

MRSA-eine Handreichung für Hausärzte

Teil 1: Diagnostik

AWMF-Registernr. 053/034a
Klasse S1

Autoren: Brigitte Fassbender, Claudia Rösing, Klaus Weckbecker

Paten: Erika Baum, Detmar Jobst

Konzeption und wissenschaftliche Redaktion: M. Scherer, C. Muche-Borowski,
A. Wollny

Autorisiert durch das DEGAM-Präsidium

Stand: 09/2013

Gültig bis: 09/2018

Für die Aktualisierung sind die Autoren und Paten verantwortlich.

Interessenkonflikte wurden mit dem AWMF-Formblatt eingeholt. Nach Bewertung durch ein Gremium der SLK wurden keine Interessenkonflikte festgestellt.

Schlüsselwörter: DEGAM, S1, MRSA, Diagnostik, Abstrich

MRSA – eine Handreichung für Hausärzte

Teil 1: Diagnostik

Einleitung

Generell muss zwischen einer Kolonisation und einer Infektion mit Methicillin-resistentem Staphylococcus aureus (MRSA) unterschieden werden.

Kolonisation: Wachsen und Persistieren von MRSA nach Kontamination auf der Haut oder Schleimhaut eines Menschen.

Infektion: entzündliche Reaktionen mit weiteren Symptomen durch MRSA.

Zu den Risikofaktoren für eine MRSA-Kolonisation gehört auch die Antibiotikatherapie – der sparsame und differenzierte Einsatz von Antibiotika ist daher von großer Bedeutung.

Mit MRSA kolonisierte Menschen haben ein erhöhtes Risiko, eine Infektion durch MRSA zu erleiden. Häufig entstehen dann schwere Infektionen wie Pneumonien und Weichteilinfekte (1, 2)

Meist erfolgt die Übertragung von MRSA im Krankenhaus (Hospital-acquired = HA-MRSA). In den letzten Jahren wurden weltweit auch Fälle von ambulant erworbenen MRSA-Infektionen (Community-acquired = Ca-MRSA) registriert (3, 4). Bei Haut- und Weichteilinfektionen wie Furunkeln oder nekrotisierender Faszitis muss an Ca-MRSA gedacht werden (5).

Epidemiologie / Versorgungsproblem

In Deutschland ist der MRSA-Anteil bei Infektionen seit 1990 von 3% auf 20 % gestiegen. Um eine weitere Ausbreitung zu verhindern bedarf es einer gemeinsamen Anstrengung von stationärer und ambulanter medizinischer Versorgung (3, 6). Eine Meldepflicht besteht für MRSA nicht.

Die meisten MRSA-Übertragungen erfolgen im Krankenhaus. Ein Teil dieser Übertragungen bleibt unbemerkt, so dass diese Patienten nach ihrer Entlassung für eine weitere Verbreitung des resistenten Keimes sorgen können. Die Aufdeckung dieser unerkannten Träger durch den Hausarzt ist daher von entscheidender Bedeutung, um den Kreislauf der MRSA-Verbreitung zu unterbrechen.

Während des Krankenhausaufenthaltes kann eine begonnene Sanierung meist nicht abgeschlossen werden, daher fällt die Fortführung der Therapie in den Aufgabenbereich des Hausarztes.

Einteilung in Risikogruppen

Wird ein Patient aus dem Krankenhaus entlassen, so fällt der Hausarzt die Entscheidung ob Abstriche zur Diagnostik von MRSA erfolgen sollen. Grundlage der Entscheidung ist die Einteilung der Patienten in Risikogruppen, wie sie umseitig schematisch dargestellt ist.

