



MRSA & Co.: kein Grund zur Hysterie

Hygieneskandale sorgen nach wie vor für Schlagzeilen in den Medien. Oft weisen sie die Schuld dafür Klinikmitarbeitern zu: Von massiven Verstößen gegen Hygieneempfehlungen bis zu fahrlässigem Handeln ist die Rede. Hier **eine Richtigstellung.**

Seriöse Hygieniker gehen davon aus, dass 400.000 bis 600.000 Patienten pro Jahr in Deutschland an nosokomialen Infektionen erkranken. „Zweifelloso eine alarmierende Zahl“, so Franz Sitzmann, Fachkrankenpfleger für Hygiene im Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe Berlin. „Die Medien nennen aber meist wesentlich höhere Zahlen und schüren damit nur Ängste.“ Viele der Infekte sind auch auf das erhöhte Durchschnittsalter und die Multimorbidität der Patienten zurückzuführen. „Maximal vermeidbar sind 30 Prozent der nosokomialen Infektionen: Das sind 150.000 im Jahr“, erklärt Sitzmann. Auch werde oft zitiert, dass 15.000 Menschen jährlich daran sterben. Laut dem „Europäischen Center for Disease Control and Prevention (ECDC)“ müsse man in Deutschland jedoch mit 7.500 Todesfällen aufgrund nosokomialer Infektionen rechnen – wie etwa Harnwegsinfekte durch Verweilkatheter oder postoperative Infektionen. Wenn man davon ausgeht, dass 30 Prozent vermeidbar sind, kann man sich ausrechnen, dass pro Jahr etwa 1.500 bis

4.500 Patienten in Deutschland aufgrund von Hygienefehlern versterben. Diese Todesfälle könnten allein durch eine korrekte Händedesinfektion und ein optimales Hygienemanagement vermieden werden.

MRSA – der Wolf im Schafspelz

Tatsache ist, dass sich multiresistente Erreger (MRE) immer schneller ausbreiten: Ob „Vancomycin-resistente Enterokokken“ (VRE), „Extended-Spectrum-Betalactamase“-bildende Enterobakterien (ESBL) oder der bekannteste „Methicillin-resistente Staphylococcus aureus“ (MRSA). Stämme dieses Erregers sind mehrfach resistent gegenüber Antibiotika und nur schwer zu therapieren. Den eigentlich harmlosen Keim tragen etwa 30 Prozent der Bevölkerung auf der Haut. Eine Kontamination unter Gesunden ist problemlos. In der Klinik sieht die Sache anders aus: Bei Patienten mit Operationswunden oder schwachem Immunsystem kann er Infektionen auslösen. Besonders alte, multimorbide Patienten sind anfällig. Schläuche, Katheter oder künstliche Beatmung fördern zudem Infekte. Die Keime

haben inzwischen auch Resistenzen gegen das Reserveantibiotikum Vancomycin entwickelt. Das aktuelle Mittel der Wahl heißt Linezolid. Es kommt vor allem bei schweren MRSA-Infektionen zum Einsatz.

Von den Niederländern lernen

MRSA tritt weltweit in und außerhalb von Kliniken auf – mit einer Ausnahme: In niederländischen Kliniken existieren die Bakterienstämme so gut wie gar nicht mehr. Seit Jahren liegt dort die Rate stabil unter drei Prozent. Doch was haben die Niederländer, was die Deutschen nicht haben? „Search and destroy“ nennen sie ihre Strategie, mit der sie den Erregern zu Leibe rücken. Wer hier zur Risikogruppe gehört – Deutsche zählen prinzipiell dazu –, wird gleich bei der Aufnahme auf MRSA getestet. Bis der Befund vorliegt, kommt der Patient vorübergehend in Quarantäne. „In vielen deutschen Krankenhäusern läuft es andersherum“, sagt Franz Sitzmann. „Hier testet man Risikopatienten gewöhnlich nicht präventiv. Und wenn doch, werden sie, bis das Ergebnis da ist, nur selten isoliert.“ In dieser

