

MRSA- Tests

(1) Bei uns im Klinikum kommt es häufig vor, dass bei Verdacht auf MRSA bei Aufnahme ein Screening (Nase/ Rachen, ggf. Wunde) durchgeführt wird. (2) Der Patient wird dann auf Station verlegt und selten isoliert. (3) Der positive Befund kommt dann ca. 7 Tage später und erst dann wird isoliert. Das Pflegepersonal muss jetzt alle Hygienemaßnahmen (Schutzkittel, Handschuhe, ggf. Mundschutz) anwenden. Wo ist der Sinn, wenn ich 7 Tage keinen Schutz durchführte und die Angehörigen nach so vielen Tagen aufrege? (4) Unsere Hygienebeauftragte meint, dass für das Pflegepersonal kein Risiko der Ansteckung da sei und dass Schnelltests (wie in Holland) zu teuer wären. Es gibt viele verunsicherte Mitarbeiter, die sich gern testen würden. Muss dies der Arbeitgeber durch Betriebsarzt durchführen lassen, wenn ein Mitarbeiter darauf besteht?

Beantwortet am 30.08.2013 von CNE.experte Franz Sitzmann

Ich habe Ihre wichtigen Fragen zum korrekten Umgehen mit Patienten bei MRE-Besiedlung oder Infektion (multiresistente Erreger) gegliedert und beantworte sie entsprechend:

1 Ein erhöhtes Risiko für eine Kolonisation mit MRSA (methicillinresistenter *Staphylococcus aureus*) besteht bei verschiedenen Patienten, da stationäre und ambulante Versorgungseinrichtungen im Gesundheitswesen eng verzahnt sind. Als Folge jeder Verlegung von Patienten und Pflegeabhängigen können sich daher Pathogene unbemerkt ausbreiten, was einen *Circulus vitiosus* (Teufelskreis) bedeuten kann. Daher empfiehlt sich das Screening von Risikopatienten auf MRSA zu Identifikation potenzieller MRSA-Träger (Sitzmann, 2012b):

- Patienten mit bekannter MRSA-Anamnese
- Verlegung aus Einrichtungen mit bekannt hoher MRSA-Prävalenz, z. B. anderen Intensivstationen, Pflegeheimen
- Patienten, die länger als 24 h Kontakt mit MRSA-Trägern hatten, z. B. Mitpatienten aus dem gleichen Zimmer
- Patienten, die (beruflich) direkten Kontakt zu Tieren in der landwirtschaftlichen Tiermast (Schweine) haben
- Patienten mit mindestens zwei der nachfolgenden Risikofaktoren
 - Chronische Pflegebedürftigkeit
 - Liegende Katheter, z. B. Harnwegskatheter (SPK, transurethral), PEG-Sonde
 - Antibiotikatherapie in den zurückliegenden sechs Monaten
 - Dialysepflicht
 - Hautulcus / Gangrän / chronische Wunden / tiefe Weichteilinfektion / Tracheotomie / Anus praeter
 - Brandverletzung.

Aufnahmescreening heißt: Abstrichuntersuchung mit einem Tupfer (mit NaCl 0,9 % befeuchtet) in beide Nasenlöcher und Rachen sowie jeweils ein Abstrich von chronischen Wunden oder anderen Wundöffnungen. Es ist also eine Screeninguntersuchung sinnvoll bei konkreten Risikopatienten, keineswegs routinemäßig.

Eine Prävention der Keimübertragung darf nicht erst mit dem Nachweis von MRSA bei einem Patienten beginnen, sondern muss von Anfang der Behandlung eines jeden Patienten an im Zentrum der Aktivitäten stehen. Wichtiges und noch weitgehend vernachlässigtes Instrument, um die Übertragung von MRE zu verhindern, ist das Anwenden der Standardhygiene (Sitzmann, 2012a). Lediglich bei Patienten mit MRE strengste Isolierungsmaßnahmen oder ein rigides Hygieneregime praktizieren zu wollen, reicht nicht aus. Mindestens genauso wichtig ist ein sorgfältiger Umgang mit allen Patienten im normalen Klinikalltag durch alle Berufsgruppen (Sitzmann, 2013).

