



Epidemiologisches Bulletin

14. Dezember 2017 / Nr. 50

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Ablehnung der Behandlung von Patienten mit MRE in geriatrischen Kliniken und Rehabilitationseinrichtungen: Einzelfälle oder gängige Praxis?

Einleitung

Die Zunahme multiresistenter Erreger (MRE) stellt für alle Beteiligten im Gesundheitswesen eine große Herausforderung dar. Im Umgang mit MRE gilt es, die Balance zu wahren zwischen der Umsetzung sinnvoller Hygienemaßnahmen und der Erfüllung des Behandlungsauftrages, im Sinne einer gleichberechtigten und optimalen Patientenversorgung.

Es existieren umfangreiche Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) zu Hygienemaßnahmen bei Infektionen oder Besiedlung mit multiresistenten gramnegativen Erregern (MRGN)¹ und zur Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten *Staphylococcus-aureus*-Stämmen (MRSA) in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen² sowie zum Umgang mit besiedelten/infizierten Patienten in Heimen.³ Da die Epidemiologie und die Verbreitungsdynamik von MRE in Abhängigkeit vom Patienten- und Einrichtungsprofil zwischen verschiedenen Einrichtungen erheblich variieren können, ist für die Festlegung von spezifisch angepassten Präventionsbündeln eine individuelle Risikoabwägung erforderlich.¹⁻⁴ Hierbei sollen insbesondere das Übertragungs-, Kolonisations- und Infektionsrisiko für den jeweiligen Patienten, die durchzuführende medizinische Maßnahme und das Risikoprofil der Einrichtung berücksichtigt werden. Ziel ist es, Patienten mit MRE sicher zu versorgen und andere Patienten sowie das Personal zu schützen.

In diesem Bericht soll auf die Probleme, die bei der Verlegung von Patienten mit MRE-Besiedlung/-Infektion auftreten können, hingewiesen werden.

Problembeschreibung und Ausgangssituation

Der Anlass für die Erstellung dieses Artikels war die Ablehnung der Kostenübernahme für eine Rehabilitationsmaßnahme: Ein Patient hatte sich nach seiner Entlassung Hilfe suchend an die vorbehandelnde Klinik gewandt; der Antrag auf Rehabilitation war vom Kostenträger mit dem Hinweis abgelehnt worden, dass eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme erst nach Sanierung der MRE-Besiedlung möglich sei. Bei diesem Patienten war während des stationären Aufenthaltes im Aufnahmescreening auf der Intensivstation eine intestinale Besiedlung mit Vancomycin-resistenten Enterokokken (VRE) festgestellt worden.

Die Kostenübernahme für die Rehabilitationsmaßnahme wurde erst nach Einspruch des Patienten sowie Intervention des Chefarztes der Klinik und des zuständigen Gesundheitsamtes bewilligt.

In oben genannter Klinik werden internistische Patienten mit den Schwerpunkten Intermediärpflege (schwer pflegebedürftige, aber nicht intensivpflichtige Patienten), Transplantation, Herzinsuffizienz, Wundversorgung und Links-

Diese Woche 50/2017

Ablehnung der Behandlung von Patienten mit MRE in geriatrischen Kliniken und Rehabilitationseinrichtungen: Einzelfälle oder gängige Praxis?

Ausschreibung des Nationalen Referenzzentrums für Influenza

Publikationshinweis: Neue Ausgabe „Krebs in Deutschland“ erschienen

In eigener Sache

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten
47. Woche 2017

Zur aktuellen Situation bei ARE/Influenza in der 49. KW 2017



herzunterstützungssysteme versorgt. Zusätzlich gehört eine große Intensivstation (21 Betten) zur Einrichtung. Ein MRE-Aufnahme-Screening (MRSA und 4MRGN) ist auf den Normalstationen gemäß KRINKO-Empfehlungen für Risikopatienten etabliert. Externe auf die Intensivstation aufgenommene Patienten werden auf MRSA, MRGN und VRE untersucht. Im Jahr 2016 lag die Aufnahmeprävalenz für VRE im Vergleich zu allen Intensivstationen des Krankenhaus-Infektions-Surveillance-Systems (KISS) im Modul ITS-KISS um den Faktor 15 höher. Die Aufnahmeprävalenz für MRSA und MRGN lag unterhalb des 75 %-Quantils der Referenzwerte.