Insbesondere die Risikogruppe 2 verdient die Aufmerksamkeit des Therapeuten: trotz geringer Wahrscheinlichkeit sind in dieser Gruppe symptomfreie Träger zu finden, deren Behandlung entscheidend zur Eindämmung der MRSA-Verbreitung beitragen kann. (7, 8)

Diagnostik

Zum Nachweis oder zum Ausschluss einer MRSA-Besiedelung werden bei Patienten der Risikogruppe 1 und 2 nach Entlassung aus dem Krankenhaus Abstriche entnommen:

mit einem sterilen Tupfer je ein Abstrich aus beiden Nasenvorhöfen, dem Rachen, ggf. aus Wunden oder Kathetereintrittsstellen. Bei trockenen Entnahmestellen ist der Tupfer vorher steril anzufeuchten.

Bei Ekzemen oder zur Kontrolle eines Vorbefundes können Abstriche an weiteren Stellen notwendig sein.

Der Abstrich zur Kontrolle des Sanierungserfolges erfolgt nach einer Behandlungspause von mindestens 48 Std., um falsch negative Ergebnisse auszuschließen. Nach negativem Ergebnis gilt der Patient als vorläufig saniert, die MRSA-spezifischen Hygienemaßnahmen können beendet werden.

Nach Abschluss einer Sanierung werden zweimalig Kontrollabstriche entnommen: nach 3-6 Monaten und nach 12 Monaten. Erst danach gilt der Patient als endgültig saniert. (9) Patienten mit geringem Risiko (Gruppe 3 + 4) erhalten keinen Screening-Abstrich. (8)

Hygienemaßnahmen in der Praxis

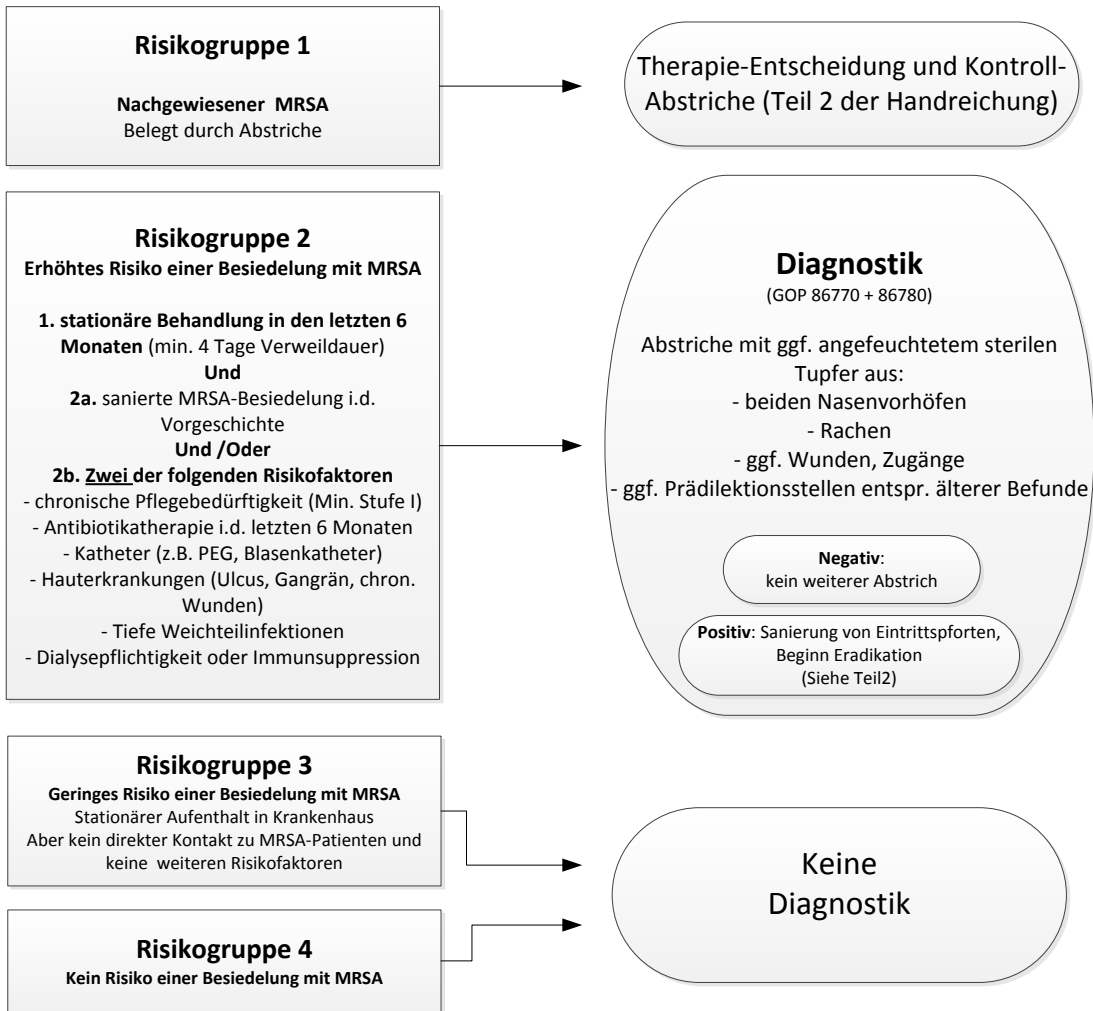
Die Händedesinfektion und die Wischdesinfektion patientenberührter Flächen sind die wichtigsten Maßnahmen in der Praxis. Transportpersonal und weiterbehandelndes Personal sollten immer informiert werden.

