

Methicillin-resistenter *Staphylococcus aureus* (MRSA)
AKH-KHH-RL-008

gültig ab: 04.07.2022

Version: 07

Seite 1 von 14

1. ANWENDUNGSBEREICH UND ZIEL:

Diese Hygienerichtlinie beschreibt den hygienisch korrekten Umgang sowie die zu ergreifenden Maßnahmen bei Vorliegen einer Besiedelung/Infektion mit MRSA (Methicillin-resistenter *Staphylococcus aureus*).

2. MITGELTENDE INFORMATION:

- RKI/KRINKO-Empfehlung zur Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus*-Stämmen (MRSA) in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen. Bundesgesundheitsblatt 2014; 57:696–732.
http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Downloads/MRSA_Rili.pdf?__blob=publicationFile
- Maßnahmen beim Auftreten multiresistenter Erreger (MRE). Hyg Med 2009; 34 (7/8), 287–292
- Hygienerichtlinien des Klinischen Instituts für Krankenhaushygiene AKH Wien (<http://www.meduniwien.ac.at/krankenhaushygiene>)

3. VERWENDETE ABKÜRZUNGEN:

ÄiA	Arzt*in in Ausbildung
AKH	Allgemeines Krankenhaus
DK	Dauerkatheter
e.h.	eigenhändig
HFK	Hygienefachkraft
KHH	Univ. Klinik für Krankenhaushygiene und Infektionskontrolle
KL	Klinikleitung
MRSA	Methicillin-resistenter <i>Staphylococcus aureus</i>
PSA	Persönliche Schutzausrüstung
QB	Qualitätsbeauftragte/r
RL	Richtlinie
ZVK	zentraler Venenkatheter

4. VERANTWORTLICH FÜR DAS QM-DOKUMENT:

KL

	Funktion	Name oT	Datum	Unterschrift
erstellt	ÄiA	Astrid Füzsl	01.07.2022	e.h
geprüft	QB	Diab El Schahawi	04.07.2022	e.h
freigegeben	KL	Presterl	04.07.2022	e.h

5. TÄTIGKEITSBESCHREIBUNG

5.1. Vorbemerkung

Methicillin-resistente *Staphylococcus aureus* Stämme sind seit 1961 bekannt. Seit 1975 ist eine weltweite Zunahme von MRSA feststellbar. Gehäuftes Auftreten mag ein Hinweis auf unzureichende hygienische Maßnahmen sein und ist mit therapeutischen Problemen und erhöhten Kosten verbunden. Die Häufigkeit von MRSA nimmt sowohl mit der Größe und den Schwerpunkten eines Krankenhauses als auch mit der Schwere der Grundkrankheiten der Patient*innen zu.

Infektionen mit MRSA sind daher ein zunehmendes medizinisches Problem. Sie betreffen meist schwerkranke, in ihrer Abwehr beeinträchtigte Personen und tragen damit zur erhöhten Infektionsmorbidity und -mortality in dieser Patientengruppe bei. Es ist für die Weiterverbreitung unerheblich, ob eine Infektion oder lediglich eine Besiedlung vorliegt. Krankenhaushygienische Maßnahmen, die eine Übertragung von MRSA auf andere Patient*innen verhindern sollen, gelten daher gleichermaßen für infizierte wie für besiedelte Patient*innen.

5.2. Krankheitsbilder

MRSA ist ein Erreger von z.B. Furunkel, Abszesse, Wundinfektionen, nosokomiale Pneumonie bei beatmeten Patient*innen, Endokarditis, Sepsis, Fremdkörperinfektionen u.v.m. PatientInnen, die mit MRSA besiedelt sind, können eine Infektionsquelle sein.

5.3. Reservoir

Die Nasenvorhöfe besiedelter Personen sind das wichtigste Reservoir für MRSA. Daneben können aber auch andere Regionen kolonisiert sein, z. B. der Respirationstrakt, Wunden, und verschiedene Hautareale.

5.4. Übertragungswege

Die Übertragung erfolgt in erster Linie durch Kontakt (Hände, Instrumente, Verbandmaterial, Kleidung, Arbeitsflächen), wenn übliche, allgemeine Hygienemaßnahmen nicht ausreichend beachtet werden. MRSA Erreger können bis zu Monaten auf unbelebten Flächen überlebensfähig bleiben. Eine Übertragung über Tröpfchen beim Husten oder Niesen ist möglich, sofern der Nasen-Rachenraum besiedelt ist.

