beim genannten Abstand von bis zu 3 Tagen bis zur ersten Abstrichkontrolle handelt es sich um einen Vorschlag. Der optimale zeitliche Abstand einzelner Kontrollen nach Abschluss der Dekolonisierungstherapie ist unbekannt und richtet sich in der Regel nach der Notwendigkeit. So sind unter Umständen während eines stationären Aufenthaltes nach Dekolonisierung tägliche Kontrollen (= Kontrollabstrichserien an 3 aufeinanderfolgenden Tagen) erforderlich.

In der Arztpraxis kann es ausreichend sein, zunächst nur eine Kontrollabstrichserie durchzuführen.

2. Um eine Wiederbesiedlung von der Umgebung auf die Patientin oder den Patienten zu vermeiden, werden während einer Sanierung täglich Textilien und Gegenstände, die mit der Haut oder Schleimhaut Kontakt haben, gewechselt. Hierzu gehören die Bettwäsche und Utensilien der Körperpflege (Handtücher, Waschlappen, Kämme, Zahnbürste etc.), außerdem sollte ein Deo-Spray anstatt eines Deo-Rollers benutzt werden. Die Bekleidung sollte ebenfalls täglich gewechselt und der normalen Wäsche zugeführt werden.

3. Bei negativer/en Abstrichkontrolle/n liegt ein vorläufiger Dekolonisierungserfolg vor.
4. Weitere Kontrollabstriche folgen innerhalb der nächsten 12 Monate in unterschiedlicher Häufigkeit, in Abhängigkeit davon, ob die Patientin oder der Patient stationär oder ambulant behandelt wird. Bleiben alle Kontrollabstriche negativ, so gilt die Patientin oder der Patient als MRSA-frei.
Beachte: Die Patientin oder der Patient hat auch nach erfolgreicher Dekolonisierung immer eine positive „MRSA-Anamnese“. Daher ist bei erneuter stationärer Aufnahme weiterhin ein erneutes Screening, gegebenenfalls eine 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 Ärztinnen und Ärzten zu besprechen.
Bitte beachten Sie, dass eine erfolgreiche Dekolonisierung großen Nutzen für die Patientin oder den Patienten und für die Mitpatientinnen oder Mitpatienten hat. Eine erfolgreiche Dekolonisierung hängt jedoch entscheidend davon ab, wie sorgfältig eine Behandlung durchgeführt wird. Hierbei ist wichtig, dass die betroffene Person 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 jeder Patientin und jedes Patienten genau dokumentiert werden.

Weitere Informationen zur Dekolonisierung und zum Umgang mit MRSA-Patientinnen und -Patienten

Detaillierte Hinweise zur Dekolonisierungsbehandlung (für Ärztinnen und Ärzte) enthält das Informationsblatt „Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus (MRSA). Dekolonisierungsbehandlung“:

www.lzg.nrw.de/_media/pdf/ges_schuetzen/krankenhaushygiene/mre-netzwerk/mrsa_dekolonisierung.pdf

Informationen der MRE-Netzwerke in NRW auf der Internetseite des LZG.NRW:

www.lzg.nrw.de/mre-netzwerke

Haftungsausschluss:

Die Informationen in dieser Handreichung wurden mit größtmöglicher Sorgfalt zusammengestellt. Dennoch kann keinerlei Gewähr für Aktualität, Korrektheit, Vollständigkeit oder Qualität der bereitgestellten Informationen und Daten übernommen werden. Haftungsansprüche gegen die Autoren beziehungsweise Verantwortlichen dieses Druckerzeugnisses für Schäden materieller oder immaterieller Art, die auf gegebenenfalls fehlerhaften oder unvollständigen Informationen und Daten beruhen, sind, soweit nicht Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit vorliegt, ausgeschlossen.

Ansprechperson im LZG.NRW

Dr. Christian Jenke

Fachgruppe Infektiologie und Hygiene

Tel.: 0251 7793-4267

E-Mail: mre-netzwerke@lzg.nrw.de

Internetseite: www.lzg.nrw.de/mre-netzwerke

Dieses Dokument wurde erstellt durch das LZG.NRW in Kooperation mit den MRE-Netzwerken in NRW.

Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen
Von-Stauffenberg-Str. 36, 48151 Münster
Telefon 0251 7793-0, Telefax 0251 7793-4250
poststelle@lzg.nrw.de