

## Informationsblatt für Ärzte und Praxismitarbeiter zum Umgang mit MRSA in der Arztpraxis und bei Hausbesuchen

**Was bedeutet MRSA?** MRSA steht für „Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus“ und bezeichnet *Staphylococcus aureus*-Stämme, die gegen viele Antibiotika – unter anderem gegen Methicillin – durch natürliche Mutationen und Aufnahme von Resistenzgenen unempfindlich geworden sind. Im Verlauf der letzten 40 Jahre ist bei einem Teil der Staphylokokken schrittweise eine Resistenz gegenüber fast allen Antibiotika entstanden. MRSA haben die gleichen krankmachenden Eigenschaften wie die nicht resistenten Staphylokokken, sind also in der Regel nicht aggressiver oder infektiöser. Aber zur Behandlung von MRSA-Infektionen stehen nur noch wenige teure und nebenwirkungsreiche Antibiotika zur Verfügung, d.h. MRSA-Infektionen sind viel schwerer zu behandeln. Von besonderer Bedeutung sind die so genannten „community acquired MRSA“ (CA-MRSA), die auch bei Menschen ohne bekannte Risikofaktoren und vor allem im ambulanten Bereich Infektionen auslösen können. Die folgenden Maßnahmen beziehen sich zunächst nur auf im Krankenhaus erworbene MRSA.

**Wie werden MRSA übertragen?** Die Übertragung von MRSA erfolgt hauptsächlich über direkten Kontakt, im medizinischen Bereich vor allem über die Hände von Patienten und Personal. Die Wahrscheinlichkeit der Übertragung steigt bei häufigem und intensivem Kontakt und bei Vorliegen von MRSA-Risikofaktoren (z.B. Wunden, Katheter, Antibiotikagabe).

**Warum sind MRSA im Krankenhaus besonders problematisch?** Im Krankenhaus befinden sich viele z. T. schwer kranke Menschen auf engem Raum zusammen, bei Pflege und Therapie kommt es zu vielen intensiven Kontakten mit vielen Übertragungsmöglichkeiten. Viele Patienten stehen unter Antibiotikatherapie, was dem MRSA einen Selektionsvorteil verschafft. Alle Faktoren tragen dazu bei, dass MRSA im Krankenhaus besonders leicht übertragen wird. Bei Patienten mit geschwächtem Immunsystem oder einer Eintrittspforte für *S. aureus* (z.B. Operierte, Patienten mit schweren Grunderkrankungen, chronischen Wunden, oder endovaskulären Kathetern) können dann schwer therapierbare Infektionen verursacht werden.

**Grundsätzliches im Umgang mit MRSA-positiven Patienten in der Arztpraxis und während/nach dem Hausbesuch.** Für gesunde Kontaktpersonen (Arzt und Angehörige) ist das Risiko einer MRSA Infektion sehr gering. Der Arzt muss jedoch verhindern, dass MRSA von einem Patienten zum nächsten übertragen wird. Am Wichtigsten hierzu sind konsequente Händedesinfektion (siehe unten), Fortbildung des Praxispersonals zum richtigen Umgang mit MRSA Patienten, angepasste Praxislogistik (siehe unten), Information von Ärzten und Mitarbeitern über den MRSA-Status des Patienten sowie situationsangepasste Hygienemaßnahmen (siehe unten). Die beim Umgang mit MRSA-Patienten zu beachtenden Maßnahmen sollen für die Praxis möglichst in einem MRSA-Hygieneplan zusammenfasst werden.

**Was ist bei der Händehygiene in der Arztpraxis zu beachten?** Die hygienische Händedesinfektion ist die wichtigste Maßnahme zur Verhinderung der MRSA-Übertragung. Wann? Vor und nach jeder mit Körperkontakt verbundenen Tätigkeit am Patienten, auch wenn Einmalhandschuhe getragen wurden. Womit? Mit einem alkoholischen Händedesinfektionsmittel. Wie? 30 Sek. einreiben (auch Fingerkuppen, Fingerzwischenräume, Daumen).

