

SENIOR QM – QUALITÄTSMANAGEMENT FÜR

Seniorenpflegeeinrichtung am Schottenberg

Waldschlößchenstraße 39 ; 09456 Annaberg – Buchholz

Telefon: 03733 / 2284-1; -2 Fax: 03733 / 25010

Formular-Nr.	Kurzbezeichnung AufnZeugn. IfSG § 36 (4)	erstellt von/am Qualitätszirkel am 01.10.2002	Seite 1 von 4 Druck vom: 21.11.2011 16:40:46
freigegeben von HL / VPFK	freigegeben am 01.10.2002	zuletzt geändert am 09.08.2006	nächste Revision jährlich
Gültigkeitsbereich Pflege	Bitte vom behandelnden Arzt ausfüllen lassen		

T:\Busch\DK_G\Qualitaetsicherung_Seniorenpflegeeinrichtung\Altenpflege\Qualitäts-Zuarbeit\Ärztliches Zeugnis zur Aufnahme.doc

Ärztliches Zeugnis zur Aufnahme bzw. wegen Entlassung

Krankenhaus / behandelnder Arzt

**EKA Erzgebirgsklinikum
Annaberg gGmbH Station**

Station: _____

Chemnitzerstraße 15

bzw. Krankenhaus / behandelnder Arzt

09456 Annaberg – Buchholz

Telefon: 03733 / 80-0

Fax: 03733 / 80 40 08

Telefon: _____

Fax: _____

Datum, den _____

Name, Vorname

geboren am

wohnhaft z.Z. in: _____

bzw. wohnhaft in: _____

SENIORENPFLEGEEINRICHTUNG am SCHOTTENBERG

Waldschlößchenstraße 39 ; 09456 Annaberg - Buchholz

Folgende Angaben dürfen nicht älter als 4 Wochen sein lt. RKI:

Ist der Antragsteller frei von **MRSA**

(*Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus*)

Ja Nein, Behandlung erfolgte:

Welche: _____

Weitere Behandlung erforderlich

nein Ja, welche

Ist der Antragsteller frei von **ORSA**

(*Oxacillin Resistenter Staphylococcus Aureus*)

Ja Nein,

Ist der Antragsteller frei von () **ESBL_ECO** () **ESBL_KLE**

(*Extendend Spectrum Beta-Lactamasn*)

Ja Nein,

Ist der Antragsteller frei von **VRE**

(*Vancomycin-resistente Enterokokken*)

Ja Nein,

Ist der Antragsteller frei von **HIV**

(*Humanes Immundefizienz-Virus*)

Ja Nein,

Ist der Antragsteller frei von **ansteckenden** Krankheiten?

Ja Nein,

Liegen Anhaltspunkte einer **ansteckungsfähigen Lungentuberkulose** vor? (siehe § 36 IfSG)

Nein Ja, welche?

Stempel und Unterschrift des behandelnden bzw. leitenden Arztes

Anmerkung: Auszug aus dem § 36 (4) Infektionsschutzgesetz:

Personen, die in einem Altenheim, Altenwohnheim, Pflegeheim oder eine gleichartige Einrichtung nach § 1 Absatz 1 oder 1a des Heimgesetzes aufgenommen werden sollen, haben vor oder unverzüglich nach ihrer Aufnahme der Leitung der Einrichtung ein ärztliches Zeugnis darüber vorzulegen, dass bei ihnen keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose etc. vorhanden sind.

SENIO QM – QUALITÄTSMANAGEMENT FÜR Seniorenpflegeeinrichtung am Schottenberg

Waldschlößchenstraße 39 ; 09456 Annaberg - Buchholz

Richtlinie - Nr.	Kurzbezeichnung	erstellt von/am	freigegeben am	Seite 2 von 4	Druck
freigegeben von HL /VPFK	verantwortlich Hyg.-Beauftragte(r)	QZ am 01.04.07	01.04.2007	vom: 21.11.2011	16:40:46
Gültigkeitsbereich	Was sind ESBL?	Durchführung	nächste Revision	zuletzt geändert	
Heim		Bei Anlass	jährlich	am: 26.03.2007	
			Ablage		
			Hyg. - & Notfallordner		

