



## Methicillin-resistenter *Staphylococcus aureus* (MRSA) Dekolonisierungsbehandlung

Die sogenannte Dekolonisierungstherapie (= „Sanierungstherapie“) dient der Eliminierung der MRSA-Bakterien von der Haut und den Schleimhäuten. Die Dekolonisierung bei der Patientin oder dem Patienten hat zum Ziel, während des Krankenhausaufenthaltes eine Infektion mit dem die Patientin oder den Patienten besiedelnden MRSA zu verhindern und das Risiko einer weiteren MRSA-Verbreitung im Krankenhaus zu verringern.

Eine MRSA-Dekolonisierung umfasst in der Regel ein Maßnahmenbündel, das die Dekolonisierung von Nase, Rachen und Haut in Verbindung mit Dekontaminationsmaßnahmen der Umgebung beinhaltet. Im Folgenden werden die empfohlenen Maßnahmen aufgeführt. In individuellen Fällen kann hiervon abgewichen werden. Alternative Behandlungsmöglichkeiten (zum Beispiel bei erfolgloser Standardtherapie, Mupirocinresistenz etc.) stehen im Abschnitt „Hinweise für die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt“.

### Dekolonisierungstherapie

Im Regelfall sollten alle folgenden Maßnahmen (Behandlung der Nase, des Rachens, der Haut) parallel angewendet werden:

#### Behandlung des Nasenvorhofs

Über 5-7 Tage 2-3x täglich Mupirocin-Nasensalbe (nach Herstellerangaben) in beide zuvor gereinigte Nasenvorhöfe einbringen. Jeweils eine streichholzkopfgroße Menge der Nasensalbe auf ein Wattestäbchen auftragen und in dem Nasenvorhof verteilen. Die Mupirocin-Nasensalbe ist verschreibungspflichtig.

#### Behandlung des Rachens

Über 5-7 Tage 2-3x täglich Gurgeln oder gegebenenfalls Mundpflege mit antiseptisch wirksamen Substanzen, die für die Mundschleimhaut zugelassen sind. Die antiseptischen Mittel sind nicht verschreibungspflichtig und in Apotheken frei verkäuflich. Oft sind diese in sogenannten Sets zur MRSA-Dekolonisierung erhältlich.

#### Behandlung der Haut

Über 5-7 Tage 1-2x täglich Körper und Haare waschen/duschen. Den gesamten Körper dabei mit einer antiseptischen Waschlösung zum Beispiel mit einem vorgetränkten Lappen abreiben. Nischen wie Achseln, Leisten, Schrittbereich, Analregion und unter der Brust oder am Bauch besonders beachten. Für Konzentration und Einwirkzeit der Waschlösung sind die Herstellerangaben zu berücksichtigen. Oft sind diese in sogenannten Sets zur MRSA-Dekolonisierung bereits enthalten. Folgende Wirkstoffe sind zum Beispiel geeignet: Chlorhexidin, Octenidin Dihydrochlorid, Hexachlorophen, Polyhexanid.



### Begleitend zur Behandlung

- Normales Zähneputzen; Zahnprothesen ebenfalls normal reinigen. Wenn möglich herausnehmbare Zahnprothesen über Nacht in herkömmliche Zahnreinigerlösung einlegen. Vor Beginn der Dekolonisierungstherapie und währenddessen täglich Zahnbürsten austauschen.
- Kosmetika und Kämmen täglich reinigen. Falls möglich, Einmalprodukte verwenden oder ganz auf diese Produkte verzichten. Elektrorasierer durch Einmal-Klingenrasierer, Deo-Roller durch Deo-Sprays ersetzen.
- Keine Seifenstücke, sondern Flüssigseife im Dosierspender verwenden.
- Umfangreiche Desinfektionsmaßnahmen von Flächen sind im Privathaushalt nicht erforderlich. Gegebenenfalls können aber häufige Handkontaktflächen (zum Beispiel Türklinken) mit desinfizierenden Tüchern abgewischt werden.
- Die Bettwäsche vor Beginn der Dekolonisierungstherapie und währenddessen möglichst täglich wechseln.
- Handtücher und Waschlappen sollen während der Therapie täglich gewechselt werden.
- Kleidung täglich wechseln.
- Wäsche in der normalen Haushaltswaschmaschine waschen (möglichst bei mind. 60°C; ist dies nicht möglich, können handelsübliche Wäschedesinfektionsmittel verwendet werden).

