

1 GELTUNGSBEREICH UND ZWECK

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

2 MITGELTENDE DOKUMENTE

- Hygienerichtlinien des Klinischen Instituts für Krankenhaushygiene AKH Wien (<http://www.meduniwien.ac.at/krankenhaushygiene>)

3 VERWENDETE ABKÜRZUNGEN

AKH	Allgemeines Krankenhaus
e.h.	eigenhändig
HFK	Hygienefachkraft
IL	Institutsleitung
KHH	Klinisches Institut für Krankenhaushygiene
MRSA	Methicillinresistenter Staphylococcus aureus
RL	Richtlinie
QB	Qualitätsbeauftragte/r
ZVK	zentraler Venenkatheter

4 TÄTIGKEITSBESCHREIBUNG

	Funktion	Name	Datum	Unterschrift
Erstellt	HFK	Katharina Seeland	01.03.2013	e.h.
Geprüft	QB	Magda Diab-Elschahawi	29.05.2013	e.h.
Freigegeben	IL	Elisabeth Presterl	31.05.2013	e.h.

4.1 Vorbemerkung

Methicillinresistente *Staphylococcus aureus* Stämme sind seit 1961 bekannt. Seit 1975 ist eine weltweite Zunahme von MRSA feststellbar. Die Häufigkeit von MRSA ist regional, aber auch von Krankenhaus zu Krankenhaus und von Abteilung zu Abteilung unterschiedlich. 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 Patientinnen 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. Wenngleich aus klinischer Sicht die bloße Besiedelung mit MRSA im Vergleich zur Infektion eine deutlich geringere Relevanz hat, so ist es jedoch für die Weiterverbreitung unerheblich, ob eine Infektion oder lediglich eine Besiedelung vorliegt. Krankenhaushygienische Maßnahmen, die eine Übertragung von MRSA auf andere PatientInnen verhindern sollen, gelten daher gleichermaßen für infizierte wie für besiedelte PatientInnen. Wie auch bei der Weiterverbreitung anderer multiresistenter Keime, liegt das Hauptgewicht auf der Einhaltung von Basismaßnahmen der Krankenhaushygiene (Händehygiene, Schutzkleidung, Versorgung und Entsorgung, Aufbereitung). Die vorliegende Empfehlung basiert auf dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Abfassung.

4.2 Risiko von Kolonisation und Infektion

In Krankenhäusern mit hoher Prävalenz von MRSA erfolgt eine Besiedelung von ca. 0,5% - 1% aller aufgenommenen PatientInnen.

Risikofaktoren für eine Kolonisation sind:

- langer oder wiederholter Krankenhausaufenthalt
- Therapie mit Breitbandantibiotika

Etwa 30 - 40% der mit MRSA kolonisierten PatientInnen entwickeln eine Infektion, z.B. Wundinfektion, Bakteriämie, Harnwegsinfektion oder Pneumonie.

4.3 Übertragungswege

Kontaktübertragung (Gruppe A):

Die Übertragung erfolgt **durch Kontakt** (Hände, Instrumente, Verbandmaterial, Kleidung, Arbeitsflächen), wenn übliche, allgemeine Hygienemaßnahmen nicht ausreichend beachtet werden. Eine Übertragung von Person zu Person geschieht in erster Linie über die Hände des Personals nach Kontakt mit kolonisierten/infizierten MRSA-PatientInnen.

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 Patientinnen erhöht, wobei das Besiedelungsrisiko bei Personal mit Dermatitis oder Hautläsionen erhöht ist.

MRSA-PatientInnen der Gruppe A müssen daher nicht isoliert werden, ein Einzelzimmer ist aber wünschenswert.

Unter Kontaktisolierung ist die **strikte Einhaltung der Standardhygienemaßnahmen** zu verstehen.