\\server2003\texte\B\ussh\DK_Q\Qualitätsmanagement\Alermpflege\Qualitäts-Zuarbeit\Nutzliches Zeugnis zur Aufnahme.doc

Einleitung ESBL

Ist die Rede von multiresistenten Krankheitserregern, dann fällt einem meist spontan der Begriff MRSA ein. Diese Abkürzung gehört mittlerweile zum Wortschatz eines jeden im Gesundheitswesen Beschäftigten, auch in der Bevölkerung sind die Methicillin-resistenten Staphylokokken inzwischen durch Publikationen in den Medien vielen bekannt. Kommen bekannte MRSA-Träger in die Klinik oder wird MRSA bei einem Patienten diagnostiziert, so wird ein Mechanismus von Schutzmaßnahmen in Gang gesetzt, dessen Notwendigkeit früher ständig neu argumentiert werden musste und der heute von niemandem mehr in Frage gestellt wird. Das ist gut so, hat allerdings den unangenehmen Nebeneffekt, dass leicht der trügerische Eindruck entstehen kann, der MRE-Problematik sei damit hinreichend Rechnung getragen. Die Bedeutung anderer hochresistenter Erreger, insbesondere der lediglich fakultativ pathogenen, wird leider häufig noch immer unterschätzt.

Was sind ESBL?

ESBL steht für „Extended Spectrum Beta-Lactamase“. Bei beta-Lactamase handelt es sich um von gram-negativen Bakterien produzierte Enzyme, die in der Lage sind, β -Laktam-Antibiotika (Penicilline, Cephalosporine) zu inaktivieren. ESBL können dies jedoch nicht nur bei den klassischen β -Laktam-Antibiotika, sondern darüber hinaus auch bei Drittgenerations-Cephalosporine wie Ceftriaxon, Cefotaxim und Cefazidim sowie bei Monobactamen (Aztreonam). Man kann ESBL hauptsächlich bei Klebsiellen und *Escherichia coli*, neuerdings auch gehäuft in Enterobacteriaceae wie Salmonellen, Enterobacter, und Proteus nachweisen. Auch *Pseudomonas aeruginosa* verfügt immer häufiger über ESBL.

Von besonderer Bedeutung ist die horizontale Weitergabe von Resistenzen. Chromosomale Resistenzen werden in der Regel vertikal „weitervererbt“, also innerhalb der Gattung von einer Generation zur nächsten, während bei der plasmid-vermittelten, horizontalen Resistenzweitergabe auch eine Übertragung von einer Spezies an eine andere möglich ist. Genau hierin ist die große Gefahr begründet, die von ESBL ausgehen kann.

Die Therapiemöglichkeiten sind gegenüber ESBL bei gramnegativen Erregern auch deshalb sehr reduziert, weil durch sie die Resistenz gegen andere Antibiotika beeinflusst wird. Das Ausweichen auf die noch zur Verfügung stehenden Optionen führt zu einem erhöhten Selektionsdruck und somit der Gefahr weiterer Resistenzbildung.

Bei den am häufigsten von ESBL hervorgerufenen Infektionen handelt es sich um solche der ableitenden Harnwege. Da hiervon häufig katheterisierte Intensivpatienten betroffen sind, kann von einer derartigen Harnwegsinfektion schnell eine Streuung auf andere Organsysteme ausgehen. Die Krankenhausverweildauer von ESBL-Patienten im Vergleich zu solchen, die mit den selben gramnegativen Erregern ohne ESBL infiziert sind, ist signifikant verlängert bei offenbar erhöhter Letalitätstrate.

Risikofaktoren für ESBL

Es finden sich die folgenden Risikofaktoren für das Auftreten von ESBL-Bildnern:

- Vorausgegangene Antibiotikatherapie, speziell nach übermäßigem Einsatz von Drittgenerations-Cephalosporinen
- Lange Krankenhausverweildauer
- Schwere Grunderkrankung
- Intensivmedizinische Versorgung

- Beatmung
- Zentraler Venenkatheter
- Harnwegskatheter.

