



Franz Sitzmann:
**„Bessere Standard-
 hygiene anstelle von
 Patientenisolierung“**

Franz Sitzmann, Hygieneexperte,
 Gemeinschaftskrankenhaus
 gGmbH, Herdecke,
www.klinik-hygiene.de

Zu den vom Robert Koch-Institut (RKI) vorgelegten MRSA-Empfehlungen besteht geringe Evidenz (Kappstein 2006, Weber 2009, Kappstein 2009). Zur Isolierung beziehungsweise Zusammenlegung von Patienten existieren widersprüchliche Ergebnisse. Mit einer strikten räumlichen Isolierung wird den Patienten und Angehörigen der Krankenhausaufenthalt und den Mitarbeitern die Arbeit erschwert. Dass Patienten in strikter Isolierung medizinisch schlechter versorgt sind und mehr medizinische Komplikationen aufweisen, ist in verschiedenen Publikationen belegt worden (Hartmann 2005). Es kommt zu erheblichen Einschnitten in soziale Bereiche des Patienten und Verängstigung.

Zurzeit gibt es keine hinreichende Evidenz, dass Maßnahmen der Patientenisolierung den Maßnahmen der Standardhygiene überlegen wären. Als bestimmend für die Kontrolle von MRSA wird eine gute Umgebungshygiene geschildert (spezielle Reinigungsanweisungen für Patientenzimmer). Die Intensivierung der Standardhygiene, insbesondere eine ausgeprägte Händedesinfektion, wird als hilfreich zur Senkung der Übertragungsraten angesehen. Weiter ist es nicht so, dass Programme mit Screening und frühzeitiger Erfassung von multiresistenten Keimen, prompte Isolation von kolonisierten Patienten und eine aggressive Eradikationspolitik (sogenannte „search and destroy“-Strategie) dafür gesorgt haben, die Raten multiresistenter Keime, vor allem die MRSA-Prävalenz in Ländern

wie Niederlanden und Skandinavien, zu senken. Wesentliche Bedeutung hat die dortige Antibiotikatherapie.

So konzentrieren sich im Wesentlichen zwei Ansatzpunkte zur Reduzierung multiresistenter Keime heraus (Gastmeier 2009). Zum einen wird die Übertragung (Transmission) von Erregern durch verbesserte Händehygiene begrenzt. Durch sie wird eine Grundlage der Standardhygiene erfüllt. Zum anderen bewies sich eine rationale Antibiotikatherapie in den Niederlanden und skandinavischen Ländern als reduzierend auf resistente Keime.

Inzwischen nehmen auch Laien wahr, dass sich MRSA ständig weiter ausbreitet. Solange jedoch wesentliche Bedingungen der Standardhygiene in den Krankenhäusern nicht stimmen, Reinigungskräfte und Pflegenden zugunsten anderer Berufsgruppen eingespart werden und Händehygiene vernachlässigt wird, erfolgt das „Einsperren“ von Patienten mit MDRO (multidrug resistant organism) wie „Einzelhäftlinge“. Erst wenn sich das Verständnis und die Praxis in den Krankenhäusern zu fördernden Bedingungen der Resistenzentwicklung ändern, reduziert sich der Resistenzdruck auf die Mikroben. Solange wir jedoch bei Antibiotika in der Tierzucht und unsinnigen Therapien bei viralen (Erkältungs-)krankheiten sowie mangelnder Compliance der Händehygiene keine nationenweiten Erfolge beobachten können, werden wir in der stationären Behandlung der MRSA-kontaminierten oder -infizierten Patienten ständig nur reagieren.

Literatur:

- Gastmeier, P. 116. Sitzung des Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages. Protokoll 16/116 vom 25.03.2009
 Hartmann C. Wie erleben Patienten die Isolation im Krankenhaus aufgrund einer Infektion oder Kolonisation mit MRSA? Hygiene + Medizin, 30 (2005): 234-243
 Kappstein, I. Prävention von MRSA-Übertragungen. Krankenhaushygiene up2date 1 (2006) 1: 9-20
 Kappstein, I. Empfehlungen der „Richtlinie“ – was mache ich anders? Krankenhaushygiene up2date 4 (2009) 2: 125-141
 Weber, C. Management des methicillinresistenten Staphylococcus aureus: Mythen, Fakten und Auswirkungen auf die klinische Praxis. Krankenhaushygiene up2date 4 (2009) 2:169-189

CONTRA