

Umgang MRSA/ORSA in Senioren- und Pflegeheimen

MRSA in nursing home

Multimorbide nursing home patients are often colonised with multiresistant bacterial strains such as MRSA (methicillin resistant Staphylococcus aureus).

Therefore, a detailed hygiene concept becomes increasingly more important in such facilities to prevent transmission of these organisms. In Osnabrück a working group has established recommendations for handling patients infected or merely colonized with MRSA. These recommendations have been implemented in several nursing homes in the area.

Main features are isolation, hand antiseptics, protective gowns, elimination of the colonisation and routine microbiology controls. The hygiene concept will be presented in the lecture.

Schlüsselwörter: MRSA, Altenpflege, Hygienestandard, Altenheim, Isolierung

Aufgrund ständig steigender Zahlen jener Menschen, die mit MRSA kolonisiert oder infiziert sind, stehen die Einrichtungen des Gesundheitswesens immer wieder vor neuen Herausforderungen.

Eine Rückverlegung MRSA-kolonisierter Patienten in die Einrichtungen der Altenpflege stellt für viele Krankenhäuser, aber auch für die Altenheime, ein Problem dar. Häufig lehnen Senioren- und Pflegeheime die Übernahme betroffener Patienten ab.

Wesentliche Gründe für diese Problematik sind die Angst der MitarbeiterInnen in den Einrichtungen der Altenpflege vor eigener Kolonisation sowie Unsicherheiten und Ängste bei der Betreuung kolonisierter bzw. infizierter Bewohner. Um dieser Problematik zu begegnen, hat der VHD-Arbeitskreis der Hygienefachkräfte Osnabrück (AKO) mit verschiedenen Einrichtungen der Altenpflege aus der Stadt und dem Landkreis Osnabrück eine Arbeitsgruppe gebildet, die sich mit dieser Problematik beschäftigt. Der erste Schwerpunkt war die Entwicklung eines Hygienemanagements zur Betreuung und Behandlung betroffener Bewohner.

Bei der Erarbeitung des Hygienemanagements wurden verschiedene Schwerpunkte zu Grunde gelegt, welche die in Tabelle 1 definierten Forderungen erfüllen. Diese Schwerpunkte sind in Tabelle 2 aufgeführt. Sie sind übertragbar auf die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität – drei Elemente, die im Rahmen der Qualitätssicherung eine nicht unbedeutende Rolle spielen.

Tab. 2: Schwerpunkte des Managements

- Lückenlose Dokumentation zwischen Heim, Krankenhaus und niedergelassenem Arzt
- Isolierung nasal/tracheal besiedelter Bewohner
- Betreuung der Bewohner, die in Wunden besiedelt sind
- Händehygiene
- Schutzkleidung
- Umgang mit Pflegehilfsmitteln
- Sanierung betroffener Bewohner und Mitarbeiter
- Kontroll-Screening während der Sanierung

Tab.1: Forderungen der Heimleitungen

- Ermittlung des MRSA-Status bei Neuaufnahme im Heim
- Einzelzimmer für nasal und/oder tracheal besiedelte Bewohner
- Sanierung positiver Bewohner
- Kontroll-Screening im Rahmen einer Sanierung
- Mitteilung des MRSA-Status bei Rückverlegung aus dem Krankenhaus
- Regelmäßige Schulung der Mitarbeiter
- Bei begründetem Verdacht einer Besiedlung Screening bei Mitarbeitern
- Sanierung mit dazugehörigem Screening bei positiven Mitarbeitern
- Stärkere Einbeziehung und Information der niedergelassenen Ärzte

Dokumentation

Um den Informationsaustausch zwischen Heim und Krankenhaus und umgekehrt zu gewährleisten, wenn positive Bewohner oder Patienten verlegt/rückverlegt werden, wurde ein Informations- bzw. Dokumentationsbogen erstellt. Angegeben werden neben den persönlichen Daten des Patienten/Bewohners durchgeführte Abstriche und deren Ergebnis, bereits eingeleitete Sanierungsmaßnahmen und (wenn vorhanden) das Ergebnis einer Typisierung.

Zur Dokumentation der im Pflegeheim durchgeführten Kontrollabstriche wurde ein Nachweisprotokoll erstellt. In diesem Protokoll werden alle durchgeführten Abstriche und deren Ergebnis dokumentiert. Nach erfolgter Sanierung wird das Protokoll in die Pflegedokumentation des Bewohners geheftet.

Ebenso wurde ein Dokumentationsprotokoll für die Durchführung der Sanierung entwickelt. Es wird angegeben, über welchen Zeitraum und mit welchen Mitteln die Sanierung erfolgt ist. Auch dieses Protokoll wird zur Dokumentation nach erfolgreicher durchgeführter Sanierung in die Pflegedokumentation geheftet.

