

Stellungnahmen des NLGA zu Detailfragen und Einzelfallentscheidungen / Stand 05.10.2017

Dokument für die Gruppe 2 (und 3)

In diesem Dokument werden fortlaufende Stellungnahmen des NLGA zu Detailfragen und Einzelfallentscheidungen wiedergegeben. Hierdurch soll eine weitgehende Koordination von Aussagen erreicht werden.

Die Erarbeitung basiert auf konkreten Anfragen und erfolgt durch Frau Rocker und Herrn Bergen. Die Sortierung der Stellungnahmen folgt den Qualitätszielen.

1. Strukturqualität und Umsetzungsstrategien

2. Netzwerkarbeit und Wissensmanagement

3. Standardhygiene - Händehygiene

4. Standardhygiene - Hygieneplan

5. Risikoanalyse und –bewertung

5.1. Risikoanalyse in Rehaeinrichtungen generell oder nur bei MRSA?

Es stellte sich die Frage, ob eine Risikoanalyse nur bei MRSA oder bei allen MRE erfolgen sollte.

Erhebungen des MRE-Netzwerke Rhein-Main deuten darauf hin, dass in Rehabilitationseinrichtungen MRSA und MRGN gleichermaßen vertreten sind. Daher ist eine generelle Risikoanalyse sinnvoller, als eine Beschränkung auf MRSA.

5.2. Gestaltung der ärztlichen Risikoanalyse

Gefragt wurde, wie die ärztliche Risikoanalyse in Bezug auf MRE konkret zu gestalten sei und auf welche Parameter dabei Bezug genommen werden soll.

Grundlagen für die ärztliche Risikoanalyse sind:

- „Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von Methicillinresistenten Staphylococcus aureus-Stämmen (MRSA) in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen“ (KRINKO 2014), Kap. II 2.2 und III 2.4
- „Informationen zu MRSA für Rehabilitations-Einrichtungen“ (MRE-Netzwerke Niedersachsen 2015), Kap. 2
- „Risikoeinschätzung/-bewertung bei Multiresistenten Erregern in der ambulanten und stationären Kranken- und Altenpflege/Rehabilitation“ (DGKH 2017)

Keine dieser Grundlagen erlaubt eine quantitative, sondern allenfalls eine qualitative Abschätzung der vor Ort vorhandenen Risiken. Jeder dieser Grundlagen geht davon aus, dass zwischen einer Risikoabschätzung der Einrichtung bzw. der jeweiligen Örtlichkeiten und einer Rehabilitanden-bezogenen Risikoeinschätzung zu unterscheiden ist.

Es ist davon auszugehen, dass zumindest die KRINKO-Empfehlung vorrangig auf Akutkliniken abzielt. Generell ist zu berücksichtigen, dass die einzelnen Bereiche und Funktionseinheiten einer

Reha-Einrichtung zahlreiche Individualitäten aufweisen, die eine individuelle Beurteilung erfordern.

Während die von der KRINKO geforderte Kategorisierung der Einrichtung einfach zu erbringen ist und die von der DGKH vorgeschlagene patientenbezogene Risikoordnung in modifizierter Form übernommen werden kann, ist die Risikoabwägung in den einzelnen Bereichen der Einrichtung von weiteren Überlegungen (also über die genannten Grundlagen hinaus) abhängig zu machen:

- Dispositionen der dort versorgten Patientengruppen
- Konkret anzunehmende Übertragungswege
- Mögliche Folgen einer Übertragung (Infektion, Kolonisation)
- Katalog der gegenlenkenden Maßnahmen

Eine Hilfestellung in diesen Fragen bietet der Artikel „Methicillin-resistente *Staphylococcus aureus* (MRSA) in der medizinischen Rehabilitation“ (Hergenröder, Mielke, Höller, Herr / Bundesgesundheitsblatt 2012).

Eine prozentuale Objektivierung des Risikos (z. B. im Sinne eines Benchmarkings) ist nach dem derzeitigen Stand der Dinge bzw. der aktuellen Studienlage nicht möglich und wird im Rahmen des Siegels auch nicht verlangt. Ziel dieses Qualitätsziels ist es vielmehr dass die Einrichtung sich kritisch mit den eigenen Abläufen unter hygienischen Gesichtspunkten auseinandersetzt, diese bewertet und ggf. alternative Handlungsstränge entwickelt. Dagegen kann eine innerbetriebliche Verwertung von Zahlenmaterial durchaus sinnvoll sein, um z. B. Tendenzen der epidemiolog. Entwicklungen sichtbar zu machen.