**Wann muss in der Arztpraxis/beim Hausbesuch persönliche Schutzausrüstung getragen werden?** Schutzkleidung soll situationsangepasst verwendet werden. Patientengebundene Schutzkittel werden bei möglichem Kontakt zu Körpersekreten oder Ausscheidungen und allen ärztlichen Tätigkeiten mit engem Körperkontakt getragen. Einmalhandschuhe werden bei möglichem Kontakt zu Körpersekreten oder Ausscheidungen, Versorgung von Wunden, Kathetern, Sonden, Tracheostoma getragen. Nach Beendigung der Tätigkeit werden die Handschuhe sofort entsorgt und die Hände desinfiziert. Ein Mund-Nasenschutz wird bei Tätigkeiten getragen, bei denen es zu Tröpfchenbildung

kommen kann, z.B. beim endotrachealen Absaugen. Hauben oder Überschuhe sind in der Arztpraxis oder im häuslichen Bereich nicht sinnvoll. Pflegehilfsmittel werden patientengebunden verwendet.

**Welche organisatorischen Maßnahmen sind für die Arztpraxis zu empfehlen?** Nur eingewiesenes und informiertes Praxispersonal sollte mit MRSA-Patienten umgehen. Mitarbeiter mit chronischen Hautveränderungen oder Wunden sollten nicht bei der Behandlung MRSA-positiver Patienten eingesetzt werden. MRSA-positive Patienten sollten wenn möglich direkt einbestellt und ohne längeren Aufenthalt im Warte-/oder Behandlungszimmer behandelt/versorgt werden.

**Ist ein MRSA-Screening bei Angehörigen, dem behandelnden Arzt oder Praxispersonal sinnvoll?**

Ein routinemäßiges Screening von Praxispersonal nach Kontakt mit einem MRSA-Träger ist weder sinnvoll noch hygienisch notwendig. Gesunde Menschen können nach Kontakt mit MRSA kurzzeitig MRSA auf der Haut tragen, verlieren diesen aber meist nach wenigen Tagen wieder. Solche Kurzzeitträger sind weder selbst gefährdet noch stellen sie eine Gefährdung für andere dar. Personal ist nur auf MRSA zu untersuchen, wenn ein gehäuftes Auftreten von MRSA besteht, d.h., wenn bei mehreren Patienten/Bewohnern eine MRSA-Infektion/-Kolonisation in zeitlichem oder räumlichem Zusammenhang vorliegt und zusätzlich der begründete Verdacht besteht, dass die Weiterverbreitung ausgehend vom Personal erfolgt (Personal-Streuquelle). In diesem Fall ist Beratung z.B. durch MRSA-Netz und/oder einer im Umgang mit MRSA-Patienten erfahrenen Einrichtung (Gesundheitsamt) anzuraten. Die Vorschriften des Infektionsschutzgesetzes sind zu beachten.

**Was ist bei der Sanierung von MRSA-Trägern im ambulanten Bereich zu beachten?** Bei der Entlassung eines MRSA-Patienten aus dem Krankenhaus ist die Weitergabe der Information über Trägerstatus und evtl. begonnene Sanierungsmaßnahmen entscheidend. Der weiterbehandelnde Arzt entscheidet über die notwendigen Maßnahmen. Eine im Krankenhaus begonnene Sanierungsbehandlung wird im Normalfall fortgesetzt, der Sanierungserfolg wird durch Kontrollabstriche überprüft.

**Wie wird eine Standardsanierung durchgeführt?**

- 3 x tägl. **Mupirocin-Nasensalbe** (Turixin®) (Mittel der Wahl) in beide Nasenvorhöfe einbringen (alternativ: z.B. Prontoderm® Nasengel oder Octenidin-haltige Rezepturen)
- 3 x tägl. **Rachenspülung** mit antiseptischer Lösung (z. B. ProntOral®, Octenidol®, Skinsept® Mucosa, Hexoral®).
- **Haut-/Haarwaschungen** mit einer antiseptischen Lösung, z. B. 1-2 x tägl. Mit z. B. Octenisan®, Prontoderm® oder Skinsan Scrub® u. a. duschen (incl. Haare). Einwirkzeiten beachten!