Den **wichtigsten Übertragungsweg** von Person zu Person stellen kontaminierte **Hände** des Personals nach Kontakt mit kolonisierten/infizierten MRSA-Patient*innen dar. Eine nasale Besiedelung des Personals mit MRSA ist meist nur vorübergehend. Bei permanenter nasaler Besiedelung ist das Risiko einer Kolonisation der Hände und damit der Übertragung auf

Methicillin-resistenter *Staphylococcus aureus* (MRSA)

AKH-KHH-RL-008

gültig ab: 04.07.2022

Version: 07

Seite 3 von 14

Patient*innen erhöht, wobei das Besiedelungsrisiko bei Personal mit Dermatitis oder Hautläsionen erhöht ist.

Eine Isolierung von MRSA positiven Patient*innen im Einzelzimmer ist erstrebenswert. In begründeten Einzelfällen (z.B. ausschließlicher Nachweis von MRSA auf kleiner Wunde ohne Besiedelung anderer Körperregionen und wenn Patient*innen den Anweisungen des Personals verlässlich Folge leisten können) kann von einer Einzelzimmerisolierung abgesehen werden. In jedem Fall ist eine Kontaktisolierung, d.h. die strikte Einhaltung der Standardhygienemaßnahmen, vonnöten.

Sonderfall: Streu-Übertragung (Gruppe B, sog. Streuer):

In besonderen Fällen werden die Erreger vermehrt an die Umgebung abgegeben, was das Risiko für eine Übertragung erhöht.

Dies ist z.B. der Fall bei:

- **MRSA Besiedelung oder Infektion der Atemwege**, insbesondere bei **ausgeprägtem Husten oder bei Aerosol-bildenden Tätigkeiten**
- bei **großen, mit MRSA besiedelten Wundflächen**, insbesondere unter Anwendung spezieller chirurgischer Verfahren wie Jet-Lavage
- bei einer mit MRSA besiedelten, **schuppigen Hauterkrankung**

Bei diesen Patient*innen ist die Indikation für eine Isolierung im Einzelzimmer besonders streng zu stellen. Betreuende Personen müssen im Isolierzimmer komplette Schutzkleidung tragen.

5.5. Screening

Zweck:

- Identifizierung von asymptomatischen Trägern
- Vermeidung der Übertragung von MRSA durch gezielte Hygienemaßnahmen

→ Bei Nachweis von MRSA unbedingt Dokumentation in Krankengeschichte & Arztbrief erforderlich!

Methicillin-resistenter *Staphylococcus aureus* (MRSA)
AKH-KHH-RL-008

gültig ab: 04.07.2022

Version: 07

Seite 4 von 14

5.5.1. Art und Umfang des Screenings
Primärscreening

Bei folgenden Patient*innen ist ein initiales Screening indiziert:

Indikation	Material	Häufigkeit	Mikrobiologie
Patient*innen mit erhöhtem Risiko für MRSA Besiedelung ¹	Nasenvorhof (rechts und links) und Rachen und ggf. <ul style="list-style-type: none"> • ehemals positive Lokalisationen; • bei DK, Cystofix, etc.: Harnkultur • bei Tracheostoma, künstlicher Beatmung: respiratorisches Sekret • bei Wunden oder schuppender Hauterkrankung: Haut- oder Wundabstrich 	Einmalig; in Bereichen mit vulnerablen PatientInnen 1x wöchentlich	Am Anforderungsschein ankreuzen: „S. aureus (inkl. MRSA) primär“
Bereiche mit vulnerablen Patient*innen ²			
Mitpatient*innen bei Verdacht auf eine Übertragung			

¹Patient*innen mit erhöhtem Risiko einer bestehenden MRSA Kolonisation:

