

Aktuelle KRINKO*-Empfehlung zu MRSA erschienen: Was ist neu?

*Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention

Ursel Heudorf, Martin Mielke

Lange wurden die aktualisierten „Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus-Stämmen (MRSA) in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen“ der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut (RKI) erwartet. Im Rahmen der Feier zum vierten Geburtstag des MRE-Netzes Rhein-Main stellte Prof. Dr. med. Martin Mielke, RKI Berlin, am 10. Juni 2014 in Frankfurt die Inhalte der nur wenige Tage zuvor erschienenen Empfehlung vor. Die 37 Seiten starke und mehr als 400 Literaturstellen berücksichtigende Empfehlung kann auf den Internetseiten des RKI eingesehen werden¹. Der folgende Beitrag stellt wesentliche Aspekte dar, kann aber die Lektüre der Empfehlung nicht ersetzen.

Kasten 1: MRSA-Prävention: Ziele und Instrumente (Maßnahmen)

Die Ziele von Präventions- und Bekämpfungsmaßnahmen in Bezug auf MRSA sind die Vermeidung ihrer Weiterverbreitung im Hinblick auf:

- a) Kolonisierung und/oder
- b) Infektion.

Diesen Zielen dienen die vier Instrumente (Maßnahmen)

1. eine gut etablierte und konsequent durchgeführte **Basishygiene einschließlich Schulung** und Information des Personals
2. die **ärztliche Risikoanalyse**
3. ein **rationaler Umgang mit Antibiotika**
4. die **einrichtungsübergreifende Koordination** (s. MRE-Netzwerke)

Weiterhin gilt: „Einer Besiedlung durch *S. aureus* kommt per se keine pathogene Bedeutung zu; Menschen können besiedelt sein, ohne Symptome zu entwickeln. Jedoch gehört *S. aureus* zu den häufigsten fakultativ pathogenen Erregern des Menschen, die unter bestimmten Voraussetzungen (zum Beispiel nach Verletzungen der Hautbarriere) eine Vielzahl von Infektionen hervorrufen können. MRSA werden vorwiegend durch direkte oder indirekte Kontakte übertragen. Kolonisierte Personen geben den Erreger in unterschiedlichem Maß in die Umgebung ab. Die Hände des Personals sind der wichtigste Übertragungsweg von MRSA in medizinischen Einrichtungen.“

Ziele: Prävention von Kolonisationen oder Infektionen

Neu ist, dass zwei Ziele von Präventions- und Bekämpfungsmaßnahmen in Bezug auf MRSA unterschieden werden (siehe Kasten 1).

In der Empfehlung werden in einem eigenen Absatz die Basishygienemaßnahmen benannt, die bei der Versorgung von allen Patienten gelten, unabhängig von einem positiven MRSA-Status. Die erforderlichen zusätzlichen Barrieremaßnahmen sind dann einrichtungs- bzw. bereichsspezifisch auf der Grundlage einer ärztlichen Risikoanalyse festzulegen.

Neues Prinzip: die ärztliche Risikoanalyse zur Festlegung der Maßnahmebündel

Die ärztliche Risikoanalyse ist ein neues und zentrales Element der aktualisierten

Empfehlung. In dieser Risikoanalyse werden das MRSA-Übertragungs-, Kolonisations- bzw. Infektions-Risiko (MRSA-Patient, Mitpatienten) und das Risikoprofil der Einrichtung/Abteilung/Funktionseinheit (u.a. Invasivität der medizinischen Maßnahmen, Intensität der Pflegemaßnahmen) betrachtet. Die in dieser Analyse zu beantwortenden Fragen sind in Kasten 2 zusammengestellt.

Die Fragen machen deutlich, dass beispielsweise das Risikoprofil eines Krankenhauses mit vielen invasiven Maßnahmen, der Behandlung von schwerkranken und immunsupprimierten und damit auch MRSA-Infektionsgefährdeten Patienten, Patienten mit Hautbarriereverletzungen (OP-Wunde, Katheter) und häufigen Antibiotikaeinsatz ganz anders sein wird als beispielsweise im Altenpflegeheim, in einer Rehabilitationseinrichtung (Ausnahme neurologische Frührehabilitation mit sehr großer Pflegeintensität) oder in einer Hausarztpraxis. Insofern werden die über die Basishygienemaßnahmen hinaus erforderlichen zusätzlichen Barrieremaßnahmen unterschiedlich sein. Wichtig ist, dass Ergebnis und Schlussfolgerung der Risikoanalyse nachvollziehbar sind und schriftlich festgehalten werden. Und immer muss ein Bündel an Maßnahmen geschnürt werden, das neben den Basis- und Zusatzhygienemaßnahmen zwingend auch die Schulung der Mitarbeiter, das Festlegen eines Screening-Regimes und die einrichtungsübergreifende Information und Koordination, d.h. die sachgerechte und rechtzeitige Information der weiterbehandelnden Ärzte oder Einrichtungen, umfasst.