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

In besonderen Fällen (z.B. massive Besiedelung oder Infektion der **Atemwege**; **große**, mit MRSA besiedelte **Wundflächen**; mit MRSA besiedelte, **schuppige Hauterkrankung**; bei Tätigkeiten mit der Möglichkeit einer Aerosolbildung) werden die **Keime** auch stark an die **Umgebungsluft** abgegeben und verbreitet.

PatientInnen der Gruppe B müssen streng isoliert werden (Einzelzimmer!) und die betreuenden Personen müssen im Isolierzimmer komplette Schutzkleidung tragen.

MRSA

gültig ab: 31.05.2013

Version 03

Seite 4 von 10

4.4 Hygienemaßnahmen bei MRSA- Übersicht

Maßnahme	Gruppe A (Kontaktübertragung)	Gruppe B (Streu-Übertragung)
Einzelzimmer	wünschenswert*	unbedingt nötig*
Händedesinfektion nach Kontakt mit Patienten oder mit patientennahen Gegenständen	immer nötig (auch nach dem Ausziehen der Handschuhe!)	immer nötig (auch nach dem Ausziehen der Handschuhe!)
Handschuhe	bei allen Handlungen am Infektions-/Besiedelungsort nötig	bei allen Handlungen im Isolierzimmer nötig
Einmal-Plastikschürze	bei allen Handlungen am Infektions-/Besiedelungsort nötig	bei allen Handlungen am Infektions-/Besiedelungsort nötig
langärmeliger 1x Schutzkittel mit Bündchen	nicht nötig	nötig
Gesichtsmaske	nicht nötig	nötig
gebrauchtes (Verband-) Material	ohne Zwischenlagerung oder Berührung von Gegenständen in Abwurfsack geben	ohne Zwischenlagerung oder Berührung von Gegenständen in Abwurfsack geben
gebrauchte Wäsche	ohne Zwischenlagerung oder Berührung von Gegenständen in Wäschesack geben; feuchte Wäsche in Plastiksack	ohne Zwischenlagerung oder Berührung von Gegenständen in Wäschesack geben; feuchte Wäsche in Plastiksack
gebrauchte Instrumente	ohne Zwischenlagerung in Transportbehälter und zur Desinfektion bringen	ohne Zwischenlagerung in Transportbehälter und zur Desinfektion bringen
tgl. Unterhaltsdesinfektion	Desinfektionsmittel lt. Bereichs-Desinfektionsplan	Desinfektionsmittel lt. Bereichs-Desinfektionsplan
Schlussdesinfektion: gründliche Zimmerdesinfektion nach Entlassung oder Verlegung des Patienten	immer nötig Desinfektionsmittel lt. Desinfektionsplan	immer nötig Desinfektionsmittel lt. Desinfektionsplan
Informationspflicht (Details s. unten) - PatientIn - Information aller MitarbeiterInnen - Information vor Überstellung des Patienten - BesucherInnen	immer nötig	immer nötig

*ist eine Unterbringung im Einzelzimmer nicht möglich, so ist dies zu dokumentieren

MRSA

gültig ab: 31.05.2013

Version 03

Seite 5 von 10

ad Informationspflicht:

- Es ist sicher zu stellen, dass allen MitarbeiterInnen (ärztliches Personal, Pflegepersonen, Physiotherapeuten, Reinigungskräften ...) sowohl die betroffenen PatientInnen als auch die zu treffenden Hygienemaßnahmen bekannt sind.
- Bei Überstellung von PatientInnen (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, PatientIn als letzten in der Gruppe bestellen und drannehmen)
Benutzen Sie dazu die RL 009 „Multiresistente Erreger – Patiententransport“.
- Patienten und Besucher sind über notwendige Maßnahmen auf zu klären und entsprechend zu instruieren.
(s. auch RL 006 „MRSA Information für PatientInnen“)

4.5 Screening (MRSA-Suche bei PatientInnen und/oder Personal)

Grundsätzlich sollen nur solche Untersuchungen durchgeführt werden, die auch Konsequenzen haben. Zu unterlassen sind Untersuchungen, die ohne Konsequenzen bleiben, z.B.: Screening des Personals oder von PatientInnen einer Abteilung ohne Vorliegen konkreter epidemiologischer Hinweise. Diese führen einerseits zu großen Untersuchungsserien mit geringem Erkenntnisgewinn, andererseits werden gelegentlich Untersuchungen unterlassen, die nötig wären.

