



Bayerisches Staatsministerium für
Umwelt und Gesundheit

Bayerisches Landesamt für
Gesundheit und Lebensmittelsicherheit



Abstractband



3. Symposium der Bayerischen Landesarbeitsgemeinschaft Multiresistente Erreger (LARE)

7. Dezember 2011

in der Bayerischen Landesärztekammer

in München

Programm

3. LARE Symposium

Begrüßung

- 10.00 - 10.20 A. Zapf, LGL
W. Hierl, StMUG
Einführung
B. Liebl, LGL
- 10:20 – 12:15 Wissenschaftliche Vorträge
Surveillance nosokomialer Infektionen
- Moderation**
W. Hierl, StMUG, C. Höller, LGL
- 10:20 – 10:45 Nationales Referenzzentrum und KISS
C. Geffers, NRZ Berlin
- 10:45 – 11:05 Datenerhebung in der täglichen Praxis
E. Voggesberger, Universitätsklinikum Regensburg
- 11:05 – 11:30 Konsequenzen aus den erhobenen Surveillance Daten
C. Wendt, Labor Limbach Heidelberg
- 11:30 – 11:55 Bewertung, Maßnahmen, Umsetzung in der Klinik
R. Ziegler, Klinikum Nürnberg
- 11:55 – 12:15 Auswertung der Surveillance Checklisten-Schwerpunktprojekt
des LGL
U. Kandler, LGL
- 12:15 – 13:15 **Mittagspause**
- 13:15 – 15:30 **Netzwerkarbeit in Deutschland zum Thema multiresistente
Erreger**
- Moderation**
M. Küfer, Gesundheitsamt Neu-Ulm; C. Herr, LGL
- 13.15 – 13.45 Überblick über Netzwerkaktivitäten in Deutschland
R. Schaumann, RKI Berlin
- 13.45 – 14.05 MRE Netz Rhein-Main
U. Heudorf, Gesundheitsamt Frankfurt am Main
- 14.05 – 14:25 MRSA-Netzwerk Marzahn-Hellersdorf
S. Bärwolff, Gesundheitsamt Berlin
- 14:25 – 15.10 Netzwerkarbeit - wohin geht die Reise?
K. Peters, Hamburg
- 15.10 –15.30 LARE und regionale Netzwerkbildung in Bayern
U. Kandler, LGL
- 15:30 – 17:00 **Ende der öffentlichen Veranstaltung**
5. LARE Treffen im Sitzungssaal

Inhaltsverzeichnis

1. Nationales Referenzzentrum und KISS.....	4
<i>C. Geffers, Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen; Institut für Hygiene und Umweltmedizin Charité-Universitätsmedizin Berlin</i>	4
2. Datenerhebung in der täglichen Praxis	6
<i>E. Voggesberger, Universitätsklinikum Regensburg</i>	6
3. Konsequenzen aus den erhobenen Surveillance Daten	7
<i>C. Wendt, Labor Limbach Heidelberg</i>	7
4. Bewertung, Maßnahmen, Umsetzung in der Klinik	8
<i>R. Ziegler, Klinikum Nürnberg, Institut für Klinikhygiene Med. Mikrobiologie und Klinische Infektiologie</i>	8
5. Auswertung der Surveillance Checklisten - Schwerpunktprojekt des LGL.....	9
<i>U. Kandler, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) Erlangen</i>	9
6. Überblick über die Netzwerkaktivitäten in Deutschland	11
<i>R. Schaumann und M. Mielke, Robert Koch-Institut Berlin</i>	11
7. MRE Netzwerk Rhein-Main	12
<i>U. Heudorf, Gesundheitsamt Frankfurt am Main</i>	12
8. MRSA-Netzwerk Marzahn-Hellersdorf	14
<i>S. Bärwolf, Gesundheitsamt Berlin</i>	14
9. Netzwerkarbeit - wohin geht die Reise?	15
<i>K. Peters, Hamburg</i>	15
10. LARE und regionale Netzwerkbildung in Bayern	16
<i>U. Kandler, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) Erlangen</i>	16

1. Nationales Referenzzentrum und KISS

C. Geffers, Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen; Institut für Hygiene und Umweltmedizin Charité-Universitätsmedizin Berlin

Gesetzliche Grundlage

Seit Inkrafttreten des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) 2001 sind die Leiter von Krankenhäusern verpflichtet eine Surveillance (Aufzeichnung und Bewertung) von nosokomialen Infektionen sicherzustellen (§23 IfSG)). Für eine laut Gesetz vorgesehene Bewertung ist eine vergleichende Surveillance anzustreben, welche laut Bundesgesundheitsblatt „unabdingbar die gleichzeitige Erfassung relevanter einrichtungsinterner Bezugsdaten sowie die Schaffung einrichtungsübergreifender Referenzdaten voraussetzt“.

Device-assoziierte Infektionen

Das Robert Koch-Institut legt die nosokomialen Infektionen fest, für die, nach den einrichtungsspezifischen Erfordernissen, eine Surveillance betrieben werden soll. Hierzu zählen neben den postoperativen Wundinfektionen drei Infektionsarten, die assoziiert sind zu invasiven Therapiemaßnahmen, die sog. Device-assoziierten Infektionen (Device = engl. Gerät). Es handelt sich dabei um die beatmungsassoziierte Pneumonie, die katheter-assoziierte Harnwegsinfektion und die katheterassoziierte Sepsis. Diese Infektionsarten zeichnen sich dadurch aus, dass das jeweilige Device den wichtigsten Risikofaktor für die Entstehung der Infektion darstellt.

