



Empfehlungen zur Sanierung von Patienten mit MRSA-Nachweis

Die MRSA-Sanierung im Sinne einer Dekolonisierung von Körperstellen mit MRSA-Belastung ist grundsätzlich wünschenswert, für den betroffenen Patienten infektionspräventiv sinnvoll und wird von der LARE-Arbeitsgruppe nachdrücklich empfohlen:

- zur Senkung der individuellen MRSA-Last des einzelnen Patienten
- zur Senkung der allgemeinen MRSA-Last in der Bevölkerung und damit des Risikos der Übertragung von MRSA auf weitere Personen.

Die Indikationsstellung zur Sanierungsbehandlung bleibt dabei aber **immer eine ärztliche Einzelfall-Entscheidung**, welche die individuelle Situation des betroffenen Patienten berücksichtigen muss.

Wen sanieren?

Dringende Indikation zur MRSA-Sanierung besteht aus Sicht der Arbeitsgruppe bei:

- MRSA-Kolonisation von Patienten mit Risikofaktoren (z.B. noch nicht infizierte Wunde, Immunsuppression durch Grunderkrankung oder medizinische Therapie)
- MRSA-Kolonisation von Patienten vor einem elektiven operativen Eingriff (z.B. Thorax-, Herz-, Gefäß-Chirurgie, Einbringen von Implantaten / Transplantaten)
- MRSA-Kolonisation von Personen bei Ausbruchgeschehen im Krankenhaus
- MRSA-Kolonisation von Patienten mit erhöhtem Übertragungsrisiko für Kontaktpersonen (z.B. Dialyse, wiederholte Krankenhausaufenthalte, Non-Compliance)
- CA-MRSA-Kolonisation (höhere klinische Virulenz durch PVL-Toxin)

Welche sanierungshemmenden Faktoren sind zu berücksichtigen?

Auch bei den nachfolgend genannten sanierungshemmenden Faktoren kann der Versuch einer MRSA-Sanierung sinnvoll sein. Die Behandlung der Grunderkrankung hat allerdings Vorrang und bestimmt die Entscheidung über die Durchführung und den optimalen Zeitpunkt einer MRSA-Sanierung:

- chronische Wundheilungsstörung (z.B. bei Diabetes mellitus, pAVK, CVI)
- chronische Erkrankung der Haut (z.B. Psoriasis, atopisches Ekzem)
- Erkrankung an Prädilektionsstellen für MRSA (z.B. Sinusitis, chronische Rhinitis)
- liegende medizinische Devices (z.B. Katheter, Trachealkanüle, PEG-Sonde)

Eine MRSA-Sanierung kann ggf. erst nach erfolgreicher Behandlung bzw. Besserung solcher Grunderkrankungen oder nach der Entfernung von Devices sinnvoll sein. Sanierungsmaßnahmen sollen ggf. auch begleitend zur systemischen Antibiotika-Therapie einer MRSA-Infektion durchgeführt werden. Während oder kurz nach einer systemischen Antibiotika-Therapie kann ein falsch-negativer MRSA-Befund bei mikrobiologischen Sanierungskontrollen entstehen.

Wann sanieren?

Eine MRSA-Sanierung soll bei bestehender Indikation frühzeitig, auch bei bereits kurz bevorstehender Entlassung aus einer stationären Krankenhausbehandlung begonnen werden. Der weiterbehandelnde Arzt ist in geeigneter Form zu informieren, ggf. auch über die weiter empfohlenen Schritte. Es ist sicherzustellen, dass eine (stationär) begonnene

MRSA-Sanierung konsequent (auch ambulant) fortgesetzt und nach Abschluss auf ihren mikrobiologischen Erfolg überprüft und dokumentiert wird.

Wie sanieren?

Initial Besiedelungsstatus der Prädilektionsstellen für MRSA-Nachweis überprüfen:

- Nasen-Vorhöfe und Rachen-Schleimhaut (oder Trachealsekret)
- wenn vorhanden: Wunde, Device-Eintrittsstelle (z.B. Tracheostoma, PEG-Insertion)

Standardsanierung:

1. bis 5. Tag:

3x täglich Mupirocin-Nasensalbe in beide Nasenvorhöfe

→ bei Mupirocin-Unverträglichkeit oder -Resistenz: z.B. Octenidin in Gelform anwenden.