4.5.1 Indikationen für das MRSA-Screening

• **Primärscreening:**

Indikationen	Material	Häufigkeit	Methode
*Stationäre Aufnahme von PatientInnen mit ehem. Kolonisation oder Infektion mit MRSA	<ul style="list-style-type: none"> • Nasen-/Rachenabstrich • ehemalig positive Lokalisation und <ul style="list-style-type: none"> • abh. von der Klinik: z.B.: Wunden, Bronchialsekret 	einmalig	PCR*** oder Kultur
**RisikopatientInnen	<ul style="list-style-type: none"> • Nasen-/Rachenabstrich • abh. von der Klinik: z.B.: Wunden, Bronchialsekret 	einmalig 1x/Woche in **Risiko-bereichen	
MitpatientInnen bei Verdacht auf eine Übertragung (aerogen oder Kontakt)	<ul style="list-style-type: none"> • Nasen/Rachenabstrich • abh. von der Klinik: z.B.: Wunden, Bronchialsekret 	einmalig	

***ad stationäre Aufnahme ehemals positiver MRSA-PatientInnen**

Das Wiederauftreten von MRSA nach einer erfolgreichen Lokalbehandlung ist häufig und kann auch noch nach einem Jahr oder später stattfinden, besonders dann, wenn PatientInnen Antibiotika erhielten. Daher sollen PatientInnen, die einmal MRSA-positiv waren, bei neuerlicher Krankenhausaufnahme zunächst bis zum Gegenbeweis als MRSA-Träger betrachtet werden, unabhängig davon, ob zwischendurch MRSA-Freiheit erreicht wurde oder nicht. Bei der Entlassung soll im Arztbrief vermerkt werden, ob der Patient MRSA-Träger ist oder war. Auch die Krankengeschichten solcher PatientInnen sollen entsprechende Vermerke enthalten, damit eine Wiedererkennung bei neuerlicher Aufnahme unterstützt wird.

****ad RisikopatientInnen, Risikobereiche:**

Aufenthalt in Hochrisikobereichen

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

Langer stationärer Aufenthalt oder häufige stationäre Aufenthalte (auch in Nicht-Hochrisikobereichen)

Lange oder häufige antibiotische Therapien (v.a. Fluorchinolone, Cephalosporine, Glycopeptide)

Spezifische patientenbezogene Faktoren

- Hautdefekte (z.B. chronische Wunden, Operationswunden, schuppige Dermatosen)
- Invasive Hilfsmittel (Harnkatheter, ZVK, Tracheostoma, Drain, etc.)
- Immunsuppression
- Postoperativer Status

Übernahme von PatientInnen aus Ländern mit hoher Rate an multiresistenten Erregern

(z.B. Süd- und Südost-Europa, Belgien, Großbritannien, Mittlerer und Naher Osten, Nordafrika - vor allem Libyen, Indien, USA,)

Übernahme von PatientInnen: aus Viehzucht, veterinärmedizinischem Bereich, Militär, junge Menschen mit Abszessen

*****ad PCR-Schnelltest:**

Bei Einlangen des Materials während der Öffnungszeiten der Klinischen Abteilung für Mikrobiologie (siehe unter www.meduniwien.ac.at/klinischemikrobiologie) → Befundergebnis noch am selben Tag

• **Secundärscreening:**

(nur wenn bereits ein positiver MRSA Befund vorliegt)