Die Fokussierung auf die Device-assoziierten Infektionen hat dabei den Vorteil, dass die Häufigkeit der Anwendung von Devices und somit der wichtigste Risikofaktor für die Infektionsentstehung bei der Infektionsratenbildung einer Einrichtung mit berücksichtigt werden kann. Zudem beeinflusst das Handling am Device die Infektionshäufigkeit und die Höhe der Device-assoziierten Infektionsrate erlaubt so Rückschlüsse auf die Effektivität der etablierten Infektionskontrollmaßnahmen.

Das Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS)

Das Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS), ein Projekt des Nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen, bietet seit 1997 standardisierte Verfahren zur Surveillance von postoperativen Wundinfektionen und Device-assoziierten Infektionen in Deutschland an. Durch die parallele Bereitstellung von Referenzdaten für die Infektionsraten aus dem KISS können Krankenhäuser in Deutschland ihre im Rahmen des §23 IfSG generierten Infektionshäufigkeiten mit den Referenzdaten vergleichen und bewerten. Die Methodik der KISS-Surveillance berücksichtigt dabei die Vergleichbarkeit, den Aufwand und die Interpretierbarkeit der zu erhebenden Daten. Das KISS ist modular aufgebaut. Krankenhäuser können sich entsprechend ihrer Erfordernisse die geeigneten Module zur Teilnahme auswählen. Für Krankenhäuser gibt es 5 Module für die Surveillance von nosokomialen Infektionen in Risikobereichen/-populationen, 2 Module zur Surveillance von besonderen Erregern (MRSA, VRE, ESBL) auf Intensivstationen und peripheren Stationen, 2 Module zur krankenhausesweiten Surveillance von MRSA bzw. Clostridium difficile assoziierter Diarrhö (CDAD) und zwei Modulen zur Surveillance von Hygiene-Indikatoren (Händedesinfektionsmittelverbrauch und Antibiotikaverbrauch sowie Antibiotikaresistenz bei Erregern auf Intensivstationen). Aktuell beteiligen sich 966 Krankenhäuser mit mind. einem Modul am KISS. Je nach Modul wird die Surveillance patientenbezogen, stationsbezogen oder krankenhausesweit durchgeführt. Zur Sicherstellung einer hohen Datenqualität wird das Surveillance-Personal vor Beginn der KISS-Surveillance mit Hilfe von Kasuistiken in die Definitionen für nosokomiale Infektionen eingewiesen. Einmal jährlich wird dieses Training an neuen Kasuistiken wiederholt.

Die Surveillance liegt überwiegend in der Verantwortung des Hygienefachpersonals der Krankenhäuser, das hierdurch wichtige Erkenntnisse zur Effektivität der Infektionsprävention erhält und Problembereiche identifizieren kann. Während der Surveillance im KISS reduziert sich die Infektionshäufigkeit der teilnehmenden Bereiche innerhalb der ersten drei Jahre um durchschnittlich 20-30%.

2. Datenerhebung in der täglichen Praxis

E. Voggesberger, Universitätsklinikum Regensburg

Das Universitätsklinikum Regensburg beteiligt sich bereits seit 1999 an der systematischen Datenerfassung von nosokomialen Infektionen im KISS-Programm des NRZ. Derzeit nimmt das UKR an den Modulen ITS-KISS, Hand-KISS, MRSA-KISS, MRE-KISS und ONKO-KISS teil.

Seit Beginn der ersten KISS-Module hat sich viel geändert. Während am Anfang ein täglicher Besuch vor Ort notwendig und der Diskussionsbedarf mit den Mitarbeitern auf den Stationen enorm war, sind wir seit wenigen Wochen in der Lage, die Erfassung zum größten Teil vom Schreibtisch aus zu erledigen. Mit der Einführung von EDV-gestützten Krankenakten auf den Intensivstationen sind die anfänglichen Unsicherheiten in Bezug auf die Vollständigkeit der Daten zur korrekten Erfassung so gut wie verschwunden.

Nach 12 Jahren ist die Surveillance mit verschiedenen Modulen KISS-Modulen im Haus akzeptiert und gut etabliert.

3. Konsequenzen aus den erhobenen Surveillance Daten

C. Wendt, Labor Limbach Heidelberg

Zur Surveillance nosokomialer Infektionen gehört neben der reinen Erfassung der Infektionsdaten immer auch die Diskussion der Daten und zusätzlich die Auswertung und das Ziehen von Konsequenzen. Im Rahmen von Audits zum Management der Krankenhaushygiene haben wir untersucht, inwieweit Konsequenzen aus Daten zu nosokomialen Infektionen gezogen werden.

Methoden

Anhand eines strukturierten Fragebogens wurden neben anderen Daten auch Daten zur Definition, zu Art und Umfang der Erfassung von Wundinfektionen erhoben. Es wurde erfragt, wie die Daten zusammengestellt und weitergegeben werden und welche Konsequenzen in welcher Form gezogen werden.

