

Projektbericht über ein regionales Netzwerk zur Intensivierung von Präventionsstrategien bei MRSA im Kreis Schleswig-Flensburg, gefördert aus dem Schleswig-Holstein Fonds im Rahmen der zweiten Phase der Gesundheitsinitiative Schleswig-Holstein

Die Ausbreitung von multiresistenten Erregern, insbesondere von multiresistenten Staphylokokken (MRSA) einzudämmen war und ist Ziel eines Modellprojekts im Kreis Schleswig-Flensburg. Dieses Modellprojekt wurde mit Fördermitteln in Höhe von 89.000 € aus dem Schleswig-Holstein Fonds vom 01. Januar 2009 bis zum 31. März 2010 durchgeführt. Die Projektplanung bestand aus drei Kernelementen:

- Durchführung von Prävalenzuntersuchungen und deren Auswertung (Es wurde untersucht, wie häufig und bei welchen Patienten oder Bewohnern MRSA vorkommt).
- Schulung von Beschäftigten im Gesundheitswesen
- Etablierung eines Informationsportals mit dem Ziel eines zentralen und unproblematischen pseudonymisierten Datenaustausches.

Mit diesen drei Kernelementen hatte das Projekt zum Ziel, Organisations- und Kommunikationsbrüche zu folgenden Themen zu überwinden:

- Aufzählung in der Versorgung MRSA besiedelter oder infizierter Patienten
- Bei der Verlegung oder Entlassung aus dem Krankenhaus
- Bei der Aufnahme in eine Pflegeeinrichtung
- Beim Transport mit dem Rettungsdienst
- Bei ambulanter pflegerischer Versorgung
- Beim Wundmanagement
- Bei der Vergabe von Antibiotika
- Beim Informationsaustausch der Einrichtungen untereinander

Derzeit hat das Netzwerk gemeinsam gegen MRSA im Kreis Schleswig-Flensburg ca. 40 aktive Mitglieder aus verschiedenen Einrichtungen, die im Folgenden genannt werden. Durch die Projektarbeit wurde die regionale Zusammenarbeit aller beteiligten Akteure verbessert. Es wurden kurze und unproblematische Kommunikationswege etabliert und Standardsanierungskonzepte für bestimmte Situationen erarbeitet. Derzeit sind im Netzwerk vertreten:

- Schleiklinikum Schleswig, Martin-Luther-Krankenhaus, Ärztlicher Direktor Volker Benecke
- Fachklinik Schleswig, Ärztlicher Leiter Dr. Oschinsky
- DRK Altenheim in Fehrdorf, Pflegedienstleitung Frau Jessen, Hygienebeauftragte Frau Schmidt-Holländer
- Cura Pflegeheim in Tarp, Frau Hildebrandt
- Villa Carolath in Langstedt
- Haus am Mühlenstrom Schafflund
- Diakonie aus Nordangeln in Langballig, Pflegedienstleitung Frau Henschke, Koordinatorin Frau Ute Maske
- Alten- und Pflegeeinrichtung Klappschau in Schleswig, Frau Hansen, Pflegedienstleitung Frau Lorenzen

- Ambulanter Pflegedienst MKG, Schwester Gesa Kraft
- Ambulanter Pflegedienst der Diakonie in Langballig, Frau Jürgensen
- Rettungsdienst im Kreis Schleswig-Flensburg, besetzt durch das Deutsche Rote Kreuz Malteser und Johanniter Unfallhilfe, Hygienebeauftragter Herr Teindl, Koordinator des Rettungsdienstes Herr Rochlitz
- Fachpflege Mühlenredder, Frau Tegatz, Frau Ackermann,
- Dr. Reckmann, Bahnhofsstraße in Schleswig,
- Dr. Commentz, Memeler Straße in Schleswig,
- Dr. Heinemeier, Schafflund
- Dr. Voß, Dr. Storm in Langballig
- Dr. Rüping in Fehrdorf
- Dr. Berger in Schleswig
- Dr. Pohl, Dr. Westphal in Tarp
- Dr. Storrer-Mantzel in Tarp
- Dr. Jessen, Dr. Petersen in Schleswig
- Dr. Trojan in Kropp

Zeitlicher Verlauf des Projekts

Die Projektarbeit lässt sich im Wesentlichen auf vier Quartale aufgliedern, wobei das letzte Quartal nach Rücksprache mit dem Sozialministerium um zwei Monate verlängert wurde, da in der akuten Phase der neuen Influenza Projektarbeit sowohl für den öffentlichen Gesundheitsdienst als auch für die Netzwerkpartner nur eingeschränkt möglich war.

A.) Erstes Quartal 1. Januar bis 31. März 2009

Die Projektkonzeption wurde zunächst mit dem ärztlichen Direktor des Krankenhauses und den Pflegedienstleitungen von zwei Alten- und Pflegeheimen in Zusammenarbeit mit dem Fachdienst Gesundheit erarbeitet. Es gab interdisziplinäre Gespräche zwischen Krankenhausleitung, Alten- und Pflegeheimleitungen und niedergelassenen Kollegen. Darüber hinaus erfolgte eine Informationsveranstaltung für die niedergelassenen Ärzte und eine Informationsveranstaltung für die Pflegedienstleitungen aller Alten- und Pflegeheim. Die Durchführung eines Prävalenzscreenings im Schleiklinikum Schleswig, Standort Martin-Luther-Krankenhaus, wurde vorbereitet und grob skizziert. Es gab jeweils eine Kick-off Veranstaltung für die Krankenhausärzte, eine für die Altenheime und eine für niedergelassene Ärzte.

Außerdem gab es in jedem der acht beim Prävalenzscreening mitwirkenden Alten- und Pflegeheimen eine Round-Table Veranstaltung, zu der alle im Altenheim tätigen Ärzte, Zahnärzte und Apotheker sowie die Pflegedienstleitungen und Hygienefachkräfte des jeweiligen Alten- und Pflegeheims eingeladen wurde.

In den nächsten beiden Monaten wurden Fragebögen und Einverständniserklärungen entworfen und Informationsblätter verfasst und druckreif formatiert.

Gemeinsam mit der Labormedizin des Hygieneinstituts der Universität Kiel wurden Tabellen für die Screening-Untersuchung unter Berücksichtigung der Antibiotikaresistenzen erstellt. Diese Bögen und Informationsblätter wurden Netzwerkpartnern im Krankenhaus und in der ambulanten hausärztlichen Versorgung zur Prüfung vorgestellt und gemeinsam verabschiedet. Möglichst viele potentielle Netzwerkpartner wurden telefonisch, per E-Mail oder per Anschreiben angesprochen und zur Mitarbeit motiviert. Es mussten fernmündliche und schriftliche Informationsstrukturen aufgebaut und öffentlich gemacht werden. Hierfür gab es eine Presseerklärung in der lokalen Zeitung, und bestehende Informationsstrukturen wie Praxisnetz oder Pflegekonferenz wurden genutzt.

