

Empfehlungen zum Screening auf MRSA (Stand: 25.09.2019)

Ziel dieser Empfehlung: MRSA-Infektionen und die Weiterverbreitung von MRSA sollen verhindert werden. Deshalb sind Patientenauswahl und Zeitpunkt des Screenings zu definieren.

Bei welchen Patienten soll prästationär ein MRSA-Screening erfolgen?

In folgenden Situationen soll vor bzw. bei stationärer Aufnahme und absehbarer Verweildauer von mehr als 24 Stunden im Krankenhaus gescreent werden:

- Patienten mit bekannter MRSA-Anamnese
- Patienten mit chronischer Wunde (z.B. Ulcus cruris, Dekubitus, tiefe Weichgewebeeinfektion, Gangrän, diabetisches Fußsyndrom)
- Patienten mit Dialysepflichtigkeit
- Patienten mit direkter Verlegung aus einem Krankenhaus oder einem Krankenhausaufenthalt (mindestens 4 zusammenhängende Tage) in den letzten 12 Monaten
- Patienten, die regelmäßig (beruflich) direkten Kontakt zu MRSA haben oder hatten, wie z.B. Personen mit Kontakt zu landwirtschaftlichen Nutztieren (Schweine, Rinder, Geflügel; insbesondere in Großmastbetrieben)
- Patienten, die während eines stationären Aufenthaltes Kontakt zu MRSA-Trägern hatten z.B. bei Unterbringung im gleichen Zimmer (mindestens 24 Stunden)
- Patienten mit chronischer Pflegebedürftigkeit (z.B. Immobilität, Störungen bei der Nahrungsaufnahme/Schlucken, Inkontinenz, Vorlegen eines Pflegegrades) und einem der nachfolgenden Risikofaktoren:
 - Antibiotikatherapie in den zurückliegenden 6 Monaten
 - liegende Devices (z.B. Harnblasenkatheter, PEG-Sonde, Trachealkanüle)

Wann sollen o.g. Patienten gescreent werden?

- Bei planbarem Krankenhausaufenthalt – insbesondere vor einer elektiven Operation – zeitnah (minimal 7 Tage) vor der stationären Aufnahme durch den einweisenden Arzt (auch im Auftrag des Krankenhauses mit Rechnungstellung an dieses) oder durch das Krankenhaus
- Bei Akutaufnahmen: unmittelbar bei der stationären Aufnahme in der Notaufnahme oder auf der aufnehmenden Station

Bei geplanter kurzfristiger Wiederaufnahme (bis 4 Wochen nach letzter Entlassung) sollen für Risikopatienten (z.B. Dialyse-, onkologische Patienten) Screeningintervalle einrichtungsspezifisch festgelegt werden.

Screening anderer Personen nach individueller Risiko-Analyse:

Screening von engen Kontaktpersonen/Mitbewohnern und ggf. Haustieren von MRSA-Trägern

- Bei erfolgloser Sanierung eines MRSA-Trägers **oder** wenn nach zunächst erfolgreicher Sanierung im weiteren Verlauf erneut MRSA nachgewiesen wird
- Bei Nachweis von CA-MRSA (positiv auf PVL-Toxin) bei einem Patienten

Screening von medizinischem Personal/Pflegepersonal

- In einer typischen Ausbruchssituation (mehrere MRSA-Infektionen bzw. Übertragungen ohne erkennbares Risikoprofil zeitlich assoziiert in einem medizinischen Bereich z.B. Station, Wohn/Heim-Bereich, ambulante OP-Einrichtung) und nur bei Empfehlung durch das zuständige Ausbruchmanagement-Team **und** eine plausible andere Ursache für den Ausbruch als ein potentieller Träger beim Personal wurde nicht erkannt.

Durchführung des MRSA-Screenings:

Abstriche (Tupfer bei Bedarf mit steriler NaCl-Lösung anfeuchten) von:

- Nase (linker und rechter Nasenvorhof zusammen)
- Rachen
- Wunde/n (einschließlich ekzematöse Hautareale, Ulcera etc.)
- Bei MRSA-Anamnese zusätzlich Leiste (beide Seiten zusammen)

Darüber hinaus sind nach Risikoeinschätzung ggf. auch Trachealsekret bei intubierten Patienten und Devices (PEG-Sonden-Eintrittsstelle, Blasenkatheter-Eintrittsstelle, Tracheostoma) zu screenen.

Mikrobiologische Methodik:

Grundsätzlich wird bei allen Abstrichen der kulturelle Erregernachweis empfohlen. Zum zeitnahen Ausschluss einer MRSA-Kolonisation ist eine PCR möglich. Bei positivem PCR-Befund ist grundsätzlich eine kulturelle Bestätigung erforderlich.

Zu beachten: poststationäres MRSA-Screening - Regelungen für Vertragsärzte

(Gemäß EBM-Abschnitt 30.12 mit Wirkung zum 01.07.2017. Die Anwendung setzt die MRSA-Genehmigung des Arztes durch die KV Bayerns voraus)

Die Regelung für den ambulanten Bereich sieht **nur das poststationäre MRSA-Screening** (mindestens 4 zusammenhängende Tage Verweildauer im Krankenhaus in den zurückliegenden 6 Monaten und folgendes Patienten-Risikoprofil) vor:

- Patient mit positivem MRSA-Nachweis in der Anamnese **und/oder**
- Patient mit chronischer Pflegebedürftigkeit (Vorliegen eines Pflegegrades) und **einem** der nachfolgenden Risikofaktoren:
 - Antibiotikatherapie in den zurückliegenden sechs Monaten
 - liegende Katheter (z.B. Harnblasenkatheter, PEG-Sonde, Trachealkanüle) **und/oder**
- Patient mit Hautulkus, Gangrän, chronischer Wunde und/oder tiefer Weichgewebeeinfektion **und/oder**
- Patient mit Dialysepflichtigkeit

Literatur:

Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut (RKI). Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus-Stämmen (MRSA) in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen. Bundesgesundheitsbl 2014; 57:696-732.

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB), Verordnung Aktuell: MRSA-Dekolonisierung: Verordnung von Arzneimitteln (Stand: 09.08.2017) unter www.kvb.de in der Rubrik Praxis / Qualität / Hygiene und Infektionsprävention / MRSA.