Therapie

Bei Nachweis von MRSA sollte wenn möglich eine Sanierung begonnen werden. Auch wenn in manchen Fällen eine Sanierung nicht sinnvoll ist müssen bei bekanntem Trägerstatus Hygienerichtlinien eingehalten werden, die eine Verbreitung unterbinden.

Für genauere Informationen zur Therapie verweisen wir auf die Handlungsempfehlung „MRSA- Teil 2: Therapie“.

Bitte informieren Sie sich auch zu anderen multiresistenten Erregern bei Ihrem regionalen MRE-Netzwerk



Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung

Hygienemaßnahmen in der Arztpraxis

Die hygienische Händedesinfektion und die Wischdesinfektion handberührter Flächen in der Patientenumgebung sind die wichtigsten Maßnahmen in der Praxishygiene. Eine Isolierung des Patienten oder generelles Anziehen von Schutzkleidung sind nicht erforderlich. Einmalhandschuhe ersetzen nicht die Händedesinfektion sondern schützen vor Verschmutzungen z.B: beim Verbandwechsel. Bei Manipulationen der besiedelten Regionen mit Spritzgefahr müssen zusätzlich Schutzkittel und Mundschutz getragen werden.

Abrechnung von MRSA-Kontrollabstrichen

Voraussetzung zur Abrechnung von MRSA-Diagnostik ist eine Zertifizierung des Hausarztes. Diese kann bei der KBV online vorgenommen werden. (<http://www.kbv.de/mrsa-ebm.html>)
Unter Anderem können diagnostische Abstriche bei Verdacht auf MRSA-Besiedelung oder –Infektion, die Beratung und Behandlung von MRSA-Besiedelten oder infizierten Patienten sowie Kontroll-Abstriche abgerechnet werden.
(Anpassung und Ergänzung der Vergütungsvereinbarung der KBV, zunächst befristet bis 31.3.14)