Während einer Sanierung **täglich Wechsel von Textilien und Gegenständen**, die mit Haut oder Schleimhaut Kontakt haben: Leibwäsche, Bettwäsche, Utensilien der Körperpflege (Handtücher, Waschlappen, Käämme, Zahnbürste, Rasierer, DeoSpray statt –Roller, Kosmetika), Wäsche soll mit 60°C gewaschen werden (Vermeidung der Wiederbesiedlung!).

**Wie erfolgt die Kontrolle des Sanierungserfolges?** Ein Sanierungserfolg liegt vor, sobald 3 negative Kontrollabstriche von allen Lokalisationen (Nase, Rachen, und ggf. Wunde) durchgeführt wurden. Nach Beendigung der Dekolonisierungsbehandlung können die Kontrollabstriche ab dem Folgetag durchgeführt werden.

- a) im Krankenhaus, sofern i. R. des stationären Aufenthaltes möglich (3 Kontrollabstriche/Lokalisation, max. 1 Abstrich/Tag);
- b) in der Arztpraxis. Hier zunächst ein Kontrollabstrich (von jeder Lokalisation) beim ersten Patiententermin, weitere Abstriche bei den nächsten beiden vorgesehenen Terminen (der 2. Abstrich sollte möglichst innerhalb von 3 Monaten und der letzte Abstrich spätestens nach 12 Monaten erfolgen). Bei einem positiven Abstrich war die Sanierung nicht erfolgreich und ein neuer Therapiezyklus ist in Erwägung zu ziehen. Bei negativer/n Abstrichkontrolle/n liegt ein vorläufiger Sanierungserfolg vor.

Beachte: der Patient hat auch danach immer eine positive MRSA-Anamnese, was bei stationärer Aufnahme zu einem Screening, ggf. prophylaktischer Isolierung führt.

**Gilt der Patient nach der ersten negativen Kontrolluntersuchung als MRSA-frei?** Nein, bei negativer erster Kontrolluntersuchung liegt lediglich ein vorläufiger Sanierungserfolg vor. Dieser muss noch mehrmals kontrolliert werden.

**Was ist zu tun, falls nach durchgeführter Sanierung Kontrollabstriche positiv bleiben?** Bei erfolgloser Erstsanierung kann ein zweiter Sanierungszyklus notwendig sein. Hierfür müssen jedoch Grund des Misserfolgs (Kontaktpersonen, rektale Besiedlung etc.) recherchiert werden. Der zweite Sanierungszyklus ist im Einzelfall mit MRSAar/netz und/oder einer im Umgang mit MRSA-Patienten erfahrenen Einrichtung (z.B. Gesundheitsamt) zu besprechen. Bitte beachten Sie, dass eine erfolgreiche Sanierung großen Nutzen für den Patienten hat. Eine erfolgreiche Sanierung hängt jedoch entscheidend davon ab, wie sorgfältig eine Sanierung durchgeführt wird. Hierbei ist wichtig, dass der Patient ausreichend informiert wird, um bei allen Maßnahmen selbst mithelfen zu können.

**Kann jeder Patient saniert werden?** Nein, bei Vorliegen von sanierungshemmenden Faktoren kann es notwendig sein, vor der Sanierung zunächst die Heilung/Beendigung abzuwarten. Das bedeutet, dass der behandelnde Arzt sich auf die Behandlung der Grunderkrankung konzentriert und der MRSA-Problematik nur sekundär Bedeutung beimisst. Entscheidend jedoch ist, dass bei besserer Heilung der Grunderkrankung die Sanierung der Hauptbesiedlungsstellen dann noch durchgeführt und kontrolliert wird. Selbstverständlich muss während dieser Zeit bei stationärer Aufnahme eine prophylaktische Isolierung und ein Screening durchgeführt werden.

