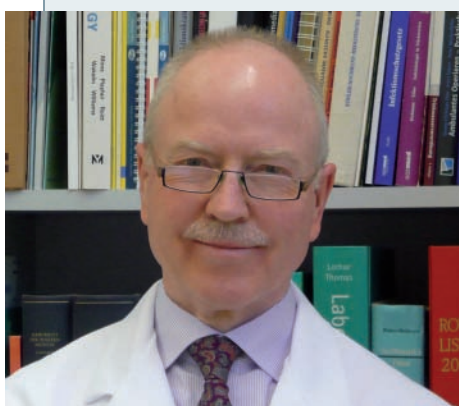


„Gute Mundpflege kann Pneumonierate verringern“



Prof. Dr. med. Matthias Trautmann
ist Leiter des Instituts für
Krankenhaushygiene am Klinikum
Stuttgart

Herr Professor Trautmann, was ändert sich für den Intensivmediziner aufgrund der neuen KRINKO-Empfehlungen?

Die neuen Empfehlungen kommen zur rechten Zeit, denn auf den intensivmedizinischen Kongressen der letzten zwei Jahre haben sich wesentliche Änderungen bei einigen wichtigen Präventionskonzepten abgezeichnet. Die neue KRINKO-Richtlinie berücksichtigt die neuesten Literaturarbeiten bis zum Jahr 2013. Als Neuerungen gegenüber den früheren Empfehlungen sind differenzierte Aussagen zur Oberkörperhochlagerung der Patienten während der Beatmungstherapie oder auch zur hygienischen Mundpflege hervorzuheben.

Die Oberkörperhochlagerung wurde lange Zeit als wichtig angesehen, um die Ansammlung von Sekreten im Mund-Rachenraum zu verringern und damit die Pneumoniegefahr zu senken. Warum

Interview mit Prof. Dr. med. Matthias Trautmann vom Klinikum Stuttgart zu den neuen Empfehlungen der KRINKO

wird sie jetzt nicht mehr für entscheidend gehalten?

Die Vorgängerrichtlinie der KRINKO aus dem Jahr 2000 enthielt eine Empfehlung, den beatmeten Intensivpatienten mit dem Oberkörper erhöht zu lagern, sofern keine medizinischen Kontraindikationen bestehen. Es wurde sogar konkret ein Lagerungswinkel von 30 bis 45° empfohlen. Inzwischen hat sich die randomisierte Studie, auf der diese frühere Aussage beruhte, in keiner Folgestudie mehr bestätigen lassen. Eine Nachfolgestudie aus Holland zeigte dagegen, dass die angestrebte Oberkörperhochlagerung in der Praxis meist nicht durchgängig umgesetzt werden kann. Zum Waschen des Patienten, bei diagnostischen Maßnahmen oder zur Kreislaufstabilisierung muss der Patient oft flach gelagert werden. Hinzu kommt, dass andere Pflegeziele, wie beispielsweise die Dekubitusprophylaxe, bei der Lagerung des Intensivpatienten ebenfalls berücksichtigt werden müssen. In der neuen KRINKO-Empfehlung heißt es deshalb: „Die Rolle der Lagerung für die Prävention der beatmungsassoziierten Pneumonie ist ungeklärt. Die Lagerung des Patienten muss unter klinischen Gesichtspunkten festgelegt werden.“ Damit ist eine moderate Oberkörperhochlagerung nicht ausgeschlossen, kann aber individuell festgelegt werden.

Was gibt es für neue Aspekte bei der Mundpflege?

Die frühere Empfehlung enthielt dazu noch gar keine Aussagen. Inzwischen sind eine Vielzahl von Studien, auch aus dem Bereich der Pflegewissenschaft, erschienen, die ganz klar zeigen, dass eine sorgfältige mechanische Zahnreinigung und eine antiseptische Mundspülung die Pneumonierate verringern können. Hinsichtlich der Zahnreinigung hat die KRINKO noch keine Empfehlung formuliert, da es sich bei den publizierten Studien meist um Vorher-Nachher-Studien handelt, in denen mehrere verschiedene Maßnahmen umgesetzt wurden. Für die regelmäßige antiseptische Mundspülung ist aber jetzt eine IA-Empfehlung in der KRINKO-Richtlinie enthalten, das heißt eine Empfehlung mit hohem Evidenzgrad.

Favorisiert die KRINKO dabei ein bestimmtes Antiseptikum, zum Beispiel das Chlorhexidin?

In den USA wird das Chlorhexidin als orales Antiseptikum, aber auch für viele andere Desinfektionszwecke, wie zum Beispiel die präoperative Hautdesinfektion, sehr favorisiert. Die KRINKO-Richtlinie spricht aber auch die Gefahr an, dass Chlorhexidin im Gram-negativen Bereich schlechter wirksam ist als im Gram-positiven Spektrum und daher eine

Erregerverschiebung in der Mundhöhle eintreten könnte. Die Anwendung anderer geeigneter Antiseptika wird daher von der KRINKO keineswegs ausgeschlossen.

Wie könnte eine sinnvolle Mundpflege in der Praxis ablaufen?

Zu empfehlen ist eine zweimal tägliche mechanische Zahnreinigung mit Zahnbürste und Zahnpasta, am besten mit einem Bicarbonat-haltigen Produkt, da hiermit die Plaque-Ablösung besonders gut funktioniert. Dabei muss natürlich streng auf die Hygiene geachtet werden. Die Zahnbürste wird am besten als Einmalprodukt verwendet, die Zahnpasta-Tube muss strikt dem einzelnen Patienten zugeordnet sein. Nach der Zahnreinigung wird die Mundhöhle zunächst mit mikrobiologisch einwandfreiem Leitungswasser gespült und abschließend wird mit einem Antiseptikum nachgespült. In den von mir betreuten Kliniken wird hierfür bevorzugt das Octenidol (Inhaltsstoff: Octenidin-Dihydrochlorid) verwendet, da es sowohl im Gram-positiven als auch im Gram-negativen Spektrum sehr gut desinfizierend wirkt. Ein weiterer Vorteil ist, dass es – im Gegensatz zum Chlorhexidin – keine Braunverfärbung der Zähne bei längerer Anwendung hervorruft.