Ergebnisse

Das Audit wurde in 20 Kliniken mit chirurgischen Abteilungen durchgeführt. Die Bettenzahl der einzelnen Häuser lag zwischen 100 und 550 Betten, im Mittel 322 Betten. Die Häuser wurden im Mittel durch eine halbe VK Hygienefachkraft betreut. Das Soll wäre entsprechend den Empfehlungen der KRINKO bei 1,4 VK gewesen. In 17 der 20 Häuser waren Definitionen und Methode für eine Surveillance festgelegt. Die Statistiken wurden in 13 der Häuser zusammengestellt und im Rahmen der Hygienekommission besprochen. In der Hälfte der Häuser wurden Daten nicht an weitere Mitarbeiter weitergegeben, in der anderen Hälfte der Häuser wurden Daten weitergegeben jedoch nur an einige Mitarbeitergruppen. In keinem der Häuser war ersichtlich, ob und wie aus den gewonnenen Daten Konsequenzen gezogen wurden. In der Regel wurde die Surveillance als eine Pflichtübung verstanden, deren Beitrag zur Qualitätsverbesserung jedoch nicht offensichtlich war.

Beurteilung

In den untersuchten Krankenhäusern stellt die Erfassung nosokomialer Infektionen eine Pflichtübung dar, der jedoch keine besonders hohe Priorität eingeräumt wird. Insbesondere fehlen zumeist die Kommunikationswege, um die gesammelten Daten an die betroffenen Mitarbeiter weiterzugeben. Ursache hierfür ist möglicherweise die insbesondere bei Wundinfektionen selten auftretende Ereignisrate. Statistische Abweichungen von Vergleichsdaten werden bei den kleinen Zahlen oft nicht wahrgenommen oder unterschätzt. Abhilfe könnten hier Komplikationskonferenzen schaffen, bei denen Einzelereignisse mit dem Großteil des Personals diskutiert werden können.

4. Bewertung, Maßnahmen, Umsetzung in der Klinik

R. Ziegler, Klinikum Nürnberg, Institut für Klinikhygiene Med. Mikrobiologie und Klinische Infektiologie

Die Inzidenz der Clostridium difficile-assoziierten Erkrankung (CDAD) ist in den vergangenen 10 Jahren weltweit deutlich gestiegen. Schweregrad, Rezidivrate und Letalität haben zugenommen und CDAD stellt eine ökonomische Belastung für das Gesundheitssystem dar. Antibiotikatherapie, höheres Lebensalter, schwere Grunderkrankungen, Immunsuppression, Krankenhausaufenthalte sind die derzeit häufigsten bekannten Risikofaktoren für die Entwicklung einer CDAD.

Trotz reger Publikationstätigkeit zum Thema CDAD sind viele Fragen offen, zur Inzidenz in der Bevölkerung ohne Kontakt zu medizinischen Einrichtungen, zur Rolle von asymptomatischen Trägern in der Übertragung und zum Vorkommen von Clostridium difficile in tierischen Lebensmitteln. Diesbezügliche Daten sind aber entscheidend für eine Optimierung der Präventionsmaßnahmen im Krankenhaus, um Mehraufwand bzw. Mehrkosten durch Isolierungs- und Desinfektionsmaßnahmen sowie diagnostische und therapeutische Maßnahmen zu rechtfertigen.

Nationale Surveillancesysteme bzw. Meldesysteme sind in den vergangenen Jahren etabliert worden und haben Daten zu Inzidenzen von CDAD vor allem in Krankenhäusern der Akutversorgung erfasst.

Ergebnisse der CDAD-Surveillance nach dem Protokoll des deutschen Krankenhaus-Infektions-Surveillance-Systems (KISS) im Klinikum Nürnberg und daraus abgeleitete Maßnahmen werden im Vortrag diskutiert.

5. Auswertung der Surveillance Checklisten - Schwerpunktprojekt des LGL

*U. Kandler, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL)
Erlangen*

Einleitung

Seit Januar 2001 haben die Leiter von Krankenhäusern gemäß §23 des Infektionsschutzgesetzes sicherzustellen, dass „die vom Robert Koch-Institut nach §4 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe b festgelegten nosokomialen Infektionen und das Auftreten von Krankheitserregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen fortlaufend in einer gesonderten Niederschrift aufgezeichnet, bewertet (Änderung 2011: und sachgerechte Schlussfolgerungen hinsichtlich erforderlicher Präventionsmaßnahmen gezogen) werden.“ Hinweise zur praktischen Umsetzung der Vorgaben wurden bereits im November 2000 vom Robert Koch-Institut (RKI) veröffentlicht. Die Empfehlungen zur Surveillance der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) vom Mai 2001 beschreiben ausführlich, welche Daten durch wen und wie erhoben werden sollten und deren anschließende Aus- und Bewertung. Ziel der Surveillance ist es, Infektionsraten nosokomialer Infektionen zu senken und gehäuftes Auftreten von schwer zu behandelnden Erregern schnell zu erkennen.

Bei einer Umfrage mittels Fragebogen in 163 bayerischen Krankenhäusern im Jahr 2003 kamen die Autoren zu dem Schluss, dass die Surveillance nosokomialer Infektionen auf Intensivstationen uneinheitlich in Bezug auf Methode und durchführendes Personal betrieben wird.