In diesem ersten Quartal bis zum 31. März 2009 erfolgten auch Prävalenzuntersuchungen in beiden Krankenhäusern. Gemeinsam mit den ärztlichen Kollegen im Krankenhaus und in der Praxis wurden Sanierungsstandards und Antibiotikavergabestandards festgelegt. Sanierungsstandards siehe Anlage 1. Informationsblatt für Patienten und Angehörige siehe Anlage 2. Patientenfragebogen

siehe Anlage 3, Personalfragebogen siehe Anlage 4, Brief an den Hausarzt: Nachweis eines multiresistenten Staphylokokkus aureus siehe Anlage 5.

- B) Das zweite Quartal wurde besonders geprägt durch eine intensive Zusammenarbeit mit acht Alten- und Pflegeheimen als Netzwerkpartnern. Es fanden Round-Table Veranstaltungen in den Heimen statt, an denen Pflegepersonal, Hausärzte, Zahnärzte und zum Teil Ergotherapeuten und Krankengymnasten teilnahmen. Es fanden Schulungen von Pflegepersonal, von Ergotherapeuten, Krankengymnasten und Fußpflegerinnen statt, die in Alten- und Pflegeheimen tätig waren.

Auch rüstige Bewohnerinnen und Bewohner von Alten- und Pflegeheimen wurden in zwei Fällen als Multiplikatoren in den Alten- und Pflegeheimen geschult.

In diesen acht Alten- und Pflegeheimen fanden Prävalenzscreeninguntersuchungen sämtlicher Bewohnerinnen und Bewohner statt. Insgesamt wurden 536 Alten- und Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner gescreent, von denen 31 MRSA positiv waren.

In einer Heimeinrichtung ergab die Genotypisierungsuntersuchung im Nationalen Referenzzentrum Werningerode einen Zusammenhang, der einen Übertragungsweg innerhalb des Alten- und Pflegeheims vermuten ließ. Daher wurden hier auch Screeninguntersuchungen beim Personal durchgeführt. Zwei Mitarbeiterinnen und zwei Patienten waren genotypisch einem MRSA-Ausbruch zuzuordnen.

In dieser Heimeinrichtung wurden das Pflegepersonal und auch das Reinigungspersonal nochmals intensiv geschult.

Außerdem wurden in diesem zweiten Quartal nicht nur für den Bereich der Altenpflege sondern auch für andere Bereiche wie zum Beispiel den Rettungsdienst Vorträge für die Schulungsphase ausgearbeitet. Während der Arbeitszeiten von 8 bis 16 Uhr wurde eine telefonische Erreichbarkeit zu MRSA-Fragen im Fachdienst Gesundheit sichergestellt.

Mit Hilfe einer medizinischen Software wurde eine Informationsdatenbank für multiresistente Erreger entworfen. Das unabhängige Landesdatenschutzzentrum wurde in die Entwicklung dieser Datenbank mit einbezogen. Zweck dieser Datenbank ist es sämtliche MRSA-Befunde zu einem Patienten zu speichern und diese Befunde pseudonymisiert medizinischen Einrichtungen wie zum Beispiel dem Hausarzt in Alten- und Pflegeheimen und den Krankenhäusern zur Verfügung zu stellen. Die Einstellung der Daten in die Datenbank erfolgt direkt durch die Labore. Die Entnahme der Daten erfolgt über eine gesicherte Internetverbindung, wobei die Befunde nicht via Internet abgerufen werden. Die Antwort erfolgt nach Abfrage im Internet per Fax an vorab eingespeicherte Nummern von zum Beispiel Hausarztpraxen oder Alten- und Pflegeheimen.

- C.) Im dritten Quartal des Projekts vom 01. Juli bis 30. September 2009 wurden weitere Schulungen durchgeführt. Insbesondere fanden in dieser Phase die Schulungen der Rettungsdienste statt. Mit den Rettungsdiensten Schleswig und Flensburg wurden gemeinsame Transportkonzepte für Patienten mit multiresistenten Erregern vereinbart und zu Papier gebracht.

Weiterhin wurden in dieser Phase etliche Folgeabstriche und Nachsanierung von MRSA positiven Patienten und Bewohnern sowie ihren Angehörigen koordiniert überwacht und zum Teil auch durchgeführt. Parallel erfolgten erste Auswertungen der Screeninguntersuchungen in den Krankenhäusern und den Alten- und Pflegeheimen. Die Screeninguntersuchung von zwei ambulanten Pflegediensten wurden ebenfalls in diesem dritten Quartal durchgeführt.

- D.) Das vierte Quartal, ursprünglich eigentlich geplant vom 01. Oktober bis zum 31. Dezember 2009, wurde in Absprache mit dem Sozialministerium bis zum 28. Februar 2010 verlängert, da in dieser Phase sowohl die Gesundheitsämter als auch das Sozialministerium durch die Influenza AH1 N1 personell und fachlich stark gebunden waren. In diesem verlängerten vierten „Quartal“ fand eine Umfrage hinsichtlich

Antibiotikaresistenzen nach Standard des Robert-Koch-Institutes statt, die an 130 allgemeinmedizinische, internistische, chirurgische, HNO-ärztliche, kinderärztliche, augenärztliche und dermatologische Praxen gerichtet war. Diese wurde von mehr als der Hälfte der Praxen in einem umfassend ausgefüllten Fragebogen beantwortet. Diese Fragebögen mussten im Anschluss ausgewertet werden. Ebenfalls in diesem „Quartal“ fanden Screeninguntersuchungen in drei dermatologischen Praxen in Schleswig statt. Hier war zu überprüfen, inwieweit Patienten mit chronischen Wunden, die in dermatologischen Praxen therapiert werden, MRSA positiv waren.

Darüber hinaus fand in kleinem Umfang ein Screening von Personen der Normalbevölkerung statt. Diese Gruppe wurde aus Einschülern und ihren Eltern sowie aus Patienten zur Dienstfähigkeitsuntersuchung und Mitarbeitern des Gesundheitsamtes rekrutiert. Die Genotypisierungsergebnisse des Nationalen Referenzzentrums des Robert-Koch-Institutes wurden ausgewertet.