Immer wieder wird von den Hausärzten eine Weiterführung einer im Krankenhaus begonnenen Sanierung mit den entsprechenden Kontrollabstrichen aus Kostengründen abgelehnt. Unter dem Aspekt der Infektionsprävention wurde ein Formblatt mit einer Erklärung entwickelt. Diese Erklärung wird dem Hausarzt vorgelegt, wenn er die Weiterführung der Sanierung ablehnt. Durch seine Unterschrift übernimmt er die volle Verantwortung für alle Folgen, die sich aus einer Ablehnung für den betroffenen Bewohner, den Mitbewohnern und den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen ergeben können.

Wenn ein neuer Bewohner in ein Heim aufgenommen wird, ist es für die Heime von erheblicher Bedeutung, den Ist-Status des neuen Bewohners zu kennen. Aus diesem Grund wurde ein viertes Formblatt erstellt, in dem der Hausarzt dazu angehalten wird, vor der Aufnahme im Pflegeheim ein Screening durchzuführen. Ein positiver Nachweis bedeutet nicht, dass der Bewohner nicht im Heim aufgenommen wird, sondern lediglich den Beginn einer Sanierung im Heim.

Als diese Formblätter erstmalig eingesetzt worden sind, war es schwierig, die niedergelassenen Ärzte von der Notwendigkeit zu überzeugen. Inzwischen ist die Situation jedoch so, dass alle Beteiligten dieses Mehr an Information durchaus zu schätzen wissen.

Isolierung

Bei einem MRSA-Nachweis im Nasen-Rachenraum und /oder auf der Haut wird der Bewohner grundsätzlich in einem Einzelzimmer untergebracht. Es soll jeglicher Kontakt zu Mitbewohnern vermieden werden. In einem persönlichen Gespräch werden der Bewohner und seine Angehörigen über die Situation informiert. Angehörige können den Bewohner besuchen, haben aber auf eine ausreichende Händehygiene zu achten und werden angehalten, keinen engen körperlichen Kontakt zum Bewohner zu haben. Der Bewohner selbst kann zu Spaziergängen das Zimmer verlassen, muss aber dann innerhalb des Heimes einen Mund-Nasenschutz tragen. Beim MRSA-Nachweis in Wunden hat der Bewohner darauf zu achten, dass jeglicher Kontakt zu definierten Bewohnergruppen vermieden wird. Ein Einzelzimmer ist in diesem Fall nicht erforderlich. Ebenso kann der

Bewohner am normalen sozialen Leben im Heim teilnehmen. Dieses gilt aber nur solange, wie ein MRSA nicht nasal und/oder tracheal nachgewiesen werden kann.

Tab. 3: Definierte Bewohnergruppen

- Bewohner mit Dauerkatheter
- Bewohner mit PEG-Sonden
- Bewohner mit Tracheostoma
- Bewohner mit Wunden/Dekubitus
- Bewohner mit Hautekzeme
- Bewohner mit venösen Zugängen
- Chemotherapierte Bewohner

analog der Isolierung im Krankenhaus möglich ist und dies den im Arbeitskreis tätigen Heime keinerlei Probleme bereitet. Auch mit betroffenen Bewohnern und deren Angehörige gab es bisher keine Probleme.

Händehygiene

Die korrekte und ausreichende Händehygiene ist ein wesentliches Element im Umgang mit MRSA-kolonisierten/infizierten Bewohnern. Die Mitarbeiter führen sie bei MRSA-kolonisierten Bewohnern grundsätzlich durch, wenn sie das Zimmer verlassen, ansonsten aber auch bei definierten Tätigkeiten am Bewohner.

Tab. 4: Händehygiene

- Nach einer Grundpflege
- Nach dem Wechsel der Bettwäsche
- Vor/nach Verbandwechsel
- Vor/nach Kontakt mit Kathetereintrittstellen
- Vor/nach der Nahrungsanreicherung

In den Heimen haben einzelne Fortbildungen zu diesem Thema stattgefunden. Für die regelmäßige und richtige Durchführung der Händehygiene wurde ein Hygienestandard entwickelt.

Schutzkleidung

Das Tragen der Schutzkleidung ist abhängig vom Ort der Besiedlung und von der Tätigkeit, die am Bewohner durchgeführt wird. Sie wird getragen bei engem Kontakt zum Bewohner. Dabei kann es sich z.B. um einen Verbandwechsel oder um eine Grundpflege handeln.

Tab. 5: Schutzkleidung

- Nasen-Mundschutz
- Handschuhe
- Kittel

Nasen-Mundschutz und Handschuhe sind Einmalmaterial, der Kittel wird einmal in 24 Stunden über die Wäsche entsorgt.