Methoden

Um den aktuellen Stand der Surveillance device-assoziiertes Infektionen auf Intensivstationen in bayerischen Krankenhäusern zu ermitteln, wurde im Jahr 2011, also 10 Jahre nach Einführung der Aufzeichnungspflicht, ein neuer Fragebogen an 40 Krankenhäuser verschickt. Es wurden sowohl Strukturdaten zu Krankenhaus und Intensivstation, als auch detaillierte Angaben zur Methode der Surveillance erhoben. Außerdem wurde erfragt, wer die Daten erfasst und bewertet. Dieser Fragebogen sollte von dem für die Surveillance zuständigen Personal ausgefüllt und an die Mitarbeiter der Spezialeinheit Infektionshygiene am bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) zurückgeschickt werden. Dort wurde der Bogen hinsichtlich Plausibilität geprüft und anschließend vor Ort unter Einsichtnahme der Aufzeichnungen besprochen und gegebenenfalls korrigiert. Die Auswertung der Daten erfolgt derzeit am LGL.

Ergebnisse

Insgesamt liegen 50 Fragebögen aus 38 Kliniken zur Auswertung vor. Ein erster Überblick über die Daten zeigt, dass weniger als ein Viertel der Kliniken an KISS teilnimmt und dementsprechend die device-assoziierte Sepsis, Pneumonie und Harnwegsinfektion unter Berücksichtigung der CDC-Kriterien aufzeichnet. Die Erfassung der Daten obliegt größtenteils den Hygienefachkräften in Kooperation mit den leitenden Stationsärzten, die zumeist auch die Funktion des hygienebeauftragten Arztes erfüllen. Etwa die Hälfte der Kliniken gibt an, zwar nicht an KISS teilzunehmen, aber die Daten analog zu KISS zu erfassen, während die restlichen Krankenhäuser entweder nach eigenen Methoden oder keine Daten erheben. Die Bewertung der Daten wird oft unvollständig durchgeführt, sodass aus den erfassten Daten selten Maßnahmen in Bezug auf Hygiene- oder Antibiotikamanagement erfolgen. Eine vollständige Auswertung der Fragebögen findet derzeit statt.

Schlussfolgerung

Nach dem derzeitigen Stand der Auswertungen der Fragebögen und den Eindrücken aus den Besprechungen in den Krankenhäusern vor Ort kann noch immer davon ausgegangen werden, dass die Erfassung und Bewertung nosokomialer Infektionen in bayerischen Krankenhäusern sehr unterschiedlich gehandhabt wird. Insbesondere wird die Bedeutung der Bewertung der Daten des Öfteren unterschätzt, sodass sich die Konsequenzen, die sich aus den erhobenen Zahlen ergeben könnten, nicht gezogen werden. Einige Kliniken haben sich im Zuge der diesjährigen Erhebung durch das LGL dazu entschlossen in Zukunft an KISS teilzunehmen und sich bereits für die Teilnahme angemeldet.

6. Überblick über die Netzwerkaktivitäten in Deutschland

R. Schaumann und M. Mielke, Robert Koch-Institut Berlin

Am 3. August 2011 wurde das Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) und weiterer Gesetze vom 28. Juli 2011 im Bundesgesetzblatt veröffentlicht. Die beschlossenen Änderungen haben u. a. einen verbesserten Schutz vor Infektionen zum Ziel, die durch mehrfachresistente Erreger wie z. B. MRSA verursacht werden und mitunter schwer zu therapieren sind. Auf der Basis von Hochrechnungen kann für das Jahr 2008 die MRSA-Last in deutschen Krankenhäusern mit ca. 132.000 Fällen angegeben werden. Aufgrund der im Jahr 2009 eingeführten Meldepflicht für MRSA-Nachweis aus Blutkulturen oder Liquor (§ 7 Absatz 1 Satz 1 IfSG) liegen inzwischen verlässliche Zahlen zu diesen durch MRSA verursachten schwer behandelbaren Infektionen vor. Pro Jahr sind es in Deutschland ca. 3500 Fälle. In den skandinavischen Ländern sowie Dänemark und den Niederlanden ist die MRSA-Last hingegen vergleichsweise niedrig. Aus diesem Grund dienen diese Länder auch als Vorbild für entsprechend geeignete Maßnahmen zur Senkung der MRSA-Last. Neben strukturellen Unterschieden in der Organisation des Gesundheitswesens spielen auch andere Faktoren wie z. B. die Zahl der jährlich stationär behandelten Patienten pro Kopf der Bevölkerung eine Rolle. Weiterhin kommt der Präsenz fachkundigen Personals vor Ort für die Beratung in Fragen der Hygiene und Antibiotikatherapie eine wesentliche Bedeutung bei der Erklärung der Unterschiede zu. Dem Umgang mit dem komplexen MRSA-Problem, insbesondere der sachgerechten regionalen Umsetzung von national empfohlenen Präventionsmaßnahmen, dient auch die Bildung Regionaler Netzwerke (Epidemiologisches Bulletin 12/2009 und 43/2010), die Teil der Nationalen Antibiotikaresistenzstrategie DART (www.bmg.bund.de) sind. Dabei ist u. a. die Wahrnehmung der Verantwortung für die Patientensicherheit durch die Leiter von medizinischen Einrichtungen eine wichtige Voraussetzung zur Etablierung und kontinuierlichen Umsetzung von sinnvollen und national empfohlenen Präventionsmaßnahmen. Dies schließt die Teilnahme an Regionalen Netzwerken zur Verbesserung der Kommunikation zwischen den verschiedenen Zuweisern mit ein. Der Netzwerkgedanke wurde in der Folge des entsprechenden GMK-Beschlusses in vielen Regionen umgesetzt und das RKI bemüht sich durch regelmäßige Treffen der Moderatoren den Gedankenaustausch zu fördern. Die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention befasst sich gegenwärtig mit der Aktualisierung der Empfehlungen zu MRSA und der Erarbeitung von Empfehlungen zur Vermeidung der Weiterverbreitung bei Gram-negativen Problemerkregern.

