



## Informationsblatt 7

Stand 01/2013

### MRSA

#### 1. Der Erreger

##### Synonyme:

- MRSA
  - Methicillin – resistenter staphylococcus aureus
  - Multi – resistenter staphylococcus aureus
  - Mehrfach – resistenter staphylococcus aureus
- ORSA
  - Oxacyllin – resistenter staphylococcus aureus
- EMRSA
  - Epidemischer multi– resistenter staphylococcus aureus

MRSA zählt als Bakterium zu einem häufigen Erreger von Infektionen in medizinischen Einrichtungen (= nosokomiale Infektion). Da der Erreger gegenüber einer Vielzahl von Antibiotika unempfindlich ist, gestaltet sich die Behandlung bei Erkrankten langwierig und schwierig.

MRSA lebt zum Beispiel in der Luft, auf der Haut und den Schleimhäuten, auf dem Kittel und vielen anderen mehr und ist durch seine außerordentliche Überlebensfähigkeit charakterisiert. Das Bakterium kann bei einer durchschnittlichen Zimmertemperatur und Luftfeuchtigkeit bis zu 6 Monate überleben. Einer Temperatur von 80°C hält MRSA sogar 15 Minuten lang stand.

##### Infektionsreservoir

**Allgemein:** Patient, medizinisches und Pflegepersonal, Krankenhaus (Intensivstation, Dialyse, Verbrennungsstation), Pflegeheime, häusliche Umgebung

**Umgebung:** Matratzen, Bettgestell, Nachttisch, Türgriffe, auftragbare Medikamente (Salben), Klimaanlage, Badräume, Waschschüssel, Wäsche, Kittel, Gebiss, Zahnputzutensilien

**Patient:** Nasenvorhof, Mund/ Rachen, Stirn, Haare, Leiste, Achsel, Perineum, Hautwunden, Kathetereintrittsstellen

**Personal:** Nasenvorhof, Hautläsionen

##### Übertragungswege

###### direkter Kontakt

- Hände des Personals
- Patienten, Mitbewohner
- mit MRSA besiedelte Umgebung

###### Luft

- von Ausscheidern
- Klimaanlage

Nicht jeder MRSA- Befall führt zu einer Infektion bzw. Erkrankung. Erkrankungen treten zum Beispiel als Harnwegsinfektionen, Lungenentzündungen oder Hautinfektionen auf.

**In Krankenhäusern** entwickeln nur 30- 60% der MRSA- Patienten eine Infektion.

**In Pflegeheimen** tritt MRSA nur bei maximal 3% der Bewohner auf.

**Im häuslichen Milieu** verliert sich der Keim.

#### 2. Risikogruppen

**begünstigende Umstände:** längerer Krankenhausaufenthalt, ältere Patienten mit eingeschränkter Mobilität, Immunschwäche, Dialyse, Diabetes mellitus, Offene Wunden, Operationen, Katheter, u. a. Fremdkörper

**Personal entwickelt bei intaktem Immunsystem keine Infektionskrankheit durch MRSA.**

**infektionsgefährdetes Personal:** Diabetiker, immunschwache Beschäftigte,

Dialysepflichtige, Beschäftigte mit Hautverletzungen, Beschäftigte mit Fremdkörpern

### **3. Diagnostik**

Bei dem Verdacht auf eine MRSA- Besiedlung oder MRSA- Infektion muss eine gezielte **Untersuchung des Patienten** erfolgen. So ist bei Wundinfektionen ein entsprechender Wundabstrich nötig. Auch Fremdkörper wie Katheter, Kanülen, Sonden müssen bei Verdacht auf den Erreger untersucht werden.

Lässt sich unter den angezüchteten Bakterienstämmen MRSA eindeutig nachweisen, wird dies vom Labor unverzüglich an den behandelnden Arzt weitergeleitet. Zusätzlich wird im Labor getestet, mit welchem Antibiotikum effektiv behandelt werden kann.