Mit dem Martin-Luther-Krankenhaus als Akutkrankenhaus wurde eine Vereinbarung für ein Eingangsscreening getroffen. Für den Betrieb der Datenbank wurde ein Datensicherheitskonzept erstellt.

Anfang des Jahres 2010 wurden die Ergebnisse in der landesweiten Arbeitsgruppe Infektionsschutz präsentiert, und es wurde eine Unterarbeitsgruppe „Multiresistente Erreger“ gegründet, die die Ergebnisse aus dieser Pilotprojektphase zur Erarbeitung von Standards für ganz Schleswig-Holstein nutzen sollte.

E.) Ergebnisse



Abbildung 1
Die drei zentralen Säulen des Pilotprojektes

Zum besseren Verständnis der Ergebnisse und ihrer Bewertung erinnern wir uns noch einmal an die Zielsetzung des Projekts. Es geht zunächst um Erfassen der Situation, dass heißt wie viel MRSA besiedelte Patienten und Bewohner haben wir, auf welche Gruppe müssen wir einen besonderen Schwerpunkt legen.

Weiterhin geht es um Verbesserung des Informationsflusses und um Vermeidung von organisatorischen Brüchen, wenn der Patient die Institution wechselt, zum Beispiel wenn jemand aus dem Krankenhaus, oder aus dem Altenheim entlassen wird.

Die bestehende Situation wird dargestellt durch Screeninguntersuchungen von Nasen-Rachen-Abstrichen. In der folgenden Abbildung sind Anzahl und Verteilung der Untersuchungen dargestellt.

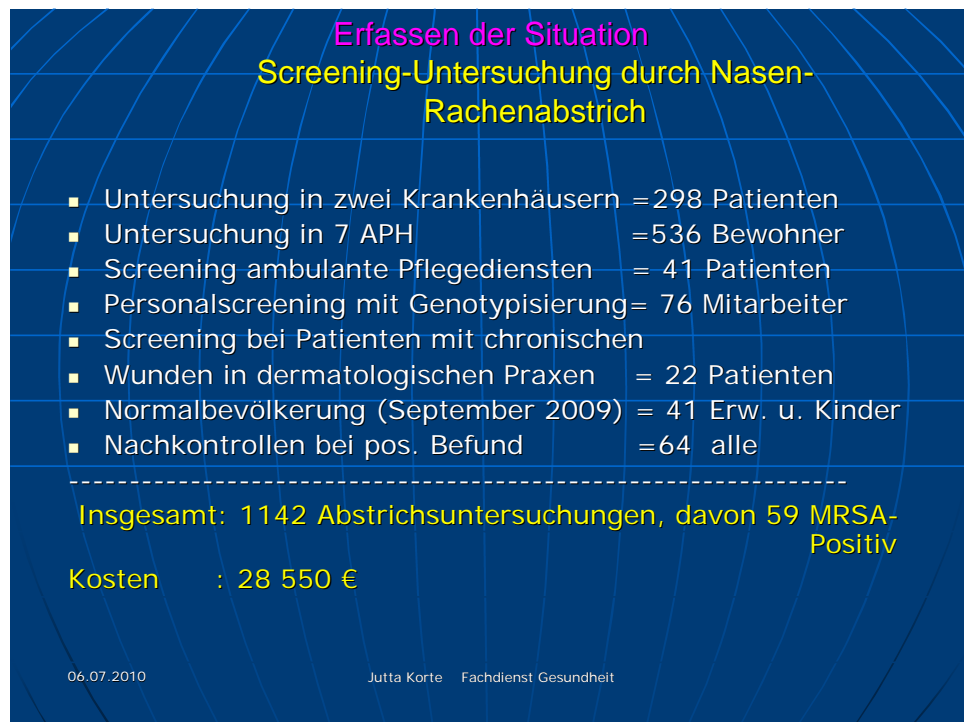


Abbildung 2
Anzahl und Verteilung der MRSA Prävalenzscreeninguntersuchungen

Im Folgenden stellt sich nun dar, wie viele MRSA besiedelte Personen in den jeweiligen Untersuchungsgruppen vertreten waren. Es fällt auf, dass insbesondere die ambulanten Pflegedienste offensichtlich einen hohen Anteil an MRSA besiedelten Patienten versorgen. Dieses Ergebnis ist allerdings mit Vorsicht zu interpretieren, da nicht alle Patienten des jeweiligen ambulanten Pflegedienstes untersucht wurden, sondern nur die, die ihr schriftliches Einverständnis gegeben hatten. Das war bei beiden untersuchten ambulanten Pflegediensten eine Gruppe von weniger als 60 Prozent der Gesamtpatientenzahl.

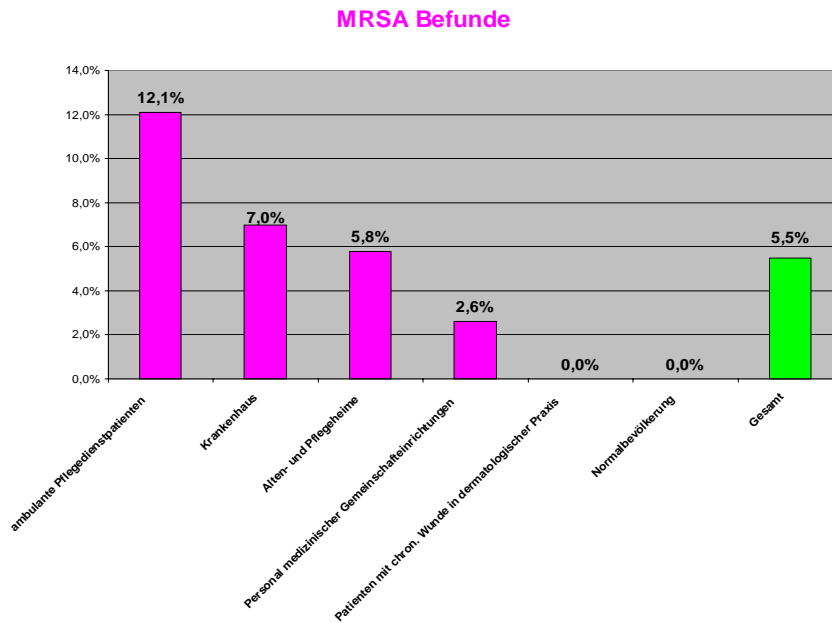


Abbildung 3
Prozentuale Verteilung der MRSA positiven Befunde auf die untersuchten Gruppen