7. MRE Netzwerk Rhein-Main

U. Heudorf, Gesundheitsamt Frankfurt am Main



Die offizielle Auftaktveranstaltung des MRE-Netz Rhein-Main fand am 11.06.2010 in Frankfurt/Main statt – unter Anwesenheit und mit Unterstützung des Hessischen Gesundheitsministers, der Hessischen Krankenhausgesellschaft und verschiedener Kliniken, der Landesärztekammer Hessen, der Kassenärztlichen Vereinigung, der stationären Pflege und der beteiligten Gesundheitsämter. Vorangegangen waren erste Diskussionen und intensive Vorbereitungen seit Frühjahr 2008 (Ziele, Struktur, finanzielle Absicherung durch Förderanträge, Standards, Mitgliederwerbung etc.).

Das MRE Netz Rhein-Main ist ein Zusammenschluss von 7 Gesundheitsamtsbereichen im Rhein-Main-Gebiet (Städte Frankfurt, Offenbach und Wiesbaden sowie Landkreise Hochtaunuskreis, Main-Taunus-Kreis, Offenbach Land und Wetteraukreis). Bereits 2009 war ein Förderverein e.V. gegründet worden, dem alle Gebietskörperschaften beigetreten sind. Dieser verwaltet die Gelder (Spenden, Fördergelder insbesondere aus dem Bundesgesundheitsministerium) und stimmt das Vorgehen und den Auftritt des Netzwerks ab. Die fachlich-vorbereitende Arbeit findet in verschiedenen Arbeitsgruppen statt (u.a. Screening und Dekolonisation, Rehabilitation, Übergabebogen, Rettungsdienst und Krankentransport etc.). In den einzelnen Gesundheitsamtsbereichen werden Runde-Tisch-Gespräche mit den verschiedenen Akteuren durchgeführt. Über die BMG-Förderung findet ein enger Austausch mit dem MRSAARnet in Saarland statt, 2011 wurde der MRE Verbund Südwest ins Leben gerufen, dem das MRE Netz Rhein-Main, das MRE Netz Rhein-Nahe und das MRSAARnet angehören.

Ziele des MRE-Netz Rhein-Main sind:

- die Rate der MRE-Entstehung und deren Verbreitung in der Region zu vermindern
- die Behandlung und die Rehabilitation der MRE- Patienten zu verbessern
- einer Stigmatisierung von Menschen mit MRE entgegen zu wirken

Die Erreichung dieser Ziele wird verfolgt durch:

- Standardsetzung
- Screening und Sanierung (stationär und ambulant)
- MRE in der Rehabilitation
- Wissenstransfer
- Internetauftritt (www.mre-rhein-main.de)
- Informationsflyer für Patienten und Angehörige
- Informationstelefon (Help-Desk) 069212-48884
- Fortbildungen für Fachberufe
- Öffentlichkeitsarbeit und Informationsveranstaltungen

Inzwischen hat das Netzwerk über 140 Mitglieder, darunter 30 Krankenhäuser, 55 Altenpflegeheime, 38 Pflegedienste, vier Arztpraxen, 13 Rettungsdienste/Krankentransporteur etc. – neben den o.g. Institutionen.

Die Empfehlung zum Screening und zur Sanierung wurde ins Netz eingestellt. Empfehlungen zum Umgang mit MRE in der Rehabilitation wurden von einer Arbeitsgruppe des Netzwerks im Jahr 2009 erarbeitet, im Juni 2010 mit Reha-Klinikleitern abgestimmt. Ein Manuskript der Arbeitsgruppe im MRE-Netz Rhein-Main ist eingereicht.

Der umfassende Internetauftritt wird ständig aktualisiert; insbesondere Hinweise auf Fortbildungen und Öffentlichkeitsveranstaltungen, dabei werden auch die Vorträge eingestellt, wenn die Referenten damit einverstanden sind. Hier finden sich auch die aktuellen Publikationen zu den letzten Fortbildungen zu MRE in Frankfurt.

Das Informationstelefon wird von Patienten, Angehörigen aber auch von Fachleuten aus verschiedenen Gesundheitseinrichtungen (Krankenhaus, Alten-Pflegeheime, ambulante Pflegedienst, Physiotherapeuten, Logopäden, Ärzte, Gesundheitsämter) genutzt; mehr als 250 Beratungen wurden im letzten Jahr dokumentiert.

Es wurden mit Hilfe eines Kommunikationsexperten leicht verständliche MRSA/VRE/ESBL-Flyer, entwickelt, von denen bisher ca. 77.000 verteilt sind. Die Flyer werden auch von anderen Netzwerken nachgefragt – mit der Bitte sie übernehmen zu können, was seitens des MRE-Netz Rhein-Main gerne gesehen wird – unter Nennung unseres Netzwerks. Inzwischen stehen auch Übersetzungen in Englisch, Russisch und Türkisch im Netz (www.mre-rhein-main.de).

