

Den „Krankenhauskeim“ finden, bevor er dem Patienten schadet Perspektiven und Einsatzgebiete für MRE-Screenings

Professor Dr. med. Sebastian W. Lemmen, Leiter des Zentralbereichs Krankenhaushygiene und Infektiologie an der Universitätsklinik der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule Aachen

Multiresistente Erreger, wie beispielsweise MRSA, gramnegative Erreger oder auch Enterokokken entstehen längst nicht mehr überwiegend im Krankenhaus: In circa 70–80 Prozent bringen die Patienten diese bereits bei der stationären Aufnahme mit. Auch „Killerkeime“ waren diese noch nie. Resistente Erreger sind zwar gegen viele der im Krankenhaus häufig eingesetzten Antibiotika nicht mehr empfindlich, verursachen jedoch die gleichen Infektionen, sind also nicht gefährlicher oder virulenter. Hinzu kommt, dass die überwiegende Mehrheit der Patienten mit solchen Erregern ausschließlich besiedelt, also gar nicht deswegen krank ist. Nur circa 3–4 Prozent aller im Krankenhaus entstandenen Infektionen werden durch Erreger mit einer Antibiotikaresistenz verursacht, das heißt, die weit überwiegende Mehrheit nosokomialer Infektionen wird durch nach wie vor äußerst sensible Bakterien verursacht. Die wichtigste Ursache für eine bakterielle Resistenzentwicklung ist die Anwendung von Antibiotika selbst. Diese sind zwar zur Therapie von Infektionserkrankungen dringend notwendig, werden aber häufig zu oft, zu lange und fälschlicherweise zur Prophylaxe gegeben. Hier ist genau die Schnittstelle zwischen klinischer Infektiologie, im Sinne eines streng indizierten und rationalen Einsatz von Antiinfektiva und Krankenhaushygiene, das heißt Vermeidung der Übertragung von Erregern zwischen Patienten zu sehen. Wir haben es aber nicht allein als Krankenhausärzte in der Hand, rational und limitiert Antibiotika einzusetzen: In der Humanmedizin werden weitaus mehr Antiinfektiva im ambulanten Bereich (circa 85 Prozent) im Vergleich zum stationären Bereich (circa 15 Prozent) eingesetzt. Hinzu kommt der massenhafte Einsatz von Antibiotika in der Tiermast. All dies erzeugt bakterielle Resistenz. Der wichtigste Vektor für die Übertragung von Erregern – unabhängig ob sensible oder resistent – sind die Hände des Personals, die wichtigste Interventionsmaßnahme die adäquate hygienische Händedesinfektion. Erregerspezifische Präventionsmaßnahmen wie Screening, Eradikation und Isolierung werden nach wie vor in der Literatur sehr kontrovers diskutiert, eine überzeugende Evidenz, dass dies wirklich transmissionsprotektiv ist, fehlt nach wie vor. Gleichzeitig sind solche Maßnahmen, insbesondere die Isolierung in einem Einzelzimmer, mit einer schlechteren medizinischen Versorgung assoziiert. Hinzu kommt eine falsche Sicherheit, wenn das Ergebnis des Screenings fälschlicherweise negativ ist. Im Gegensatz hierzu hat sich inzwischen in mehreren publizierten hochrangigen Studien gezeigt, dass sich durch eine tägliche Ganzkörperwaschung mit Antiseptika bei Risikopatienten die

*Pressekonferenz anlässlich des
13. Kongresses für Infektionskrankheiten und Tropenmedizin (KIT 2016)
Donnerstag, 16. Juni 2016, 11.30 bis 12.30 Uhr, Würzburg*

Bakterienlast auf der Haut so weit reduzieren lässt, dass eine Erregerübertragung signifikant reduziert werden konnte.

Aus infektionspräventiver Sicht erachte ich daher einen streng indizierten und limitierten Umgang mit Antiinfektiva, eine deutliche Steigerung der Compliance mit der Händehygiene sowie bei Risikopatienten eine täglichen Anwendung von Antiseptika im Rahmen einer Ganzkörperwaschung als wertvollste Instrumente, um sowohl die Selektion multiresistenter Erreger wie aber auch eine Erregerübertragung im Krankenhaus zu reduzieren.

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Würzburg, Juni 2016