

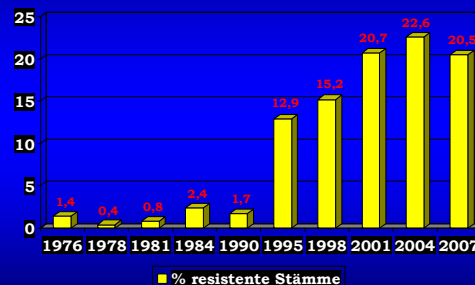
MRSA – Eine Herausforderung für die Zusammenarbeit

Diabetologische Schwerpunktpraxis
Praxisgemeinschaft Im Kleinen Biergrund

Dr. med. Christian Klepzig

Diabetologe DDG & LÄKH
Kleiner Biergrund 31 63065 Offenbach am Main

Anteil von MRSA in Deutschland (Daten der Paul-Ehrlich-Gesellschaft)



Linde, H et al; DMW 2005; 130: 582 – 585 & www.p-e-g.de

Aufgrund des rasanten Anstiegs von MRSA (und ESBL) in den Kliniken wird dieser auch zu einem zunehmenden Problem für den ambulanten Bereich.

Es sind daher gemeinsame und konsequente Anstrengungen in Screening, Prävention und Behandlung erforderlich, um das Problem zu lösen.

Benelux und Skandinavien haben das vorgemacht.

Wundversorgung bei Patienten mit DFS: Chronische Wunde (> 48 Stunden)

1. Beim ersten Kontakt: Immer Abstrich mit MRSA- und ESBL-Testung
2. Wenn möglich: Gewebegewinnung aus der Tiefe der Wunde
3. Im Verlauf: Alle 6-12 Wochen Routineabstrich auf MRSA

Wundversorgung bei Patienten mit DFS: Chronische Wunde (> 48 Stunden)

4. Bei zwischenzeitlichen Infektionszeichen: Sofortiger Abstrich (Incl. MRSA u. ESBL).
5. Beachten: Bei Patienten aus Krankenhaus oder Altenheim gilt der verschärfte Standard mit Nasen- und Leistenabstrichen und unter Schutzkittelanwendung etc. !

Wundversorgung bei Patienten mit DFS: Akute Wunde (< 48 Stunden)

Patient kommt nicht aus Altenheim oder Krankenhaus

1. Ohne Infektionszeichen: **Kein Abstrich**
2. Mit Infektionszeichen: Abstrich ohne MRSA
3. Im Verlauf: Alle 6 Wochen Routineabstrich auf MRSA/ESBL

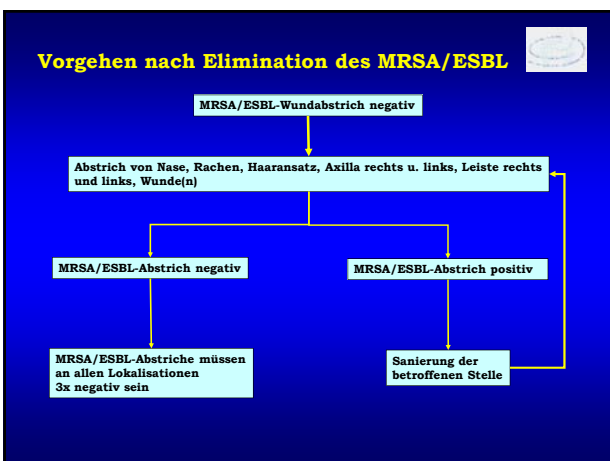
Wundversorgung bei Patienten mit DFS:
Akute Wunde (< 48 Stunden)

Patient kommt nicht aus Altenheim oder Krankenhaus

- Bei zwischenzeitlichen Infektionszeichen: Sofortiger Abstrich (Incl. MRSA und ESBL).
Wenn möglich: Gewebegewinnung aus der Tiefe der Wunde
- Beachten:** Bei Patienten aus Krankenhaus oder Altenheim gilt der verschärfte Standard mit Nasen- und Leistenabstrichen und unter Schutzkittelanzug etc. !

MRSA/ESBL-Screening des Personals
(Ärzte und regelmäßig bei den Verbänden assistierende Mitarbeiterinnen)

- Routineabstriche von Rachen und Nase:**
1x/Quartal
- Bei vermehrtem Auftreten von MRSA-Infektionen:
Sofortiges Screening des o.g. Personenkreises



Wundversorgung

- Gemäß Nationaler Versorgungsleitlinie
- Bei MRSA-Besiedelung/Infektion
 - Lokaltherapie mit silberhaltigen Externa
 - Lokaltherapie mit Gentamycin 160mg (parenterale Lösung)
 - Bei Infektion oft gut wirksam: Rifampicin + Cotrimoxazol oral

Zusammenfassung 1

Was wir tun:

- ...g unser Standards
- ...ien in ...rtlich“)
- ...em
- ...-freie ...en
- (selbstständig beide Gruppen trennt)
- Stets präsent zu haben, dass der Mensch das zentrale Problem der Keimübertragung ist



Zusammenfassung-2

Was wir nicht tun:

- uns auf „Äußerlichkeiten“ zurückziehen
- glauben, dass MRE wie Flöhe hüpfen
- daran glauben, dass ärztliche Hände per se steril sind
- Unter Zeitdruck unsere Standards verlassen
- Daran glauben, dass eine Zertifizierung per se ein hygienebewusstes Verhalten garantiert

Zum Abschluß:

**Herzlichen Dank an meine
Mitarbeiterinnen
ohne die ich nicht hier stünde**