6. Screening und Antibiotikamanagement

6.1. Screening in Rehaeinrichtungen

Nachfolgend wird Bezug genommen auf:

- „Hygienemaßnahmen bei Infektionen oder Besiedlung mit multiresistenten gramnegativen Stäbchen“ (KRINKO 2012)
- „Ergänzung zu den "Hygienemaßnahmen bei Infektionen oder Besiedlung mit multiresistenten gramnegativen Stäbchen" (2012) im Rahmen der Anpassung an die epidemiologische Situation“ (KRINKO 2014)
- „Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von Methicillinresistenten *Staphylococcus aureus*-Stämmen (MRSA) in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen“ (KRINKO 2014)“
- „Informationen zu MRSA für Rehabilitations-Einrichtungen“ (NLGA 2015)
- „Methicillin-resistente *Staphylococcus aureus* (MRSA) in der medizinischen Rehabilitation – Entwurf eines Rahmenhygieneplans“ (Hergenröder, Mielke, Höller, Herr 2012).

Gemäß NLGA gibt es eine unterschiedliche Bedeutung des MRE-Problems je nach

- Art der dort befindlichen Rehabilitanden (Einstufung A-F),
- Art der Reha-Einrichtung (Gruppe I bis III) und
- Art der dort durchgeführten Maßnahmen (sozialbetreuend, pflegerisch oder medizinisch).

Während Einrichtungen der Gruppe I in Verbindung mit Rehabilitanden der Einstufung E und F unter Anwendung von vorwiegend psychisch-sozialer Maßnahmen in Bezug auf MRE kaum eine Gefährdungssituation bieten, verhält es sich bei Einrichtungen der Gruppe III (Frühreha) in Verbindung mit Rehabilitanden der Einstufung A oder B unter Anwendung medizinischer Maßnahmen umgekehrt. Die Einrichtungen, Rehabilitanden und Maßnahmen der Anschlussheilbehandlung (ASH) liegen dazwischen. Folglich ist ein MRE-Screening in Einrichtungen der Gruppe I wenig zielführend, in Einrichtungen der Gruppe III (analog zu den Empfehlungen für Krankenhäuser) unabdingbar. In Einrichtungen der ASH ist dieses durchzuführen aber hinsichtlich der Indikationen und Ausführung individuell zu entscheiden.

Hinsichtlich dessen wäre zu hinterfragen:

- A. auf welche MRE-Arten gescreent werden soll
 - B. ob es sich um ein Eingangsscreening oder auch um ein Verlaufsscreening handeln soll und
 - C. welche Rehabilitanden in das Screening einbezogen werden sollen.
- A. Bei den MRE werden MRSA, die Gruppe der MRGN und VRE unterschieden.
- Ein Screening auf MRSA kann auf einfache und rationelle bzw. ökonomische Weise mittels eines Abstriches beider Nasennebenhöhlen erfolgen.
 - Ein Screening auf MRGN ist ungleich schwieriger durchzuführen, weil es sich bei der Sammelbezeichnung MRGN um sehr unterschiedliche multiresistente Erreger handelt und die Delektionsstellen ebenfalls sehr unterschiedlich sein können. Am ehesten lassen sich Rektal- oder Inguinalabstriche zum Nachweis von ESBL-bildenden Erregern durchführen. Im Vergleich zu den MRSA-Abstrichen ist jedoch ein solches Vorgehen weder umfassend aussagekräftig, noch ökonomisch durchführbar. Die KRINKO empfiehlt den Krankenhäusern dennoch Screening-Richtlinien auf Basis der Patientenstruktur festzulegen und regelmäßig auf Basis aktueller Informationen zu aktualisieren.
 - Ein Screening auf VRE wird nur für sehr spezielle Sachlagen empfohlen (z. B. Stationen mit Stammzell- oder Lebertransplantationspatienten) und dürfte daher im Reha-Bereich kaum Anwendung finden. Hier ist ggf. eine individuelle Abwägung der Rehabilitationseinrichtung in Bezug auf Ihr Patientenkontext sinnvoll/erforderlich.
- B. I.d. R. ist mit dem Begriff mit „Screening“ das Eingangsscreening gemeint, indem im Zuge der Aufnahme eines Rehabilitanden entweder auf die Screeningbefunde der einweisenden Einrichtung zurückgegriffen wird und/oder eigene Screeninguntersuchungen durchgeführt werden. Zweck dieser Maßnahme ist die Veranlassung von Interventions- und ggf. auch von Sanierungsmaßnahmen im Falle eines positiven Befundes. Screeninguntersuchungen im weiteren Rehabilitationsverlauf erlauben Aufschlüsse über die Effizienz der Hygienemaßnahmen vor Ort, werden aber in den Empfehlungen der Fachgesellschaften nicht gefordert und unseres Wissens in Reha-Einrichtungen selten (evtl. im Rahmen von Studien) durchgeführt.
- C. Hinsichtlich der Frage nach den zu screenenden Personengruppen findet sich in der KRINKO-Empfehlung zu MRSA eine entsprechende Liste, die sich auf das Aufnahmescreening im