Autoren: B. Fassbender, C. Rösing, K. Weckbecker

Stand 2013 © DEGAM www.degam-leitlinien.de

DEGAM Leitlinien

Hilfen für eine gute Medizin

Literatur

1. Datta R, Huang SS. Risk of Infection and Death due to Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus* in Long-Term Carriers. *CLIN INFECT DIS* 2008; 47(2):176–81.
2. Huang SS, Platt R. Risk of Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus* Infection after Previous Infection or Colonization. *CLIN INFECT DIS* 2003; 36(3):281–5.
3. RKI. RKI - RKI-Ratgeber für Ärzte - Staphylokokken-Erkrankungen, insbesondere Infektionen durch MRSA
4. Kluytmans-Vanden Bergh M, Kluytmans JAJW. Community-acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: current perspectives
5. DIEDEREN B, Kluytmans J. The emergence of infections with community-associated methicillin resistant *Staphylococcus aureus*. *Journal of Infection* 2006; 52(3):157–68.
6. Muto CA, Jernigan JA, Ostrowsky BE, Richet HM, Jarvis WR, Boyce JM et al. SHEA Guideline for Preventing Nosocomial Transmission of Multidrug-Resistant Strains of *Staphylococcus aureus* and *Enterococcus*. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2003; 24(5):362–86.
7. Infection Prevention Working Party. MRSA Hospital; 2007.
8. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). MRSA in der Praxis – Suchen, Finden und Sanieren!: Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV); 2012.
9. Arbeitskreis Krankenhaus und Praxishygiene der AWMF. Maßnahmen beim Auftreten multiresistenter Erreger; 2012

		Brigitte Fassbender	Klaus Weckbecker	Claudia Rösing	Erika Baum	Detmar Jobst
1	Berater- bzw. Gutachtertätigkeit oder bezahlte Mitarbeit in einem wissenschaftlichen Beirat eines Unternehmens der Gesundheits-wirtschaft (z.B. Arzneimittelindustrie, Medizinproduktindustrie), eines kommerziell orientierten Auftrags-instituts oder einer Versicherung	nein	ja Essex (wiss. Beirat für nicht interventionelle Beobachtungsstudien)	nein	nein	nein
2	Honorare für Vortrags- und Schulungstätigkeiten oder bezahlte Autoren- oder Co-Autorenschaften im Auftrag eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	nein	ja Schulung MFA für DG für Suchtmedizin	nein	nein	ja Jährlich je einmal ein vergüteter Vortrag über 1,5 bis 3 Std. über Phytotherapie in der Allgemeinpraxis im Rahmen von Ärztefortbildungen.
3	Finanzielle Zuwendungen (Drittmittel) für Forschungsvorhaben oder direkte Finanzierung von Mitarbeitern der Einrichtung von Seiten eines Unternehmens der Gesundheits-wirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	nein	ja Für Vortrag Suchtmedizin / Schwanger-schaft	nein	nein	nein
4	Eigentümerinteresse an Arzneimitteln/Medizinprodukten (z. B. Patent, Urheberrecht, Verkaufslizenz)	nein	nein	nein	nein	nein
5	Besitz von Geschäftsanteilen, Aktien, Fonds mit Beteiligung von Unternehmen der Gesundheitswirtschaft	nein	nein	nein	nein	nein
6	Persönliche Beziehungen zu einem Vertretungsberechtigten eines Unternehmens Gesundheitswirtschaft	nein	nein	nein	nein	nein
7	Mitglied von in Zusammenhang mit der Leitlinienentwicklung relevanten Fachgesellschaften/Berufsverbänden, Mandatsträger im Rahmen der Leitlinienentwicklung	nein	ja DGS, DEGAM, Hausärzte-verband	nein	ja DEGAM, SLK der DEGAM, Hausärzteeverband, Ärztinnenverband, Sportärzteeverband	ja Dts. Gesellschaft für Naturheilkunde (DGNHK)
8	Politische, akademische (z.B. Zugehörigkeit zu bestimmten „Schulen“), wissenschaftliche oder persönliche Interessen, die mögliche Konflikte begründen könnten	nein	nein	nein	ja Verfechterin evidenzbasierter Medizin, akademische Allgemeinmedizin	nein
9	Gegenwärtiger Arbeitgeber, relevante frühere Arbeitgeber der letzten 3 Jahre	Uni-Klinikum Bonn, Institut für Hausarzt-medicin	Selbstständig in eigener Praxis	Hygieneinstitut der Uni-Klinik Bonn; St. Franziskus KH, Eitorf (bis 2011)	Selbstständige Vertragsärztin, Uni-Marburg	Selbstständig, zusätzl. 1/5-Stelle als W3-Professor Univ. Bonn seit 2011