Nach herzchirurgischen Eingriffen werden fast alle Patienten in ambulanten oder stationären Einrichtungen für Rehabilitation nachbehandelt und Patienten über 70 Jahre nicht selten in geriatrischen Abteilungen.

Im Rahmen des Entlassmanagements fiel in der Vergangenheit auf, dass die Patienten-Übernahme von nachsorgenden Einrichtungen in einigen Fällen mit dem Hinweis auf eine diagnostizierte MRE-Besiedelung verzögert oder sogar abgelehnt wurde. Begründet wurde dies unter anderem damit, dass nur eine eingeschränkte Rehabilitationsfähigkeit bestehe, da solche Patienten nicht an den Gruppentherapien teilnehmen könnten. In einigen Fällen wurden von Patienten mit MRGN- oder VRE-Besiedelung vor der Übernahme drei negative rektale Abstriche gefordert.

Hinzu kommt, dass bislang der Umgang mit VRE-besiedelten Patienten in Krankenhäusern und Folgeeinrichtungen sehr unterschiedlich gehandhabt wird. Da hierzu noch keine Empfehlungen der KRINKO existieren (Anmerkung der Redaktion: Eine KRINKO-Empfehlung zu VRE ist in Vorbereitung), finden sich selbst in vergleichbaren klinischen Bereichen große Unterschiede in den vorgegebenen Hygienemaßnahmen – von Standard-/Basishygiene über Barriere-Maßnahmen im Mehrbettzimmer bis hin zur Einzelzimmerisolierung.

Nicht nur die entlassenden Krankenhäuser stehen damit vor großen Problemen. Vor allem die Patienten erleben solche Forderungen und Vorgaben der Rehakliniken, und im beschriebenen Fall auch des Kostenträgers, als Diskriminierung und werden um eine wichtige ihnen zustehende Leistung gebracht.

Diskussion und Schlussfolgerung

Es besteht allgemein Konsens darüber, dass alle Patienten ein Recht auf eine Rehabilitation haben, welches nicht durch eine MRE-Besiedelung oder -Infektion beeinträchtigt werden darf. Die KRINKO hat in der Empfehlung Infektionsprävention in Heimen³ hierzu klar Stellung bezogen (s. Zitat im Kasten unten).

Die Ablehnung von MRE-Patienten bzw. die unterschiedliche Handhabung im Umgang mit diesen Patienten lässt auf Verunsicherung und Wissensdefizite schließen. Diese Defizite können in erster Linie durch gut ausgebildetes und ausreichend vorhandenes Hygienefachpersonal behoben werden. Zu dessen Aufgaben gehören die Erstellung von Hygieneplänen und Pflegestandards in denen auch Besonderheiten beim Umgang mit MRE-Patienten niedergelegt sein sollten und die Schulung des Personals hinsichtlich der festgelegten Hygienemaßnahmen. Des Weiteren sollte das Hygienefachpersonal als Ansprechpartner in besonderen Situationen und bei speziellen Fragestellungen fungieren.

Die Forderung eines Nachweises von negativen Abstrichen vor Verlegung von Patienten mit MRE entspricht nicht den Empfehlungen der KRINKO. Eine Sanierung einer intestinalen Besiedelung mit 3/4MRGN oder VRE ist im Übrigen prinzipiell nicht möglich.

Bei Patienten mit einer 3MRGN-Besiedelung ist zudem laut KRINKO-Empfehlung außerhalb von Hochrisikobereichen die Einhaltung von Basishygienemaßnahmen ausreichend.¹ Es ist daher nicht plausibel, dass Patienten, die auf der Normalstation mit Basishygienemaßnahmen versorgt werden, in einer Reha-Einrichtung mit nicht nach-

Zitat:³ „Jede Institution, die pflegebedürftige Personen betreut (also Krankenhäuser, Rehabilitationskliniken, Heime etc.), muss in der Lage sein, auch solche Menschen zu versorgen, die mit multiresistenten Erregern besiedelt oder infiziert sind. Aufgrund der Tatsache, dass Übertragungen in Einrichtungen der Langzeitpflege und in Altenheimen selten vorkommen und dann gewöhnlich nur zu einer Kolonisierung führen [97, 100], ist eine Ablehnung der Übernahme kolonisierter oder infizierter Personen – sei es in Altenwohnheimen bis hin zu Einrichtungen für Schwerstpflegebedürftige – mit Verweis auf den Nachweis von z. B. MRSA oder gar der Forde-

