

INFEKTIONSPRÄVENTION UND REHABILITATION

# Vorab ärztliche Risikoanalyse

Nach der aktualisierten KRINKO-Empfehlung sind Rehamaßnahmen grundsätzlich trotz Besiedelung mit Methicillin-resistentem Staphylococcus aureus möglich.



Foto: CDC/Melissa Daniel

aktualisierte „Empfehlung zur Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten Staphylococcus-aureus-Stämmen (MRSA) in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen“\*. Hier geht die Kommission erstmals explizit auch auf die Rehabilitation ein und bietet den Einrichtungen Rechtssicherheit für die Versorgung Patienten mit MRSA.

In der aktualisierten Empfehlung fordert die KRINKO erstmals eine „ärztliche Risikoanalyse“, um einrichtungsbezogen die notwendigen Maßnahmen(bündel) zur Verhinderung der Verbreitung von MRSA in der Einrichtung festzulegen. Dies ist ein neues und zentrales Element der aktualisierten Empfehlung. In dieser Risikoanalyse müssen das MRSA-Übertragungs-, -Kolonisations- beziehungsweise Infektionsrisiko (MRSA-Patient, Mitpatienten) und das Risikoprofil der Einrichtung/Abteilung/Funktionseinheit (unter anderem Invasivität der medizinischen Maßnahmen, Intensität der Pflegemaßnahmen) betrachtet und abgewogen werden. Die in dieser Analyse zu beantwortenden Fragen sind beispielsweise:

- „Wie hoch ist der Kolonisationsdruck, zum Beispiel Prävalenz von MRSA-positiven Patienten/Behovernern?“
- Werden Patienten mit Risikofaktoren für eine MRSA-Besiedelung versorgt?
- Werden Patienten versorgt, die potenziell MRSA vermehrt in die Umgebung abgeben (zum Beispiel Patienten mit Tracheostoma, nicht sicher abdeckbare MRSA-besiedelten Wunden)?
- Werden nicht-kooperationsfähige Patienten oder Patienten/Behovernern?

\*Zum Beispiel Eichhorn et al. in der Zeitschrift Rehabilitation 2009; Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene 2010, einige MRE-Netzwerke, u. a. Twente-Münster-Land, Niedersachsen, MRE-Netz Rhein-Main etc.

**Das Thema MRSA** stellt sich in den einzelnen Einrichtungen des Gesundheitswesens unterschiedlich dar und erfordert ein differenziertes Handeln.

**R**ehabilitationskliniken legen im Umgang mit Methicillin-resistentem Staphylococcus aureus (MRSA) häufig das Hygienemanagement der akutmedizinischen Versorgung zugrunde, was Patienten mit positivem MRSA-Status den Zugang in die stationäre Rehabilitation erschwert. Die Ablehnung wird damit begründet, dass die Einrichtung die 1999 publizierten Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) einhalten muss. Diese schrieb zwingend eine Isolierung von MRSA-Patienten vor. Unter diesen Bedingungen sei aber die Rehabilitation nicht sinnvoll möglich.

Bei gemeinsamer Rehabilitation von MRSA-Patienten mit MRSA-freien Patienten werden Übertragungen befürchtet, was mit negativer Presse und mit einem erheblichen rechtlichen sowie ökonomischen Risiko für die Einrichtung verbun-

den sein könne. Vielen rehabilitationsfähigen beziehungsweise -pflichtigen Patienten mit MRSA wurde deswegen eine stationäre Rehabilitation nicht oder nicht rechtzeitig ermöglicht.

Zwar haben in den letzten Jahren verschiedene Experten, Organisationen und Fachgesellschaften\* detaillierte Stellungnahmen und Empfehlungen veröffentlicht, die eine Rehabilitation von MRSA-Patienten ermöglichen, ohne andere Patienten zu gefährden. Diese wurden jedoch von vielen Einrichtungen nicht umgesetzt mit der Argumentation, dass gerade nach Novellierung des Infektionsschutzgesetzes in 2011 die Krankenhäuser die Empfehlungen der KRINKO einhalten müssen (Vermutungsregel) und bei Abweichungen eine Rechtsunsicherheit entsteht.

Im Juni 2014 veröffentlichte die KRINKO nun die lange erwartete,

wohner mit mangelnder persönlicher Hygiene versorgt?

- Liegen bei den betreuten Patienten disponierende Faktoren für eine MRSA-Kolonisation vor, das heißt, wie empfänglich sind die Patienten/Bewohner für eine von MRSA ausgehende Kolonisation beziehungsweise Infektion (zum Beispiel Selektionsdruck/Häufigkeit des Antibiotikaeinsatzes, Defekte der Hautbarriere)?

- Welche Prozesse laufen ab, beziehungsweise wie hoch ist die Dichte (Anzahl/Patient/Tag) von Tätigkeiten, die die Übertragung von MRSA begünstigen (zum Beispiel Häufigkeit und Intensität von Hand-/Körperkontakten mit dem versorgenden Personal im Rahmen intensiver pflegerischer Versorgung und untereinander, gemeinsame Nutzung von Räumen/Therapiegeräten)?

- Liegen bei den betreuten Patienten disponierende Faktoren für eine MRSA-Infektion vor (zum Beispiel Immunsuppression, liegende Katheter, offene Wunden, bevorstehende invasive Eingriffe)?

