Wie die MRSA-Welle aufhalten?

Mit einem Maßnahmenbündel bestehend aus allgemeiner Überwachung, Vorsichtsmaßnahmen beim Kontakt mit Patienten, Handhygiene und einer Änderung der institutionellen Haltung gelang es in den amerikanischen Veterans-Affairs-Krankenhäusern, die MRSA-Infektionen beträchtlich einzudämmen.

— Vor allem die Infektionen mit Methicillin-resistentem *Staphylococcus aureus* (MRSA) gehören heute zu den wichtigsten Ursachen der Pneumonie beatmeter Patienten, der Sepsis auf Intensivstationen und chirurgischer Wundinfektionen. Ab dem 1. Oktober 2007 wurde in allen Akutkrankenhäusern der amerikanischen Veterans Affairs ein sog. „MRSA-Programm“ implementiert, das eine universelle Überwachung von Patienten und Personal mittels laufender Nasenabstriche, Isolierungsmaßnahmen von mit MRSA kolonisierten Patienten, handhygienische Maßnahmen und der Schaffung eines neuen Bewusstseins jedes Beschäftigten bestand. In jedem

Monat erfolgte eine Bestandsaufnahme über die Häufigkeit der MRSA-Kolonisation bzw. -Infektion, die Transmission oder Infektion des Erregers im Zusammenhang mit pflegerischen Maßnahmen und die Adhärenz gegenüber den Überwachungsmaßnahmen.

Von Oktober 2007 bis Juni 2010 kam es zu 1934598 Aufnahmen, Verlegungen innerhalb oder Entlassungen aus Intensivstationen und Allgemeinstationen. Im Lauf dieses Zeitraums stieg der Prozentsatz der Patienten, die bei Aufnahme gescreent wurden, von 82 auf 96%, bei Verlegungen oder Entlassungen von 72 auf 93%. Die mittlere Prävalenz der MRSA-Kolonisation oder -Infektion zum Zeitpunkt der Krankenhausaufnahme betrug $13,6 \pm 3,7\%$. Die Rate der MRSA-Infektionen auf Intensivstationen hatte sich in den zwei Jahren vor dem Oktober 2007 nicht geändert, nahm jedoch nach Implementierung der Maßnahmen von 1,64 Infektionen/1000 Patiententage im Oktober 2007 auf 0,62/1000 Patiententage im Juni 2010 ab. Dies entspricht einem signi-

fikanten Rückgang um 62%. In ähnlicher Weise gingen die MRSA-Infektionen auf Nichtintensivstationen von 0,47 auf 0,26/1000 Patiententage zurück.

Kommentar

Die Untersuchung zeigt, dass mit einem Bündel relativ einfacher Maßnahmen die MRSA-Kolonisation und -Infektion erheblich einzuschränken ist. Wahrscheinlich fehlt es in unseren Krankenhäusern vor allem beim Personal noch an einem allgemeinen Bewusstsein für diese Problematik. Es scheint für die Krankenhäuser aber unabdingbar, dass hier ein Umdenken einsetzt. In der vorliegenden Studie wurde keine formelle Kosten-Nutzenanalyse vorgenommen, jedoch gibt es eine Reihe von anderen Untersuchungen, die auch den finanziellen Vorteil für Krankenhäuser durch entsprechende Hygienemaßnahmen dokumentiert haben.

H. S. FÜESSL ■

■ R. Jain et al.

Veterans Affairs initiative to prevent methicillin-resistant staphylococcus aureus infections. New Engl. J. Med. 364 (2011) 15, 1419–1430

Nach Nierensteinen gesucht

Verkalkte Samenleiter gefunden

— Bei einem 60-jährigen Mann mit fortgeschrittener diabetischer Nephropathie und sekundärem Hyperparathyreoidismus wurde auf der Suche nach Nierensteinen eine Abdomen-Übersichtsaufnahme durchgeführt. Man fand zwar weder eine Hydronephrose noch röntgendichte Nierensteine, allerdings stellte man beidseits ausgedehnte Verkalkungen der Samenstränge fest (Abb. A, Pfeile). Im axialen Schnitt des Becken-CT ohne Kontrastmittel ließen sich diese Strukturen noch deutlicher zeigen (Abb. B, Pfeile).

Kommentar

Verkalkungen der Samenstränge sind bei Diabetikern ein sehr häufiger Befund. Sie tre-

Kalkspuren im Becken.

ten auch bei sehr alten Patienten, bei mechanischer Obstruktion, Urogenitaltuberkulose, chronischer Gonorrhö oder Chlamydieninfektion und auch beim Hypoparathyreoidismus auf. Die Verkalkungen können zur Obstruktion der Samenstränge und damit zur Unfruchtbarkeit führen. Bei diesem Patienten erforderte der Zufallsbefund keine weiteren

Untersuchungen oder Behandlungen. Allerdings gab er wohl Anlass, den sekundären Hyperparathyreoidismus des Patienten besser zu behandeln.

H. S. FÜESSL ■

■ J. S. Banerji, A. Devasia

(Christian Medical College Vellore, India): Calcified Vasa Deferentia. New Engl. J. Med. 364 (2011) 21, 2043