

MRSA/MRE in der Rehabilitation – Empfehlungen des MRE-Netz Rhein-Main

MRSA/MDRO* in Rehabilitation Recommendation of the MDRO-Network Rhein-Main

Autoren

C. Brandt¹, B. Jahn-Mühl², S. Parthé³, F. Pitten⁴, R. Merbs⁵, U. Heudorf⁶

Institute

Die Institutsangaben sind am Ende des Beitrags gelistet

Schlüsselwörter

- Rehabilitation
- multiresistente Erreger MRE
- Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus MRSA
- MRE-Netz Rhein-Main

Key words

- rehabilitation
- multiresistent bacteria
- MRSA
- MDRO
- recommendation
- MRE-Net Rhein-Main

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0032-1312661>
 Online-Publikation: 29.6.2012
 Rehabilitation 2012;
 51: 254–258
 © Georg Thieme Verlag KG
 Stuttgart · New York
 ISSN 0034-3536

Korrespondenzadresse

PD Dr. Ursel Heudorf
 Amt für Gesundheit/MRE-Netz
 Rhein-Main
 Breite Gasse 28
 60313 Frankfurt
ursel.heudorf@stadt-frankfurt.de

Zusammenfassung



Hintergrund: Zahlreiche Rehabilitationseinrichtungen lehnen die Aufnahme von Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE) mit der Argumentation ab, dass die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) eine Isolierung von MRSA-Patienten in Krankenhäusern fordere, die Isolierung aber einer sachgerechten Rehabilitation entgegenstehe. Eine spezielle KRINKO-Empfehlung für Rehabilitationskliniken fehlt derzeit. Das MRE-Netz Rhein-Main hat sich zum Ziel gesetzt, die Rehabilitation von MRE-Patienten zu verbessern und stellt nachfolgend seine Empfehlungen zum Umgang mit MRE-Patienten in Rehabilitationskliniken vor.

Methoden: Auf der Basis einer Literaturrecherche zur Prävalenz von MRSA/MRE in Rehabilitationskliniken und möglichen Übertragungswegen dieser Keime in der Rehabilitation sowie dem Studium existierender Empfehlungen zum Umgang mit MRSA in Rehabilitationseinrichtungen wurde von Hygienikern des MRE-Netzes Rhein-Main eine Empfehlung erarbeitet und mit Leitern von Rehabilitationseinrichtungen im Bereich des Netzwerks im Hinblick auf Praktikabilität abgestimmt.

Ergebnis und Schlussfolgerung: Verschiedene Studien in Deutschland und Frankreich zeigten, dass die Prävalenz von MRSA-Patienten in Rehabilitationskliniken sich nicht signifikant von der in Akutkliniken unterscheidet und das Risiko einer Keimübertragung insbesondere bei schwerstkranken Patienten mit hohem Pflegebedarf durch die vielen Pflegekontakte gegeben ist. Demgegenüber wurden praktisch keine Übertragungen bei mobilen Rehabilitationspatienten gefunden. Eine wesentliche Maßnahme zur Verhinderung der Keimverbreitung ist demnach gute Standardhygiene,

*Multi-drug resistant organisms, such as MRSA, ESBL-positive enterobacteria, Vancomycin-resistant enterococci (VRE).

Abstract



Problem/question: The German national guideline to prevent the spread of MRSA in acute care hospitals demands isolation of patients with MRSA, whereas a guideline for management of MRSA/MRDO-patients in rehabilitation is pending. Many rehabilitation clinics believe they should isolate these patients and therefore deny rehabilitation of this patient group arguing that rehabilitation and isolation are incompatible. In order to improve the rehabilitation of MDRO-patients the MDRO network Rhein-Main has developed a recommendation for rehabilitation clinics.

Methods: Based on literature data on the prevalence of MRSA/MDRO in rehabilitation clinics, the data on transmission of MDRO in such clinics and on existing recommendations, a new recommendation was established by experts in hygiene and by management of rehabilitation clinics in the region.