- Patient*innen mit bekannter MRSA-Anamnese
- Patient*innen mit langen oder häufigen stationären Aufenthalten (auch in Nicht-Hochrisikobereichen)
- Patient*innen mit langen oder häufigen antibiotischen Therapien (v.a. Drittgenerations-Cephalosporine, Fluorquinolone)
- Patient*innen mit Aufenthalt in Ländern mit bekannt hoher MRSA-Prävalenz (z.B. Mittelmeerländer, Nordafrika, Balkan, Mittlerer Osten, Südostasien, Indien, Kriegsgebiete)
- PatientInnen, die regelmäßig (beruflich) direkten Kontakt zu MRSA haben, wie z.B. Personen mit Kontakt zu landwirtschaftlichen Nutztieren (Schweine, Rinder, Geflügel)
- PatientInnen mit chronischer Pflegebedürftigkeit (z.B. Immobilität, Inkontinenz, etc.) und Antibiotikatherapie innerhalb der letzten 6 Monate bzw. bei Vorliegen invasiver Hilfsmittel (z.B. Harnkatheter, PEG-Sonde, Trachealkanüle)
- Dialysepatient*innen

Methicillin-resistenter *Staphylococcus aureus* (MRSA)

AKH-KHH-RL-008

gültig ab: 04.07.2022

Version: 07

Seite 5 von 14

²Bereiche mit vulnerablen Patient*innen:

- Intensivstationen (inkl. Neugeborenen- und pädiatrische Intensivstation)
- Hämato-onkologische Abteilungen und Knochenmarkstransplantations-Einheiten
- Organtransplantationsbereiche
- Herz-Thorax-Chirurgische Abteilungen

Sekundärscreening

Nur dann durchzuführen, wenn bereits ein positiver Befund mit MRSA vorliegt:

Indikation	Material	Häufigkeit	Mikrobiologie
zur Abklärung von Streuquellen bei gesicherten Trägern	Nase und Rachen und Z-Abstrich Haut inguinal-axillär und ggf. <ul style="list-style-type: none"> • ehemals positive Lokalisationen; • bei DK, Cystofix, etc.: Harnkultur • bei Tracheostoma, künstlicher Beatmung: respiratorisches Sekret • bei Wunden oder schuppender Hauterkrankung: Haut- oder Wundabstrich • bei Entzündungszeichen 	Einmalig und nach klinischer Notwendigkeit	Am Anforderungsschein ankreuzen: „S. aureus (inkl. MRSA) sekundär“
Zur Feststellung des Eradikationserfolges	Nase, Rachen und Z-Abstrich Haut und ggf. alle ehemals positiven Abstrichlokalisationen	2 Tage nach Absetzen der Lokaltherapie an 3 aufeinander folgenden Tagen	

5.5.2. Mikrobiologische Diagnostik

Grundsätzlich wird bei allen Abstrichen der kulturelle Erregernachweis empfohlen. Um eine MRSA-Kolonisation zeitnah auszuschließen, ist eine PCR möglich. Bei positivem PCR Befund ist grundsätzlich eine kulturelle Bestätigung erforderlich.

5.5.3. Weitere Indikationen für ein Screening (Keimträgersuche in epidemiologisch begründeten Fällen)

Grundsätzlich sollen nur solche Untersuchungen durchgeführt werden, die auch Konsequenzen haben. Ein grundsätzliches Screening beim Personal ist nicht erforderlich.

Einzel auftretende MRSA-Patient*innen bieten allein selten Grund für eine Keimträgersuche. Beim Vorliegen epidemiologischer Hinweise (d.h. im Falle eines vermuteten Ausbruchsgeschehens) kann es sich aber als nützlich erweisen, unter den Patienten*innen oder/und dem Personal nach Keimträgern zu suchen. Wenn es das Ziel ist, bisher unerkannte Keimträger zu finden, dann genügt die Untersuchung von Nase (ein gemeinsamer Abstrich von beiden Nasenvorhöfen), Rachen und – falls vorhanden – Wunden oder entzündlich-eitrige Hautaffektionen.

Dies soll ausschließlich in Abstriche mit dem Klinischen Institut für Krankenhaushygiene erfolgen!

