

HYGIENERICHTLINIE

MRE Screen von Kontaktpatient:innen

MRE Screen von Kontaktpatient:innen*

*Definition: - ab Eintrittsdatum Indexpat.
 - im gleichen Zimmer
 - im gleichen Zimmer und danach interne Verlegung

In Ausbruchssituationen müssen nach Absprache mit der Infektiologie evt. weitere Massnahmen durchgeführt werden z.B. Umgebungsabklärungen, Typisierungen etc.

Erreger	Screening von Kontaktpat.*	Entnahmeorte / Intervall:	Isolation von Kontaktpat.:
MRSA	>24h zusammen mit Indexpat. Rückverfolgung während der ganzen Aufenthaltsdauer des Indexpat. bzw. bis max. 30 Tage vor dem Nachweis (30 Tg. gilt auch für die vorgängige Hospitalisation) Bei erfolgtem Austritt Screening via HA veranlassen ext. Verlegungen: ja	1 Rachen/Nase 1 inguinal bds. 1 Chron. Wunde(n) inkl. Ulcera Bei stationären Pat.: immer Genomnachweis + Kultur abnehmen	nein
VRE	>24h zusammen mit Indexpat. Rückverfolgung während der ganzen Aufenthaltsdauer des Indexpat. bzw. bis max. 30 Tage vor dem Nachweis (30 Tage gilt auch für die vorgängige Hospitalisation) Bei erfolgtem Austritt Screening via HA veranlassen ext. Verlegungen: ja	3 Rektalabstriche (Tage 0, 7, 14) nach der letzten Exposition	<ul style="list-style-type: none"> • ja, die aktuell Hospitalisierten. • Ausgetreten und dann amb.Termin keine Isolation nötig. • Wiedereintritt innerhalb <1 Mt. und ohne erstes Screening → Isolation, ansonsten keine Isolation nötig Aufhebung nach 3 negativen Befunden (Tage 0, 7, 14) nach der letzten Exposition
VRE bei Ausbruch	Rückverfolgung während der ganzen Aufenthaltsdauer des Indexpat. bzw. bis max. 30 Tage vor dem Nachweis (30 Tage gilt auch für die vorgängige Hospitalisation) Bei erfolgtem Austritt Screening via HA veranlassen ext. Verlegungen: ja	3 Rektalabstriche (Tage 0, 7, 14) nach der letzten Exposition	ja Aufhebung nach 3 negativen Befunden (Tage 0, 7, 14) nach der letzten Exposition Bei steigender VRE Zahl Verlängerung der Kontaktisolation prüfen
Ende eines VRE Ausbruchs: Über einen Zeitraum von drei Wochen nach der Identifizierung des letzten bestätigten Falles wurde kein neuer Fall in einem klinischen Isolat oder in einer Screening-Probe festgestellt UND mindestens drei abteilungsweite Punktprävalenzstudien sind negativ.			

Erreger	Screening von Kontaktpat.*	Entnahmeorte / Intervall:	Isolation von Kontaktpat.:
ESBL	Bei Verdacht auf eine Ausbruchssituation	Rektalabstrich Intervall je nach Ausbruchssituation	nein
CPE	>24h zusammen mit Indexpat. Rückverfolgung während der ganzen Aufenthaltsdauer des Indexpat. bzw. bis max. 30 Tage vor dem Nachweis (30 Tage gilt auch für die vorgängige Hospitalisation) Bei erfolgtem Austritt Screening via HA veranlassen ext. Verlegungen: ja	1 Rektalabstrich	<ul style="list-style-type: none"> • ja, die aktuell Hospitalisierten. • Ausgetreten und dann amb. Termin keine Isolation nötig. • Wiedereintritt innerhalb <1 Mt. und ohne Screening → Isolation, ansonsten keine Isolation nötig Aufhebung nach negativem Befund bei hohem Besiedlungsrisiko (=Pat., der sieben Tage Mitpatient war) nach min. 2 negativen Befunden innerhalb 2 Tagen
CPE bei Ausbruch	Rückverfolgung während der ganzen Aufenthaltsdauer des Indexpat. bzw. bis max. 30 Tage vor dem Nachweis (30 Tage gilt auch für die vorgängige Hospitalisation) Bei erfolgtem Austritt Screening via HA veranlassen ext. Verlegungen: ja	3 Rektalabstriche, (Tage 0, 7, 14) nach der letzten Exposition Bei geringem Risiko* 1-2 Screenings *erhöhtes Risiko: chron. Wunden, längere AB-Therapie, Blasen-Dk. od. Immunsuppression	ja Aufhebung nach 3 negativen Befunden (Tage 0, 7, 14) nach der letzten Exposition Bei steigender CPE Zahl Verlängerung der Kontaktisolation prüfen
MR Enterobacteriales (nicht CPE/ESBL)	nur IPS/IMC Patienten Bei erfolgtem Austritt Screening via HA veranlassen ext. IPS/IMC Verlegungen: ja	1 Rektalabstrich und 1 Trachealsekret bei Intubierten 1 respiratorische Probe bei produktivem Husten	nein
MR Nonfermenter	nur IPS/IMC Patienten Bei erfolgtem Austritt Screening via HA veranlassen, ext. IPS/IMC Verlegungen: ja	1 Rachen/Nase und 1 Trachealsekret bei Intubierten 1 respiratorische Probe bei produktivem Husten	nein