Während des Aufnahmescreenings ist eine konsequente Standardhygiene möglichst im Einzelzimmer oder eine Kontaktisolierung während der Patientenbetreuung erforderlich, bis das MRSA-negative Ergebnis vom Labor kommt. Dies begründet sich daraus, dass bei positivem Befund sofort Maßnahmen des Barriereprinzips (Sitzmann, 2012b) eingeleitet werden können. Die angstmachenden Folgen von Isolierungen sind seit langem bekannt.

Dazu kommt, dass Patienten in strikter Isolierung medizinisch schlechter versorgt sind und mehr medizinische Komplikationen aufweisen. Das ist in verschiedenen Publikationen belegt worden (Hartmann 2005).

Es kommt zudem zu erheblichen Einschnitten in soziale Bereiche des Patienten. Praktizierte Hygienefehler bei Pflege und Therapie fördern die weitere Verbreitung der durch Antibiotika veränderten Körperflora. Daraus kann geschlossen werden, dass als wesentliche Prävention bei gehäuftem Auftreten von MRSA in einer Klinik nicht nur die standardhygienischen Maßnahmen zu überprüfen sind, sondern auch die Indikationen für den Einsatz bestimmter Chemotherapeutika.

Weitere Infos finden Sie auf MRSA-Gesamtkonzept und themenbezogene Zeitschriften-Artikel (zuletzt überprüft am 29.08.2013).

2 Mitarbeiterscreening. Nicht selten fragen Mitarbeiter in Kliniken, ob nicht Abstriche (Screening-Untersuchungen) der Mitarbeiter zu den unbedingten Sofortmaßnahmen beim Auftreten von MRSA gehören (Sitzmann, 2013b). Oder sie wollen im Falle eines MRSA-Nachweises bei ihrem Patientenselbst getestet werden. Einerseits spricht dies für ein ausgeprägtes Hygienebewusstsein. Andererseits würden bei einer derartigen Praxis wichtige Aspekte außer Acht gelassen werden. Einige Argumente gegen Mitarbeiterscreening sind:

- Der Nachweis einer Besiedlung eines Mitarbeiters kann nicht als Nachweis für die Quelle der Patientenkontaminationen oder Infektionen angesehen werden. Vielmehr kann er Opfer des Ausbruchs sein. Da bei der Prävention von MRSA meist ein ganzes Bündel von Maßnahmen umgesetzt wird, ist der Beitrag einzelner Komponenten nicht belegt. So gilt auch die Rolle von (kurzfristigen) MRSA-Trägern als Vektor (= Krankheitsüberträger) bei der Verbreitung als ungeklärt.
- Screenings sind Momentaufnahmen, die bereits nach wenigen Tagen verändert sein können.
- Werden Mitarbeiter mit Besiedlungen festgestellt und während einer Dekontaminationsbehandlung nicht zur Arbeit zugelassen, entstehen weitere größere Hygieneprobleme durch die Mitarbeiterengpässe.

- Untersuchungen werden im Nasen-Rachenraum durchgeführt, während MRSA über die transiente Händekontamination und evtl. dem individuellen Stethoskop verbreitet werden.
- Der hohe Extraaufwand kann negative Auswirkungen haben, wenn Standard-Hygienemaßnahmen durch falschen Aktionismus vernachlässigt werden.
- Ein fehlender MRSA-Nachweis ist kein Beweis, dass kein MRSA vorhanden ist; er wurde nur nicht gefunden und wiegt in falscher Sicherheit.

Gesunde Mitarbeiter müssen nur dann auf MRSA untersucht werden, wenn sie sich als MRSA-Überträger erweisen, z.B. bei einer Häufung postoperativer Wundinfektionen mit MRSA. Nicht der kurzzeitige MRSA-Träger, der sich hygienisch korrekt verhält und z. B. Hand-Gesichts-Kontakte bewusst selten praktiziert, ist eine Gefahr.