Results and conclusions: Current studies in Germany as well as in France exhibit the same prevalence of MDRO patients in rehabilitation units as well as in acute care clinics. Transmission occurs mainly via hand contact during patient care or medical therapy in critically ill patients with high maintenance. However, the risk of transmissions in patients with great mobility is not increased. Hence, good standard hygiene, especially good hand hygiene both in staff and patients, is the key method to prevent transmission. Isolation or other restriction of mobility does not seem necessary. These data formed the basis of the newly established recommendation, which sets out in a clearly laid-out and tabular manner the standard hygiene procedures necessary for safe rehabilitation of all patients and the additional measures necessary for rehabilitation of MDRO-patients. The recommendation provides guidance and thus will enable a better rehabilitation of MDRO-patients.

insbesondere gute Händehygiene, sowohl durch Personal als auch durch Patienten. Eine grundsätzliche Einschränkung der Bewegungsfreiheit oder eine Isolierung von MRE-Patienten erscheint nicht erforderlich. Auf dieser Basis wurden die Empfehlungen des MRE-Netz Rhein-Main erarbeitet. Dabei wird jeweils angegeben, welche Maßnahmen im Rahmen der Standardhygiene bei allen Patienten für erforderlich gehalten und welche bei Patienten mit MRE zusätzlich empfohlen werden. Die Umsetzung dieser Empfehlungen soll den Rehabilitationseinrichtungen mehr Sicherheit geben und eine bessere Rehabilitation von MRE-Patienten ermöglichen.

Einleitung

Die Europäische Gesundheitsbehörde ECDC stuft nosokomiale Infektionen und insbesondere multiresistente Erreger (MRE) als wesentliche Probleme des Gesundheitswesens in Europa ein. Multiresistente Erreger wie beispielsweise Methicillin-resistenter *Staphylococcus aureus* (MRSA) sind insbesondere ein Problem in Kliniken, da dort folgende 3 Faktoren in der Regel gegeben sind: 1. viele schwerkranke Patienten auf engem Raum (Kohortensituation), oft Patienten mit Immunsuppression und Hautverletzungen durch invasive Maßnahmen wie z.B. Operationswunden oder Katheter, Infusionen usw., 2. häufige Hand-/Hautkontakte im Rahmen der Pflege oder ärztlicher Betreuung und 3. häufige Antibiotikatherapie, die einen Selektionsdruck darstellt und die Ausbreitung von MRE begünstigt. Vor diesem Hintergrund sind gute Screening- und Hygienemaßnahmen in Kliniken gefordert und unabdinglich [1,2]. Aus den gleichen Gründen sollten MRSA-besiedelte Patienten aus dem Krankenhaus entlassen werden, sobald ihr klinischer Zustand es zulässt – ggf. auch trotz weiter bestehender Kolonisation mit MRSA [1]. Im Jahre 2005 hat die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) auch Empfehlungen zum Umgang mit MRSA in Altenpflegeheimen veröffentlicht. Darin wird festgestellt, dass MRSA-Übertragungen in Einrichtungen der Langzeitpflege und in Altenheimen nur selten vorkommen. „Die konsequent eingehaltenen Standard-Hygienemaßnahmen sind als Basis in der Regel ausreichend, um eine Erregerübertragung zu vermeiden. Sie müssen jedoch bei Vorliegen von Risikofaktoren situationsbezogen angepasst und ggf. ergänzt werden.“ Als Risikofaktoren werden z.B. liegende Katheter, Tracheostoma oder offene Wunden aufgeführt [3].

Eine explizite KRINKO-Empfehlung zum Umgang mit MRSA/MRE in Rehabilitationseinrichtungen ist bislang nicht publiziert. Jedoch wird in der „Heim-Empfehlung“ darauf hingewiesen, dass auch Rehabilitationskliniken und Heime in der Lage sein müssen, Menschen zu versorgen, die mit MRE besiedelt oder infiziert sind. Eine Ablehnung solcher Patienten sei „weder mit organisatorischen noch mit medizinischen Argumenten und schon gar nicht juristisch zu rechtfertigen“ [3].

Eine Neufassung der Empfehlungen zum Umgang mit MRSA und anderen multiresistenten Erregern der KRINKO ist geplant. Dennoch nehmen viele Leiter von Rehabilitationseinrichtungen MRSA-Patienten nicht auf, u. a. mit der Argumentation, dass eine Rehabilitation unter der für Kliniken geforderten Isolierung von MRSA-Patienten [1] nicht in sinnvoller Weise möglich sei. Bei gemeinsamer Rehabilitation von MRSA-Patienten mit MRSA-freien Patienten werden MRSA-Übertragungen befürchtet, was mit negativer Presse und mit einem erheblichen rechtlichen sowie ökonomischem Risiko für die Einrichtung verbunden sein könne. Viele rehabilitationsfähige/rehabilitationspflichtige

MRSA-Patienten werden deswegen nicht oder nicht rechtzeitig einer Rehabilitation zugeführt. Bei anderen MRE besteht eine noch größere Unsicherheit, da ebenfalls keine Leitlinien vorliegen. Aus der Tatsache, dass die betroffenen Patienten während ihres Krankenhausaufenthaltes isoliert werden, wird oftmals geschlossen, dass diese Isolierung auch in anderen stationären Situationen wie der Rehabilitationsklinik erforderlich wäre.