### Risiken/Komplikationen

Während der Dekolonisierung verwendete Substanzen können unter Umständen allergische Reaktionen hervorrufen. Sollten entsprechende Symptome (zum Beispiel Jucken, Brennen, Hautausschlag) feststellbar sein, ist umgehend die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt zu kontaktieren.

### Kontrolle des Therapieerfolgs

Die Kontrolle des Therapieerfolgs erfolgt mittels Abstrichuntersuchungen durch die Ärztin oder den Arzt. Der optimale zeitliche Abstand einzelner Kontrollen nach Abschluss der Dekolonisierungstherapie ist unbekannt und richtet sich in der Regel nach der Notwendigkeit, zum Beispiel sind während eines stationären Aufenthaltes nach Dekolonisierung tägliche Kontrollen sinnvoll.

Es hat sich gezeigt, dass ein einzelner Abstrich nicht ausreicht, um einen dauerhaften Erfolg der Dekolonisierung nachzuweisen.

Um einen vorläufigen Dekolonisierungserfolg nachzuweisen, werden Kontrollabstriche der Stellen, an denen MRSA am häufigsten siedelt (= Nase, Rachen, gegebenenfalls Wunden und weitere bekannte Kolonisationsorte) durchgeführt. Im Krankenhaus werden diese Kontrollabstriche an drei aufeinander folgenden Tagen durchgeführt. Sind alle Abstriche an den drei Tagen negativ, das heißt es wurde kein MRSA nachgewiesen, wird von einem vorläufigen Dekolonisierungserfolg ausgegangen. Dies ist die Grundlage zur Aufhebung von



Isolationsmaßnahmen im Krankenhaus. Im ambulanten Bereich reicht hingegen eine negative Abstrichserie (Nase, Rachen, Wunden, gegebenenfalls weitere bekannte Kolonisationsorte) aus, um einen vorläufigen Dekolonisierungserfolg zu bestätigen. Aufgrund des teilweise nur kurzfristigen Behandlungserfolgs empfiehlt es sich, Kontrollabstriche im Intervall zu wiederholen (6 Monate nach vorläufig erfolgreicher Therapie und ein Jahr nach erfolgter Therapie), um einen dauerhaften Erfolg zu dokumentieren.

### **Durchführung von Wattetupferabstrichen zur Untersuchung auf MRSA**

Meist werden Wattetupfer für die Abstrichuntersuchungen verwendet. Für den Nasenabstrich muss dieser angefeuchtet werden (zum Beispiel durch einmaliges Hineinstecken des Tupfers in das Transportmedium oder in sterile Kochsalzlösung).

Die Wattetupfer werden erst unmittelbar vor der Untersuchung aus der sterilen Verpackung entnommen. Der Nasenabstrich wird durch rotierendes Abstreichen beider Nasenvorhöfe für jeweils 5 Sekunden (Watteanteil gerade nicht mehr sichtbar) durchgeführt. Der Rachen wird mittels Wattetupfer bogenförmig abgestrichen. Nach dem durchgeführten Abstrich wird der Wattetupfer in das Röhrchen mit dem Transportmedium hineingesteckt und die Probe beschriftet.