Verbreitung von ESBL

Nach Angaben der Paul-Ehrlich-Gesellschaft gab es im Jahr 1998 einen ESBL-Anteil von 0,3 % an *Escherichia coli*, der bis 2001 auf 0,8% gestiegen ist. Der Anteil von ESBL an *Klebsiella pneumoniae* stieg im selben Zeitraum von 4,7% auf 8,2%. Man geht jedoch davon aus, dass die Prävalenz in Wirklichkeit noch viel höher ist, da sich die Diagnostik hauptsächlich aus Zeit- und Kostengründen außerordentlich schwierig gestaltet. In einer Studie aus den Jahren 1997/98, die auf 24 europäischen Intensivstationen durchgeführt wurde, fanden Babini und Livemore heraus, dass der Anteil an ESBL-Isolaten 25% betrug. Dabei waren 90% der beteiligten Intensivstationen betroffen.

Präventionsmaßnahmen

Neben einer rationalen, an die mikrobiologischen Ergebnisse angepassten Antibiotikatherapie sind klassische hygienische Maßnahmen zur Prävention einer Weiterverbreitung von Patient zu Patient von größter Bedeutung, um einen Ausbruch zu verhindern. Im Falle des Auftretens von ESBL müssen folgende Maßnahmen beachtet werden, die im Prinzip jenen bei MRSA entsprechen:

Dauer der Maßnahmen

- Die Maßnahmen sind aufrecht zu halten, bis drei Kontrolluntersuchungen im wöchentlichen Abstand und ohne den Einsatz einer wirksamen Antibiotikatherapie keinen ESBL-Nachweis mehr ergeben.
- Abstriche werden dabei von den zuvor festgestellten Nachweisorten sowie vom Perineum genommen.

Räumliche Unterbringung

- Möglichst Einzelzimmer
- Kohortenisolierung ist möglich bei Nachweis des selben Erregers
- Kennzeichnung des Zimmers
- Ist aus organisatorischen Gründen eine Isolierung nicht möglich, müssen die Epidemiologie des jeweiligen Erregers sowie der Gefährdungsgrad anderer Patienten hinsichtlich der Unterbringung berücksichtigt werden.

Hygienische Händedesinfektion

- Vor Betreten und Verlassen des Patientenzimmers, bei jedem Patientenkontakt sowie nach dem Ablegen von Einmalhandschuhen

Schutzkleidung

- Einmal-Schutzhandschuhe bei jedem Patientenkontakt tragen
- Nach dem Ablegen bzw. Wechseln von Schutzhandschuhen hygienische Händedesinfektion durchführen
- Schutzmittel bei möglicher Kontaminationsgefahr anlegen
- Nasen-Mundschutz nur bei Gefahr der Aerosolbildung (z.B. bronchoalveoläre Lavage, Absaugen etc.)

Reinigung und Desinfektion

- Tägliche routinemäßige Desinfektion aller patientennahen Flächen und Gegenstände
- Nach Entlassung des Patienten Schlussdesinfektion des Zimmers

Pflegeutensilien

- Wann immer möglich, Einmalartikel verwenden
 - Patientenbezogener Einsatz von Pflegeutensilien
 - Desinfektion von Mehrwegartikeln nach Gebrauch
 - Mehrweg-Pflegeutensilien, die nicht desinfiziert werden können, müssen verworfen werden.
- ## Verlegungen / Transporte und Untersuchungen von ESBL-Patienten
- Nur absolut notwendige Transporte des Patienten durchführen
 - Der Transport wird auf einer Trage oder einem frisch bezogenen Bett durchgeführt
 - Offene, infizierte Wunden müssen abgedeckt sein
 - Bei Befall der Atemwege muss der Patient einen Nasen-Mundschutz tragen
 - Zieleinrichtung über ESBL informieren
 - Untersuchungen und diagnostische oder operative Eingriffe an das Ende des Tagesprogramms legen

Multiresistente Bakterien in Einrichtungen der Altenpflege

Staphylococcus aureus zählt zu den häufigsten Erregern von bakteriellen Infektionen. Besiedlungsorte sind die Haut und die Schleimhaut von Menschen und von Tieren. Die normale Besiedlung hat keinen Krankheitswert, es handelt sich um ein harmloses Bakterium, das aber unter bestimmten Voraussetzungen auch sehr gefährlich werden kann. (Pflegepersonal erkrankt nicht häufiger an Staphylococcus aureus als andere Menschen !)