Die Verbesserung der Behandlung und die Rehabilitation der MRE-Patienten ist eines der drei Hauptziele, die sich das MRE-Netz Rhein-Main auf die Fahne geschrieben hat. Bereits im Jahr 2009 fand ein erstes Treffen mit Leitern von Rehabilitationskliniken, mit Vertretern des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen und der Deutschen Rentenversicherung etc. statt. Dabei wurde insbesondere darauf hingewiesen, dass ein mögliches Risiko einer Besiedelung/Infektion anderer Patienten abgewogen werden müsse gegenüber dem Recht auf Rehabilitation, das auch für den MRE-Patienten gelte. Voraussetzung ist die „Rehabilitationsfähigkeit“ des Patienten, d.h., er muss physisch und psychisch in der Lage sein, die erforderlichen rehabilitativen Maßnahmen durchführen zu können. Dies ist unabhängig von einer eventuellen MRE-Besiedelung. Rehabilitation verfolgt immer einen ganzheitlichen Ansatz und ist gekennzeichnet durch das Primat der Individualität (primär individuell, nicht als Gruppe), durch Komplexität der Methoden und Interdisziplinarität, d.h. Zusammenarbeit vieler verschiedener Therapeuten. So arbeiten Arzt, Pflegekraft, Physiotherapeut/Krankengymnast, Ergotherapeut, Logopäde/Sprachtherapeut, klinischer (Neuro-)Psychologe, Masseur und medizinischer Bademeister, Sozialarbeiter/Sozialpädagoge und Diätassistent zusammen.

Eichhorn et al. haben in ihrem Positionspapier [4] sehr gut die Unterschiede zwischen Rehabilitationseinrichtung und Krankenhaus einerseits sowie zwischen Rehabilitationseinrichtung und Altenpflegeheim andererseits herausgearbeitet. Diese sind in **Tab. 1** zusammengefasst. Im Vergleich mit der Krankenhaussituation sind in Rehabilitationseinrichtungen Hochrisikosituationen seltener und haben die Mitpatienten überwiegend selbst ein geringeres Risiko für eine Kolonisation oder Infektion. Darüber hinaus sind bei den in der Regel selbstständigen Patienten Kontakte z.B. im Rahmen von Pflegemaßnahmen weniger intensiv und invasive Eingriffe seltener. Auch wird in Rehabilitationskliniken sehr viel seltener eine antibiotische Therapie durchgeführt, die zu einem Selektionsdruck für MRE führen kann. Allerdings kommt es in Rehabilitationseinrichtungen häufiger zu engen Personal-Patienten-Kontakten im Rahmen von balneophysikalischen Therapiemaßnahmen.

Daten zur Prävalenz von MRSA-Patienten in Rehabilitationseinrichtungen

Aus Deutschland sind nur wenige Untersuchungen zu MRSA in Rehabilitationseinrichtungen bekannt. Eine bereichsübergreifende Untersuchung der MRSA-Prävalenz im Kreis Höxter erbrachte eine MRSA-Prävalenz von 3,4% (17/494) in Kliniken, 1,2% (4/324) in Rehaeinrichtungen und 2,3% (6/265) in Altenpflegeheimen. Die Unterschiede waren nicht signifikant [6]. Im Herbst 2008 führte das MRE-Netzwerk Siegen-Wittgenstein ein flächendeckendes einmonatiges MRSA-Prävalenzscreening durch, an dem sich alle Akutkliniken und 6 der 7 somatisch ausgerichteten Rehabilitationseinrichtungen beteiligten. Bei 95 der 6985 Patienten (1,4%) wurde im Aufnahmescreening MRSA nachgewiesen. Die Rate lag in den Akutkliniken mit 1,2% (Be-

Tab. 1 Betrachtung des Risikos für die Ausbreitung von MRSA/MRE in Akutkliniken und Einrichtungen der Rehabilitation – im Vergleich zu Akutkliniken und Pflegeheimen (nach [4]).