Indikationen	Material	Häufigkeit	Methode
Feststellung des Besiedelungsausmaßes	<ul style="list-style-type: none"> • Je nach Klinik wie Primärscreening • 1x Hautabstrich inguinal-axillär („Körper quer“) 	einmalig	Kultur
Feststellung des Eradikationserfolgs	<ul style="list-style-type: none"> • Besiedelte Stellen zwei Tage nach Absetzen der Lokalthherapie 	Max. 3 Zyklen	
Entzündungszeichen	<ul style="list-style-type: none"> • Abstrich von infizierten Körperstellen 	1x/Woche	

zur Feststellung des Eradikationserfolgs:

Durchführung üblicherweise vor und nach einem Eradikationsversuch, um den Erfolg einzuschätzen bzw. zu kontrollieren. Dabei wird **nach dem Absetzen der Lokalthherapie zwei Tage zugewartet**, um zu verhindern, dass mit dem Untersuchungsmaterial zu große Mengen antimikrobieller Stoffe in die Nährmedien übertragen werden (ergibt falsch negative Befunde!). Durchführung vor dem Eradikationsversuch nur dann, wenn dem Patienten das Eradikationsprogramm nicht im vollen Umfang zugemutet werden kann (Beispiel: Chlorhexidin-Unverträglichkeit) und deshalb geprüft wird, ob ein Verzicht auf Teile des Programmes vertretbar ist.

- **Weitere Indikationen zu einem Screening:**

Keimträgersuche in epidemiologisch begründeten Fällen

Ausschließlich in Absprache mit dem Klinischen Institut für Krankenhaushygiene!

Einzel auftretende MRSA-PatientInnen bietet selten Grund für eine Keimträgersuche. Beim Vorliegen epidemiologischer Hinweise kann es sich aber als nützlich erweisen, unter den Patienten 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 Nasenlöchern) und - wenn vorhanden - Wunden oder entzündlich-eitrigen Hautaffektionen. Es ist in solchen Fällen unnötig, zusätzlich noch Abstriche von klinisch unverdächtigen Lokalisationen (Axilla, Perineum, Leiste, andere große Hautfalten) zu machen.

4.6 MRSA-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 der Nase, 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.

4.6.1 Wann ist eine MRSA-Eradikation indiziert?

Wenn die Person für sich selbst oder für die Umgebung eine relevante Infektionsquelle darstellt; Beispiele:

- MRSA-Träger befindet sich vor einem grösseren chirurgischen Eingriff, insbesondere wenn dieser mit einer Immunsuppression (z.B. Organtransplantation) oder einer Fremdkörperimplantation verbunden ist.
- In der Umgebung des MRSA-Trägers befinden sich hochgradig gefährdete Menschen (MitpatientInnen; Haushaltsangehörige), und die MRSA-Ausbreitung kann mit üblichen Massnahmen nicht sicher unterbunden werden

4.6.2 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 für Patienten 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 Patient kein starker MRSA-Disperser ist (Gruppe B) – die konsequente Einhaltung der üblichen Hygiene-Regeln durch alle Beteiligten. Meistens kann empfohlen werden, den

MRSA

gültig ab: 31.05.2013

Version 03

Seite 8 von 10

MRSA-PatientInnen so rasch als medizinisch vertretbar in häusliche Pflege zu entlassen. Ebenso wichtig ist, Antibiotikagaben zu beenden, für die keine strenge Indikationen bestehen.

