



über ^{La 2019}
Herrn Oberbürgermeister
Sven Gerich

f

über
Magistrat

und
Frau Stadtverordnetenvorsteherin
Christa Gabriel

an die Fraktion Bündnis 90/Die Grünen

Der Magistrat

Stadtkämmerer,
Dezernent für Gesundheit
und Kliniken

Stadtrat Axel Imholz

19. September 2016

Anfrage der Fraktion - Bündnis 90/Die Grünen vom 29.08.2016, Nr. 14/2016 nach § 45
der Geschäftsordnung der Stadtverordnetenversammlung

SV-Nr. 16-V-06-0008

Anfrage:

MRSA und Krankenhaushygiene

Die Krankenhaushygiene ist heute ein unverzichtbarer Bestandteil des Gesundheitswesens. Die Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik in Frankfurt am Main untersucht verdachtsunabhängig alle MitarbeiterInnen und PatientInnen auf MRSA.

Wir fragen daher den Magistrat:

- 1. Gibt es ähnliche Regelungen an den HSK?*
- 2. Welche Kosten entstünden bei regelmäßigen verdachtsunabhängigen Tests?*
- 3. Welche Folgekosten ließen sich – prognostisch – vermeiden?*
- 4. Gibt es separate Operationssäle für MRSA-PatientInnen?*

Die Anfrage beantworte ich wie folgt:

1. Gibt es ähnliche Regelungen an den HSK?

Maßnahmen zur Erkennung, Vermeidung und Bekämpfung von MRSA sind wesentlicher Bestandteil der Krankenhaushygiene in den HELIOS Dr. Horst Schmidt Kliniken Wiesbaden (HSK).

In der HSK werden die Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention KRINKO am Robert Koch-Institut zur Prävention und Kontrolle von MRSA (Bundesgesundheitsbl. 2014) umgesetzt.

MRSA-Träger werden bei Aufnahme in die HSK durch gezielte Anamnese und durch risikobasierte Reihenuntersuchung (Screening) identifiziert.

Ziel des MRSA-Screenings ist es, asymptomatische Träger zu identifizieren, um über die Basishygiene hinausgehende Hygienemaßnahmen und Dekolonisationsmaßnahmen zeitnah einzuleiten. Laut KRINKO-Empfehlung liegen keine umfassenden Untersuchungen zur MRSA-Prävalenz in der Bevölkerung in Deutschland vor, orientierende Angaben liegen bei ca. 0.5-2%.

Durch risikobasiertes Screening kann trotz reduziertem Untersuchungsumfang die Mehrzahl der MRSA-Patienten (ca. 80%) identifiziert werden, vgl. Untersuchung von R. Köck (Epid Bull 2013). Nach den Daten des Referenzzentrums für Krankenhaushygiene von 2013/2014/2015 liegt die durchschnittliche Anzahl der MRSA-Eingangsscreenings bei den Krankenhäusern, die am Krankenhausinfektionssurveillance Modul MRSA-KISS des Nationalen Referenzzentrums für Krankenhaushygiene teilnehmen bei ca. 25-30% der aufgenommenen Patienten. In Abhängigkeit des Eingriffsspektrums einer Klinik und der Patientenkielentel kann ein risikobasiertes Screening in einer Klinik auch deutlich höhere Screeningraten aufweisen, so z.B. in einer herzchirurgischen oder orthopädischen Spezialklinik.

Inwiefern ein verdachtsunabhängiges Screening aller Patienten eine bessere infektionspräventive Wirksamkeit besitzt, ist derzeit nach Einschätzung der KRINKO aufgrund der Datenlage unklar.

Laut KRINKO-Empfehlung kann aufgrund der für Deutschland vorliegenden epidemiologischen Kenntnisse für folgende Patienten angenommen werden, dass für sie ein erhöhtes Risiko für eine MRSA-Kolonisation bei Aufnahme in ein Krankenhaus besteht:

- Patienten mit bekannter MRSA-Anamnese
- Patienten aus Regionen/Einrichtungen mit bekannt hoher MRSA-Prävalenz
- Dialysepatienten
- Patienten mit einem stationären Krankenhausaufenthalt (>3 Tage) in den zurückliegenden 12 Monaten
- Patienten mit regelmäßigem (beruflich) direkten Kontakt zu MRSA haben, wie z.B. Personen mit Kontakt zu landwirtschaftlichen Nutztieren (Schweine, Rinder, Geflügel)
- Patienten, die während eines stationären Aufenthaltes Kontakt zu MRSA-Trägern hatten (z.B: bei Unterbringung im gleichen Zimmer)
- Patienten mit chronischen Hautläsionen (z.B. Ulkus, chronische Wunden, tiefe Weichgewebeeinfektionen)