Methicillin-resistenter *Staphylococcus aureus* (MRSA)

AKH-KHH-RL-008

gültig ab: 04.07.2022

Version: 07

Seite 7 von 14

5.6. Hygienemaßnahmen bei MRSA – Übersicht

Zusammenfassung der Hygienemaßnahmen (zur Einlage in die Krankengeschichte – bitte füllen Sie auch die AKH-KHH-RL-010 Checkliste Hygienemaßnahmen bei MRE gemeinsam mit der KHH aus und legen sie ebenfalls bei):

MRSA – Zusammenfassung der Hygienemaßnahmen		Check
Einzelzimmer	Erstrebenswert (in jedem Fall notwendig bei Streuübertragung wie z.B. einer mit MRSA besiedelten schuppenden Hauterkrankung, starkem Husten bei Besiedelung des Respirationstrakts)	
MELDEPFLICHT	Nein	
WANN	<ul style="list-style-type: none"> • MRSA Nachweis im mikrobiologischen Befund • Ehemals positiver MRSA Befund (z.B. Voraufenthalt), bis 3 negative Abstriche vorliegen 	
INFEKTIÖSES MATERIAL	Jedes Material, in dem der Erreger nachgewiesen wird	
KONTAKTPERSONEN	Mitpatient*innen, die im selben Zimmer untergebracht waren, werden gescreent Routinemäßig keine weiteren Maßnahmen für sonstige enge Kontaktpersonen (z.B. Angehörige)	
HÄNDEHYGIENE	<p>Personal: die 5 Momente der Händehygiene (Händedesinfektion) sind einzuhalten</p> <p>Patient*in: Unterweisung in Händehygiene: Händewaschen und Händedesinfektion nach Toilettenbesuch, nach Kontakt mit Ausscheidungen/Körperflüssigkeiten sowie vor Verlassen des Zimmers</p> <p>BesucherIn: Händedesinfektion vor und nach Kontakt mit anderen Patienten*innen und bei Verlassen des Zimmers</p>	
PSA (Schutzkleidung)	<ul style="list-style-type: none"> • Bereitstellung vor dem Zimmer • Anlegen der PSA vor dem Zimmer • Ablegen und Abwerfen IM Zimmer und anschließende Händedesinfektion 	
HANDSCHUHE	Bei allen Handlungen im Isolierzimmer	
SCHUTZKITTEL (langärmeliger Einmalschutzkittel)	Bei allen patientennahen Handlungen oder bei Umgang mit infektiösem Material (ggf. Einmalschürze)	
MUND-NASEN-SCHUTZ	Bei Besiedelung des Respirationstrakts	

Methicillin-resistenter *Staphylococcus aureus* (MRSA)

AKH-KHH-RL-008

gültig ab: 04.07.2022

Version: 07

Seite 8 von 14

PATIENTENNAHE UTENSILIEN	<ul style="list-style-type: none"> • Utensilien nur patientenbezogen verwenden, nach Gebrauch Wischdesinfektion. • max. Tagesbedarf an Pflegeutensilien im Zimmer belassen. • Persönliche Gegenstände (Zahnprothese, Brille, Hörgerät, Kamm, ...) beim Patienten lassen. • Krankengeschichte u. a. Dokumentationsmaterial nicht ins Zimmer mitnehmen. 	
GEBRAUCHTES VERBANDSMATERIAL	ohne Zwischenlagerung in Transportbehälter und zur Desinfektion bringen	
GEBRAUCHTE WÄSCHE	ohne Zwischenlagerung oder Berührung von Gegenständen in Wäschesack geben; feuchte Wäsche zusätzlich in Plastiksack verpacken	
GEBRAUCHTE INSTRUMENTE	ohne Zwischenlagerung in Transportbehälter und zur Desinfektion bringen	
UNTERHALTSDESINFEKTION	Routinemäßige und gezielte Desinfektion gemäß Desinfektionsplan der Abteilung/Station	
SCHLUSSDESINFEKTION	Gründliche Desinfektion aller Flächen im Zimmer nach Entlassung oder Verlegung Desinfektionsmittel lt. Desinfektionsplan	
ORGANISATION	Arbeitsabläufe so planen, dass Tätigkeiten im Isolierzimmer am Ende der Routine stattfinden. Dabei auf gute Vorbereitung und gegebenenfalls Einbeziehung einer zweiten Person achten, um unnötige Unterbrechungen (Kontaminationsrisiko!) zu vermeiden.	
INFORMATIONSPFLICHT	gegenüber: Patient*innen, allen MitarbeiterInnen im Bereich, Reinigungspersonal, Besucher*innen, Information vor Überstellung des/der Patient*in, etc.	
SCREENING	<ul style="list-style-type: none"> • Bei erhöhtem Risiko für Besiedelung (z.B. langer stationärer Aufenthalt, bekannte MRSA Anamnese, lange oder häufige antibiotische Therapien) • Bei vulnerablen PatientInnen (Bereiche mit immunsupprimierten Patient*innen) • Mitpatient*innen bei Aufenthalt im selben Zimmer >24h und Verdacht auf eine Übertragung 	
DEKOLONISATION	<ul style="list-style-type: none"> • Bei Patient*innen vor größeren chirurgischen Eingriffen • Bei vulnerablen Patient*innen (Immunsuppression, etc.) • Bei erhöhtem Risiko für Mitpatient*innen/Haushaltsangehörige (Immunsuppression, etc.) • Bei erhöhtem Übertragungsrisiko (Dialyse, wiederholte KH-Aufenthalte, Non-Compliance) 	