¹ http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Downloads/MRSA_Rili.pdf?__blob=publicationFile

Kasten 2: Ärztliche Risikoanalyse

Im Rahmen der ärztlichen Risikoanalyse zu beantwortende Fragen:

- Wie hoch ist der Kolonisationsdruck, zum Beispiel Prävalenz von MRSA-positiven Patienten/Bewohnern?
- Werden Patienten mit Risikofaktoren für eine MRSA-Besiedelung versorgt?
- Werden Patienten versorgt, die potentiell MRSA vermehrt in die Umgebung abgeben (zum Beispiel Patienten mit Tracheostoma, nicht sicher abdeckbare MRSA-besiedelten Wunden)?
- Werden nicht-kooperationsfähige Patienten oder Patienten/Bewohner mit mangelnder persönlicher Hygiene versorgt?
- Liegen bei den betreuten Patienten disponierende Faktoren für eine MRSA-Kolonisation vor, das heißt wie empfänglich sind die Patienten/Bewohner für eine von MRSA ausgehende Kolonisation bzw. Infektion (zum Beispiel Selektionsdruck/Häufigkeit des Antibiotikaeinsatzes, Defekte der Hautbarriere)?
- Welche Prozesse laufen ab, bzw. wie hoch ist die Dichte (Anzahl/Patient/Tag) von Tätigkeiten, die die Übertragung von MRSA begünstigen (beispielsweise Häufigkeit und Intensität von Hand-/Körperkontakten mit dem versorgenden Personal im Rahmen intensiver pflegerischer Versorgung und untereinander, gemeinsame Nutzung von Räumen/Therapiegeräten)?
- Liegen bei den betreuten Patienten disponierende Faktoren für eine MRSA-Infektion vor (zum Beispiel Immunsuppression, liegende Katheter, offene Wunden, bevorstehende invasive Eingriffe)?

Basierend auf der Risikoanalyse sind einrichtungs-/bereichsspezifisch Maßnahmen festzulegen

- a. zum **Screening**
- b. zu **Barrieremaßnahmen**, die über die Basishygiene hinausgehen, so wie
- c. zur Prüfung der **Indikation zur Dekolonisierung**

Weiterhin wichtig: Screening und Dekolonisierung (Search and Follow)

Die Festlegung der erforderlichen Screeningmaßnahmen soll sich an den Risikopopulationen für eine MRSA-Besiedelung (Kasten 3) orientieren. „Das Screening soll mindestens beide vorderen Nasenvorhöfe, Rachen, vorhandene Wunden umfassen; gegebenenfalls auch Perineum und Leiste. Der kulturelle Nachweis ist maßgeblich, PCR-basierte Screeningverfahren bieten zwar als zusätzliches Testverfahren den Vorteil einer erheblichen Zeitreduktion bei der Testdurchführung. Ihre Ergebnisse können als vorläufige Grundlage für abzuleitende krankenhaushygienische Konsequenzen dienen. Sie sollen derzeit nicht zum Nachweis von MRSA-Infektionen eingesetzt werden und sind ungeeignet zur Kontrolle von MRSA-Dekolonisierungsmaßnahmen.“

Eine Dekolonisierung soll nur nach ärztlicher Indikationsstellung begonnen werden. Sie kann, zum Beispiel auf Intensivstationen, auch bei Vorliegen dekolonisierungshemmender Faktoren vorgenommen werden, um die Keimlast und dadurch das Übertragungs- und Infektionsrisiko zu senken und sollte stets im Rahmen eines Bündels vorgenommen werden, als Dekolonisierung von Nase, Rachen und Haut in Verbindung mit Desinfektionsmaßnahmen der potenziell kontaminierten Umgebung.

Unterschiedliche Maßnahmebündel in unterschiedlichen Einrichtungen

Im Krankenhaus sollen Patienten mit MRSA – nach ärztlicher Risikoanalyse – im Rahmen eines Maßnahmebündels räumlich getrennt von anderen Patienten untergebracht werden, möglichst in einem eigenen Zimmer mit Nasszelle. Dabei ist darauf zu achten, dass die Qualität der medizinischen Versorgung des Patienten nicht beeinträchtigt wird. Vor ärztlichen, therapeutischen, physiotherapeutischen, pflegerischen und sonstigen medizinischen

Maßnahmen und Reinigungsmaßnahmen ist ein Schutzkittel und ein Mund-Nasen-Schutz anzulegen, der nur dort getragen und vor Verlassen dieses Bereichs wieder abgelegt wird. Besucher und Patienten müssen in die Hygienemaßnahmen eingewiesen sein. Eine mindestens tägliche Flächendesinfektion der patientennahen Bereiche, gegebenenfalls auch darüber hinaus, wird gefordert.

