

## KRANKENHAUSHYGIENE

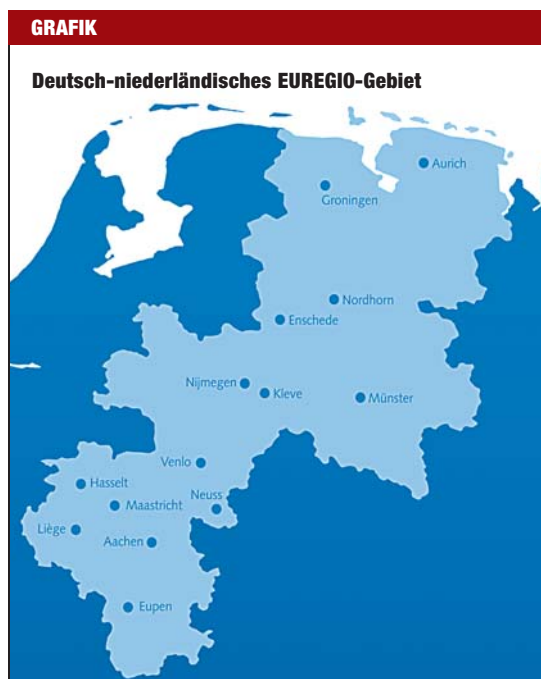
# Netzwerke können mehr bewirken als neue Gesetze

Hygienemaßnahmen müssen jeden Tag und für jeden Patienten mit gleicher Konsequenz umgesetzt werden. Diese Konstante auf Dauer sicherzustellen, ist eine der Herausforderungen an das Klinikpersonal und -management.

**D**er Tod von drei Säuglingen an der Universitätsklinik Mainz hat eine breite Diskussion über die Hygiene im medizinischen Routinebetrieb ausgelöst, obwohl die Neugeborenen nicht an den Folgen einer im Krankenhaus erworbenen Infektion mit multiresistenten Staphylokokken (MRSA) gestorben sind, sondern an einer mit *Enterobacter cloacae* kontaminierten Infektionslösung. Die Klinik trifft daher nach Erkenntnissen der Staatsanwaltschaft keine Schuld. „Wir haben Anlass zu der Annahme, dass es irgendwo zwischen Abfüllung und Eintreffen in der Uniklinik zu einer Beschädigung und Verkeimung an der Flasche gekommen ist“, sagte der leitende Oberstaatsanwalt von Mainz, Klaus-Peter Mieth.

Nach Angaben von Prof. Dr. med. Walter Popp von der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene kann eine Infektion wie in Mainz in jeder Klinik vorkommen. Trotz strenger Vorschriften sei die Hygiene aber „deutlich verbesserungswürdig.“ Auch für Prof. Dr. med. Georg Peters, Direktor am Institut für Medizinische Mikrobiologie der Universität Münster, sind die Ereignisse in Mainz nicht auf fehlende Verordnungen zur Krankenhaushygiene zurückzuführen.

Zur Personalbesetzung zum Beispiel durch Krankenhaushygieniker und Hygienefachkräfte gebe es eindeutige Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) und dem Robert-Koch-Institut (RKI). Diese seien erst kürzlich aktualisiert und im Bundesgesund-



heitsblatt veröffentlicht worden (2010; 53: 754–6 DOI 10.1007/s00103-010-1106-z).

„Diese detaillierten Richtlinien müssen nur in entsprechende Hygieneverordnungen der Länder umgesetzt, von den Kliniken befolgt und finanziert werden, so wie dies in Nordrhein-Westfalen bereits geschehen ist“, betont Peters gegenüber dem Deutschen Ärzteblatt. Allerdings seien die mikrobiologische Diagnostik und Krankenhaushygiene nicht populär und daher beliebter Gegenstand von Sparvorschlägen.

Seit vielen Jahre gelten die Niederlande hinsichtlich ihrer Strukturen und praktischen Umsetzung von Krankenhaushygiene-Maßnahmen als vorbildlich. Dort wurde bereits zu Beginn der 80er Jahre mit der Bekämpfung von MRSA begonnen.