3x täglich Dekontamination von Mundhöhle und Oropharynx: Gurgeln mit Schleimhaut-Antiseptikum (z.B. Octenidol oder Chlorhexidin als Mundspüllösung) nach dem Zähneputzen bzw. Mundpflege mit Antiseptikum-getränktem Tupfer.

Täglich (mindestens über 3 Tage) Ganzkörperwaschung inkl. der Haare mit einer antiseptischen Waschlösung mit nachgewiesener MRSA-Wirksamkeit (Fertigprodukte verschiedener Hersteller und Galenik) z.B. mit Wirkstoff Octenidin

Täglicher Wechsel von Bett- und Körperwäsche, Handtüchern und Waschlappen.

6. und 7. Tag:

Pause nach Abschluss dieser Sanierungsmaßnahmen.

Sanierungskontrolle im Krankenhaus am 8., 9. und 10. Tag: mikrobiologische Kontrollabstriche von Nasen-Vorhöfen, Rachen, Leiste und vorher anderen nachweislich besiedelten Bereiche wie z.B. Wunde, Device-Eintrittsstelle.

Sanierungskontrolle im ambulanten Bereich (Arztpraxis, Pflegeheim): es wird zunächst nur eine Serie von Kontrollabstrichen zeitnah nach Beendigung der Dekolonisierungsmaßnahmen empfohlen. Falls MRSA dabei nicht mehr nachgewiesen wird, besteht ein „vorläufiger Sanierungserfolg“. Langzeitkontrollen werden empfohlen, z.B. 2. Kontrolle zwischen 3. und 6. Monat nach Dekolonisierung und abschließende 3. Kontrolle nach 12 Monaten. Insgesamt also ebenfalls 3 Kontrollen im ambulanten Bereich.

Zusätzlich zur Standardsanierung wird eine Desinfektion der patientennahen Umgebung und der persönlichen Gebrauchsgegenstände und Hygieneartikel empfohlen. Zu denken ist dabei u.a. an Brille, Hörgerät (Angaben des Herstellers sind zu beachten), Zahnprothese, Kamm oder Haarbürste, Utensilien der Nagelpflege, Rasierapparat. Zahnbürste ist zu erneuern, ein Deoroller ist zu vermeiden. Einmalartikel können zur Umsetzung vorteilhaft sein. Patienten zur Händedesinfektion anleiten und diese regelmäßig durchführen lassen. MRSA-Kits können die Maßnahmen der Dekolonisierung und der Desinfektion der patientennahen Umgebung erleichtern.

→ maximal zwei Sanierungszyklen durchführen (evtl. Präparate-Wechsel erwägen)!

Einflussfaktoren bei zunächst erfolgloser Sanierung überprüfen:

- korrekte Durchführung der MRSA-Sanierung überdenken, bei Bedarf nachschulen
- Mupirocin-Empfindlichkeit des MRSA-Stammes des Patienten austesten lassen
- sanierungshemmende Faktoren analysieren und minimieren bzw. beseitigen
- bei ambulanter/häuslicher Sanierung Familienmitglieder und ggf. Haustiere in die Abklärung mit einbeziehen
- begleitende desinfizierende Maßnahmen und Umgebungsdekontamination optimieren.

Die Durchführung weiterer Sanierungszyklen nach frustranen Versuchen bleibt eine ärztliche Einzelfall-Entscheidung. Bei besonderer Indikation kann eine systemische Begleittherapie mit Antibiotika erwogen werden. Dazu sollte eine Beratung durch einen mit der MRSA-Dekolonisierung erfahrenen Arzt angestrebt werden.

Literatur:

RKI/KRINKO-Empfehlung zur Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus*-Stämmen (MRSA) in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen. Bundesgesundheitsbl 2014; 57:696-732.

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