Die im ersten Abstrich positiv getesteten MRSA besiedelten Patienten und Bewohner wurden zunächst nach dem Standard in Anlage 1 saniert. Danach wurden sie 7 Tage nach Abschluss der Sanierung, 21 Tage Abschluss der Sanierung und 90 Tage nach Abschluss der Sanierung nachuntersucht. Die folgende Darstellung zeigt die Ergebnisse:

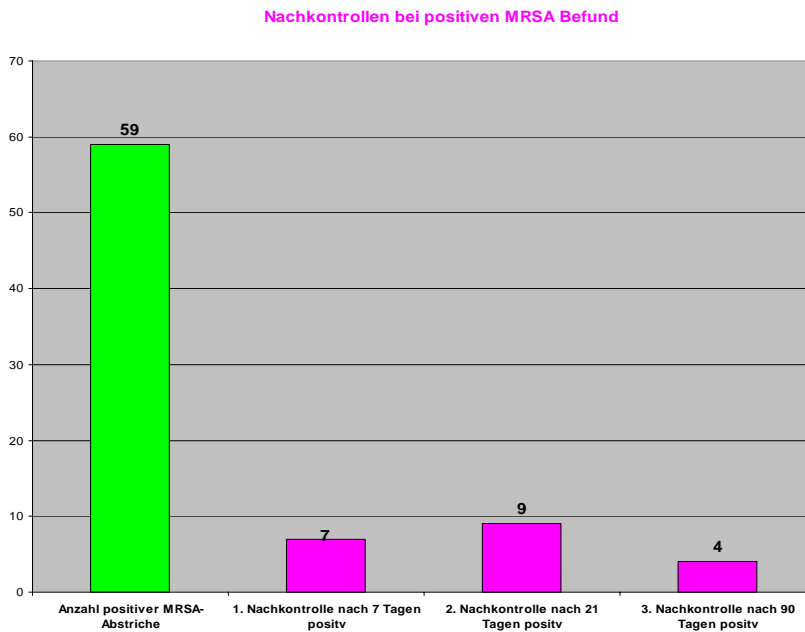


Abbildung 4
Sanierungserfolg nach 7, 21 und 90 Tagen

Bei der Untersuchung in Alten- und Pflegeheimen fällt auf, dass die Anzahl der MRSA besiedelten Bewohner sehr unterschiedlich ist und nicht zwingend von der Gesamtzahl der Bewohner in der Einrichtung abhängt. Differenziert man die MRSA-Besiedlung in diesen Einrichtungen prozentual, so reichen die Raten von 0 % bis 11,6 %. Die durchschnittliche MRSA-Besiedlung für die Alten- und Pflegeheime beträgt 5,8 %.

Alten- und Pflegeheime
MRSA Prävalenz und Sanierung

	Untersucht	MRSA positiv	1. Nu positiv	2. Nu positiv	3. Nu positiv	MRSA %
APH 1	106	7	2	2	1	6,6
APH 2	37	2	0	0	0	5,4
APH 3	103	4	2	1	0	3,8
APH 4	67	0	0	0	0	0
APH 5	51	5	1	0	1	9,8
APH 6	43	5	0	3	1	11,6
APH 7	129	8	0	2	2	6,2
Ges	536	31	5	8	4	5,8

Anzahl MRSA Fälle in Alten- und Pflegeheimen

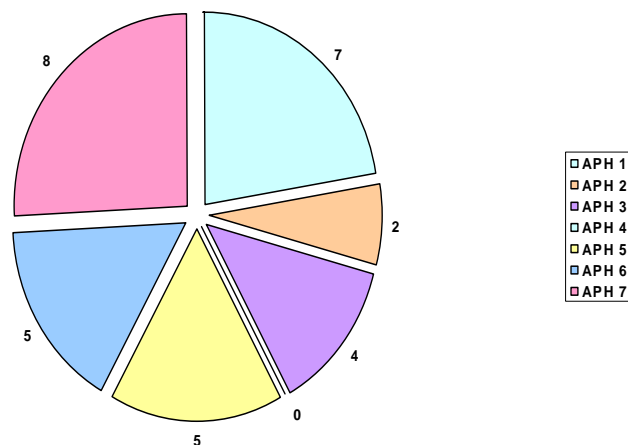


Abbildung 4
Verteilung der Anzahl der MRSA Fälle in Alten- und Pflegeheimen

Ergebnisse in Krankenhäusern

In der folgenden Darstellung wird die Verteilung positiver MRSA-Befunde bei bestimmten Risikofaktoren gezeigt.

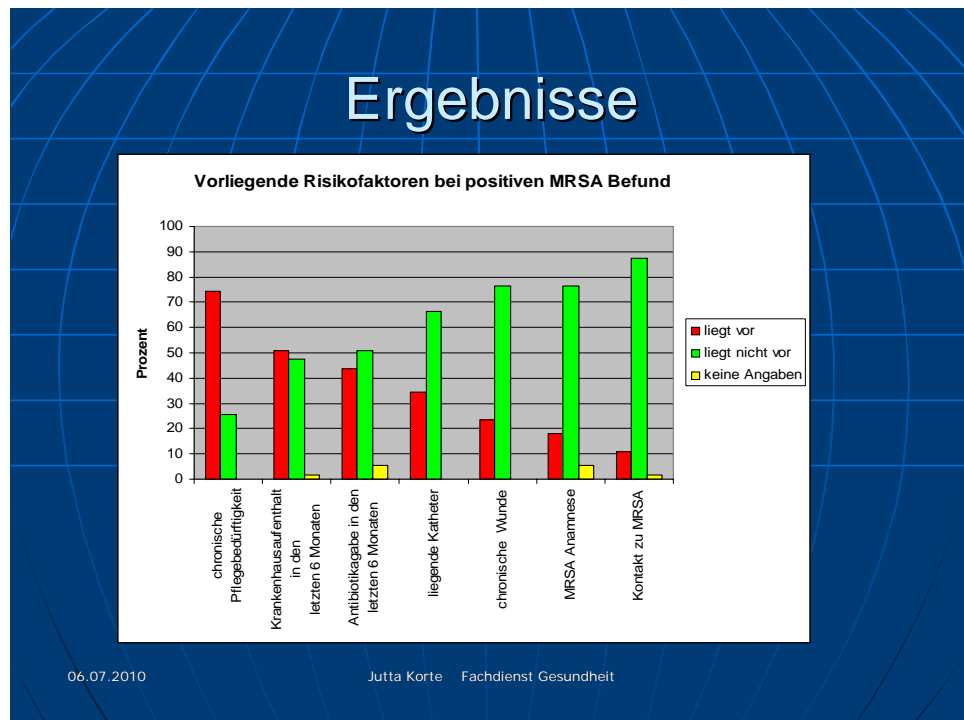
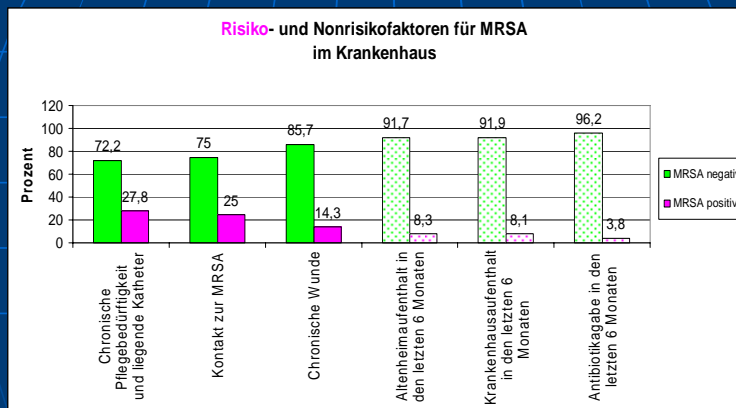


