



Epidemiologisches Bulletin

21. Oktober 2005 / Nr. 42

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Zum Management des MRSA-Screenings

Methicillin-resistente *Staphylococcus aureus* (MRSA) sind gefürchtete Erreger nosokomialer Infektionen. Sie gehen mit größerer Erkrankungsschwere und erhöhter Letalität bei betroffenen Patienten einher.^{1,2,3} Umso gewichtiger ist der deutliche Anstieg der Prävalenz von MRSA in Deutschland in den letzten Jahren.⁴ Die seit einigen Jahren anhaltende Verbreitung von MRSA in Krankenhäusern sowie zwischen Krankenhäusern und anderen Einrichtungen, in denen Menschen gepflegt werden, erfordern hier eine nachdrückliche Intensivierung der Umsetzung von Präventionsstrategien, denn offensichtlich ist das geübte Vorgehen nicht ausreichend, um das Problem nachhaltig zu begrenzen (s. a. *Epid. Bull.* 5/2005). Der Erkennung des Problems, d. h. der Identifizierung von Trägern sowie der Erfassung und Bewertung von erhobenen Befunden (Screening und Surveillance gemäß § 23 IfSG) kommt dabei eine entscheidende Bedeutung zu. Nachfolgend finden sich daher zwei Beiträge, die sich mit Fragen des MRSA-Screenings in deutschen Krankenhäusern befassen.

Workshop der DGHM zu Methoden des MRSA-Screenings

Auf einem Workshop der Deutschen Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie (DGHM), der am 25. Mai diesen Jahres am Institut für Medizinische Mikrobiologie und Krankenhaushygiene der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) stattfand, wurde eine Zwischenbilanz zu Erfahrungen, Methoden und Zielsetzungen des MRSA-Screenings gezogen. Wichtige Ergebnisse werden nachfolgend zusammengefasst dargestellt.

Das Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) hat das Modul MRSA-KISS initiiert, das eine krankenhaushausweite Erfassung nosokomialer und nicht nosokomialer MRSA-Fälle (Kolonisationen und Infektionen) beinhaltet.⁵ Aus den aktuellen Daten dieses KISS-Moduls wird ersichtlich, dass ein großer Anteil der MRSA-Patienten den Erreger nicht im Krankenhaus erwirbt, sondern bereits zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme besiedelt ist. Hinzu kommt eine nicht zu unterschätzende Anzahl unbekannter MRSA-Träger unter den Patienten, da ohne ein Aufnahme-Screening nur die Spitze des „MRSA-Eisbergs“ erkannt wird. Die Prävention von Infektionen mit MRSA kann deutlich verbessert werden, wenn der Kolonisationsstatus der Patienten bekannt ist. Wenn nur Proben aus Infektionsprozessen untersucht werden, bleiben 38 bis 77% aller MRSA-Träger unentdeckt.^{6,7,8} Insbesondere von nicht erkannten MRSA-positiven Patienten können jedoch Übertragungen des Erregers ausgehen. Je früher und umfassender der Trägerstatus neu aufgenommener Patienten durch ein Screening bekannt ist, umso schneller können geeignete Hygienemaßnahmen eingeleitet werden.

Eine unter den Gesichtspunkten Sensitivität und Kosteneffektivität optimierte Vorgehensweise für ein MRSA-Screening ist bislang noch Gegenstand von Untersuchungen. Wichtige Fragen lauten:

- Welche Patienten sollen untersucht werden? Konzentration auf Risikogruppen oder generelles Screening bei Aufnahme?

Diese Woche

42/2005

MRSA:

- Zum Screening-Management
- Bericht über einen DGHM-Workshop zum Thema MRSA-Screening
- Ergebnisse einer Befragung deutscher Universitätskliniken zur Praxis des MRSA-Screenings

Hinweis:

Desinfektionsmittelliste des VAH

Schutzimpfungen:

Zur aktuellen Verfügbarkeit von Impfstoff gegen Influenza

Meldepflichtige

Infektionskrankheiten:

Aktuelle Statistik
39. Woche 2005
(Stand: 19. Oktober 2005)

Influenza:

Zur aktuellen Situation

Aviäre Influenza:

Update



Zs A

4496
ZB MED