Formuliert die neue KRINKO-Richtlinie auch spezielle Empfehlungen für die Pädiatrie?

Pädiatrische Intensivmediziner verwenden insbesondere bei kleineren Kindern oft Beatmungstuben ohne aufblasbare Manschette („Cuff“). Sie tragen damit der besonderen Druckempfindlichkeit des Kehlkopfs und der Stimmlippen bei Kindern Rechnung. Die KRINKO betont aber, dass bei regelmäßiger Kontrolle und Beachtung des Cuff-Drucks, der bei Kindern unter 20 cm Wassersäule ge-

halten werden sollte, auch in der Pädiatrie durchaus geblockte Tuben verwendet werden können. Insgesamt lässt die KRINKO dem pädiatrischen Intensivmediziner in dieser Frage freie Hand. Für neonatologische Intensivpatienten gilt im Übrigen die besondere Empfehlung der KRINKO, die im Jahre 2007 publiziert wurde.

Das regelmäßige Absaugen des Patienten ist bei der Beatmungstherapie besonders wichtig. Gibt es neue Aussagen der KRINKO zur Absaugtechnik?

Es gibt bisher keine Studien, die eine Reduktion von Beatmungspneumonien durch geschlossene versus offene Absaugssysteme nachweisen. Dennoch empfiehlt die KRINKO im Gegensatz zur früheren Richtlinie jetzt eindeutig die bevorzugte Verwendung geschlossener Absaugssysteme, wenn der Patient in den Atemwegen mit multiresistenten Erregern besiedelt oder infiziert ist. Der Grund ist ein zweifacher: Zum einen wird eine Umgebungskontamination, zum Beispiel der Bettdecke des Patienten, durch Spritzeffekte aus dem offenen Absaugkatheter vermieden. Zum anderen besteht ein geringeres Risiko, dass sich das Personal selbst mit den resistenten Erregern aus den Atemwegen kontaminiert.

Gibt es eine Aussage, wie lange geschlossene Absaugssysteme verwendet werden dürfen?

Die KRINKO empfiehlt, geschlossene Absaugssysteme zu verwenden, bei denen der Hersteller ein längeres Wechselintervall zulässt. Die maximale Verwendungsdauer sollte aber eine Woche nicht überschreiten. Wir verwenden in unserer Klinik ein System, welches laut Herstellerangabe 72 Stunden verwendet werden kann. Wichtig ist, dass beim Spülen der Katheterspitze über den Spülport keimarme Einmalhandschuhe getragen

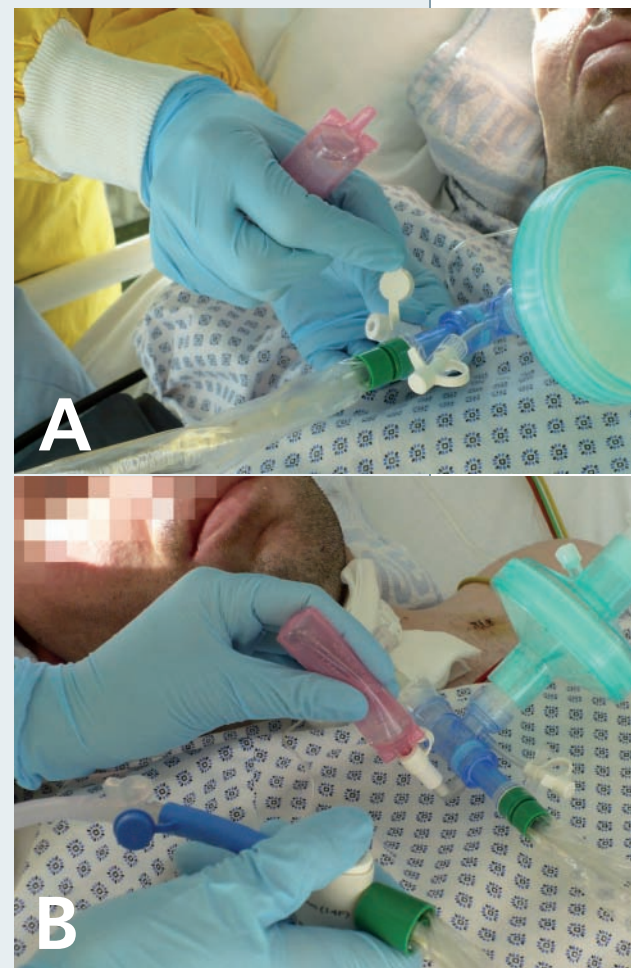


Abb. 1 Umgang mit dem Spülport bei geschlossener Absaugung. Bereits beim Öffnen des Ports müssen keimarme Handschuhe getragen werden (A). Die Spülung erfolgt mit steriler Kochsalzlösung (0,9 % NaCl) aus einer Eindosis-Ampulle (B)

werden, da die Fingerspitzen bei dieser Maßnahme leicht mit Sekret kontaminiert werden können. Außerdem sollte die Spülung NaCl 0,9% immer aus Eindosis-Ampullen verwendet werden. Das korrekte Vorgehen an dieser Stelle ist in Abbildung 1 dargestellt.

Herr Professor Trautmann, vielen Dank für das Gespräch.

Das Interview führte Hardy-Thorsten Panknin.