Schwerpunkt der Fortbildungen ist die Pflege im stationären und ambulanten Bereich, mit 90 Fortbildungen im letzten Jahr, bei denen ca. 1400 Pflegedienstmitarbeiter der Region erreicht wurden, weiter zwei größere Fortbildungen für Ärzte (Schwerpunkt Niedergelassene),(s. Internetseite incl. Berichte im Hess. Ärzteblatt darüber). Auch eine Informationsveranstaltung für die Öffentlichkeit im September 2011 hat mit ca. 100 Teilnehmern eine gute Resonanz gefunden.

Ein Überleitebogen wurde in Zusammenarbeit mit Vertretern aus Kliniken und Pflege erstellt. Um eine hohe Compliance zu erreichen, wurde er so kurz wie möglich gehalten (www.mre-rhein-main.de).

Zur Meldepflicht MRSA in Blut- und Liquorkulturen hat das Netzwerk einen Erhebungsbogen entwickelt und im Internet eingestellt, der sich sehr bewährt hat. Die Publikation der Ergebnisse 2010 in Frankfurt am Main ist erfolgt.

MRE im Rettungsdienst/Krankentransport – Derzeit wird eine Untersuchung auf MRE Kontamination der patientennahen Flächen im Rettungsdienst und Krankentransport durchgeführt – mit dem Schwerpunkt nichtqualifizierter Krankentransport.

Im Sommer 2011 wurde eine Zwischenevaluation der Netzwerkarbeit durch Befragung der Mitglieder des Netzwerks gestartet (Magisterarbeit an der Universität Bayreuth); die Ergebnisse stehen noch aus.

Referenzen

www.mre-rhein-main.de

Heudorf U. Auftaktveranstaltung des MRE-Netzes Rhein-Main . Erfreulicher Anlaß mit ernstem Hintergrund. Hessisches Ärzteblatt (2010) 70: 493-495.

Heudorf U, Jahn-Mühl B: Multiresistente Erreger in der Praxis. Was tun? Hessisches Ärzteblatt (2010) 70: 618-621

Heudorf U: Multiresistente Erreger – Was gibt es Neues? Bericht über Fortbildungen für Ärzte. Hessisches Ärzteblatt (2011) 71: 544-548

Heudorf U, Schimmelpfennig M, Holz-Bremer A, Breitbach B: MRE Netzwerke in Hessen – Fast alle Regionen sind inzwischen in Netzwerken zusammengeschlossen. Hessisches Ärzteblatt (2011) 71. 549-551.

Heudorf U, Otto U, Gottschalk R. MRSA in Blutkulturen in Frankfurter Krankenhäusern 2010. Ergebnisse der Meldepflicht nach Infektionsschutz-gesetz und Vorschläge zu ihrer Verbesserung. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz (2011) 54: 1126-1134.

8. MRSA-Netzwerk Marzahn-Hellersdorf

S. Bärwolff, Gesundheitsamt Berlin

Das MRSA-Netzwerk Marzahn-Hellersdorf wurde 2008 als Pilotnetzwerk in Berlin gegründet. Das Gesundheitsamt hat die Koordination übernommen. Die Akteure des Netzwerkes, das sind Vertreter der regionalen Krankenhäuser, der Alten- und Pflegeheime, der Dialysepraxen, der ambulanten Pflegedienste, der Arztpraxen, der Krankentransportunternehmen und Rettungsdienste formulieren ihre Probleme im Umgang mit Patienten, die Träger resistenter Keime sind. Darüber hinaus werden alle Fragen der Infektionsprävention und Hygiene in medizinischen Einrichtungen thematisiert. Das Netzwerk erarbeitet Lösungskonzepte und stellt z.B. Arbeitsmaterialien bereit und führt Fortbildungsveranstaltungen durch.

Besonders hervorzuheben sind die Projekte der Begehung der Alten- und Pflegeheime anhand einer Checkliste. Nach dem Konzept des Gesundheitsamtes in Frankfurt/Main können die Ergebnisse nach der Relevanz für die Infektionsprävention gewichtet, verglichen werden. So ist ein konstruktiver Wettbewerb entstanden. Die Einrichtungen tauschen sich auch zu praktikablen Arbeitsweisen aus, um die Hygieneanforderungen zu erfüllen.

2011 wurde ein Projekt zur Zertifizierung der Krankenhäuser als aktive Einrichtungen im MRSA-Netzwerk entwickelt. Anhand von verschiedenen Kriterien aus Bereichen wie Surveillance, Personalausstattung, Antibiotikaeinsatz u.a. wird auf Wunsch des Hauses geprüft, ob das Zertifikat vergeben werden kann. Dies war ein Wunsch der Teilnehmer, um die umfangreichen Aktivitäten auch präsentieren zu können. Ausschlaggebend sind nicht absolute Zahlen z.B. zu MRSA oder nosokomialen Infektionen. Es geht vielmehr um das Hygienemanagement und die Einbindung der Mitarbeiter und Umsetzung der Maßnahmen. Zum Jahresworkshop am 30.11.2011 können bereits die ersten Zertifikate vergeben werden. Nach der erfolgreichen Pilotphase ist eine Ausweitung auf die anderen Bezirke in Berlin geplant.

9. Netzwerkarbeit - wohin geht die Reise?

K. Peters, Hamburg

Die Infektion im Verlauf einer Krankenhausbehandlung stellt in Deutschland ein ungelöstes Problem der öffentlichen Gesundheitsversorgung dar. Die größte Bedrohung geht von Mikroorganismen aus, die gegen Antibiotika resistent geworden sind.