4.6.3 Durchführung der Eradikation:

Standardverfahren - Eradikation

Wie oft? / Wo?	Geeignete Substanzen	Im AKH verwendet
3x tgl Antiseptikum in den Nasenvorhof einbringen	<ul style="list-style-type: none"> • Mupirocin • Octenidinhydrochlorid • Polyhexanid • PVP-Jod 	<ul style="list-style-type: none"> •MRSA ist mupirucinempfindlich: Bactroban™ Nasensalbe •sonst: Beta-Nasensalbe™
3x tgl Mundpflege / Gurgeln	<ul style="list-style-type: none"> • Octenidinhydrochlorid • PVP-Jod 	<ul style="list-style-type: none"> •OctenidoI™ •Betaisodona-Mundspüllösung™ •Hexoral™
1x tgl Ganzkörperwaschung inkl. Haarewaschen	<ul style="list-style-type: none"> • Polyhexanid • Chlorhexidin • Octenidinhydrochlorid • PVP- Jod • Quaternäres Ammonium 	<ul style="list-style-type: none"> •Lifoscrub™ •Betaisodona-Seife™ •Octenisan™
1x tgl Wundantiseptik	<ul style="list-style-type: none"> • Polyhexanid • Octenidinhydrochlorid • PVP- Jod • Medizinischer Honig • Silber 	
anschließend immer frische Leib- und Bettwäsche		

Schema – Eradikation

Tag	1. Zyklus						2. Zyklus									
	1	2	3	4	5	6+7	1	2	3	4	5	6+7				
Datum							Pause	Abstriche vor neuerlichem Behandlungsbeginn							Pause	Abstriche an 3 folgenden Tagen
Nase*:																
Mund/Rachen*:																
Haut*:																
Wunde*:																
Handzeichen																

Nach 2 Zyklen werden an drei hintereinander folgenden Tagen jeweils Abstriche abgenommen. Wird weiterhin MRSA nachgewiesen so wird der Zyklus wiederholt. Nach 2 Zyklen ist mit der KHH bezüglich weiteren Vorgehens Kontakt aufzunehmen.

Wird der Patient während der Eradikation entlassen, kann die weitere Durchführung der Sanierung und der Kontrolle des Sanierungserfolges 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).

MRSA

gültig ab: 31.05.2013

Version 03

Seite 9 von 10

4.6.4 Untersuchungen nach einer Lokalbehandlung zur Eradikation der MRSA

Um zu bestätigen, dass ein/e PatientIn MRSA-frei geworden ist, müssen je **drei negative Abstriche** der jeweiligen Abnahmestellen vorliegen, die zuvor positiv waren.

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

4.7 Transfer/Transport von MRSA-PatientInnen

Jede medizinische Einrichtung muss in der Lage sein, PatientInnen 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. Genausowenig ist 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:

4.7.1 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.

4.7.2 Empfangende Stelle

Information aller MitarbeiterInnen des Bereiches, die den Keim übertragen könnten (Ärzte/Innen, Pflegepersonen, PhysiotherapeutInnen, RadiotechnologInnen, 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 PatientInnen („Randtermine“), kurze Wartezeiten, Bereitstellung der notwendigen Schutzkleidung, anschließende Flächendesinfektion.

4.7.3 PatientIn

Vor Transfer **Körper und Haare** mit einer Antiseptischen Lösung **waschen** (s. Pkt 4.6.3) waschen, **frische Kleidung** anziehen, Bett frisch überziehen, Läsionen sind dicht zu verbinden. Bei respiratorischer Keimstreuung (**Gruppen B**) den Patienten mit einer **Mund-Nasen-Maske** ausstatten. Für Auswurf, Zellstofftücher und Handschuhe ist ein Abfallsack mitzuführen. Nach Rückkehr auf die Station Entsorgung entsprechend den Hygienerichtlinien.

Händehygiene bei **PatientIn und Begleitperson** vor Verlassen des Zimmers.

Für PatientInnen 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 anderen Patienten im AKH getroffen werden. Im Zweifelsfall halten Sie Rücksprache mit dem klinischen Institut für Krankenhaushygiene.

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

4.7.4 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 PatientInnen / AKH-BesucherInnen so gut wie möglich vermieden wird. (kürzester Weg, Umgehung vom Menschenansammlungen auf Gängen, in Wartebereichen und in Aufzügen)

5 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 Lifo scrub [®] (Chlorhexidin)
01.03.2013	03	Aktualisierung Ergänzungen entsprechend der Leitlinie „Umgang mit MRE des KAV“ Einfügen der „AKH-KHH-RL-059 MRSA-Patienten-Transport“