Zeit können sich die Keime bei mangelnder Standardhygiene weiter ausbreiten. Entsprechend hoch ist hierzulande die MRSA-Rate: Sie liegt derzeit bei etwa 10 bis 25 Prozent. „Was genauso wirkungsvoll zu der niedrigen Rate in den Niederlanden beiträgt, ist der sorgsame Einsatz von Antibiotika“, betont Sitzmann. „Ihre Anwendungsrate ist sehr niedrig. Solange wir diese Medikamente bei uns nicht auch zurückhaltender – und nur wenn wirklich sinnvoll – einsetzen, werden sich weiterhin Resistenzen entwickeln. Und: Wenden wir sie bedenkenlos an, forcieren wir den extremen Selektionsdruck auf die Keime noch.“

Doch auch in Deutschland tut sich was: Um der steigenden MRSA-Prävalenz Einhalt zu gebieten, ging vor sechs Jahren das „MRSA-net-Euregioprojekt“ an den Start. Mit beteiligt ist die Uniklinik Münster. Dort wird nun jeder Patient bei der Aufnahme auf den Keim untersucht. Der Test erfolgt über einen Abstrich in der Nase. Ist der Patient MRSA-positiv, isoliert man ihn, bis der Erreger nicht mehr nachweisbar ist. Das Modell zeigt Erfolg: Nach Angaben der Uniklinik Münster ging die MRSA-Rate inzwischen deutlich zurück. Inzwischen haben sich in weiteren Bundesländern regionale MRE-Netzwerke etabliert.

Wirksame pflanzliche Antiseptika

In immer mehr Häusern isoliert man MRSA-Patienten inzwischen in ein Einzelzimmer. Um die Keime nicht auszubreiten, müssen alle, die das Zimmer betreten, Mundschutz, Haube, Handschuhe und Schutzkittel anziehen. „Den Schutzkittel lassen wir dann für eine Schicht im Zimmer, alles andere wech-

seln wir nach jedem Kontakt“, berichtet Annika Briesenick. Sie ist Hygienebeauftragte und Pflegendende auf der Palliativstation in Havelhöhe. „Treten auf einer Station gehäuft MRSA-Fälle auf, sollte man beim Personal ein Screening durchführen“, erklärt sie. Falls ein Mitarbeiter Keimträger ist, muss er eine lokale Sanierung durchführen. Dazu gehört das tägliche Duschen mit einem Antiseptikum, zum Beispiel einem polyhexanidhaltigem Präparat. Ist die Nase mit dem Keim besiedelt, muss dreimal täglich eine antibiotische Salbe in beide Nasenvorhöfe appliziert werden. Wichtig ist auch, Bettwäsche und Kleidung täglich zu wechseln.

Im Klinikum Havelhöhe nutzt man – sogar in der MRSA-Therapie – die Wirkung pflanzlicher Arzneimittel: Statt mit einer

„GEGEN PFLANZLICHE ANTI-BAKTERIELLE MITTEL GIBT ES BISHER KEINE RESISTENZEN.“

synthetischen Lösung werden Patienten hier mit antiseptisch wirkendem Thymiantee gewaschen. Dieser kann auch wirksam getrunken werden. „Thymol wirkt ausreichend stark antimikrobiell, das ist wissenschaftlich erwiesen. Zudem trocknet es die Haut nicht aus“, erklärt Hygienebeauftragte Briesenick. Und nicht nur das: „Anders als Antibiotika wirkt Thymol nicht nur anti-

bakteriell, sondern auch antimykotisch und antiviral.“ Noch ein großer Vorteil: Bisher gibt es keine Resistenzen gegen pflanzliche antibakterielle Substanzen.

Sektorübergreifend MRSA sanieren

„Jeder MRSA-Träger sollte die Sanierung mindestens fünf Tage durchführen“, empfiehlt Rolf Prions. Er ist Schweizer Diplom-Hygienefachmann und Projektleiter bei „swiss medical consulting“, Basel, einer Unternehmensberatung im Gesundheitswesen. „Ist ein Mitarbeiter kolonisiert, entscheidet der Betriebsarzt, ob und in welchem Bereich er während der Keimsanierung eingesetzt werden kann“, erklärt er. Ob der Erreger wirklich beseitigt ist, lässt sich frühestens drei Tage nach der Behandlung über Kontrollabstriche feststellen.