Ungefähr ein Drittel der Infektionen sind durch geeignete Präventionsmaßnahmen vermeidbar. Zu den etablierten Präventions- und Kontrollmaßnahmen gehören eine Surveillance, optimierte Behandlungs- und Pflorgetechniken, kontrollierter Antibiotikaeinsatz, Maßnahmen zur Unterbrechung von Infektionsketten, die sachgerechte Aufbereitung von Medizinprodukten, baulich-funktionelle und organisatorische Maßnahmen sowie eine kontinuierliche Aus- und Fortbildung des qualifizierten Personals.

Ziel der behördlichen hygienischen Beratung und Überwachung ist die Einschätzung des regionalen Risikos und Vermeidung der Ausbreitung nosokomialer Erreger. Darüber hinaus sind auch die Maßnahmen eines Krankenhauses zur Etablierung eines Antibiotikaregimes zur Vermeidung zunehmender Multiresistenzen zu kontrollieren. Diese Überwachungsaufgaben werden bisher durch angemeldete oder auch unangemeldete Krankenhaus-Begehungen stichprobenartig durchgeführt und bewertet. Die geforderte Mängelbeseitigung bezieht sich dann jeweils auf das schriftliche Protokoll und beratende Gespräche zwischen Krankenhausträgern und Gesundheitsamt. Weitere potentielle Übertragungswege und Infektionsquellen anderer Akteure des Gesundheitswesens und dem Krankenhaus werden so nicht erfasst, sind aber am Infektionskreislauf maßgeblich beteiligt.

Das EUREGIO-Projekt MRSA-net der Universität Münster und weiterer Kooperationspartner hat erfolgreich belegt, dass die MRSA-Rate im Einzugsgebiet eines Netzwerkes durch abgestimmte Maßnahmen reduziert werden konnte. Sektorübergreifende Hygienestandards im stationären und ambulanten Versorgungsbereich müssen abgestimmt und kontrolliert werden.

Zur Umsetzung dieser neuen Anforderung wurde die Bildung und Moderation von ÖGD-koordinierten MRSA-Netzwerken in der 79. Gesundheitsministerkonferenz (GMK) am 30.06.2006 in Dessau bereits ausdrücklich empfohlen und wurde mit dem geänderten Infektionsschutzgesetz 2011 erneut gefordert.

In Deutschland haben sich bisher über 100 MRE/MRSA Netzwerke gebildet. Die Aufgaben der Netzwerkmoderation bestand überwiegend in der Vertrags- und Zielvereinbarung, der Durchführung eines Prävalenzscreening in den Krankenhäusern oder Alten- und Pflegeheimen und der Gründung Runder Tische zur Abstimmung von Empfehlungen und Informationsmaterial.

Probleme bei der Umsetzung waren u.a.

- Fehlende personelle und finanzielle Ressourcen
- Umsetzung vom Projekt in nachhaltige Strukturen
- Freiwilligkeit und Selbstverpflichtung in Krisenzeiten schwierig
- Durchführung des Prävalenzscreening –Kosten
- Netzwerkkordinator - zusätzliche Fortbildung erforderlich

Die Chancen und Grenzen der Umsetzung einer Netzwerkmoderation sind Teil der anschließenden Diskussion der Präsentation und sollen anhand der örtlichen Gegebenheiten im Forum diskutiert werden.

10. LARE und regionale Netzwerkbildung in Bayern

U. Kandler, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL)
Erlangen

Die 79. Konferenz der Gesundheitsminister der Länder (GMK) hat im Jahr 2006 die „Etablierung regionaler, in der Summe flächendeckender Netzwerke der beteiligten Akteure, koordiniert durch den ÖGD“ empfohlen.

Die Netzwerkbildung soll die Umsetzung vorhandener Richtlinien zur Vermeidung von nosokomialen Infektionen, insbesondere mit multiresistenten Erregern, verbessern. Regionale Netzwerke sollen den Informationsaustausch und die Zusammenarbeit zwischen den versorgenden Einrichtungen fördern, sodass auf diesem Weg das Überleitungsmanagement vereinfacht und die Hygienekonzepte aufeinander abgestimmt werden können.

In Bayern wurde die Notwendigkeit gesehen, vor der Gründung solcher Netzwerke den Status quo im Umgang mit MRSA zu ermitteln. Im Jahr 2008 wurde daher eine Erhebung zum Umgang mit MRSA und anderen resistenten Erregern in bayerischen Kliniken zur Ermittlung des Handlungsbedarfs durchgeführt. Es wurde insbesondere festgestellt, dass die Einsatzzeiten des Hygienefachpersonals erhöht und die Screening- und Surveillancekonzepte verbessert werden sollten. Außerdem zeigte sich, dass der Umgang mit MRSA meist entsprechend den Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene (KRINKO) am Robert Koch-Institut (RKI) festgelegt ist, aber das Management von anderen multiresistenten Erregern nicht in gleichem Ausmaß geregelt ist. Die Ergebnisse der Erhebung wurden 2009 in der Zeitschrift „Das Gesundheitswesen“ publiziert (C. Herr, L. Fembacher, H. Bischoff, J. Billing, I. Otto-Karg, V. Lehner-Reindl, C. Höller: Management von Antibiotika-resistenten Erregern in bayerischen Kliniken: Ergebnisse einer systematischen Erhebung und Perspektiven zur Bildung eines landesweiten Netzwerks „multiresistente Erreger“, Gesundheitswesen 2009; 71: 755 – 762).