- Patienten mit chronischer Pflegebedürftigkeit (z.B: Immobilität, Störungen bei der Nahrungsaufnahme/Schluckstörungen, Inkontinenz, Pflegestufe) und einem der nachfolgenden Risikofaktoren:
 - Antibiotikatherapie in den letzten 6 Monaten
 - Liegende Katheter (z.B. Harnblasenkatheter, PEG-Sonde, Trachealkanüle)

Vorgehen in der HSK:

- Alle oben genannten Patientengruppen werden in der HSK auf MRSA untersucht.
- Bei Aufnahme in Hochrisikobereiche wie der Intensiv- und Intermediate Care-Station werden zusätzlich alle Patienten auf MRSA untersucht, ebenso alle Risikoschwangeren bei Aufnahme.
- Zusätzlich werden bei Aufnahme und nachfolgend wöchentlich alle Kinder der Frühgeborenenstation auf MRSA untersucht.
- Eine routinemäßige Untersuchung von Personal hinsichtlich einer MRSA-Besiedelung ist laut KRINKO nicht empfohlen und wird daher in der HSK auch nicht umgesetzt.
- Die MRSA-Situation in der Klinik wird seitens der Krankenhaushygiene kontinuierlich evaluiert und bewertet, so dass zeitnah zusätzliche Maßnahmen wie z.B. ggf. auch ein erweitertes MRSA-Screening erfolgen können.

2. Welche Kosten entstünden bei regelmäßigen verdachtsunabhängigen Tests?

Die Kosten lägen ca. vierfach höher, als bei risikobasiertem Screening. Die Kosten insgesamt hängen von vielen Variablen ab: Form der MRSA-Screeninguntersuchung (Kultur/PCR-basierte Verfahren), Management des Patienten (vorsorgliche Isolation bis Screeningergebnis vorliegt, Isolation nur wenn aufgrund positivem Ergebnis erforderlich)

3. Welche Folgekosten ließen sich – prognostisch-vermeiden?

Zielgröße bei Kosten-Effektivitäts-Berechnungen muss letztlich die Verminderung von nosokomialen MRSA-Infektionen sein. Folgekosten wären hier z.B. Kosten für zusätzlich erforderliche Behandlungen aufgrund einer MRSA-Infektion und ggf. Kosten für einen verlängerten Klinikaufenthalt. Die Kosten/Effektivitätsberechnung für alle Maßnahmen wird entscheidend von der MRSA-Prävalenz bei den Klinikpatienten und von der Rate der nosokomialen Infektionen in der Klinik beeinflusst. Es gibt dazu laut Analyse des Deutschen Institutes für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI, 2010) nur wenige aussagekräftige Studien, die alle nur Teilaspekte abbilden und nicht als repräsentativ für den Einsatz von Präventions- und Kontrollstrategien angesehen werden können. Aufgrund der höheren Kosten für universelle Screeningansätze sind diese bei Kosten-Effektivitätsbetrachtungen in der Regel erst bei höheren MRSA-Raten zu erwägen. In der Arbeit von Tübbicke et al. (BMC Health Services Research 2013), die unterschiedliche Screening und Patienten-Management-Strategien miteinander vergleicht, erwiesen sich allerdings alle universellen Ansätze unabhängig von der MRSA-Prävalenz als teurer als risikobasierte Screeninguntersuchungen.

In der HSK liegen niedrige MRSA-Raten vor, die für ein risikobasiertes Screeningverfahren sprechen. Sowohl die Anzahl MRSA-Fälle pro 100 Patienten als auch die Anzahl nosokomialer

Fälle pro 1000 stationärer Patiententage lagen 2015 und 01-07/2016 unterhalb des Mittelwertes der MRSA-KISS-Referenzdaten.

4. Gibt es separate Operationssäle für MRSA-Patienten?

Es gibt keine separaten Operationssäle für MRSA-Patienten, da ein Operationssaal nach jedem Patienten so aufzubereiten ist, dass keine Infektionsgefahr für den nachfolgenden Patienten besteht.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in blue ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke at the end.