Krankenhaus	Rehabilitation	
	Risikomindernde Faktoren im Vergleich zum Krankenhaus	Risikoerhöhende Faktoren im Vergleich zum (Alten-)Pflegeheim
Viele schwerkranke Patienten auf engem Raum (Kohortensituation), oft Patienten mit Immunsuppression und Hautverletzungen durch invasive Maßnahmen wie z. B. Operationswunden oder medical devices (Katheter, Infusionen usw.)	Hochrisikosituationen sind seltener; die Mitpatienten haben überwiegend selbst ein geringeres Risiko für eine Kolonisation oder Infektion; allerdings gibt es auch immer einen kleinen Anteil von Risikopatienten mit Wunden, Stomata, Immunsuppression usw.	Patientenwechsel in der Rehabilitationseinrichtung alle-3–4 Wochen Der Anteil von Risikopatienten mit Wunden, Stomata, Immunsuppression oder mit stattgehabten komplizierten Verläufen ist höher als im Pflegeheim (aber geringer als in der Akutklinik)
Häufige Hand-/Hautkontakte im Rahmen der Pflege oder ärztlicher Betreuung	Bei den in der Regel selbstständigen Patienten sind Kontakte z. B. im Rahmen von Pflegemaßnahmen weniger intensiv und invasive Eingriffe selten	Ein enger Kontakt zu Personal kommt durchaus häufig bei balneophysikalischen Maßnahmen zustande
Häufige Antibiotikatherapie, die einen Selektionsdruck für die Ausbreitung von MRE begünstigt	Bei den Patienten wird während der Rehaaufnahme seltener eine antibiotische Therapie durchgeführt	–

* Antibiotikatherapie im Krankenhaus bei bis zu 50% der Patienten, im Altenpflegeheim bei ca. 3,1% der Bewohner, davon 2,4% systemische und 0,7% topische Antibiotika (Daten einer Vollerhebung bei 3732 Bewohnern aus den Frankfurter Altenpflegeheimen 2011) [5]

reich 0,3–2,8%) sogar niedriger als in den Rehabilitationskliniken mit 2,1% (Bereich 0,3–4,3%). Insbesondere in Rehakliniken, die neurologisch schwer erkrankte Patienten versorgen, wurden höhere MRSA-Prävalenzen gefunden [7].

Das EUREGIO-Netzwerk führte zwischen März und Juni 2010 in insgesamt 11 Rehabilitationskliniken ein Eingangs- und Entlassungsscreening durch [8]. Die Kliniken deckten folgende Versorgungsbereiche ab: Orthopädie, Kardiologie, Onkologie, HNO, Neurologie, Psychosomatik, Innere Medizin und Geriatrie. Das MRSA-Management der Kliniken reichte von der Ablehnung der Aufnahme von MRSA-Patienten bis hin zum gänzlichen Verzicht auf zusätzliche Hygienemaßnahmen bei MRSA-Patienten. Insgesamt 6352 Patienten wurden bei Aufnahme (Screeningrate 89%) und 4569 bei Entlassung auf MRSA untersucht. MRSA wurde bei 81 Patienten nachgewiesen, 69 davon (1,1/100 Untersuchten) waren bei Aufnahme besiedelt. Die MRSA-Prävalenz bei Aufnahme lag in den Fachgebieten Innere Medizin, Neurologie, Onkologie bei ca. 1,6% und damit in dem Bereich der Akutkrankenhäuser in der Region; sie war im Bereich der Geriatrie am geringsten (0%) und in der neurologischen Frührehabilitation am höchsten (3,1%). Risikofaktoren für eine positive MRSA-Besiedelung waren weniger die direkte Übernahme aus einem Krankenhaus, sondern vielmehr eine positive MRSA-Anamnese und die Versorgung in einem Akutkrankenhaus in den vorausgegangenen 6 Monaten sowie – im Bereich des Münsteraner Netzwerks mit viel Landwirtschaft – Kontakt zur Landwirtschaft/Tiermast. Neubesiedelungen mit MRSA waren nicht mit einem bestimmten MRSA-Management assoziiert, insbesondere traten sie nicht häufiger in den Kliniken auf, die auf zusätzliche MRSA-Maßnahmen über eine gute Standardhygiene hinaus verzichteten. Bei mehr als der Hälfte der MRSA-Träger (36/69) konnte während der Rehabilitation eine Dekolonisierung erfolgreich durchgeführt werden.

