

In Altenheimen ebenso häufig vertreten wie in Krankenhäusern

Präventionsstrategien zielen auf Einhaltung von Hygienemaßnahmen und eine bessere Zusammenarbeit der Beschäftigten im Gesundheitswesen.

Methicillin-resistente Staphylokokken (MRSA) sind weltweit gefürchtete Erreger von nosokomialen Infektionen. Aufgrund ihrer Multiresistenz sind sie schwer zu therapieren und haben eine ausgeprägte Neigung, sich in klinischen Einrichtungen epidemisch zu verbreiten. Waren im Jahr 1990 nur 1,7 Prozent der im Krankenhaus nachgewiesenen *Staphylococcus aureus*-Stämme resistent gegen Methicillin/Oxacillin (1, 2), so stieg ihr Anteil 2001 auf circa 20 Prozent (3).

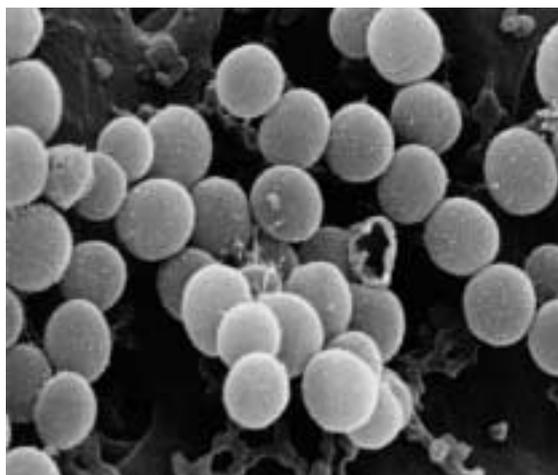
Auch aus Alten- und Altenpflegeheimen wird über das Vorkommen von MRSA berichtet (12–19). Insbesondere aus den USA gibt es Daten über eine dramatische Zunahme dieser Infektionen (20). Dabei sind besonders Pflegeheime betroffen, die mit Krankenhäusern der Maximalversorgung zusammenarbeiten. Aus Unwissenheit über den Umgang mit MRSA-besiedelten Heimbewohnern besteht in Deutschland bei Rückverlegungen von Senioren aus Kliniken in Alten- und Pflegeheime große Verunsicherung. Diese hat in einigen Fällen auch zur Verweigerung der Aufnahme geführt.

Ausbildung zur Hygienefachkraft in Altenheimen

Wegen der zunehmenden Bedeutung von MRSA in Krankenhäusern einerseits und der geringen Datenbasis auf diesem Gebiet andererseits hat das Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (Iögd) NRW in Münster eine Studie zum Vorkommen von MRSA in nordrhein-westfälischen Alten- und Altenpflegeheimen durchgeführt, um darauf aufbauend Empfehlungen zur Verhütung der Weiterverbrei-

tung von MRSA zu entwickeln. Unter Beteiligung von 21 Gesundheitsämtern (von 54) und 61 Altenheimen (von 1 724) konnten 1 057 Bewohner (von 155 376) und 193 Pflegekräfte auf freiwilliger Basis in die Studie einbezogen werden.

Zu den Ergebnissen: Bei bisher üblicher Berechnung (MRSA-bezogen auf



Staphylococcus aureus: Der Name ist abgeleitet aus dem griechischen Wort „staphylos“ für Weintraube.

die untersuchte Bewohnerzahl) beträgt die MRSA-Prävalenz 3,0 Prozent – und damit in der Größenordnung wie die Ergebnisse überregionaler Studien.

Wird als Bezugsgröße aber die mit-untersuchte *S. aureus*-Besiedlung herangezogen – wie das ähnlich auch bei MRSA-Prävalenzberechnungen im Krankenhaus geschieht, die bei der hier untersuchten Personengruppe bei fast 50 Prozent liegt –, verdoppelt sich die MRSA-Prävalenz auf 6,3 Prozent. Auch dieser MRSA-Anteil erscheint noch vergleichsweise niedrig.