rung, dass zunächst 3 negative Abstrichergebnisse vorliegen müssen, weder mit organisatorischen noch mit medizinischen Argumenten und schon gar nicht juristisch zu rechtfertigen [4, 100, 102, 103, 104], denn für die Prävention von Erregerübertragungen – ob MRSA, VRE, ESBL oder andere – ist in der Regel in den hier angesprochenen Einrichtungen die Beachtung der in Kapitel 5 aufgeführten Hygienemaßnahmen angemessen. Dies sind aber genau die Maßnahmen, die ohnehin im Umgang mit jedem Bewohner bzw. Patienten praktiziert werden müssen und zwar unabhängig davon, ob ein auffälliger Erreger festgestellt wurde oder nicht.“

vollziehbaren erweiterten Hygienemaßnahmen konfrontiert werden, welche oft nicht mit einer zeitnah durchführbaren Rehabilitation vereinbar sind.

Als Hilfestellung für den Umgang mit MRE-besiedelten Patienten wurde von einer Arbeitsgruppe der Bayerischen Landesarbeitsgemeinschaft Multiresistente Erreger (LARE) in Zusammenarbeit mit dem RKI eine Handreichung für MRSA in der Rehabilitationsklinik veröffentlicht, in der die Risikoanalyse und -bewertung sowie Maßnahmen anhand von praktischen Beispielen aufgeführt werden.⁵

An dieser Stelle sei auch auf die Merkblätter regionaler MRE-Netzwerke hingewiesen, die sich unter anderem diesem speziellen Setting widmen, wie beispielsweise die des MRE-Netzwerkes Sachsen.⁶

Es bleibt festzuhalten, dass für Patienten aufgrund einer Besiedlung oder Infektion mit MRE kein Nachteil hinsichtlich der medizinischen Versorgung entstehen darf. Dies muss bei allen Anstrengungen, die Verbreitung von MRE durch Hygienemaßnahmen einzudämmen, berücksichtigt werden. Der Erfolg der Maßnahmen zur Vermeidung von Kolonisationen und Infektionen mit MRE hängt im Wesentlichen von einer konsequent durchgeführten Basishygiene ab.

Literatur

1. Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert Koch-Institut: Hygienemaßnahmen bei Infektionen oder Besiedlung mit multiresistenten gramnegativen Stäbchen. Bundesgesundheitsblatt 2012;55:1311–1354
2. Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert Koch-Institut: Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten Staphylococcus-aureus-Stämmen (MRSA) in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen. Bundesgesundheitsblatt 2014;57:696–732
3. Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert Koch-Institut: Infektionsprävention in Heimen. Bundesgesundheitsblatt 2005;48:1061–1080
4. Peter Bergen, et. al.: Informationen zu MRSA und weiteren multiresistenten Erregern für Rehabilitations-Einrichtungen – Eine Empfehlung der MRSA-Netzwerke Niedersachsen. Hyg Med 2012;37–6
5. Bundesgesundheitsblatt: Methicillin-resistente Staphylococcus aureus (MRSA) in der medizinischen Rehabilitation. Bundesgesundheitsblatt 2012M55:1453–1464
6. MRE-Netzwerk Sachsen: Personal-Informationsblatt zum Umgang mit Patienten mit MRGN in Rehabilitationskliniken (insbesondere 4MRGN). www.gesunde.sachsen.de

-
- *Christian Schweizer | **PD Dr. med. Manfred Hummel |
 Dr. med. Frank-Rainer Klefisch | *Dr. Anna Stolaroff
 * Fachpfleger für Krankenhaushygiene (Paulinenkrankenhaus)
 ** Ärztlicher Direktor (Paulinenkrankenhaus)
 *** Hygienebeauftragter Oberarzt (Paulinenkrankenhaus)
 **** Robert Koch-Institut Abt. für Infektionskrankheiten | FG für Angewandte Infektions- u. Krankenhaushygiene
 - Vorgeschlagene Zitierweise:
 Schweizer C, Hummel M, Klefisch FR, Stolaroff A: Ablehnung der Behandlung von Patienten mit MRE in geriatrischen Kliniken und Rehabilitationseinrichtungen: Einzelfälle oder gängige Praxis?
 Epid Bull 2017;50:567–569 | DOI 10.17886/EpiBull-2017-069