**Welche sanierungshemmenden Faktoren sind bekannt?** Dialysepflichtigkeit, Katheter (HWK, PEG usw.), Antibiotische Therapie (MRSA-selektierend), Hautulkus, Haut- und Weichteilinfektion, Atopisches Ekzem usw., Wunde (MRSA-kolonisiert)

**Information zu MRSA:** Um die Information über den MRSA-Status über den gesamten MRSA-Kreislauf nicht zu vergessen, sollte der Sanierungsstatus eines jeden Patienten genau dokumentiert werden.

**Was bedeutet „community-acquired MRSA“ (CA-MRSA)?** Am häufigsten ist MRSA bei Patienten nachzuweisen, die sogenannte klassische Risikofaktoren besitzen (Operation, langer Krankenhausaufenthalt, Fremdkörper wie Katheter oder wiederholte Antibiotikatherapie). Diese MRSA werden auch „hospital acquired“, also im Krankenhaus erworbene HA-MRSA genannt. Darüber hinaus hat sich in den vergangenen Jahren ein MRSA-Typ herausgebildet, der sich grundlegend von den bisher bekannten unterscheidet. Hier infizieren sich Menschen, die keine der bekannten Risikofaktoren aufweisen. Die Infektionen finden außerhalb der Krankenhäuser statt und betreffen vorwiegend gesunde Menschen. Diese MRSA werden als „community acquired MRSA“ (CA-MRSA) bezeichnet, weil sie da auftreten, wo viele Menschen über lange Zeit zusammen sind (Schulen, Kindergärten, Sportvereine, Bundeswehr, usw.). Sie stellen eine vollkommen neue Kategorie von MRSA dar und dürfen nicht mit dem MRSA in den Krankenhäusern verwechselt werden. CA-MRSA sind in der Lage, auch bei gesunden Menschen schwere Infektionen zu verursachen (z.B. Abszesse, abszedierende Bronchopneumonien). Grundsätzlich besteht auch die Gefahr, dass mit CA-MRSA besiedelte oder infizierte Menschen in Krankenhäuser aufgenommen und die CA-MRSA dort verbreitet werden. Alle bekannten Präventionsmaßnahmen gegen MRSA, wie z.B. das Eingangsscreening und die mikrobiologische Diagnostik, sind der effektivste Schutz gegen diese Gefahr durch CA-MRSA.

**Woran erkennt der Hausarzt, ob ein CA-MRSA vorliegt?** Treten bei einem Patienten wiederholt Abszesse und andere Hautinfektionen auf, muss eine Infektion mit CA-MRSA ausgeschlossen werden. Selbstverständlich können viele andere Mikroorganismen (u. a. auch Methicillin-empfindlicher S.

*aureus*) solche Krankheitserscheinungen auslösen. Am Wichtigsten ist daher, eine mikrobiologische Untersuchung durchzuführen. Sofern in solchen Situationen MRSA nachweisbar ist, oder auch beim MRSA-Nachweis eines Patienten, der nachweislich keinerlei Kontakt zum Gesundheits-/oder Pflegeeinrichtungen hatte und keinen „klassischen“ Risikofaktor für eine MRSA-Besiedlung aufweist, muss CA-MRSA ausgeschlossen werden. Diese Zusatzuntersuchungen erfolgen in dem Untersuchungslabor, in dem der MRSA-Nachweis geführt wurde; evtl. ist auch eine Weiterleitung des Isolates, z.B. an die Medizinaluntersuchungsstelle des Universitätsklinikums, erforderlich. CA-MRSA sind in unserer Region derzeit nur sporadisch nachweisbar. Bei zusätzlichen Fragen stehen wir Ihnen gerne auch persönlich – telefonisch oder per Email – über unsere Hotline 0173 67 57 233 bzw. unsere email -Adresse [info@mrsaar.net](mailto:info@mrsaar.net) zur Verfügung.