Auch das RKI veröffentlichte dazu seine Haltung: Eine routinemäßige Untersuchung von Patienten oder vom medizinischen Personal auf MRSA ist nicht notwendig. (Peters, 1999). Der bei einer Ausbruchssituation oder bei persönlichen Infektionen ermittelte MRSA-Überträger ist von Bedeutung und sollte saniert werden (Sitzmann, 2012b). Bei routinemäßigem Screening von Mitarbeitern besteht die Gefahr, dass zufällige Kurzzeiträger identifiziert werden, die nach wenigen Tagen bereits keine Träger mehr sind und damit MRSA auch nicht streuen können.

Fazit: Inzwischen nehmen auch Laien wahr, dass MRSA in Kliniken gehäuft vorkommt. Solange jedoch wesentliche Bedingungen der Standardhygiene in den Krankenhäusern nicht stimmen, Reinigungskräfte und Pflegende zugunsten anderer Berufsgruppen eingespart werden und Händehygiene vernachlässigt wird, erfolgt das Einsperren von Patienten mit MDRO (multi-drug resistant organism) wie Einzelhäftlinge (Sitzmann, 2009b).

Dringend zu wünschen ist es, dass in Kliniken die Angst machenden Isolationsbedingungen bei multiresistenten Mikroorganismen von einer Praxis der Konzentration auf personenbezogene Standardhygiene bei jedem Patienten abgelöst werden. Abhilfe zu schaffen wäre zudem bei der von uns täglich geförderten mikrobengünstigenden Praxis mangelnder Händehygiene. Weiter wären Schulungen/Informationen der Mitarbeiter über die relevanten Übertragungswege und systematische Surveillance, d. h. Überwachung und Bewertung nosokomialer Infektionen vorzunehmen.

Literatur:

- Hartmann C. Wie erleben Patienten die Isolation im Krankenhaus aufgrund einer Infektion oder Kolonisation mit MRSA? Hygiene + Medizin, 30 (2005): 234-243.
- Kappstein I. (2006). Prävention von MRSA-Übertragung. Krankenhaushygiene up2date. 1, 1 : 9-20.
- Peters, G. et al. Empfehlung zur Prävention und Kontrolle von Methicillinresistenten Staphylococcus aureus-Stämmen (MRSA) in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch Gesundheitschutz 1999 42: 954-958. Online abrufbar unter: www.eursafety.eu (zuletzt geprüft am 22.05.2014)
- Sitzmann, F. (2007) Hygiene daheim. Professionelle Hygiene in der stationären und häuslichen Alten- und Langzeitpflege. Bern: Verlag Hans Huber.
- Sitzmann F. (2009a). MRSA angemessen reagieren. Heilberufe 10: 16-21.
- Sitzmann F. (11/2009b). Pro und Contra: MRSA Ist Isolation notwendig? Die Schwester/Der Pfleger.
- Sitzmann F. (2010). Infektionsprävention Aktiv gegen MRSA. Pflegen intensiv 1: 1-3.
- Sitzmann F. Kapitel 9: Grundlagen der Hygiene. In: Schewior-Popp S., Sitzmann F., Ullrich L. (Hrsg) Thiemes Pflege. Stuttgart: Thieme Verlag, 2012a; S. 193.
- Sitzmann, F. Hygiene Kompakt. Kurzlehrbuch für professionelle Krankenhaus- und Heimhygiene. Verlag Hans Huber, Bern 2012b.
- Sitzmann, F. Das Screening von Mitarbeitern bei MRSA Notwendiges Übel oder sinnvolle Maßnahme? QM-Praxis in der Pflege inklusive Hygiene aktuell 2 (2013a) 3:10-13.
- Sitzmann, F. (2013b). CNE.expertenrat. Frage und Antwort vom 16.05.2013. Online abrufbar unter: cne.thieme.de (zuletzt geprüft am 22.05.2014)