Methicillin-resistenter *Staphylococcus aureus* (MRSA)

AKH-KHH-RL-008

gültig ab: 04.07.2022

Version: 07

Seite 9 von 14

ad Informationspflicht:

- Es ist sicherzustellen, dass allen Mitarbeiter*innen (ärztliches Personal, Pflegepersonen, Physiotherapeut*in, Reinigungskräfte, etc.) sowohl die betroffenen Patient*innen als auch die zu treffenden Hygienemaßnahmen bekannt sind.
- Bei Überstellung von Patient*innen (Röntgenuntersuchung, Ambulanzbesuch, andere Abteilung, anderes Krankenhaus) ist die entsprechende Stelle vorab zu informieren, damit geeignete Vorkehrungen getroffen werden können (z.B. alles hygienisch Notwendige bereitstellen, Patient*in als Letzte/n in der Gruppe bestellen und behandeln). Benutzen Sie dazu die RL 009 „Multiresistente Erreger – Patiententransport“.
- Patient*innen und Besucher*innen sind über notwendige Maßnahmen aufzuklären und entsprechend zu instruieren (s. auch RL 006 „MRSA Information für Patient*innen“).

5.7. Eradikation

Unter MRSA-Eradikation werden Maßnahmen verstanden, die dazu dienen, MRSA bei symptomlosen Trägern zu beseitigen. Es handelt sich dabei im Wesentlichen um Lokalanwendungen in Nase, Rachen, auf besiedelten Wunden und auf der besiedelten Haut.

Auf die systemische Anwendung von Antibiotika wird hier nicht eingegangen. Diese sollte sich generell auf die Behandlung von Infektionen und auf die Kurzzeit-Prophylaxe zur Abschirmung bei Eingriffen mit dem Risiko der Propagation von infektionsbegünstigenden Besiedelungskeimen beschränken.

5.7.1. Indikationen für eine MRSA Eradikation

Eine MRSA Eradikation sollte erfolgen, wenn die Person für sich selbst oder für die Umgebung eine relevante Infektionsquelle darstellt.

Beispiele:

- MRSA-Träger*in befindet sich **vor einem größeren chirurgischen Eingriff**, insbesondere, wenn dieser mit einer Immunsuppression (z.B. Organtransplantation) oder einer Fremdkörperimplantation verbunden ist.
- MRSA-Kolonisation **bei Patient*innen mit Risikofaktoren** (z.B. noch nicht infizierte Wunde, Immunsuppression durch Grunderkrankung oder medizinische Therapie)
- MRSA-Kolonisation von Patient*innen **mit erhöhtem Übertragungsrisiko für Kontaktpersonen** (z.B. Dialyse, wiederholte Krankenhausaufenthalte, Non-Compliance)
- **In der Umgebung** des MRSA-Trägers befinden sich **hochgradig gefährdete Menschen** (Mitpatient*innen; Haushaltsangehörige) und die MRSA-Ausbreitung kann mit üblichen Maßnahmen nicht sicher unterbunden werden

5.7.2. Welche sanierungshemmenden Faktoren sind zu berücksichtigen?

Auch bei den nachfolgend gelisteten Faktoren, die einer erfolgreichen Eradikationstherapie im Wege stehen, kann ein MRSA-Sanierungsversuch sinnvoll sein, wobei die Behandlung der Grunderkrankung hierbei im Vordergrund steht und die Entscheidung über die Durchführung und den optimalen Zeitpunkt einer Sanierung bestimmt:

- chronische Wundheilungsstörungen (z.B. bei Diabetes mellitus,)
- chronische Erkrankung der Haut (z.B. Psoriasis, atopisches Ekzem)
- Erkrankungen an Prädilektionsstellen für MRSA (z.B. Sinusitis, chronische Rhinitis)
- liegende medizinische Devices (z.B. Katheter, Trachealkanüle, PEG-Sonde)

Bei Vorliegen einer dieser sanierungshemmenden Faktoren kann eine MRSA-Eradikation ggf. erst nach erfolgreicher Behandlung bzw. Besserung solcher Grunderkrankungen oder nach Entfernen von Devices sinnvoll sein.