Abbildung 5
Positive MRSA Befunde im Krankenhaus

Diese Verteilung von MRSA positiven Patienten auf bestimmte Risikofaktoren im Krankenhaus wurde genutzt, um ein statistisches Risiko zu berechnen, an MRSA im Krankenhaus infiziert zu werden. Danach stellt die chronische Pflegebedürftigkeit in Kombination mit einem invasiven Katheter, egal ob Harnwegskatheter, Ernährungssonde oder Trachealkanüle, mit 27,8 Prozent ein besonders hohes Risiko für eine Besiedelung mit MRSA dar. Auch der Kontakt zu MRSA positiven Patienten oder das Vorhandensein einer chronischen Wunde erhöht das statistische Risiko, mit MRSA besiedelt zu werden, im Krankenhaus deutlich.

Erste Ergebnisse



06.07.2010

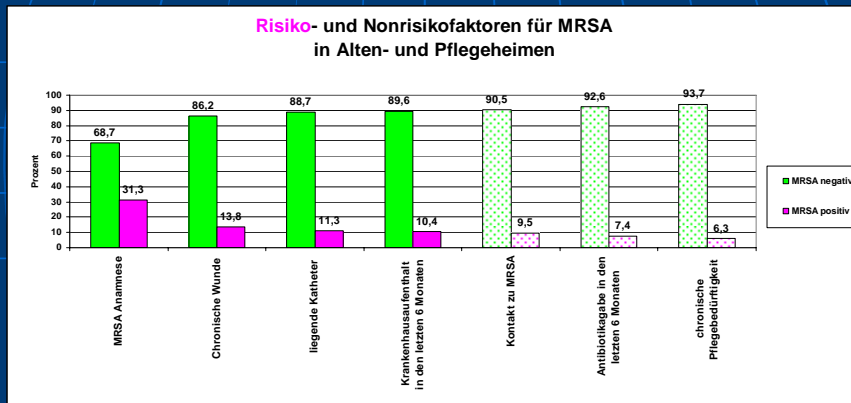
Jutta Korte Fachdienst Gesundheit

Abbildung 6

Risiko und Nonrisikofaktoren eine MRSA Besiedlung im Krankenhaus zu erwerben

Auf dieselbe Weise wurden Risiko und Nonrisikofaktoren für MRSA Besiedlung in Alten- und Pflegeheimen errechnet. Hier fiel naturgemäß die chronische Pflegebedürftigkeit als Item heraus, da fast 100 Prozent der Bewohner von Alten- und Pflegeheimen eine Pflegebedürftigkeit aufweisen. Auffällig ist jedoch, dass in den Alten- und Pflegeheimen nicht etwa der liegende Katheter oder die Magensonde den höchsten Risikofaktor darstellt, sondern eine MRSA-Besiedlung in der Vorgeschichte. Danach folgen, ähnlich wie beim Krankenhaus, in der Reihenfolge die chronische Wunde und der liegende Katheter. Interessant ist, dass als Risikofaktor für eine MRSA Besiedlung im Alten- und Pflegeheim auch ein Krankenhausaufenthalt in den letzten sechs Monaten mit 10,4 Prozent eine erhebliche Rolle spielt. Das bedeutet, 10,4 Prozent aller Alten- und Pflegeheimbewohner, die sich in den letzten sechs Monaten stationär im Krankenhaus befanden, werden mit einer MRSA-Besiedlung entlassen, oder es wird im Anschluss eine MRSA-Besiedlung festgestellt.

Erste Ergebnisse



06.07.2010

Jutta Korte Fachdienst Gesundheit

Abbildung 7 Risiko- und Nonrisikofaktoren für MRSA im Alten- und Pflegeheim

Genotypisierungen

Genotypen von MRSA im Kreis Schleswig-Flensburg

Genotyp	Gesamt Genotyp	Ambulante Pflege	Altenheim	Krankenhaus	Personal
t 002	1		1		
t 003	26	6	14	6	
t 014	2		2		
t 032	6		6		
t 045	1		1		
T2006	4		2	1	1
T431	1				1
T718	1		1		
Gesamt/Fälle		6	27	7	2

Abb. 8 Genotypisierung beim NRZ des RKI in Werningerode

Antibiotikagabe und Antibiotikaresistenzen

Insgesamt fanden sich erfreulicherweise im Pilotkreis weder Mupirocin- noch Vancomycin-Resistenzen. Das heißt, in dieser Region sind für MRSA bei schweren Erkrankungen immer noch Reserveantibiotika verfügbar. Dieses ist in einigen anderen

europäischen Ländern oder in den USA bereits nicht mehr der Fall. Vergleicht man die folgende Darstellung von Antibiotikaresistenzen anhand der untersuchten MRSA-Stämme im Krankenhaus und im Alten- und Pflegeheim, so fällt auf, dass Ciprofloxacin- und Moxifloxacin-Resistenzen im Alten- und Pflegeheim noch häufiger auftreten als im Krankenhaus. Dagegen sind im Krankenhaus Resistenzen gegen Standardantibiotika wie Trimethoprim und Cotrimazol oder Tetracycline deutlich häufiger vorhanden als im ambulant versorgten Bereich der Alten- und Pflegeheime.