Auch aus Rehabilitationseinrichtungen in Frankreich werden MRSA-Inzidenzen wie in den Kliniken berichtet, wobei betont wird, dass es sich hier zumeist um Kolonisationen und nicht um Infektionen handelt. In 5 von 7 betrachteten Kliniken kamen keine Übertragungen von MRSA vor (0/48 Patienten), in 2 Kliniken dagegen kam es zu insgesamt 6 Übertragungen bei insgesamt 86 Patienten (entspricht 7%). Neubesiedelungen traten nur bei Patienten mit hoher Pflegebedürftigkeit auf, nicht bei Patienten, die

sich selbstständig in der Einrichtung bewegten. Die Autoren schlossen daraus, dass die Hände des Personals die wesentliche Rolle bei der MRSA-Übertragung in Rehaeinrichtungen sind. Vor diesem Hintergrund empfahlen sie keine Einschränkung der Bewegungsfreiheit der Patienten und ihrer „Resozialisierung“, aber besondere Hygienemaßnahmen („technical isolation“) in der Pflege und Therapie, flankiert von einem systematischen Screening und bei Bedarf von Dekolonisierungsmaßnahmen zur Verminderung der MRSA-Last [9].

Die Bedeutung der Händehygiene in Rehaeinrichtungen zur Prävention von MRSA wird auch in einer weiteren Publikation aus Frankreich unterstützt: Stationen mit guter Compliance der Händehygiene (>70%) hatten geringere MRSA-Raten als solche mit schlechterer Händehygiene des Personals [10]. In einer weiteren Untersuchung in einer geriatrischen Rehabilitationseinrichtung in Frankreich konnte nach Einführung der hygienischen Händedesinfektion der Anteil der Neubesiedelungen innerhalb der Einrichtung nahezu halbiert werden [11].

Bislang publizierte Empfehlungen zum Umgang mit MRSA in Rehabilitationseinrichtungen

▼ Bereits 2007 hat der Länderarbeitskreis zur Erstellung von Hygieneplänen einen Rahmenhygieneplan für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen publiziert: Demnach ist „die wichtigste Schutzmaßnahme gegen eine Weiterverbreitung multiresistenter Erreger (v.a. MRSA) die strikte Einhaltung der Händehygiene des gesamten Personals bei Pflege- und Behandlungsmaßnahmen. ... Ein normaler sozialer Kontakt der Patienten untereinander ist auch bei MRSA-Besiedelung möglich, sofern es sich nicht um schwerstpflegebedürftige oder immunsupprimierte Patienten handelt. Die Teilnahme des MRSA-Trägers am Gemeinschaftsleben ist bei entsprechender Mitarbeit des Patienten möglich (Anleitung zu regelmäßigem, gründlichen Händewaschen, Duschen bzw. Baden). Hautläsionen und offene Wunden sind dabei abzudecken. – Im Einzelfall jedoch können bestimmte Rehabilitationsmaßnahmen mit einer MRSA-Besiedelung nicht vereinbar sein“.

„Eine Isolierung von MRSA-Patienten (im Einzelzimmer mit Nasszelle) ist nicht grundsätzlich, sondern nur bei Risikopatienten-

ten notwendig, sie sollte erfolgen bei: erhöhter Infektionsgefährdung des Patienten selbst bzw. bei Kontakt zu besonders infektionsgefährdeten Mitpatienten (Wunden, Atemwegsinfektionen, Katheter, Sonden, Absaugen usw.), Desorientiertheit, mangelnder Compliance und mangelnder persönlicher Hygiene.“ Eine begonnene Sanierung soll möglichst fortgeführt werden. Während der Sanierungsphase sind Bettwäsche, Handtücher und Unterbekleidung täglich zu wechseln.