Normal geht eine Staphylococcus aureus Infektion von der eigenen besiedelten Haut aus. Jedoch werden in Einrichtungen des Gesundheitswesens 10 - 20 % der Staphylococcus aureus Infektionen durch kontaminierte Hände des Personals übertragen !
Im Normalfall sind Staphylococcus aureus - Infektionen gut behandelbar, jedoch haben einige Staphylokokkenstämme Resistenzen gegen Antibiotika (Oxacillin bzw. Methicillin = MRSA / ORSA) entwickelt.
Solange jedoch keine Zeichen einer Infektion auftreten, ist der Nachweis kein pathologischer Befund.

Für die Therapie stehen nur Antibiotika zur Verfügung die entweder nur i.v. verabreicht werden können oder sehr teuer sind und zahlreiche Nebenwirkungen haben.
Desweiteren wird befürchtet, dass sich auch hier Resistenzen entwickeln.

MRSA

Die Eigenschaften von MRSA unterscheiden sich nicht von anderen Staphylococcus aureus Stämmen.
Einige Stämme können sich jedoch unter den besonderen Gegebenheiten des Krankenhauses schnell ausbreiten. Dadurch kann es zu MRSA - Ausbrüchen in medizinischen Einrichtungen kommen. Die Anzahl der MRSA - infizierten bzw. besiedelten Patienten in Krankenhäusern ist regional unterschiedlich. Um eine weitere Ausbreitung zu vermeiden werden die infizierte Patienten in Krankenhäusern streng isoliert behandelt.

ORSA - Stämme infizieren gerne Abwergeschwächte Patienten und Menschen im hohen Alter.

Liegen keine Hinweise für eine systematische Infektion mit MRSA vor, können diese Patienten aus dem Krankenhaus entlassen werden.

Das bedeutet , dass Patienten mit MRSA auch in Pflegeeinrichtungen verlegt werden können. Häufig sind diese Patienten mit MRSA in unterschiedlichen Körperregionen (Nase, Rachen) besiedelt oder lokal begrenzt infiziert. Oft handelt es sich um Patienten, die oft oder lange mit Antibiotika behandelt wurden.

In Deutschland gibt es derzeit keine Daten über die Vorkommen von ORSA oder MRSA in Altenheimen !

ESBL

Nachdem lange Zeit grampositive Bakterien, wie z.B. MRSA therapeutische und krankenhaushygienische Probleme verursachten, spielen hier nun die gramnegativen Stäbchenbakterien eine Rolle.

Durch Mutation im Bereich bekannter β -Lactamasen werden die Erreger in die Lage versetzt, Resistenzen gegen Cephalosporine und gegen Monobactame zu bilden.

ESBL (extended-spectrum- β -lactamase) gehören zum gramnegativen Keimspektrum,
insbesondere sind E-coli-, Klebsiellen- und Serratien-Stämme betroffen. Entsprechend ihrer Definition sind sie multiresistent,
besonders gegenüber den 2. und 3. Generations-Cephalosporinen.
Die Übertragung erfolgt überwiegend über kontaminierte Hände des medizinischen Personals

oder ausgehend von Flächen in der Umgebung des Patienten.

Präventiv sollte beim Umgang mit ESBL-Patienten ein Schutzkittel getragen sowie eine konsequente Händedesinfektion durchgeführt werden.

Da in der Literatur bereits Ausbrüche mit ESBL beschrieben sind, werden in einigen Kliniken beim Auftreten von ESBL Hygiene maßnahmen wie beim Umgang mit MRSA getroffen.

Offizielle Empfehlungen gab es bis 2/2004 jedoch noch nicht!

Quelle: NLGA 2004