Betrachtet man aber die verschiedenen Untergruppen, so errechnen sich MRSA-Prävalenzen von 11,2 Prozent

bei Harnwegskatheträgern, von 15,4 Prozent bei Bewohnern mit Operationen oder von 16,7 Prozent an *Ulcus cruris* erkrankten Bewohnern. Es werden durchaus MRSA-Prävalenzen ähnlich wie im Krankenhaus erreicht.

Das Risiko Harnwegskatheter ist dabei als einziges signifikant. Hier liegt das Risiko, einen MRSA zu erwerben, fast dreimal so hoch wie bei Bewohnern ohne Harnwegskatheter (23). Keine Unterschiede bezüglich der MRSA-Prävalenzen ergaben sich in dieser Studie bei der Unterbringung in Einzel- und Mehrbettzimmern, bei Grundkrankheiten wie Diabetes, Ekzem, zerebralen Durchblutungsstörungen oder bei Risikofaktoren, zum Beispiel akuter Infektion, offenen Wunden et cetera.

Bei der überwiegenden Anzahl der 32 MRSA-Nachweise handelte es sich um Einzelfälle von besiedelten Personen. Nach Mupirocin-Nasensalbenbehandlung waren bei besiedelten und infizierten Bewohnern die Nasen-Rachen-Ergebnisse negativ.

Von den 193 untersuchten Pflegekräften war nur eine Person mit demselben MRSA-Typ positiv, wie ein Heimbewohner, der auch von dieser Pflegekraft betreut wurde. Bei den übrigen Pflegekräften konnte MRSA nicht nachgewiesen werden.

Nach den Ergebnissen der Studie kann festgestellt werden, dass die MRSA-Prävalenzen in Alten- und Altenpflegeheimen nicht viel niedriger liegen als in Krankenhäusern (24, 25). Die Tatsache, dass von 32 MRSA-Nach-

weisen nur drei Bewohner mit MRSA infiziert waren, wovon nur einer bekannt war, die übrigen 29 nur Besiedlungen darstellten, und dass es in keinem Fall zu einer Weiterverbreitung über zwei Personen hinaus kam, spricht dafür, dass die in den beteiligten Einrichtungen durchgeführten Hygienemaßnahmen ausreichten, um Kleinraum-epidemien zu vermeiden.

Die Besiedlung mit MRSA bedeutet aber für einen abwehrgeschwächten Bewohner bei Hinzukommen weiterer Risikofaktoren eine Gefährdung, dass aus dem asymptomatischen Trägertum möglicherweise eine Infektion entsteht. Daher sollte bei Kenntnis eines Trägertums eine Sanierung – besonders auch in Hinblick auf eine spätere Krankenhauseinweisung des Bewohners – angestrebt werden.

Da der Anteil alter Menschen an der Gesamtpopulation steigt, müssen auch die Beschäftigten von Alten- und Altenpflegeheimen Kenntnisse über MRSA erwerben und Präventionsstrategien beachten. Um dieses Ziel zu erreichen, müssen alle Beteiligten im Gesundheitswesen zusammenarbeiten. Das Krankenhaus muss das Altenpflegeheim und das Krankentransportunternehmen informieren, wenn bei Verlegung ein Patient noch MRSA-infiziert beziehungsweise -besiedelt ist. Genauso muss das Altenheim das Krankenhaus über eine bestehende MRSA-Besiedlung in Kenntnis setzen, wenn ein Bewohner ins Krankenhaus eingewiesen werden muss.

Bei gehäuftem Auftreten von MRSA-Infektionen (ab zwei Fällen) sollte eine molekularbiologische Typisierung erfolgen. Bei molekularbiologisch identischen Stämmen muss auch das Altenheim diese nosokomialen Infektionen an das Gesundheitsamt melden (Infektionsschutzgesetz IfSG § 6 [3]), damit das Gesundheitsamt das Altenheim bei der Durchführung der Maßnahmen berät, die eine Weiterverbreitung verhindern.