Über die Standards der guten Hygiene (insbesondere Händehygiene, s. o.) bei der Pflege hinaus sollen Mitarbeiter bei der Pflege von MRSA-Patienten dann einen Mund-Nasen-Schutz tragen, wenn folgende Maßnahmen vorgenommen werden: Versorgung ausgedehnter Wunden, bei Besiedelung des Nasen-Rachen-Raumes des Patienten sowie beim Richten des Bettes, wenn der Patient stark schuppende Haut hat. Wäsche von MRSA-Patienten soll im Zimmer in keimdichten Säcken gesammelt, Geschirr bei über 60 °C gereinigt und der Abfall in dicht verschließbaren Säcken als Hausmüll entsorgt werden. Die Reinigungsdienste sind zu informieren und zu belehren. Flächen und Fußboden im Patientenzimmer sind täglich wischend zu desinfizieren, bei Kontamination sofort. Bei Patientenwechsel ist eine Schlussreinigung/-desinfektion als Scheuer-/Wischdesinfektion durchzuführen [12].

Im Jahre 2009 publizierte die Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH) auch Empfehlungen zum Umgang mit MRSA-Patienten in Einrichtungen der Rehabilitation [13]. Demnach soll der Patient über Hygienemaßnahmen gut informiert sein, insbesondere soll er in gute Händehygiene eingewiesen sein.

MRSA-Patienten sollen laut DGKH in Einzelzimmern ohne Teppichboden und mit Stühlen ohne Stoffbezug untergebracht werden. Das Verlassen des Zimmers und Kontakte zu anderen Rehabilitanden sind möglich, wenn der Rehabilitand kooperativ und in erforderliche Maßnahmen eingewiesen ist, wenn Hautläsionen und offene Wunden verbunden, Tracheostoma oder Zugang zur PEG-Sonde abgedeckt sind und geschlossene Harnableitungssysteme genutzt werden. Der Kontakt zu Immungeschwächten, Säuglingen oder Personen mit Wunden jedoch soll eingeschränkt werden.

Nach der Empfehlung der DGKH ist eine Teilnahme am gemeinschaftlichen Essen im Speisesaal grundsätzlich möglich. Der Besuch von Physiotherapie und Ergotherapie soll abhängig gemacht werden vom Hygienierisiko und der Therapieform (ggf. Einzeltherapie bzw. am Ende des Routinebetriebs). Eine Mitwirkung in Kochgruppen wird ausgeschlossen [13].

Ende 2011 veröffentlichten die MRSA-Netzwerke Niedersachsen „Informationen zu MRSA für Rehabilitationseinrichtungen“ [14]. Das sehr ausführliche Papier führt erstmals eine Einstufung der Rehabilitanden und der Rehabilitationseinrichtungen nach MRSA-Risiko ein. Die Rehabilitanden werden unter Beachtung der Rehabilitationsphase, ihrer kognitiven bzw. kommunikativen Fähigkeiten, ihrer Disposition in Bezug auf MRSA (u. a. Devices, Dialysepflichtigkeit oder Hauterkrankungen) und ihres Infektionsstatus (Kolonisation oder Infektion) in 5 Gruppen klassifiziert. Die Rehaeinrichtungen werden in Gruppen I bis III eingeteilt. Gruppe I: Einrichtungen mit vorwiegend psychosozialer Ausrichtung, wie Mutter-Kind-Einrichtungen, Einrichtungen für Suchtkranke oder essgestörte Patienten; Gruppe II: Einrichtungen mit vorwiegend medizinisch-pflegerischer Ausrichtung für Anschlussheilbehandlungen oder weiterführende Rehabilitation, mit unterschiedlichen medizinischen Schwerpunkten wie Orthopädie, Traumatologie usw.; Gruppe III:

Einrichtungen mit vorwiegend medizinischer, teilweise auch intensivmedizinischer Ausrichtung (Akutbehandlungen und Frührehabilitation). Während in Einrichtungen der Gruppe III in Bezug auf MRSA Krankenhausstandard mit Isolierung der Patienten empfohlen wird, werden für die übrigen Einrichtungen die o. g. Empfehlungen der DGKH und des Arbeitskreises bestätigt.

