



MRE – Eine Herausforderung für die Zusammenarbeit

Fußambulanz am Klinikum Offenbach
Diabetes-SPP Im kleinen Biergrund
Mitglied im MRE-Netzwerk Rhein-Main

OA Dr.med. Dieter Klein

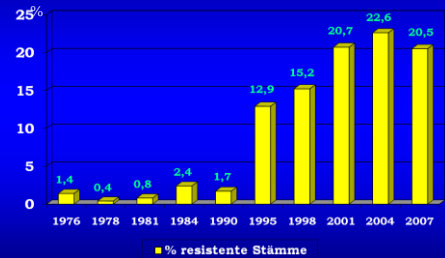
Dr. med. Christian Klepzig

Dr.med. Gerd Nitzsche

Stefan Rothfritz

Diabetologen DDG & LÄKH

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.



Was haben wir für Schlüsse gezogen?

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




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

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, mit Dialysetherapie 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, Dialysebehandlung oder Krankenhaus

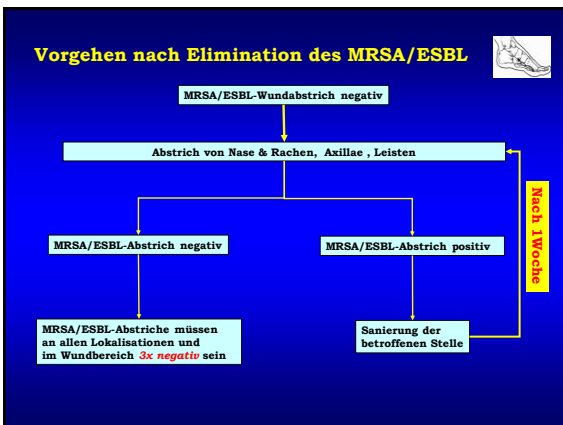
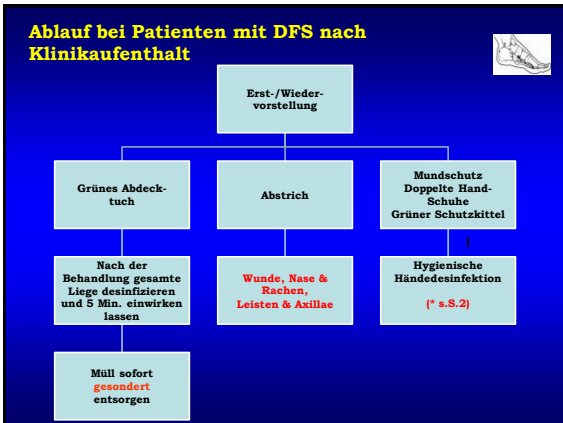


1. Ohne Infektionszeichen: **Kein Abstrich**
2. Mit Infektionszeichen: **Abstrich ohne MRSA & ESBL**
3. Im Verlauf: Alle 6 -12 Wochen
Routineabstrich auf MRSA & ESBL


Wundversorgung bei Patienten mit DFS:
 Akute Wunde (< 48 Stunden)
 Patient kommt nicht aus
 Altenheim, Dialysebehandlung oder Krankenhaus



4. Bei **zwischenzeitlichen Infektionszeichen**: **Sofortiger Abstrich (Incl. MRSA und ESBL).**
Wenn möglich: Gewebegewinnung aus der Tiefe der Wunde



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-/ESBL-Besiedelung/Infektion
 - Lokalthherapie mit silberhaltigen Externa
 - Lokalthherapie mit Gentamycin 160mg (parenterale Lösung – Off label-use !)
 - Bei MRSA-Infektion oft gut wirksam: Rifampicin + Cotrimoxazol oral

Zusammenfassung-1



Was wir tun:

- Aufrechterhaltung unserer Standards
- Aufrechterhaltung in den „Äußerlichkeiten“
- Vermeidung von „Keimübertragung“
- Vermeidung von „Keimübertragung“ (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

Zusammenfassung-2



Was wir nicht tun:

- Unter Zeitdruck unsere Standards verlassen
- Daran glauben, dass eine Zertifizierung per se ein hygienebewusstes Verhalten garantiert

Bakterien kennen keine Hierarchie!

Hygiene duldet keine Hierarchie !



Zurück zu den Wurzeln moderner Hygiene



Zum Abschluß:
**Herzlichen Dank an meine
Mitarbeiterinnen, Kolleginnen
und Kollegen**



The slide features a blue background with yellow text. At the top, there are five portrait photos of women and a small diagram of a foot. Below the text, there are three more portrait photos of women and a photo showing three people in a clinical or laboratory setting.