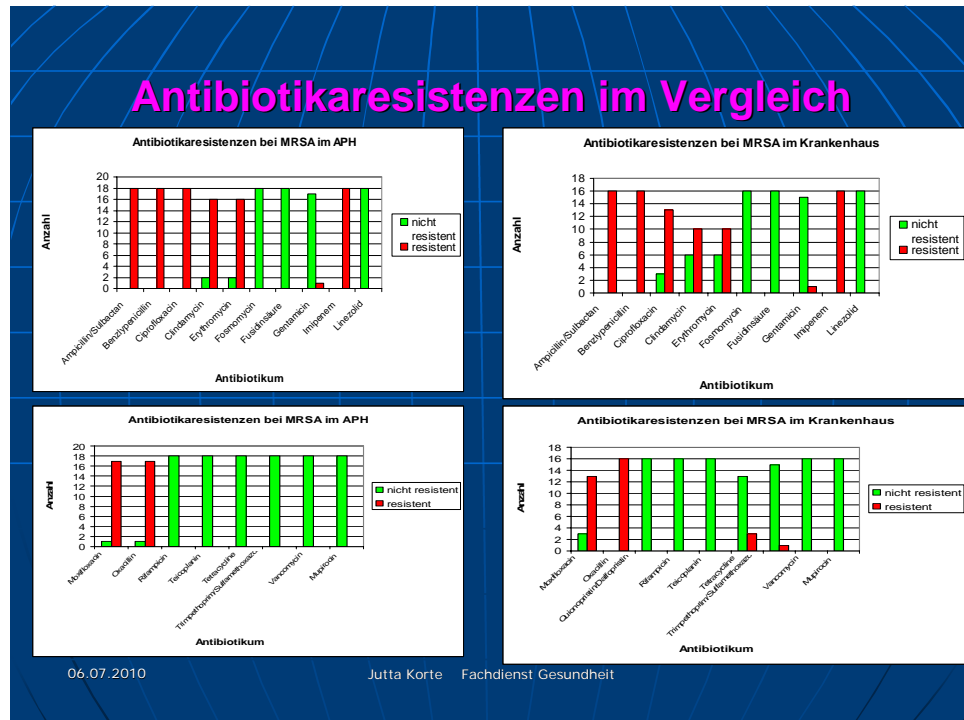


Abbildung 9
Vergleich der Antibiotikaresistenzen im Krankenhaus und Alten- und Pflegeheimen

Um mehr über die Hintergründe der Antibiotika-Verordnung zu erfahren, wurde 112 niedergelassenen Ärzten im Kreis Schleswig-Flensburg ein Antibiotikafragebogen des Robert-Koch-Instituts zugesandt. Dieser wurde von 58 Ärzten vollständig beantwortet. Aus den folgenden Darstellungen gehen die Fachrichtung, die Praxisart und die demografischen Daten zu den befragten Arztpraxen hervor.

Fachrichtung

Allgemeinmedizin	34
Innere Medizin	8
Kinder- und Jugendmedizin	6
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	4
Augenheilkunde	3
Chirurgie	2
Urologie	1
Gesamt	58

Altersstruktur der Ärztinnen und Ärzte

30 – 39 Jahre	3
---------------	---

40 – 49 Jahre	21
50 – 59 Jahre	25
> 60 Jahre	9

Art der Praxis

Einzelpraxis	24
Gemeinschaftspraxis oder Praxisgemeinschaft	31
Medizinisches Versorgungszentrum	3
Gesamt	58

Einwohnerzahl Praxisort

< 5.000 Einwohner	20
5.000 – 19.999 Einwohner	20
20.000 – 100.000 Einwohner	17
keine Angabe	1