Seitdem werden Richtlinien umgesetzt, die eine Suche nach mit MRSA besiedelten Patienten, deren konsequente Kontaktisolation und nachhaltige Dekontamination des Keims beinhalten – kurz „search and destroy policy“ genannt. Begünstigt wird die Senkung der MRSA-Rate in den Niederlanden durch eine allgemeine Akzeptanz der als notwendig erachteten Präventionsmaßnahmen, der konsequenten Auditierung von Einrichtungen wie Krankenhäusern, dem sehr informierten Antibiotikaeinsatz, einer engen Vernetzung von ambulanten und stationären Versorgungseinrichtungen sowie durch die konsequente Behandlung von MRSA-Trägern auch im ambulanten Bereich.

Ein wesentliches Merkmal der niederländischen Strategie besteht darin, dass jedes Krankenhaus (in Deutschland nur fünf Prozent) einen hauptamtlichen Arzt für Mikrobiologie und Krankenhaushygiene beschäftigt, der täglich Visiten durchführt und über die Verordnung von Antibiotika entscheidet. Hygienefachkräfte unterstützen seine Arbeit, Mitarbeiter werden regelmäßig fortgebildet und die durchgeführten Maßnahmen mikrobiologisch kontrolliert.

Doch was unterscheidet die niederländische „search and destroy“-Strategie von den deutschen Richtlinien? „Der generelle Umgang mit MRSA-Patienten und die angewandten Hygienemaßnahmen – wie Isolation, Kittelpflege, Mundschutz, Handschuhe und Händedesinfektion – unterscheiden sich nicht wesentlich. Der Unterschied liegt in der gezielten Suche nach MRSA-Trägern unter den Patienten und ih-

re konsequente ambulante Weiterbehandlung“, so Priv.-Doz. Dr. med. Alexander Friedrich, Oberarzt am Institut für Hygiene an der Universität Münster.

### Folgeschwerer „Import“

In den niederländischen Richtlinien werden Risikogruppen definiert (hoch, mittel, niedrig), die eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für eine MRSA-Besiedlung besitzen. Dazu gehören vor allem Patienten, die innerhalb einer bestimmten Frist in Ländern mit hohem MRSA-Vorkommen (Deutschland, Belgien, Japan, Großbritannien) stationär behandelt worden sind. In den Niederlanden geht man davon aus, dass zwischen zehn und 40 Prozent der MRSA-Fälle aus ausländischen Krankenhäusern importiert werden. Bis zum Ausschluss der Keimbesiedlung werden die Betroffenen prophylaktisch in Einzelzimmern kontaktisoliert.

In der deutschen MRSA-Richtlinie werden ebenfalls Risikofaktoren definiert, die MRSA wahrscheinlicher machen und ein Abstrich-Screening empfehlen. „Da

MRSA in Deutschland mittlerweile endemisch ist, müssen jedoch alle Patienten, die in den vergangenen zwölf Monaten (< drei Tage) in einem deutschen Krankenhaus versorgt wurden, gescreent werden“, zitiert Friedrich die geltende KRINKO-Empfehlung und weist auf ein weiteres Problem hin: „Um die MRSA-Rate bei häufig stationär behandelten Patienten zu senken, muss konsequenterweise nach der Entlassung eine Sanierung angestrebt werden, die in der Regel zwei Wochen dauert, in vielen Fällen aber erst nach Wochen bis Monaten begonnen werden kann oder abgeschlossen ist.“

Dass dieses Vorgehen erfolgreich ist, zeigt ein Qualitätsverbund der deutschen und niederländischen Gesundheitsversorger in der Region Twente/Achterhoek und Münsterland, die sich im „Euregio MRSA-net“ im Rahmen des Euregio-Projekts EurSafety Health-net zusammengeschlossen haben (*Grafik*). Am Netzwerk, das von der Europäischen Kommission, Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen sowie den benachbarten niederländischen Provinzen finanziell gefördert wird, beteiligen sich Krankenhäuser, Krankentransporte, Laboratorien, Alten- und Pflegeheime, ambulante Pflegedienste, niedergelassene Ärzte, die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe und die AOK Westfalen-Lippe.