### **Erfolgsaussichten**

Liegen keine besonderen Faktoren vor (zum Beispiel MRSA-besiedelte Wunde, Infektionen, liegende Katheter einschließlich PEG) hat diese Therapie eine gute kurzfristige Erfolgschance (ca. 90 %). Allerdings wird MRSA bei vielen Patientinnen und Patienten (ca. 30-50 %) nach anfänglich scheinbar erfolgreich durchgeführter Dekolonisierungstherapie im Verlauf mehrerer Wochen/Monate doch wieder nachgewiesen werden (entweder durch erneuten Erwerb oder durch „Erholung“ der zunächst reduzierten MRSA-Zahl auf dem Körper, die nur kurzfristig auf ein nicht mehr nachweisbares Niveau unterdrückt war). Deshalb sollten Kontrollabstrichuntersuchungen nicht nur einmalig direkt nach Therapieende, sondern mehrmals erfolgen (zum Beispiel nach 6 Monaten und 1 Jahr erneut).

Auch nach einer erfolgreichen Dekolonisierungsbehandlung hat die Patientin oder der Patient weiterhin eine positive MRSA-Anamnese, was bei einer stationären Aufnahme in ein Krankenhaus zu einem Screening und gegebenenfalls prophylaktischer Isolierung führt.

### **Hinweise für die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt**

#### Vorgehen bei erfolglosem Dekolonisierungsversuch

Auf einen nicht erfolgreichen ersten Dekolonisierungsversuch können weitere Versuche folgen. Verschiedene Risikofaktoren beziehungsweise sogenannte Dekolonisierungshemmende Faktoren können Einfluss auf den Erfolg der Therapie haben. So kann eine Kolonisation von Hautdefekten, Wunden, Kathetern, Tracheostomata sowie von anderen für die Dekolonisierung schwer zugänglichen



Körperbereichen (wie zum Beispiel Gehörgänge, Augen, Darm und Vagina) eine erfolgreiche Dekolonisierung erschweren. Vor einem (erneuten) Dekolonisierungsversuch ist es daher sinnvoll, Wunden zu behandeln und Fremdkörper wie zum Beispiel Katheter soweit wie möglich zu entfernen. Bei nicht erfolgreichen Dekolonisierungsversuchen wird die Hinzuziehung von auf dem Gebiet erfahrenen ärztlichen Kolleginnen oder Kollegen empfohlen. Bleibt eine langfristige Dekolonisierung erfolglos, sollte dennoch vor elektiven, operativen Eingriffen möglichst eine erneute Dekolonisierungsbehandlung mit dem Ziel der Keimlastreduktion durchgeführt werden.

#### Kostenübernahme

Zur Kostenübernahme bei der MRSA-Dekolonisierungstherapie im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung gelten die jeweils gültigen Vereinbarungen. Genauere Informationen finden Sie auf den Internetseiten der Kassenärztlichen Vereinigungen.

#### Haftungsausschluss:

Die Informationen in dieser Handreichung wurden mit größtmöglicher Sorgfalt zusammengestellt. Dennoch kann keinerlei Gewähr für Aktualität, Korrektheit, Vollständigkeit oder Qualität der bereitgestellten Informationen und Daten übernommen werden. Haftungsansprüche gegen die Autoren bzw. Verantwortlichen dieses Druckerzeugnisses für Schäden materieller oder immaterieller Art, die auf ggf. fehlerhaften oder unvollständigen Informationen und Daten beruhen, sind, soweit nicht Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit vorliegt, ausgeschlossen.

#### **Ansprechperson im LZG.NRW**

Dr. Miriam Korte-Berwanger  
Fachgruppe Infektiologie und Hygiene  
Tel.: 0234 91535-2306  
E-Mail: [mre-netzwerke@lzg.nrw.de](mailto:mre-netzwerke@lzg.nrw.de)

Internetseite: [www.lzg.nrw.de/mre-netzwerke](http://www.lzg.nrw.de/mre-netzwerke)

Dieses Dokument wurde erstellt durch das LZG.NRW in Kooperation mit den MRE-Netzwerken in NRW.