Empfehlung des MRE-Netz Rhein Main zu MRE in Rehabilitationseinrichtungen



Vor dem Hintergrund der verfügbaren Literatur zu MRSA in Rehabilitationseinrichtungen [6–11], den Erkenntnissen zu den wichtigsten Übertragungswegen von MRSA in der Rehabilitation, den Überlegungen zu rehabilitationsspezifischen Risiken der MRE-Übertragung im Vergleich mit der Situation in Kliniken und Altenpflegeheimen [4], den Empfehlungen der KRINKO [1,3], des Arbeitskreises zur Erstellung von Hygieneplänen [12] und der DGKH [13] wurden von der Arbeitsgruppe „Rehabilitation“ des MRE-Netz Rhein-Main Empfehlungen zum Umgang mit MRSA und MRE in Rehabilitationseinrichtungen erarbeitet und im Mai und Juni 2010 mit Leitern von Rehabilitationskliniken im Rhein-Main-Gebiet abgestimmt.

Da nach der Literatur eine Keimübertragung (MRSA, aber auch andere MRE) in der Regel im Rahmen pflegerischer und ggf. rehabilitativer Maßnahmen erfolgt und eher nicht zwischen (mobilen) Patienten direkt, wird der Patient selbst in seiner Bewegungsfreiheit praktisch nicht eingeschränkt; er soll allerdings die Regeln der guten Hygiene beachten und zusätzlich in die hygienische Händedesinfektion eingewiesen sein und diese eigenständig durchführen. Dann steht dem Besuch von Gemeinschaftsräumen einschließlich der Gemeinschaftsverpflegung sowie der Teilnahme an Gesprächsgruppen sowie an physiotherapeutischen Gruppen nichts im Wege – auch bei nasaler MRSA-Besiedelung.

Auch für das Fachpersonal (Ärzte, Pflege, Physiotherapie, Labor) ist die wichtigste Maßnahme die korrekte Händedesinfektion, nur bei engem Patientenkontakt ergänzt durch das Anlegen eines Schutzkittels und von Schutzhandschuhen.

Besucher sollen ebenfalls in die sachgerechte Händehygiene und -desinfektion eingewiesen werden; Schutzkleidung und/oder Handschuhe sind nicht erforderlich.

Die Empfehlungen, die nicht nur MRSA, sondern auch ESBL (Extended Spectrum Beta-Lactamase) und VRE (Vancomycin-resistent Enterococcus) berücksichtigen, sind tabellarisch aufgelistet und können auf der Homepage des Netzwerks abgerufen werden [15]. In Tabellenform wird für die häufigsten Situationen angegeben, welche Maßnahmen im Rahmen der Standardhygiene bei allen Patienten erforderlich sind und welche Maßnahmen bei der Pflege und Rehabilitation von Patienten mit multiresistenten Keimen zusätzlich empfohlen werden.

Darüber hinaus wird empfohlen, eine begonnene Sanierung in den Rehaeinrichtungen fortzuführen. Gerade die Zeit der Rehabilitation erscheint hierfür besonders geeignet und die Daten der EUREGIO-Untersuchung zeigen, dass in den Rehabilitationseinrichtungen auch gute Erfolgsraten erzielbar sind.

Die hier erarbeiteten Empfehlungen sind als Handreichung für die Rehabilitationskliniken im Bereich des MRE-Netz Rhein-Main, ggf. aber auch darüber hinaus, gedacht, zumindest so lange, bis die in Planung befindliche Empfehlung der KRINKO hierzu veröffentlicht werden wird. Die Empfehlung hat das Ziel, in sachgemäßer Abwägung zwischen dem Recht des Einzelnen

(MRE-Patienten) auf Rehabilitation und dem Recht aller auf gute und risikoarme Rehabilitation (ohne Risiko einer MRE-Kolonisation) eine Verbesserung der Behandlung und die Rehabilitation der MRE-Patienten zu ermöglichen.

Kernbotschaften

Studien zeigen, dass in Rehabilitationseinrichtungen das Risiko von MRSA-Übertragungen insbesondere bei schwerkranken Patienten mit hohem Pflegebedarf gegeben ist, nicht bei mobilen Rehabilitanden. Nach der Empfehlung des MRE-Netz Rhein-Main für Rehabilitationseinrichtungen gilt in Übereinstimmung mit Empfehlungen anderer Organisationen und Netzwerke:

- ▶ Eine Einschränkung der Bewegungsfreiheit der mobilen Rehabilitanden mit MRSA oder anderen multiresistenten Erregern (MRE) ist – im Gegensatz zur Isolierung im Krankenhaus – nicht erforderlich.
- ▶ Rehabilitanden mit MRSA/MRE können an Gemeinschaftsaktivitäten teilnehmen, wenn sie eine gute Händehygiene (Händedesinfektion) selbstständig einhalten.
- ▶ Auch für Personal und Besucher ist die Händehygiene die wichtigste Maßnahme, MRSA/MRE-Übertragungen zu verhüten.