Auch für **Rehabilitationseinrichtungen** wird eine ärztliche Risikoanalyse gefor-

Kasten 3: Risikopopulationen für eine MRSA-Besiedelung – als Grundlage für das Screening

Ein erhöhtes Risiko für das Vorliegen einer MRSA-Kolonisation bei Aufnahme in ein Krankenhaus besteht bei:

1. Patienten mit bekannter **MRSA-Anamnese**
2. Patienten aus Regionen/Einrichtungen mit **bekannt hoher MRSA-Prävalenz**
3. **Dialysepatienten**
4. Patienten mit einem **stationären Krankenhausaufenthalt** (> 3 Tage) in den zurückliegenden zwölf Monaten
5. Patienten, die regelmäßig (beruflich) direkten Kontakt zu MRSA haben, wie zum Beispiel Menschen mit **Kontakt zu landwirtschaftlichen Nutztieren** (Schweine, Rinder, Geflügel)
6. Patienten, die während eines stationären Aufenthaltes Kontakt zu MRSA-Trägern hatten (zum Beispiel bei Unterbringung im gleichen Zimmer)
7. Patienten mit **chronischen Hautläsionen**
8. Patienten mit chronischer Pflegebedürftigkeit (zum Beispiel Immobilität, Störungen bei der Nahrungsaufnahme/Schluckstörungen, Inkontinenz, Pflegestufe) und einem der nachfolgenden Risikofaktoren: **Antibiotikatherapie in den zurückliegenden sechs Monaten, liegende Katheter** (zum Beispiel Harnblasenkatheter, PEG-Sonde, Trachealkanüle)

dert „zur Klärung der Frage, ob das Risikoprofil dem eines Krankenhauses oder dem einer Pflegeeinrichtung entspricht“. Danach sind die entsprechenden Hygienemaßnahmen festzulegen. „Durch geeignete Ausgestaltung von Prozessen [soll] ein möglichst optimaler Kompromiss zwischen der Verhinderung von MRSA-Übertragungen und der Möglichkeit zur Teilnahme an Rehabilitationsmaßnahmen geschaffen werden“. Die Empfehlung ermöglicht und fördert nun explizit die Rehabilitation auch von MRSA-Patienten; eine strikte Isolierung wird grundsätzlich nicht

gefordert (allenfalls wird sie nach ärztlicher Risikoanalyse beispielsweise in neurologischen Frührehabilitations-Zentren erforderlich sein).

In **Arztpraxen** wird zusätzlich zu den Basis-hygienemaßnahmen empfohlen, bei ärztlichem, therapeutischem und sonstigem medizinischem Kontakt zu MRSA-Patienten einen Schutzkittel und Mund-Nasenschutz anzulegen und nach Kontakt mit MRSA-Patienten die Hände zu desinfizieren. Die verwendeten Schutzmaterialien sind nach Kontakt zu MRSA-Patienten

sachgerecht zu entsorgen. Unmittelbar nach der Behandlung sind alle potentiell kontaminierten Hand-Kontaktflächen zu desinfizieren.

Korrespondenzadresse:

*Prof. Dr. med. Ursel Heudorf
Gesundheitsamt*

Abteilung Infektiologie und Hygiene

Breite Gasse 28

60313 Frankfurt am Main

Tel.: 069 212 36980

Fax: 069 212 30475

E-mail: ursel.heudorf@stadt-frankfurt



© Wolfgang Willnat

Mittelrheiner 2014

**102. Jahrestagung
der Vereinigung
Mittelrheinischer Chirurgen**

Termin:

9.–10. Oktober 2014

Motto:

„Einheit in Vielfalt“

Tagungsort:

Maritim Hotel am Schlossgarten Fulda

Tagungspräsident:

PD Dr. med. Achim Hellinger
Direktor der Klinik für Allgemein- und
Viszeralchirurgie
Klinikum Fulda

Anmeldung per E-Mail an:

nadine.hauptrock@wikonect.de

Kongresssekretariat:

Katja Dehler
Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie
Tel.: 0661 84-5611, Fax: 0661 84-5613
E-Mail: mittelrheiner@klinikum-fulda.de

Veranstalter:

wikonect GmbH Wiesbaden

Informationen im Internet:

<http://www.der-mittelrheiner.de>