Bei Personal kann ein Nasenschleimhautabstrich Aufschluss über eine MRSA- Besiedlung geben. Eine **Untersuchung des Personals** als routinemäßiges Screening ist jedoch nicht empfohlen.

### **4. Therapie**

Die strikte Einhaltung der Hygienegrundregeln gemäß den Empfehlungen des Robert- Koch- Institutes (RKI) und praxisinterner Regelungen ist die entscheidende Grundlage einer erfolgreichen Therapie.

Die spezielle Therapie des Patienten oder des Personals richtet sich nach dem Befund zum MRSA- Befall sowie nach Art und Ausmaß der Infektionserkrankung.

Bei einer Besiedlung der Nasenschleimhaut kommt als Nasensalbe MUPIROCIN ® 3x täglich über 5 Tage zur Anwendung. Mit antiseptischen Mund- und Rachenspülungen sowie täglichem Duschen mit antiseptischer Seife können weitere MRSA- besiedelte Haut- oder Schleimhautbereiche erfolgreich behandelt werden. 3 Tage nach Beendigung der Therapie wird der Behandlungserfolg durch Nasenabstriche kontrolliert. Dazu müssen 3 Abstriche jeweils im Abstand von 2 Tagen negativ sein.

Infektionserkrankungen wie zum Beispiel Harnwegsinfekte, Hautinfektionen oder Lungenentzündungen müssen mit Antibiotika behandelt werden.

### **5. Hygieneempfehlungen**

Die strikte Einhaltung von Standardhygienemaßnahmen hat oberste Priorität. Bei der Patientenbehandlung sind Einmalhandschuhe sowie ein Einmal- oder patientengebundener Schutzkittel und Mundschutz zu tragen. Nach Kontakt mit dem Patienten sind die Hände hygienisch zu desinfizieren. An sämtlichen Patientenkontaktflächen der Behandlungseinheit sowie im patientennahen Bereich ist eine Wischdesinfektion anzuwenden. Es dürfen nur solche Desinfektionsmittel angewendet werden, deren Wirksamkeit gegen MRSA nachgewiesen ist. Anfallende Wäsche muss in einem geeigneten Wäschesack gesammelt und desinfizierend gewaschen werden. MRSA- kontaminierter Abfall ist gemäß TRBA 250 und dem Abfallschlüssel AS 18 01 04 zu entsorgen. Der Müll kann in einem reißfesten, verschlossenen Abfallsack dem öffentlichen Müll zugeführt werden.

MRSA- infiziertes Personal sollte bis zur nachgewiesenen Sanierung keine Patienten behandeln.

### **6. Rechtliche Regelungen**

#### **Meldepflicht bei Auftreten von MRSA**

Das Infektionsschutzgesetz (IfSG) bildet die rechtliche Grundlage, ob eine MRSA- Infektion gemeldet werden muss oder nicht. Gemäß § 6 des IfSG ist nur das gehäufte Auftreten von Infektionen, deren Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet wird, erforderlich. Die Meldung ist in diesem Fall unverzüglich an das zuständige Gesundheitsamt vorzunehmen.

Gemäß § 23 IfSG muss das Auftreten von Krankheitserregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen in der Praxis aufgezeichnet werden.

#### **Berufskrankheit beim Personal**

Gemäß § 202 des SGB VII sind durch den feststellenden Arzt generell der Krankheitsverdacht oder die Diagnose einer Berufserkrankung im Sinne der BKV (Berufskrankheitenverordnung) zu melden.

Kommt es durch die MRSA- Besiedlung zu einer Infektionserkrankung beim Personal, so ist diese durch den feststellenden Arzt der zuständigen Berufsgenossenschaft zu melden und der BK Nummer 3101 „Tätigkeit mit besonderer Infektionsgefahr“ zuzuordnen. Die Berufsgenossenschaft entscheidet nach eingehender Prüfung letztlich,

ob die gemeldete Infektionserkrankung als Berufskrankheit anerkannt wird.