Basierend auf der Risikoanalyse sind für alle medizinischen und pflegerischen Einrichtungen einrichtungs- beziehungsweise bereichsspezifische Maßnahmen zum Screening, zu Barrieremaßnahmen und gegebenenfalls zur Dekolonisierung der Patienten festzulegen.

### Heterogene Maßnahmen und Patientenstruktur

Die KRINKO geht aber auch explizit auf die Situation der Rehabilitation ein. Unter Verweis auf die große Heterogenität dieser Einrichtungen fordert sie „eine Kategorisierung der Einrichtung hinsichtlich der überwiegenden Patientenstruktur und der durchgeführten Maßnahmen“. Dabei soll geklärt werden, „ob das Risikoprofil dem eines Krankenhauses oder dem einer Pflegeeinrichtung entspricht“. Für Pflegeeinrichtungen hatte die KRINKO bereits 2005 eigene Empfehlungen publiziert und hier eine gute und angemessene Hygiene bei ärztlichen und pflegerischen Tätigkeiten, nicht jedoch eine zwingende Isolierung gefordert.

In den aktuellen Ausführungen soll nun geprüft werden „wie durch geeignete Ausgestaltung von Prozessen ein möglichst optimaler Kompromiss zwischen der Verhinderung von MRSA-Übertragungen und der Möglichkeit zur Teilnahme an Rehabilitationsmaßnahmen geschaffen werden kann“.

Konkret ist laut KRINKO festzulegen und zu dokumentieren, welche Rehabilitationsmaßnahmen abweichend vom normalen Ablauf gegebenenfalls dezentral, beispielsweise im Zimmer des Patienten (zum Beispiel Inhalationen) beziehungsweise nicht durchgeführt werden können (zum Beispiel tiergestützte Therapie) sowie ob und gegebenenfalls unter welchen Bedingungen nicht-kooperationsfähige MRSA-Patienten am Gemeinschaftsleben teilnehmen können.

Wichtig war der Kommission, dass Patienten mit MRSA-Nachweis grundsätzlich an therapeutischen Rehabilitationsmaßnahmen teilnehmen dürfen. Die verwendeten therapeutischen Geräte und Utensilien wie Bälle, thermische Packungen und Badewannen und so weiter müssen wischdesinfizierbar sein und nach Benutzung desinfiziert werden. Ein MRSA-Nachweis bei Rehabilitanden allein stellt nach KRINKO auch keinen Grund für den Ausschluss von der Nutzung von Badeanlagen dar, wenn diese nach DIN 19643 betrieben werden.

Das MRE-Netz Rhein-Main<sup>2</sup> hat im Frühjahr im Vorfeld dieser erwarteten Empfehlung der KRINKO eine große Untersuchung durchgeführt, bei der mehr als 20 Rehabilitationskliniken mit über 2 400 Patienten im Rhein-Main-Gebiet teilnahmen. Dabei wurden quasi zur Vorbereitung der ärztlichen Risikoanalyse die Faktoren für eine MRSA-Besiedelung und -übertragung erfragt und die Prävalenz an MRSA untersucht. Darüber hinaus wurden die Patienten auch auf eine Besiedelung mit Enterobakterien mit erweiterter Resistenz gegen b-Laktam-Antibiotika (ESBL) und mit multiresistenten gramnegativen Erregern (MRGN) getestet.

Ohne der detaillierten Auswertung vorzugreifen, kann hier festge-

stellt werden, dass die Prävalenz von MRE bei den Rehabilitationspatienten sich insgesamt nicht von der MRE-Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung unterschied. Das heißt: Es lag kein erhöhter Kolonisationsdruck vor. Hautbarriereverletzungen oder medical devices (Katheter, Sonden, Tracheostoma) als Risikofaktoren für eine MRSA-Besiedelung oder -Streuung waren bei den untersuchten Rehapatienten insgesamt ebenfalls sehr selten vorhanden – mit Ausnahme der Patienten der neurologischen und geriatrischen Rehabilitation.

Die Ergebnisse stützen somit die Sinnfälligkeit und Praktikabilität der Empfehlung der KRINKO nach Kategorisierung der Rehabilitations-Einrichtungen und der ärztlichen Risikoanalyse.

### Rehakliniken sollten Chance auf Dekolonisierung nutzen

In einer Studie in Niedersachsen konnte vor einigen Jahren gezeigt werden, dass Patienten mit MRSA gerade im Setting der stationären Rehabilitation besonders erfolgreich dekolonisiert werden können. Rehabilitationskliniken sollten diese Chance nutzen. Das hilft nicht nur den Patienten. Kompetenz bei der Dekolonisierung von Patienten mit MRSA könnte ein zusätzliches Qualitätsmerkmal der Einrichtungen werden, wie es beispielsweise in den Frankfurter Altenpflegeheimen bereits geschieht. Dort werden viele Altenpflegeheime mit ihrer Mitgliedschaft im MRE-Netz Rhein-Main und mit ihrer Kompetenz im Umgang mit MRE.

Mit der neuen KRINKO-Empfehlung und den Erkenntnissen aus der aktuellen Untersuchung sollte also nicht nur eine größere Rechtssicherheit für die Leiter der Rehabilitationseinrichtungen gegeben sein, sondern auch das Ziel vieler MRE-Netzwerke erreicht werden können: die bessere Versorgung und Rehabilitation von Patienten mit MRE.

Prof. Dr. med. Ursel Heudorf

<sup>1</sup>www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Downloads/MRSA\_Rili.pdf?\_\_blob=publicationFile

<sup>2</sup>www.mre-rhein-main.de