

tionsmittel werden empfohlen. Die Wiederbenutzung ist möglich, wenn die Oberfläche spontan getrocknet ist.

2.7. Empfehlungen für ambulante Pflegedienste

Zusätzlich zu den unter Punkt III.1 genannten allgemeinen Empfehlungen wird auf die KRINKO-Empfehlung zur „Infektionsprävention in Heimen“ verwiesen [5].

2.8. Empfehlungen für den Rettungsdienst und Krankentransport

MRSA-Patienten unterliegen außerhalb der hier genannten Einrichtungen keinen Einschränkungen; sie können die öffentlichen Verkehrsmittel nutzen; dazu zählt auch der nichtqualifizierte Krankentransport. Eine MRSA-Besiedlung alleine stellt keinen Grund für die Nutzung des qualifizierten Krankentransports dar.

Werden MRSA-Patienten jedoch im qualifizierten Rettungsdienst und Krankentransport transportiert, müssen dort die Basishygienemaßnahmen eingehalten werden, um eine Übertragung auf das Personal respektive den nachfolgenden Patienten und ein damit ggf. verbundenes Kolonisations- und Infektionsrisiko zu vermeiden. Dazu zählen: Händehygiene des Personals, Reinigung und Desinfektion von Kontaktflächen sowie eine sachgerechte Aufbereitung von Medizinprodukten, sofern keine Einwegmaterialien verwendet werden, und eine sachgerechte Abfallentsorgung (s. Teil III.1 „Allgemeine Empfehlungen für alle Einrichtungen des Gesundheitswesens und der Wohlfahrtspflege“). Darüber hinaus liegen speziell für den Rettungsdienst Empfehlungen der LARE [433] sowie sog. Musterhygienepläne vor [434].

Die Kommission empfiehlt zusätzlich zu den unter III.1 beschriebenen Maßnahmen beim Transport MRSA-besiedelter oder -infizierter Patienten im qualifizierten Krankentransport:

- generell nur hinsichtlich des Umgangs mit MRSA eingewiesenes, geschultes Personal einzusetzen;
- der Zieleinrichtung und dem transportierenden Personal vor Verlegung

die Informationen zur Verfügung zu stellen, die nötig sind, um ggf. erforderliche Maßnahmen zu ergreifen (Kat IV, IfSG § 23 Abs. 8);

- dem Patienten vor Transport nach Möglichkeit frische Wäsche anzulegen;
- Wunden/Hautläsionen dicht abzudecken;
- das Anlegen eines Mund-Nasenschutzes für den Patienten, sofern dies dem Patienten möglich ist;
- die Durchführung einer hygienischen Händedesinfektion durch den Patienten vor dem Transport;
- dass bei zu erwartenden Direktkontakten mit MRSA-Patienten vom Begleitpersonal Einmalhandschuhe und Schutzkittel getragen werden;
- dass das Begleitpersonal nach dem Transport eine hygienische Händedesinfektion durchführt;
- dass der Fahrer vor dem Einsteigen in das Führerhaus die Schutzausrüstung ablegt und eine hygienische Händedesinfektion durchführt;
- nach Ende des Transportes die Schutzausrüstung abzulegen und eine hygienische Händedesinfektion durchzuführen;
- Kontaktflächen anschließend zu desinfizieren. Schnell wirksame Desinfektionsmittel werden empfohlen. Die Wiederbenutzung ist möglich, wenn die Oberfläche spontan getrocknet ist. Das Fahrzeug ist dann sofort wieder einsetzbar.

2.9. Empfehlungen für sonstige medizinische Fachberufe

Zusätzlich zu den unter Punkt III.1 genannten allgemeinen Empfehlungen empfiehlt die Kommission:

- bei therapeutischem und pflegerischem Kontakt zu MRSA-Patienten einen Schutzkittel, Mund-Nasenschutz anzulegen und nach Kontakt mit MRSA-Patienten die Hände zu desinfizieren. Die verwendete persönliche Schutzausrüstung ist nach Kontakt zu MRSA-Patienten sachgerecht zu entsorgen (Kat II);
- unmittelbar nach der Behandlung sind alle potenziell kontaminierten

Handkontaktflächen zu desinfizieren (Kat II).

Die Empfehlungen wurden ehrenamtlich und ohne Einflussnahme kommerzieller Interessengruppen im Auftrag der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention bearbeitet von Herrn Prof. Dr. Georg Peters (Leiter der Arbeitsgruppe), Herrn Prof. Dr. Karsten Becker, Frau Heike Briesch, Frau Dr. Heike Hergeröder, Frau PD Dr. Ursel Heudorf, Herrn PD Dr. Heinz-Michael Just, Herrn Dr. Robin Köck, Herrn Prof. Dr. Joachim Martius, Frau Prof. Dr. Constanze Wendt, Herrn Florian Wilke, Herrn Prof. Dr. Martin Mielke und Herrn PD Dr. Nils-Olaf Hübner (für das RKI).

Literatur

1. Chen LF (2013) The changing epidemiology of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: 50 years of a superbug. *Am J Infect Control* 41:448–451
2. Klevens RM, Morrison MA, Nadle J et al (2007) Invasive methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* infections in the United States. *JAMA* 298:1763–1771
3. GERMAP 2010 Antibiotika-Resistenz und -Verbrauch (2010) Bericht über den Antibiotikaverbrauch und die Verbreitung von Antibiotikaresistenzen in der Human- und Veterinärmedizin in Deutschland. Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit. Paul-Ehrlich-Gesellschaft für Chemotherapie e.V., Infektiologie Freiburg. Antimicrobials Intelligence Gesellschaft für klinisch-mikrobiologische Forschung und Kommunikation mbH
4. The European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), Antimicrobial resistance interactive database (EARS-Net) (2012). http://www.ecdc.europa.eu/en/healthtopics/antimicrobial_resistance/database/Pages/database.aspx. Zugegriffen: April 2014
5. Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (2005) Infektionsprävention in Heimen. *Bundesgesundheitsblatt* 48:1061–1080
6. Muto CA, Jernigan JA, Ostrowsky BE et al (2003) SHEA guideline for preventing nosocomial transmission of multidrug-resistant strains of *Staphylococcus aureus* and enterococcus. *Infect Control Hosp Epidemiol* 24:362–386
7. Korczak D, Schöffmann C (2010) Medizinische Wirksamkeit und Kosten-Effektivität von Präventions- und Kontrollmaßnahmen gegen Methicillin-resistente *Staphylococcus aureus* (MRSA)-Infektionen im Krankenhaus. *GMS Health Technol Assess* 6:Doc04
8. Cooper BS, Stone SP, Kibbler CC et al (2003) Systematic review of isolation policies in the hospital management of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: a review of the literature with epidemiological and economic modelling. *Health Technol Assess* 7:1–194