Pflegehilfsmittel

Alle Pflegehilfsmittel sollen bewohnerbezogen eingesetzt werden. Dies bedeutet, dass sie im Zimmer des Bewohners deponiert werden. Sollte ein bewohnerbezogener Einsatz nicht

möglich sein (z.B. bei einem Lifter), hat nach der Benutzung eine entsprechende Scheuer-Wisch-Desinfektion stattzufinden.

Sanierung und Kontrollabstriche

Eine Sanierung erfolgt analog der Sanierung im Krankenhaus.

Die Dauer der Sanierung beträgt sowohl bei einer nasal-/trachealen Besiedlung, bei einer Hautbesiedlung und bei Besiedlung in Wunden grundsätzlich fünf Tage. In dieser Phase werden keine Kontrollabstriche durchgeführt. Nach den fünf Tagen erfolgt ein Tag Pause. Am 2. Tag nach der Sanierung werden an drei aufeinander folgenden Tagen Kontrollabstriche durchgeführt. Dabei ist zu beachten, dass die Abstriche aus Nase und/oder Rachen am Morgen vor dem Putzen der Zähne durchgeführt werden. Die Abstriche von der Haut erfolgen vor der Grundpflege, dem Baden oder Duschen und Abstriche aus der Wunde werden gemacht, bevor die Wunde im Rahmen des Verbandwechsels mit Antiseptika oder Schleimhautdesinfektionsmittel behandelt wird. Wenn an drei aufeinander folgenden Tagen alle Abstriche der besiedelten/infizierten Bereiche negativ sind, können alle Maßnahmen beendet werden. Wenn dies nicht der Fall ist, erfolgt eine erneute Sanierungsserie mit identischem Ablauf.

Schlussbetrachtung

Die beteiligten Heime haben sehr wohl erkannt, dass die Besiedlung betroffener Bewohner im Heim selbst, aber auch im Rahmen einer Verlegung in ein Krankenhaus, ein nicht zu unterschätzendes Risiko darstellt. Mit Unterstützung der Hygienefachkräfte wollen sie versuchen, Änderungen herbeizuführen und umzusetzen.

Im September 2002 wurde mit einer Studie zum MRSA-Vorkommen in fünf Einrichtungen der Altenpflege begonnen. Die Studie basiert auf drei zentralen Fragen.

Tab. 6: Fragestellungen der Studie

1. Wie hoch ist die Besiedlungsrate bei Bewohnern, Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen?
2. Welchen Einfluss hat ein Krankenhausaufenthalt eines Bewohners auf die Ist-Situation?
3. Wie hoch ist die durchschnittliche Sanierungsdauer bei nasal/trachealer Besiedlung, bei Besiedlung in Wunden und bei Besiedlung auf der Haut?

Die Ist-Analyse ist bereits beendet. Die Ergebnisse werden in einer separaten Publikation vorgestellt. Zu Frage 2 und 3 kann zur Zeit noch kein Ergebnis ermittelt werden, da es sich bei der Studie um eine Langzeitstudie (12 Monate) handelt.

Wesentlicher Faktor ist auch eine optimale Einbeziehung der niedergelassenen

Hausärzte. Einzelne Gespräche mit den Hausärzten haben gezeigt, dass ein relativ großes Informationsdefizit hinsichtlich MRSA/ORSA vorhanden ist. Hier sind Hygieniker und die Vertreter der Verbände gefordert, die Informationsdefizite bezüglich der Infektionsprävention aufzuarbeiten. Der Stellenwert der Infektionsprävention muss deutlich erhöht werden. Eine Optimierung im Bereich der Infektionsprävention trägt wesentlich zur Kostensenkung im Gesundheitswesen bei und kommt auf diese Art und Weise der Gesamtbevölkerung zugute.

Natürlich sind dies alles kleine Schritte eines noch langen Weges. Aber auch viele kleine Schritte führen irgendwann zum Ziel. Die Hygienefachkräfte der Arbeitsgruppe haben es sich zur Aufgabe gemacht, die beteiligten Senioren- und Pflegeheime hinsichtlich der Umsetzung einer adäquaten Hygiene zu unterstützen. Die beteiligten Einrichtungen sind bestrebt, gemeinsam mit den Hygienefachkräften die erarbeiteten Standards umzusetzen und so zur Sicherheit der Bewohner und der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen beizutragen. Alle leisten damit einen Beitrag zur Infektionsprävention, der sich positiv für den einzelnen Menschen, aber auch gesellschaftspolitisch auswirkt.

Referat gehalten auf dem 4. Dreiländerkongress Krankenhaushygiene, Friedrichshafen, 25.03.2003.