Bei Patienten dauert die MRSA-Sanierung meist länger als ihr Klinikaufenthalt. Oft tragen sie den Keim dann noch auf der Haut. Solange in ihrem Umfeld keiner ein geschwächtes Immunsystem oder eine offene Wunde hat, sind keine besonderen Hygienemaßnahmen erforderlich. Schließen sich aber Arztbesuche, ein Aufenthalt in der Rehaklinik oder im Pflegeheim an, besteht das Risiko einer Übertragung. „Es ist dann unbedingt notwendig, die Patienten sektorübergreifend zu behandeln“, betont Franz Sitzmann. Das erfordert eine lückenlose Dokumentation des Ablaufs der Therapie und des Wundmanagements. Der Hausarzt oder die nachfolgende Institution muss informiert sein, damit weitere Schutzmaßnahmen und Abstriche erfolgen. „Nur wenn die Schnittstellen gut kooperieren, können wir weitere MRSA-Infektionen verhindern.“



ROLF PRIONS, Schweizer Diplom-Hygienefachmann, „swiss medical consulting“, Basel

„Jeder MRSA-Träger sollte die Sanierung mindestens fünf Tage durchführen.“



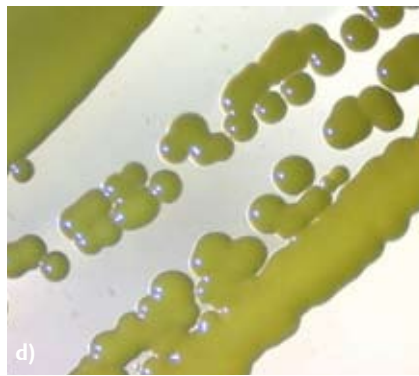
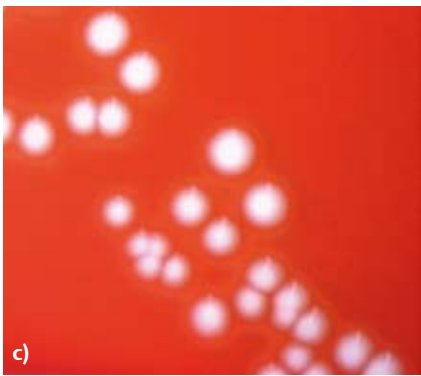
FRANZ SITZMANN, Fachkrankenpfleger für Hygiene, Klinikum Havelhöhe

„Bei unüberlegtem Einsatz von Antibiotika haben die Keime ein leichtes Spiel.“



ANNIKA BRIESENICK, Hygienebeauftragte, Palliativstation, Klinikum Havelhöhe

„Wir waschen die Patienten mit antiseptisch wirkendem Thymiantee.“



MULTIRESISTENTE ERREGER – EINE AUSWAHL
 a) Methicillin-resistenter *Staphylococcus aureus*, b) *Actinomyces israelii*, c) Enterokokken d) *Klebsiella* sp.

Antibiotika rationaler verordnen

Auch die Politik ist gefordert: Nach langem Warten gab das Kabinett im März 2011 grünes Licht für ein neues Hygienegesetz, mit dem Klinikinfektionen verringert werden sollen. Danach sind Ärzte und Kliniken verpflichtet, die Hygieneempfehlungen des Robert-Koch-Instituts strenger umzusetzen und den sachgerechten Einsatz von Antibiotika zu fördern. „Bei uns ist der Umgang mit Antibiotika zu verschwenderisch“, sagt Franz Sitzmann. „Die Mittel werden viel zu unüberlegt verschrieben, sogar bei Virusinfektionen, wo sie von vornherein nutzlos sind.“ Der schnelle Griff zu Breitbandantibiotika sei kontraproduktiv. „In den Niederlanden dürfen Antibiotika nur von Hygienefachärzten verschrieben werden“, berichtet Franz Sitzmann, „in Deutschland ist jeder Arzt dazu berechtigt. In Spanien ist das Medikament in Apotheken sogar ohne Rezept erhältlich.“ Entsprechend hoch sei dort die Zahl der MRE-Patienten. Die Antibiotikawahl sollte sich nach den kliniktypischen Keimen richten. Welche das sind, zeigt die jährlich veröffentlichte Erregerresistenzstatistik der Krankenhäuser.

Kampf gegen die Keime

Nach einer MRSA-Infektion gilt prinzipiell: Sind drei Abstriche negativ, muss der Patient nicht mehr isoliert liegen. Denn eine Quarantäne, davon ist Sitzmann überzeugt, verläuft nicht immer unproblematisch: „Studien zeigen, dass isolierte Patienten

eine höhere Komplikationsrate haben.“ Der Grund: Die Mitarbeiter gehen seltener in die Zimmer, da sie sich jedes Mal umziehen müssen. Veränderungen im Krankheitsverlauf könnten dadurch übersehen werden.