Erreger	Screening von Kontaktpat.*	Entnahmeorte / Intervall:	Isolation von Kontaktpat.:
Panresistente gramnegative Erreger	>24h zusammen mit Indexpat Je nach Fall: Rückverfolgung während der ganzen Aufenthaltsdauer des Indexpat. bzw. bis max. 30 Tage vor dem Nachweis (30 Tage gilt auch für die vorgängige Hospitalisation) Bei erfolgtem Austritt Screening via HA veranlassen ext. Verlegungen: ja	1 Rektalabstrich und 1 Trachealsekret bei Intubierten, 1 respiratorische Probe bei produktivem Husten	ja Aufhebung nach einem negativen Befund
Candida auris	Alle Kontakt-Patienten, auf der IPS/IMC alle Patienten die auf der Station betreut werden. Rückverfolgung während der ganzen Aufenthaltsdauer des Indexpat. Bei erfolgtem Austritt Screening via HA veranlassen ext. Verlegungen: ja	Nasenvorhof bds., Axilla und inguinal bds. (1 Abstrich)	ja
Candida auris bei Ausbruch (Wenn ≥ 1 sekundärer Fall identifiziert wurde)	- Ausweitung des Screenings auf alle stationären Patienten derselben Station und auf Patienten mit relevantem. Expositionsrisiko, z.B. gemeinsame Nutzung von Geräten.	Nasenvorhof bds., Axilla und inguinal bds. (1 Abstrich) - Durchführung wöchentlicher Punktprävalenz-Screenings auf Abteilungen mit identifiziertem Ausbruch, bis mindestens 2 (wenn möglich 4) Wochen kein neuer Fall aufgetreten ist. - Wenn 2-4 Wochen lang kein neuer Fall mehr aufgetreten ist, aber weiterhin Patienten mit positivem C.auris Befund hospitalisiert sind, sollte erwogen werden, das Punktprävalenzscreening alle zwei Wochen fortzusetzen. - Bei anhaltender Übertragung sollte die Häufigkeit von wöchentlichen auf zwei- oder dreimal wöchentliche Querschnitt-Screenings erhöht werden. - Alternativ können wöchentliche Querschnitt-Screenings und zusätzliche Screenings bei Ein- und Austritt durchgeführt werden.	ja

Literaturverzeichnis

- Swissnoso. (2017). Carbapenemase-produzierende Enterobakterien (CPE): Strategien zur Überwachung und Betreuung von Patienten mit CPE
https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/6_Publikationen/Bulletin_Artikel_D/170606_Oleaoetal_DE.pdf
- Swiss Medical Weekly. (2018). First Case of Candida auris in Switzerland: discussion about preventive strategies
<https://smw.ch/article/doi/smw.2018.14622>
- Swissnoso. (2019). Eindämmung der Verbreitung von Vancomycin-resistenten Enterokokken (VRE) in der Schweiz: Aktualisierung der nationalen Empfehlungen
https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/5_Forschung_und_Entwicklung/6_Aktuelle_Ereignisse/191220_Aktualisierte_VRE_Management_Guideline_final_rev.pdf
- Swissnoso. (2021). Prävention und Kontrolle von MRE im Nicht-Ausbruch-Setting.
https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/5_Forschung_und_Entwicklung/8_Swissnoso_Publikationen/211115_StAR_Teil_II_DE_MDRO-non-outbreak_FINAL.pdf
- Swissnoso. (2021). Management von Ausbrüchen mit MRE
https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/5_Forschung_und_Entwicklung/8_Swissnoso_Publikationen/211015_StAR_Teil_III_DE_MDRO_Outbreak_fin.pdf
- Swissnoso. (2023). Empfehlung zur Infektionsprävention und -kontrolle bei Candida auris.
https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/6_Guidelines_Publikationen_ab_Maerz_2023/230912_C_auris_Empfehlungen_DE.pdf

Überarbeitung/Freigabe

Erstellt von	Spitalhygiene, Infektiologie
Erstelldatum	15.01.2019
Gültigkeitsbereich	KSGR
Titel	MRE Screening von Kontaktpatient:innen
Version	12.0
Revision durch	Spitalhygiene
Revision am	02.04.2024
Freigabe durch	Spitalhygiene
Freigabe am	02.04.2024
Gültig ab	02.04.2024