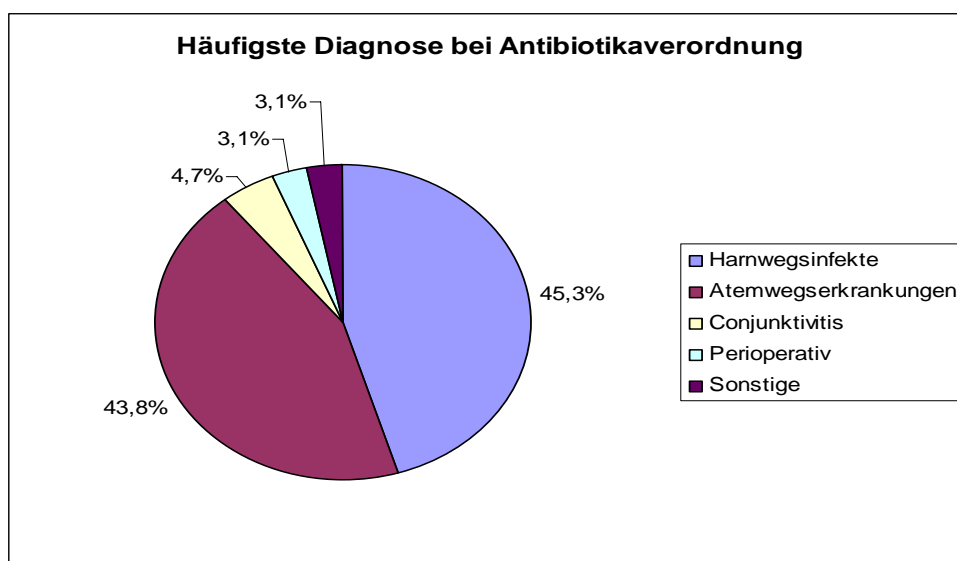


Abb. 10 Häufigste Diagnose, die zur Antibiotikaverordnung führt

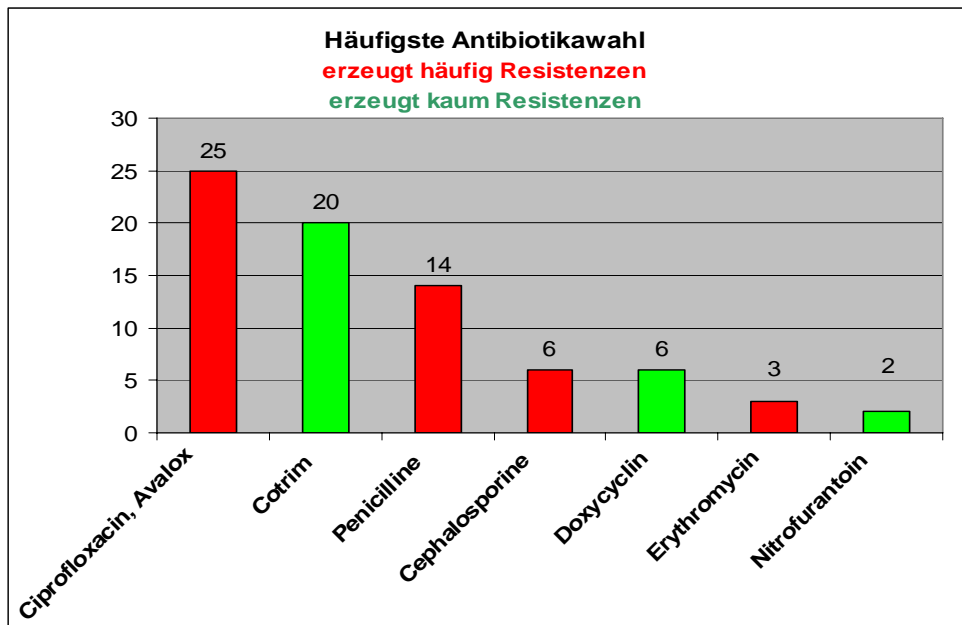


Abb. 11 Häufigkeit der Verordnung einzelner Antibiotika

Informationsfluss

Für die Verbesserung des Informationsflusses wurde zunächst der bereits vorhandene Überleitungsbogen überarbeitet und für alle Netzwerkpartner angeglichen. (Anlage 7).

Für die Information von Patienten und ihren Angehörigen wurden Broschüren erstellt. (Anlage 2)

Es wurde ein telefonischer Help Desk beim Fachdienst Gesundheit während der Kernarbeitszeiten eingerichtet, der auch nach Projektende weiter besteht und regelmäßig genutzt wird.

Es wurden Kontakte zwischen den Rettungsdiensten Schleswig und Flensburg hergestellt, um gemeinsame Transportstandards für MRSA-besiedelte Patienten zu erarbeiten.

Es wurde gemeinsam mit Krankenhausabteilungen und Alten- und Pflegeeinrichtungen über den Sinn von Aufnahme-Screenings diskutiert, und im Martin-Luther-Krankenhaus wurden risikobezogene Aufnahmescreenings eingeführt, deren Ergebnisse und Folgen Ende 2010 ausgewertet werden sollen.

Außerdem wurde eine Datenbank eingerichtet, in der alle MRSA-Laborbefunde zunächst aus Schleswig-Flensburg, später aus Schleswig-Holstein verschlüsselt abgelegt werden sollen. Berechtigte Einrichtungen können mit entsprechendem Code über gesicherte Internetverbindungen alle Befunde per Faxabfrage erhalten. Zwei labormedizinische Institute aus Schleswig-Holstein waren an der Entwicklung beteiligt. Diese Datenbank ist grundsätzlich betriebsbereit und liegt auf dem Server des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein. Ein entsprechendes Datensicherheitskonzept ist erstellt. Patienteneinverständniserklärungen sind überarbeitet und liegen vor. Bisher fehlt jedoch die Freigabe des unabhängigen Landesdatenschutzentrums, da die Hardware im Universitätsklinikum Schleswig-Holstein noch geprüft werden muss.

Verbesserung des Informationsflusses

MRSA Datenbank

Personen	Labore	Wirkstoffe	Krankenkassen	Befunde	FAX Importieren	Einrichtungen
Identifikationsnummer	Geburtsdatum	Geschlecht	Krankenkasse	Aktion		
08155	2009-02-01	maennlich	KKH			
IDENTPersonXY	2009-11-03	maennlich	KKH			
123456789	1959-06-19	weiblich	KKH			
dds,f308282	1980-12-31	maennlich	AOK			
Neuen Eintrag erstellen						

28.07.2010

Jutta Korte Fachdienst Gesundheit

Abb. 12 Oberfläche der Datenbank

Vermeidung von Organisationsbrüchen

Dieses wurde im Wesentlichen über Schulung von verschiedenen Berufsgruppen sichergestellt. Altenpflegerinnen und Altenpflegerhelferinnen in acht Alten- und Pflegeheimen wurden geschult. Interne Schulungskonzepte für die Einrichtungen wurden erarbeitet. Die vorhandenen MRSA-Konzepte wurden verglichen und angeglichen.

Die Pflegekonferenz des Kreises ist in das Netzwerk mit einbezogen. Daher bestand schon vor dem Projekt eine rege Kommunikation zwischen dem Fachdienst Gesundheit und den Pflegedienstleitungen und Trägern der Alten- und Pflegeheime. Diese Kommunikationsschiene erwies sich für das Projekt als sehr hilfreich.

Auf einer Fortbildungsveranstaltung sämtlicher Pflegedienstleitungen wurden die Ergebnisse zur Erfassung der Situation vorgestellt. Eine Vereinheitlichung von Sanierungs- und Hygienestandards bei MRSA wurde vereinbart. Bei Problemen in der Umsetzung erfolgt Rücksprache mit dem Fachdienst Gesundheit mit dem Ziel, in Einzelfällen Aufklärungsarbeit und Hilfestellung zu leisten.

Sämtliche Rettungsdienste und ihre Hilfsorganisationen im Kreis Schleswig-Flensburg wurden geschult. In den acht teilnehmenden Alten- und Pflegeheimen Einrichtungen des Netzwerkes wurden Frisöre, Ergotherapeuten, Krankengymnasten sowie zum Teil Fußpflegerinnen geschult.

In Einzelfällen folgte eine Schulung von Sanitätshäusern hinsichtlich der Anprobe von Hilfsmitteln und MRSA.

Außerdem erfolgte eine Beratung von Zahnärzten, die in Alten- und Pflegeheimen Einrichtungen tätig sind.

In zwei Einrichtungen wurden geistig rege Heimbewohner geschult. Dieses erfolgte mit guter Compliance und Wahrnehmung einer gewissen Multiplikatorfunktion. Niedergelassene Ärzte erhielten auf einer Standes-Versammlung eine Weiterbildung hinsichtlich der Antibiotikavergabe und der –resistenzbildung mit der Empfehlung, die

Gabe von Gyrasehemmern und Cephalosporinen sehr sorgfältig abzuwägen, um Resistenzbildung zu vermeiden.

Ein immer wieder zentrales Problem war die unterschiedliche Strategie verschiedener niedergelassener Ärzte im Umgang mit Abstrichen und Sanierung. Kommunikationsprobleme dieser Art wurden vom Fachdienst Gesundheit als Moderator z.T. sehr zeitaufwändig begleitet und gelöst.