Außerdem sind nach § 36 IfSG innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Infektionshygiene in einem Hygieneplan festzulegen, also auch Verfahrensweisen bei Auftreten von MRSA. Alle pflegerischen Maßnahmen sollten so durchgeführt werden, dass MRSA und damit

auch andere multiresistente Keime von einem potenziellen Träger nicht übertragen werden können.

Die Einführung der Ausbildung zur Hygienefachkraft in der Altenpflege in NRW trägt dieser Situation Rechnung. Aber es muss auch zu intensivem Hygienebewusstsein der übrigen Altenpflegemitarbeiter kommen. Außerdem muss ein System in Altenheimen etabliert werden, das es ermöglicht, mit multiresistenten Erregern kolonisierte beziehungsweise infizierte Bewohner zentral bei der Pflegedienstleitung oder bei einem der behandelnden Hausärzte zu erfassen.

Ohne eine solche zentrale Erfassung bleibt es dem Zufall überlassen, ob eine sich ausbreitende MRSA-Infektion erkannt beziehungsweise die MRSA-Epidemie viel zu spät erkannt wird, und zwar erst dann, wenn sie aufgrund der hohen Fallzahlen nicht mehr zu übersehen ist.

Um eine Weiterverbreitung von MRSA wirksam zu verhindern, ist die Einhaltung von Basishygienemaßnahmen die wichtigste Voraussetzung. Für Krankenhäuser gibt es bereits Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle aus dem Robert Koch-Institut (26). Dessen Anwendung ist in Alten- und Altenpflegeheimen nicht in vollem Umfang praktikabel und auch nicht erforderlich. In Alten- und Altenpflegeheimen sind die Lebensverhältnisse ganz anders.

Bei Auftreten von MRSA muss das gesamte Personal des Heimes infor-

miert und aktuell über den Umgang mit MRSA-Trägern geschult werden. Bei Einzelfallvorkommen von MRSA in Heimen sind wenige Basishygienemaßnahmen erforderlich (27). Mobile Bewohner können am Gemeinschaftsleben teilnehmen, wenn Hautläsionen verbunden und gut abgedeckt sind.

Die MRSA-tragenden Bewohner sollten angeleitet werden, sich gründlich die Hände zu waschen, insbesondere vor dem Essen, nach dem Toilettengang, sowie regelmäßig zu duschen oder zu baden.

Sanierungsmaßnahmen

Bei häufigem Auftreten (ab zwei Personen) von MRSA in einem Alten- oder Pflegeheim sind weitere Kontrollmaßnahmen angezeigt. Dazu gehört auch die Sanierung von Bewohnern und Personal. Eine im Krankenhaus begonnene Therapie oder eine Sanierung mit Mupirocin-Nasensalbe (Turixin) soll nach Anweisung des Krankenhauses unter ärztlicher Kontrolle zu Ende geführt werden. Sanierungsmaßnahmen (fünftägiger Sanierungszyklus mit Mupirocin-Nasensalbe, möglichst Rachensanierung und Ganzkörperwaschungen inklusive Haarwäsche mit antiseptisch wirkenden Seifen) sind nach Rücksprache mit dem behandelnden Arzt in Hinblick auf eine spätere Krankenhauseinweisung und die Verbreitungsgefahr im Heim empfehlenswert.

Anschrift der Verfasserin:

Dr. med. Barbara Neuhaus

Dezernatsleiterin

5.2 Hygiene in Krankenhäusern und

anderen Einrichtungen

Landesinstitut für den

Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW

Von-Stauffenberg-Straße 36, 48151 Münster

Mitautoren:

Dipl.-Phys. Nikolaus Bocter

Dipl.-Ing. Christine Braulke

Dr. med. Dagmar Heuck

Prof. Dr. rer. nat. habil. Wolfgang Witte



Das Literaturverzeichnis im Internet: www.aerzteblatt.de/lit4503 – dort auch eine Langfassung des Beitrages unter www.aerzteblatt.de/plus4503

Einzelheiten zu den Hygienemaßnahmen können im Internet unter www.loegd.nrw.de abgerufen werden.