Diese Empfehlungen sollen den Trägern der Einrichtung eine größere Sicherheit im Umgang mit MRSA-/MRE-Patienten bieten und eine Verbesserung der Rehabilitation von Patienten mit MRSA/MRE ermöglichen.

Interessenkonflikt: Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Institute

¹ Institut für Medizinische Mikrobiologie und Krankenhaushygiene, Universitätsklinikum Frankfurt am Main

² Dr. Horst Schmidt Kliniken, Wiesbaden

³ Bioscientia, Zentrum für Hygiene und Infektionsprävention, Ingelheim

⁴ Institut für Krankenhaushygiene, Gießen

⁵ Gesundheitsamt Friedberg

⁶ Amt für Gesundheit, Frankfurt am Main

Literatur

- 1 *Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) am Robert Koch-Institut (RKI)*. Empfehlung zur Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus*-Stämmen (MRSA) in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforsch Gesundheitschutz 1999; 42: 954–958
- 2 *Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) am Robert Koch-Institut (RKI)*. Kommentar zu den Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus*-Stämmen (MRSA) in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen. Epidemiologisches Bulletin des RKI 2008; 42: 363
- 3 *Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) am Robert Koch-Institut (RKI)*. Infektionsprävention in Heimen. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 2005; 48: 1061–1080
- 4 *Eichhorn A, Barth J, Christiansen B*. MRSA-Hygiene in der stationären Rehabilitation am Beispiel der onkologischen Rehabilitation – Ein Positionspapier. Rehabilitation 2008; 47: 184–190
- 5 *Heudorf U, Boehlcke K*. Health care associated infections in long term care facilities in Frankfurt/M, Germany – the Frankfurt HALT project. Eurosurveillance 2012 (im Druck)
- 6 *Woltering R, Hoffmann G, Daniels-Haardt I et al*. MRSA-Prävalenz in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen eines Landkreises. Dtsch Med Wochenschrift 2008; 133: 999–1003
- 7 *Grabe C, Buckard R, El-Ansari T et al*. Flächendeckendes einmonatiges MRSA-Prävalenzscreening in Akut- und Rehakliniken in Siegen-Wittgenstein. Epidemiologisches Bulletin 2010; 18: 163–166
- 8 *Friedrich AW, Köck R, Jurke A et al*. MRSA in Rehakliniken in der EUREGIO. In: *Institut für Medizinische Mikrobiologie und Hygiene am Universitätsklinikum Ulm*, Hrsg. Tagungsband, „Die Bedeutung der Hygiene wird vielfach noch immer unterschätzt“, 9. Ulmer Symposium Krankenhausinfektionen vom 12. bis 15 April 2011. Ulm: Universitätsklinikum Ulm; 2011: 61–62
- 9 *Minary-Dohen P, Bailly P, Bertrand X et al*. Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) in rehabilitation and chronic-care-facilities: what is the best strategy? BMC Geriatrics 2003; 3: 5–10
- 10 *Girou E, Legrand P, Soing-Altrach S et al*. Association between hand hygiene compliance and Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* prevalence in a French rehabilitation hospital. Infection Control Hosp Epidemiol 2006; 27: 1128–1130
- 11 *Anguelov A, Giraud K, Akpabie A et al*. Predictive factors of acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in a rehabilitation care unit. Med Mal Infect 2010; 40: 677–682
- 12 *Länderarbeitskreis zur Erstellung von Hygieneplänen nach § 36 IfSG*. Rahmenhygieneplan für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. 2007, verfügbar unter: www.gesunde.sachsen.de/download/luh/RHPL_Reha.pdf
- 13 *Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene*. Maßnahmen für MRSA in Gesundheitseinrichtungen. Hygiene und Medizin 2009; 34: 402–409
- 14 *MRSA-Netzwerke Niedersachsen*. Informationen zu MRSA für Rehabilitationseinrichtungen. Hannover: NLGA; 2011, verfügbar unter: www.mrsa-netzwerke.niedersachsen.de
- 15 *MRE-Netz Rhein-Main*. Empfehlungen MRE in der Rehabilitation. Frankfurt/M.: Amt für Gesundheit; 2011, verfügbar unter: www.mre-rhein-main.de