Die Ursache für diese Probleme ist nach wie vor eine fehlende Finanzierung von MRSA-Diagnostik und -therapie per Sonderziffer durch die Kassenärztliche Vereinigung. Gemeinsam mit dem Netzwerk Ostholstein hat der Fachdienst Gesundheit in Schleswig Kontakt mit der Kostenabrechnungsabteilung der Kassenärztlichen Vereinigung aufgenommen, um eine Lösung für dieses Problem zu erzielen. Diese Versuche sind gescheitert. Um hier zu einer Einigung zu kommen, sind offensichtlich überregionale Lösungen erforderlich.

Zusammenfassung und Ausblick

Insgesamt haben 15 Monate intensive Netzwerkarbeit zu MRSA im Pilotkreis eine gute, schnell funktionierende Kommunikationsebene geschaffen. Auch individuelle Beratungen zur Therapie und Prävention von multiresistenten Erregern im Einzelfall sind etabliert. Ausbrüche werden zeitnah gemeldet und können daher schneller zurückverfolgt und beendet werden.

Darüber hinaus haben einige Netzwerkpartner im eigenen Bereich Schulungen etabliert oder es werden Risiko bezogene Aufnahmescreenings durchgeführt.

Mit 1142 Abstrichuntersuchungen und einer durchschnittlichen MRSA-Rate von 5,5 % bei chronisch pflegebedürftigen und multimorbiden Personen konnte ein Status Quo für die Region ermittelt werden, der deutlich unter den Raten von Ballungsgebieten liegt. Erfreulich ist auch, dass in der Region keine Vancomycin- oder Mupirocin-Resistenzen gefunden wurden und dass bei den Genotypisierungen kein Genotyp vertreten ist, der „community acquired“ ist oder mit der Schweinezucht assoziiert.

In den Alten- und Pflegeheimen konnte belegt werden, dass konsequente Sanierung auch längerfristig gute Erfolgsergebnisse zeigt. Es konnte an Hand von Genotypisierung gezeigt werden, dass eine Übertragung im Alten- und Pflegeheim über die Hände des Pflegepersonals stattfindet.

Schulungen zur Standardhygiene müssen daher im Pflegebereich immer wieder wiederholt werden, denn auf Grund des wohnlichen Umfeldes und des langfristigen Kontakts des Pflegepersonals zu den Bewohnern ist das Risiko eines Pflege-assoziierten Ausbruchs besonders groß.

Im Kreis Schleswig-Flensburg finden in diesem Herbst daher Wiederholungsschulungen zur Personal-, Patienten- und Umfeldhygiene statt, die von den Pflegedienstleitungen in Kooperation mit dem Fachdienst Gesundheit erarbeitet worden sind.

Inzwischen wurde eine landesweite Arbeitsgruppe zur MRE-Prävention ins Leben gerufen, an der mehrere Gesundheitsämter und Frau Dr. Marcic, Seuchenreferentin des Sozialministeriums, beteiligt sind. Eine Internetseite „SH - Gegen MRE“ befindet sich im Aufbau. Auf dieser Seite sollen Informationen für Krankenhäuser, Rettungsdienste, Labore, Patienten und Angehörige, sowie niedergelassene Ärzte abgelegt werden.

Jede beteiligte Gebietskörperschaft hat dort die Gelegenheit, lokale Aktivitäten zur MRE-Prävention zu veröffentlichen.

Ziel der Arbeitsgruppe ist außerdem die baldmögliche Nutzung der MRE-Datenbank. Für die Freigabe der Datenbank durch das Unabhängige Landesdatenschutzzenrum fehlt noch eine Besichtigung der Räumlichkeiten im Universitätsklinikum Schleswig-Holstein.

Abschließend möchte ich darauf hinweisen, dass einige wesentliche Probleme im Umgang mit MRE nicht auf kommunaler Ebene gelöst werden können. Insbesondere die

Konflikte der niedergelassenen Ärzte im Spannungsfeld zwischen korrekter Diagnostik und Therapie und Budgetierung müssen hinsichtlich MRSA und anderer multiresistenter Erreger auf bundesgesundheitspolitischer Ebene gelöst werden.

Wenn Kontrollabstriche bei MRE-Patienten nicht außerhalb des Budgets finanziert werden, werden sie größtenteils nicht durchgeführt. Das hat zur Folge, dass eine konsequente Sanierung unterbleibt.

Auch eine sinnvolle Antibiotikaverordnung ist nicht nur eine Frage von Fortbildung sondern auch eine Frage von Medikamentenbudgets.

Aus diesen Gründen ist aus meiner Sicht nach einem Jahr intensiver MRSA-Kommunikation, –Zusammenarbeit und –Erfahrung eine Sonderziffer im Einheitsbewertungsmaßstab der Arztpraxen für den konsequenten Umgang mit multiresistenten Erregern unerlässlich.

15.06.2010

Autorin:

Jutta Korte

Ärztin für öffentliches Gesundheitswesen, Fachdienst Gesundheit,
Kreis Schleswig-Flensburg, Moltkestr. 22-26, 24837 Schleswig

☎ 04621- 810-28

jutta.korte@schleswig-flensburg.de

Anlage 1

Sanierungsschema MRSA (Sanierung über 7 Tage)

Mupirocin Nasensalbe (Turixin) zweimal täglich in beide Nasenöffnungen geben

Octenisept, Lavasept oder anderes polyhexidinhaltiges Waschpräparat zur Ganzkörperwaschung zweimal täglich verwenden, möglichst alle Hautpartien auch die behaarten, mit einer verdünnten Lösung nach Angaben des Herstellers waschen

Täglich die Zahnbürste wechseln

Täglich den Kamm wechseln

Täglich die Leibwäsche wechseln und bei über 60 ° C waschen

Nach dem Waschen morgens und abends ein frisches Handtuch verwenden

Waschlappen ebenfalls nur einmal verwenden

Täglich den Kopfkissenbezug wechseln und bei mindestens 60 ° C waschen

Am ersten, dritten und fünften Behandlungstag die komplette Bett- und Nachtwäsche wechseln

Lichtschalter, Fernbedienung, Türklinken, Telefone und alle anderen Gegenstände die häufig berührt werden, mit der Desinfektionstüchern desinfizieren

Hände vor Kontakt mit anderen Mitbewohnern und Familienmitgliedern mit 3 ml (Milliliter) Händedesinfektionsmittel desinfizieren, indem das Händedesinfektionsmittel dreißig Sekunden lang in allen Bereichen der Hand, auch in den Fingerzwischenräumen und zwischen Daumen und Zeigefinger eingerieben wird

Mund mit Octenidol, Hexoral oder ähnlichem hexidinhaltigem Mundspülpräparat zweimal täglich 15 Sekunden lang spülen