5.7.3. Wann kann auf eine MRSA Eradikation verzichtet werden?

Wenn der MRSA-Trägerstatus für den Betroffenen selbst und für seine Umgebung kein besonderes Risiko darstellt. Dies kann durchaus auf PatientInnen zutreffen, die aus anderen Gründen noch im Spital bleiben müssen. MRSA-Trägertum stellt zwar eine Herausforderung für das medizinische Personal dar, verlangt aber – solange der/die Patient*in kein starker MRSA-„Streuer“ ist (Gruppe B) – die konsequente Einhaltung der üblichen Hygiene-Regeln durch alle Beteiligten. Meistens kann empfohlen werden, den MRSA-Patienten so rasch als medizinisch vertretbar in die häusliche Pflege zu entlassen. Ebenso wichtig ist, Antibiotikagaben zu beenden, für die keine strenge Indikationen bestehen.

Methicillin-resistenter *Staphylococcus aureus* (MRSA)

AKH-KHH-RL-008

gültig ab: 04.07.2022

Version: 07

Seite 12 von 14

Mund/Rachen*:													
Haut*:													
Wunde*:													
Handzeichen													

5.7.6. Kontrolle des Eradikationserfolgs

Nach 2 Zyklen Therapie und 2-tägiger Pause (um falsch negative Befunde zu vermeiden) sind Kontrollabstriche an drei aufeinander folgenden Tagen jeweils von Nase, Rachen, Haut sowie allen zuvor ggf. besiedelten Stellen (Wunde, etc.) vorzunehmen.

Die Lokalbehandlung gilt dann als erfolgreich, wenn **alle Abstriche negativ** sind.

Wird weiterhin MRSA nachgewiesen, ist mit dem Klinischen Institut für Krankenhaushygiene bezüglich des weiteren Vorgehens Kontakt aufzunehmen.

Bei MRSA-"Dauerträgern" (=Patient*innen, bei denen von Behandlungsversuchen zur MRSA-Eradikation abgesehen wird oder bei denen keine MRSA-Freiheit erreicht wird) sollen Kontrolluntersuchungen NUR vor der Entlassung durchgeführt werden.

Wird der/die Patient*in während der Eradikation entlassen, kann die weitere Durchführung der Sanierung und der Kontrolle des Sanierungserfolgs über die Hygieneambulanz erfolgen (Telefonische Anmeldung unter DW 1904).

Zur übersichtlichen Dokumentation verwenden Sie die RL 0.34 oder 0.34.1 (MRSA-Dokumentation Hoch bzw. Querformat).

5.8. Transfer/Transport von MRSA-Patient*innen

Jede medizinische Einrichtung muss in der Lage sein, Patient*innen mit MRSA zu betreuen. Es ist daher nicht vertretbar, den MRSA-Status eines Patienten als Argument zu verwenden, um einem Patienten eine notwendige Therapie oder Rehabilitation vorzuenthalten. Genauso wenig ist

Methicillin-resistenter *Staphylococcus aureus* (MRSA)

AKH-KHH-RL-008

gültig ab: 04.07.2022

Version: 07

Seite 13 von 14

vertretbar, dass der MRSA-Status eines Patienten wissentlich verschwiegen wird, um die Übernahme des Patienten „nicht zu gefährden“. Folgende Maßnahmen sind beim Transfer sowohl innerhalb als auch außerhalb des AKH einzuhalten:

5.8.1. Transferierende Stelle

Klare Vorabinformation mittels Formblatt „AKH-KHH-RL-009 Multiresistente Erreger-Patiententransport“ an die Leitung der empfangenden Stelle, damit dort die **nötigen Vorkehrungen** getroffen werden. Die übernehmende Stelle bekommt im Rahmen des Transfers die Befunde der bisherigen MRSA-Untersuchungen mitgeteilt und wird nötigenfalls aufgefordert, noch nicht abgeschlossene Eradikationsbehandlungen sowie die Untersuchungsserie zum Nachweis der MRSA-Freiheit zu komplettieren.