Krankenhaus bezieht aber mutmaßlich auch für Reha-Einrichtungen anwendbar wäre (sofern man dort nicht generell alle Neuzugänge screenet). Eine solche Liste fehlt aus verständlichen Gründen für die MRGN und könnte allenfalls erregerbezogen zusammengestellt werden.

Die beschriebene Sachlage verleitet dazu, Screeningmaßnahmen zu praktizieren, die einfach und ökonomisch durchzuführen sind, ungeachtet der Frage, welche Screeningmaßnahmen zweckmäßig bzw. notwendig wären. I. d. R. wird es das MRSA-Aufnahmescreening gemäß KRINKO-Empfehlung sein. Da sich diese Empfehlung vorrangig auf Krankenhäuser bezieht verlangt dies eine entsprechende Modifizierung für den Reha-Bereich. Daneben wäre es durchaus sinnvoll, gezielt zu hinterfragen, bei welchen MRE aufgrund des Klientels und der Reha-Leistungen eine besondere Gefährdungslage besteht und auch für solche MRE ein Screeningverfahren zu etablieren. Eine aus unserer Sicht sinnvolle Adaptation der KRINKO-Empfehlung an die Bedingungen von Rehabilitationseinrichtungen (in diesem Fall v.a. Einrichtungen der Gruppe II gerichtet) ist der Entwurf eines Rahmenhygieneplans für die Rehabilitation von Hergenröder et al. 2012.

Letztlich ist durch das Hygienefachpersonal vor Ort im Rahmen einer Risikoanalyse festzulegen, auf welche Erregergruppen sich das Screening beziehen soll, bei welchen Indikationen bzw. Personengruppen zu screenen ist und welche Methoden hierbei anzuwenden sind. Fachempfehlungen können hierbei Orientierung bieten; entscheidend ist aber, welche Fragen die Einrichtung über das Screening abklären will bzw. welcher Nutzen mit dem Screening verbunden ist.

In MRE-Netzwerken finden meist MRE-Aufnahme-Screeningbögen Verwendung, die ebenfalls auf die Situation im Krankenhaus zugeschnitten sind, u. U. aber nicht die Erfordernisse in Reha-Einrichtungen abbilden. Die Frage, ob dieser Bogen trotz inhaltlicher Unstimmigkeiten dennoch zu verwenden ist sollte im Netzwerk-Dialog geklärt werden.

7. Surveillance

8. Ausbruchmanagement

9. Informations- und Entlassungsmanagement

10. Patientensicherheit durch Patienteninformation

10.1. Umfang der Schulungen

Es wurde angefragt, ob und in wiefern alle Rehabilitanden eine Hygieneschulung erhalten sollen.

Im Gegensatz zum Akutkrankenhaus (Notfallpatienten, immobile Patienten etc.) wird davon ausgegangen, dass die Patienten in einer Rehabilitations-Einrichtung der ASH i. d. R. mobil und auffassungsfähig sind. Daher sollte allen Rehabilitanden eine Hygieneschulung angeboten werden. Die Dauer, die Inhalte und die logistische Durchführung bleiben der jeweiligen Einrichtung überlassen.

Eine verpflichtende Teilnahme der Rehabilitanden wird im Rahmen des Siegels nicht gefordert.

11. Weiteres