

# Risikoeinschätzung und –bewertung bei MRE in der stationären Altenpflege

Nach DGKH-Empfehlung: Risikoeinschätzung/-bewertung bei Multiresistenten Erregern in der ambulanten und stationären Kranken- und Altenpflege/Rehabilitation



Bewohnername: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Name des Hausarztes: \_\_\_\_\_

Aktueller Nachweis von MRE und Problemkeimen mit Datum vom: \_\_\_\_\_

MRSA

VRE

<input type="checkbox"/> 3 MRGN:	<input type="checkbox"/> E. coli	<input type="checkbox"/> Enterobacter spp.
	<input type="checkbox"/> Klebsiella spp.	<input type="checkbox"/> Acinetobacter baumannii
	<input type="checkbox"/> Pseudomonas aeruginosa	<input type="checkbox"/> sonstige: _____

<input type="checkbox"/> 4 MRGN:	<input type="checkbox"/> E. coli	<input type="checkbox"/> Enterobacter spp.
	<input type="checkbox"/> Klebsiella spp.	<input type="checkbox"/> Acinetobacter baumannii
	<input type="checkbox"/> Pseudomonas aeruginosa	<input type="checkbox"/> sonstige: _____

Lokalisation (Mehrfachnennung möglich)

<input type="checkbox"/> Nasen-Rachenraum	<input type="checkbox"/> Stuhl	<input type="checkbox"/> Urin
<input type="checkbox"/> Tracheostoma	<input type="checkbox"/> Wunden	<input type="checkbox"/> PEG
<input type="checkbox"/> Haut	<input type="checkbox"/> Sonstige: Wo?	

## Interdisziplinäre Maßnahmenplanung bei MRE

Ziel: Vermeidung/ Verminderung einer Weiterverbreitung von MRE, Senkung des Kolonisations- und Infektionsrisikos für Bewohner

Teilnehmer: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Wohnsituation beschreiben			
<b>Zimmerbelegung</b>		<b>ja</b>	<b>nein</b>
Doppelzimmer möglichst mit getrennter Toilette bzw. separatem Toilettenstuhl			
Einzelzimmer erforderlich			
<b>PSA (persönliche Schutzausrüstung)</b>		<b>ja</b>	<b>nein</b>
Schutzhandschuhe	bei direktem Bewohner-Kontakt		
Schutzschürze			
Schutzkittel, langarm			
Mund-Nasen-Schutz	beim Betten machen		
	bei Atemwegsinfektionen		
	bei endotrachealem Absaugen	<b>X</b>	Entfällt
	bei Aerosolbildung		
Schutzbrille	bei Atemwegsinfektionen		
	bei endotrachealem Absaugen	<b>X</b>	Entfällt
	bei Aerosolbildung		

<b>Desinfektionsmaßnahmen</b>	ja	nein
tägliche Wischdesinfektion aller bewohnernahen Flächen		
Wischdesinfektion der Handläufe min. 1x pro Schicht		
Produkteinsatz gemäß Reinigungs- und Desinfektionsplan		
indikationsgerechte Händedesinfektion		
sachgerechte Aufbereitung von Pflegeutensilien und Medizinprodukten		
<b>Sonstiges:</b>		
<b>Teilnahme am Gemeinschaftsleben</b>		
möglich, wenn offene Wunden abgedeckt sind		
möglich, wenn der Bewohner sich vor Verlassen des Zimmers die Hände desinfiziert		
möglich, wenn das Pflegepersonal eine wiederkehrende Händedesinfektion beim Bewohner durchführt		
weitere Absprachen:		
Angehörige und Besucher müssen Schutzkleidung tragen		
Angehörige und Besucher müssen eine Händedesinfektion durchführen		

**Falls erforderlich:**

Als Hausärztin/Hausarzt des Bewohners/der Bewohnerin

<input type="checkbox"/>	halte ich die Maßnahmen im Rahmen der ärztlichen Risikoanalyse für ausreichend.
<input type="checkbox"/>	halte ich folgende, weitere Maßnahmen für erforderlich:

Datum

Unterschrift

Stempel

Als Hausärztin/Hausarzt/ des Bewohners/der Bewohnerin

<input type="checkbox"/>	befürworte ich im Rahmen der ärztlichen Risikoanalyse die Einstellung der Maßnahmen.
--------------------------	--

Datum

Unterschrift

Stempel