

## **Empfehlungen zur Sanierung von Patient\*innen mit MRSA-Nachweis<sup>1</sup>**

Die MRSA-Sanierung im Sinne einer Dekolonisierung von Körperstellen mit MRSA-Belastung ist grundsätzlich wünschenswert und für die betroffenen Patient\*innen infektionspräventiv sinnvoll,

- zur Senkung der individuellen MRSA-Last der Patient\*innen,
- 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 der betroffenen Person berücksichtigen muss.

### **Wen sanieren?**

- MRSA-Kolonisation von Patient\*innen mit Risikofaktoren (z. B. noch nicht infizierte chronische Wunde, Immunsuppression durch Grunderkrankung oder medizinische Therapie)
- MRSA-Kolonisation von Patient\*innen 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 Patient\*innen mit erhöhtem Übertragungsrisiko für Kontakt-Personen (z. B. Dialyse, wiederholte Krankenhausaufenthalte)

### **Welche sanierungshemmende 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)
- liegende Medizinprodukte (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.

---

<sup>1</sup> Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut (RKI). Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus-Stämmen (MRSA) in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen. Bundesgesundheitsbl 2014; 57:696-732.

## Wie sanieren?

Initial ist der Besiedelungsstatus der Prädilektionsstellen für einen MRSA-Nachweis zu überprüfen. Die Sanierung erfolgt als antiseptische Ganzkörperwaschung über mindestens fünf Tage unter Mitbehandlung der Nasenvorhöfe, des Rachens und wenn vorhanden von Wunden, Device-Eintrittsstellen (z. B. Tracheostoma, PEG-Insertion) mit geeigneten Produkten.

### 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. Octenidin 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

Zusätzlich zur Standardsanierung wird eine Desinfektion der patient\*innennahen 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 Deo-Roller ist zu vermeiden. Einmalartikel können zur Umsetzung vorteilhaft sein.

Patient\*innen zur Händedesinfektion anleiten und diese regelmäßig durchführen lassen. MRSA-Kits können die Maßnahmen der Dekolonisierung und der Desinfektion der patient\*innennahen Umgebung erleichtern.

#### 6. und 7. Tag:

Pause nach Abschluss dieser Sanierungsmaßnahmen

#### Sanierungskontrolle im Krankenhaus am 8., 9. und 10. Tag:

Mikrobiologische Kontroll-Abstriche von Nasen-Vorhöfen, Rachen, Leiste und anderen vorher nachweislich besiedelten Bereiche wie z. B. Wunde, Device-Eintrittsstelle. Ein Sanierungserfolg besteht, wenn MRSA bei diesen 3 Kontrollreihen in allen Abstrichen nicht mehr nachgewiesen wird.

### **Sanierungskontrolle im ambulanten Bereich (Arztpraxis, Pflegeheim):**

Es wird zunächst nur eine Serie von Kontroll-Abstrichen zeitnah nach Beendigung der Dekolonisierungsmaßnahmen empfohlen. Falls MRSA dabei nicht mehr nachgewiesen wird, besteht „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. Falls MRSA bei diesen 3 Kontrollreihen in allen Abstrichen nicht mehr nachgewiesen wird, besteht ein „Langzeit-Sanierungserfolg“ und die Sanierungsbehandlung ist abgeschlossen. Muss eine ambulant vorläufig oder abgeschlossen erfolgreich dekolonisierte Person im Krankenhaus stationär aufgenommen werden, ist aber über die MRSA-Anamnese zu berichten und zeitnah, möglichst noch prästationär, ein MRSA-Screening zu empfehlen.

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 der Person austesten lassen
- sanierungshemmende Faktoren analysieren und minimieren bzw. beseitigen
- bei ambulanter/häuslicher Sanierung Kontaktpersonen/ Mitbewohner\*innen 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 Begleittherapie mit systemischen Antibiotika erwogen werden. Dazu sollte eine Beratung durch eine mit der MRSA-Dekolonisierung erfahrene Arzt-Person angestrebt werden.