„Würden wir die Standardhygiene konsequent einhalten, müssten wir die Patienten nicht mehr isolieren“, konstatiert Rolf Prions. Diese sieht zum Beispiel vor, dass das Personal bei jedem Patienten – egal ob MRE-positiv oder nicht – bei körpernahen Tätigkeiten eine Schürze über der Dienstkleidung trägt. Selbstverständlich gehört auch eine gezielte Flächendesinfektion und ein bewusster Einsatz von Schutzhandschuhen dazu. Das A und O ist eine gründliche Händedesinfektion – vor und nach jedem Patientenkontakt. Denn dass Keime von Patient A an Patient B und C übertragen werden, geschieht meist über die Hände des Personals. „Im Klinikalltag lässt sich das alles leider nicht immer umsetzen“, bedauert Prions. „Oft herrscht Personalmangel, und die Mitarbeiter sind überlastet. Viele Stationen setzen zudem Leiharbeiter ein, die nicht die Kenntnisse des Stammpersonals haben, das regelmäßig geschult wird.“ Der Experte rät, den Fokus auf die fünf Indikationen der Händedesinfektion zu legen. Dazu gehören alle aseptischen Tätigkeiten wie Verbandwechsel oder das Legen eines Katheters.

Vor drei Jahren wurde die „Aktion Saubere Hände“ ins Leben gerufen. Fortbildungen, Poster und Broschüren sollen die

Kollegen für eine gründlichere Händedesinfektion sensibilisieren. Über 750 Krankenhäuser haben sich bisher an der Aktion beteiligt. Seit 2011 holt eine zweite Kampagne nun auch Pflegeheime und den ambulanten Bereich mit ins Boot.

Viele Kliniken arbeiten zudem mit einem System zur kontinuierlichen Überwachung („Surveillance“) von nosokomialen Infekten: Mehr als 800 beteiligen sich am „Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System“, kurz: KISS. Dieses liefert Daten zur Häufigkeit der Infektionen und den Keimen. Beobachtet werden vor allem Intensivstationen, wo das Risiko für eine Infizierung besonders hoch ist. Das Ziel dieser systematischen Erfassung, Analyse und Bewertung der Daten ist es, die Zahl der Klinikinfektionen langfristig zu senken.

Mehr Hygienefachkräfte für Kliniken

Mit dem neuen Klinikhygienegesetz ändert sich aber noch mehr: So müssen die Länder künftig verbindliche Hygieneverordnungen erlassen. Bisher gibt es diese nur in sieben Bundesländern. Die Krankenhäuser sind zudem verpflichtet, Hygienefachkräfte einzustellen, also Pflegenden, die eine zusätzliche Weiterbildung absolviert haben. Nach Schätzungen des Ministeriums müssen in den Ländern, die bisher keine Verordnung haben, mehr als 400 Hygienefachkräfte eingestellt werden. „Sonst können die Präventivmaßnahmen nicht effektiv umgesetzt werden“, sagt Franz Sitzmann. „Wir brauchen geschultes Personal, um die Mitarbeiter anzuleiten und zu beraten. Dass es in vielen Kliniken daran mangelt, ist ein Qualitätsdefizit.“ Mit ausgefeilteren Hygieneregeln ließen sich etwa zwanzig bis dreißig Prozent der nosokomialen Infektionen vermeiden. „Wenn solche Experten auf den Stationen stärker präsent sind, werden die Kollegen automatisch wachsamer“, so die Einschätzung von Rolf Prions. „Es ist aber wichtig, dass sie nicht nur eine Alibifunktion haben, sondern auch die Kompetenz, sich durchzusetzen.“

Julia Maier

CNE.INFO

CNE.online

Kennen Sie unsere CNE Dossiers? Klicken Sie sich durch das **neue Dossier „Hygiene“** unter: www.thieme.de/cne/inhalte/wissenspool/dossiers
 Das ist aber noch nicht alles: Die aktualisierte Pflichtfortbildung sowie Infos zur Weiterbildung „Fachpfleger Hygiene“ finden Sie unter:
www.thieme.de/cne/magazin