5.8.2. Empfangende Stelle

Information aller Mitarbeiter*innen des Bereiches, die den Keim übertragen könnten (Ärzte/innen, Pflegepersonen, Physiotherapeut*innen, Radiotechnolog*innen, Krankentransportpersonal...).

Unterbringung des Patienten ist zu organisieren (Einzelzimmer). Weiterführung von begonnenen Eradikationsmaßnahmen.

Insbesondere in Ambulanzbereichen müssen **organisatorische Maßnahmen** zur Übertragungsprävention getroffen werden: z.B. Terminplanung für MRSA-positive Patient*innen („Randtermine“), kurze Wartezeiten, Bereitstellung der notwendigen Schutzkleidung, anschließende Flächendesinfektion.

5.8.3. Patient*in

Vor Transfer **Körper und Haare** mit einer **antiseptischen Lösung waschen** (s. Pkt 5.6.4.) waschen, frische Kleidung anziehen, Bett frisch überziehen, Läsionen sind dicht zu verbinden. Bei Besiedelung des Nasen- u./o. Rachenraums sind PatientInnen mit einem Mund-Nasenschutz ausstatten. Für Auswurf, Zellstofftücher und Handschuhe ist ein Abfallsack mitzuführen. Nach Rückkehr auf die Station Entsorgung entsprechend den Hygienerichtlinien.

Händehygiene bei Patient*in und Begleitperson vor Verlassen des Zimmers.

Für Patient*innen mit langem Krankenhausaufenthalt ist u.U. ein Kontakt und ev. auch ein Aufenthalt an der frischen Luft für die Genesung förderlich. Eine Entscheidung für die Unterbrechung der Isolierung muss unter gewissenhafter Abwägung der Risiken für den Patienten gegenüber den Risiken für andere Patient*innen im AKH getroffen werden. Im Zweifelsfall halten Sie Rücksprache mit dem klinischen Institut für Krankenhaushygiene.

Methicillin-resistenter *Staphylococcus aureus* (MRSA)
AKH-KHH-RL-008

gültig ab: 04.07.2022

Version: 07

Seite 14 von 14

Schutzkleidung für Begleitpersonen bei Verlassen des Zimmers sind allenfalls mit dem Klinischen Institut für Krankenhaushygiene abzustimmen.

5.8.4. Krankentransportpersonal

Während des Transports **Einmal-Plastikschürze**, nach dem Transport **hygienische Händedesinfektion**. Im Fall von Kontamination ist eine gezielte Flächendesinfektion durchzuführen/ zu veranlassen.

Der Transport ist so zu wählen, dass ein Kontakt zu anderen Patient*innen/AKH-Besucher*innen so gut wie möglich vermieden wird. (kürzester Weg, Umgehung von Menschenansammlungen auf Gängen, in Wartebereichen und in Aufzügen)

6. ÄNDERUNGEN

Datum	Version	Änderung
01.10.2008	01	Ersterstellung, erste Freigabe
23.04.2012	02	Neues Layout Text ersetzt: Klinische Abteilung für KHH durch Klinisches Institut für Krankenhaushygiene Kapitel 4.7.1.: „Überstellung eines Patienten mit multiresistenten Erregern“ durch „AKH-KHH-RL-009 Multiresistente Erreger-Patiententransport“ Kapitel 4.8.3: StelliSept med® ersetzt durch Octenisan® Kapitel 4.8.3.: Einfügung Lifoscrub® (Chlorhexidin)
01.03.2013	03	Aktualisierung Ergänzungen entsprechend der Leitlinie „Umgang mit MRE des KAV“ Einfügen der „AKH-KHH-RL-059 MRSA-Patienten-Transport“
10.02.2021	04	Dokument überarbeitet
13.08.2021	05	Layout überarbeitet 5.7.4. Wundantiseptik überarbeitet
01.02.2022	06	5.7.4. Eradikation Nasenvorhöfe überarbeitet
XX.XX.2022	07	5.7.4. Mundpflege / Gurgeln