„Die Krankenhäuser in und um Münster befolgen inzwischen diesen euregionalen Standard“, sagt Projektleiter Friedrich. Alle Risikopatienten werden vor oder bei der Aufnahme in eine Klinik getestet. Zur Risikogruppe gehören auch Personen, die in einem Senioren- oder Pflegeheim leben, dialysepflichtig sind oder unter chronisch offenen Wunden leiden. Ist der MRSA-Test positiv, werden die Betroffenen in Einzelzimmern isoliert und nur von Pflegepersonal in Schutzkleidung betreut. Die stationär eingeleitete Keimsanierung übernehmen auf deutscher Seite die niedergelassenen Ärzte – darum wurde aus dem niederländischen „search and destroy“ hier das deutsche „search and follow“.

Da die MRSA-Therapie zunächst von den Kassen nicht bezahlt wurde, musste für das Projektgebiet eine eigene Sonderziffer durch die Kassenärztliche Vereinigung eingeführt werden. Der ambulante Bereich investiert hiermit in Präventionsmaßnahmen, die den Patienten stationär zugutekommen, den Krankenhäusern jedoch nur als Kollektiv einen Vorteil verschaffen. „Diese ambulante Finanzierung von MRSA-Prävention muss bundesweit einheitlich gelöst werden“, so Friedrich.

### Gütesiegel für hohe Qualität

Die im Netzwerk eingebundenen Krankenhäuser haben sich inzwischen auch zu einem Qualitätsverbund zusammengeschlossen. Das bedeutet, dass die Kliniken, die vorgegebene Qualitätsziele erfüllt haben, das „Euregio MRSA-net Qualitäts- und Transparenzsiegel“ zugesprochen bekommen. Innerhalb von zehn Jahren kann man sich fünf verschiedene solcher Siegel zu unterschiedlichen Schwerpunktthemen der Patientensicherheit erarbeiten, vergleichbar mit der Fünf-Sterne-Kennzeichnung von Hotels.

Die getroffenen Maßnahmen tragen inzwischen Früchte. „Die Zahl der schweren MRSA-Infektionen im Projektgebiet stagniert. Jetzt müssen wir die Rate senken“, erklärt Friedrich und ergänzt: „Übrigens, jedes Krankenhaus kann dieses Siegel erlangen, auch wenn es nicht in der Euregio liegt.“ Voraussetzung hierfür sei die Erfüllung der euregionalen Qualitätsziele und die Zusammenarbeit im Rahmen eines regionalen MRSA-Netzwerks.

Die Aktivitäten des Euregio-Netzwerkes sind inzwischen vom RKI als beispielhaft für ganz Deutschland bezeichnet worden. Mittlerweile haben sich mehr als 20 solcher regionaler Netzwerke in Deutschland gegründet. Vier davon werden vom BMG finanziell gefördert. Eine bundesweite Regelung muss die Finanzierung solcher regionalen Netzwerke klären (pay for networking). ■

Dr. med. Vera Zylka-Menhorn

Weitere Informationen: [www.mrsa-net.org/](http://www.mrsa-net.org/)

## (K)EIN THEMA FÜR DIE GMK

Auf dem Höhepunkt der Debatte um Ursachen und Folgen des Todes von Säuglingen in der Universitätskinderklinik Mainz äußerte sich auch Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler (FDP). Er sprach sich Ende August für bundesweit einheitlichere Regelungen zum Infektionsschutz aus.

„Das Bundesgesundheitsministerium nimmt das Thema sehr ernst“, erklärte ein Ministeriumssprecher vor der Bundespressekonferenz. Rösler wolle es beim nächsten Treffen der Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK) erörtern; dies hätten die Länder bereits begrüßt.

Welche Veränderungen Rösler konkret anstoßen möchte, beispielsweise ob in Zukunft in jeder Klinik Hygienebeauftragte eingesetzt werden sollen, blieb offen. Gewünscht sei, dass die Standards, die das Robert-Koch-Institut vorgebe, in den Bundesländern einheitlicher als bisher umgesetzt würden, erklärte der Sprecher.

Aus Niedersachsen, dessen Gesundheitsministerium derzeit die Federführung in der GMK hat, ist nur zu hören, dass es im Herbst eine Sondersitzung geben werde, allerdings aus Anlass der anstehenden Finanzreformen im Gesundheitswesen. Ob auch über gesetzliche Veränderungen beim Infektionsschutz gesprochen wird, ist offen. Die Tagesordnung steht noch nicht fest.

Rie