Im Dezember 2008 wurde daraufhin die Bayerische Landesarbeitsgemeinschaft Multiresistente Erreger (LARE) www.lgl.bayern.de/gesundheit/infektionsschutz/antibiotikaresistenzen/lare/index.htm gegründet und ein Konsensusstatement veröffentlicht. Es ist das erklärte Ziel dieses Netzwerkes, das Vorkommen von MRSA und anderen multiresistenten Erregern in den Einrichtungen des Gesundheitswesens in Bayern zu verringern, um so teils schwerwiegende, mitunter tödlich verlaufende Erkrankungen zu verhindern.

Derzeit 31 Mitglieder aus allen Bereichen der Gesundheitsversorgung (Behörden, Verbände, Krankenkassen, Kliniken, Universitäten, ambulante und stationäre Pflege, niedergelassene Ärzte usw.) treffen sich zweimal jährlich und veranstalten jeweils im Dezember ein Symposium mit verschiedenen Schwerpunktthemen (2009: Multiresistente Erreger und Hygienemaßnahmen, 2010: Antibiotikamanagement und Qualitätssicherung u. Hygiene).

Außerdem wurden innerhalb der LARE 7 Arbeitsgruppen (AGs) gegründet, die sich mit verschiedenen Aspekten des Problems der resistenten Erreger beschäftigen.

1. Die **AG Krankentransport** hat sich zum Ziel gesetzt, bayernweit einheitliche Empfehlungen zum Umgang mit multiresistenten Erregern (MRE) für Krankentransporte zu erarbeiten und hat ein Merkblatt zum Hygienemanagement bei MRE entworfen, das im August 2011 auf der Homepage der LARE veröffentlicht wurde. Die Gruppe erarbeitet ferner momentan eine Empfehlung, mit der die Patienten je nach vorhandenem Erreger in Kategorien eingeteilt werden und entsprechende Schutz-/Hygienemaßnahmen den Kategorien zugeordnet werden. Dies soll die Umsetzung dieser Maßnahmen vereinfachen.
2. In der **AG Informationsweitergabe** wurde die Überwindung der Schnittstellenproblematik als Ziel definiert. Es soll sicher gestellt werden, dass bei der Verlegung eines Patienten, der

mit multiresistenten Erregern besiedelt oder infiziert ist, diese Information an die entsprechenden Stellen, also Krankentransportdienst, Pflegeheim, weiterbehandelnder Arzt zuverlässig weitergegeben wird. Der von der Arbeitsgruppe entwickelte Informationsübergabebogen wurde vom Landesdatenschutzbeauftragten geprüft und muss dessen Vorgaben angepasst werden, bevor er zur allgemeinen Nutzung freigegeben werden kann.

3. Die **AG Standardisierte Fachinformationen** zum Patientenmanagement bemüht sich um eine Vereinheitlichung der Information in Bezug auf den Umgang mit multiresistenten Erregern in medizinischen Einrichtungen.

Es wurden häufig gestellte Fragen (FAQs) zu MRSA, Vancomycin-resistenten Enterokokken (VRE) und *Clostridium difficile* assoziierter Diarrhoe (CDAD) beantwortet und auf der Homepage der LARE im April 2011 veröffentlicht. Außerdem wurden Basishygienemaßnahmen auf einem Merkblatt zusammengefasst, das ebenfalls auf der Homepage zu finden ist.

Merkblätter zum Umgang mit MRE für weiterbehandelnde Ärzte, Patienten und Angehörige sowie stationäre Pflegeeinrichtungen sind zusammengestellt worden und werden nach der Revision durch Fachleute ebenfalls auf der Homepage zur Verfügung gestellt. Zur Verabschiedung stehen weiterhin die FAQs zu Extended β -Lactamase bildenden Erregern (ESBL-Bildnern) an.

4. Die Vereinheitlichung der Screening und Sanierungskonzepte im stationären und ambulanten Bereich ist das zentrale Anliegen der **AG Screening und Sanierung**. Empfehlungen zu Screeningmaßnahmen sind bereits fertig zur Veröffentlichung und auch die Empfehlungen zur Sanierung werden demnächst abgeschlossen werden können.
5. Das Ziel der **AG Rehabilitationseinrichtungen** ist es, eine Empfehlung zum Umgang mit MRSA und anderen MRE in den Rehabilitationseinrichtungen, für die es derzeit keine Richtlinien des RKI gibt, zu verfassen. Eine systematische Literaturanalyse wurde durchgeführt und verschiedene, derzeit in Reha-Kliniken angewandte Hygienepläne berücksichtigt. Desweiteren wurde ein Expertengremium aus Chefarzten bzw. Hygienebeauftragten des Bundesgebiets gegründet und in Abstimmung mit diesem Gremium eine systematische Problemanalyse und der Entwurf eines Rahmenhygieneplans als Lösungsvorschlag erarbeitet. Mit den Ergebnissen der AG befasst sich derzeit die KRINKO, um auf deren Basis einen konsentierten Rahmenhygieneplan zu verabschieden.
6. Beschäftigte in medizinischen Einrichtungen müssen, auch wenn sie gut über die Risiken und vorbeugenden Maßnahmen in Bezug auf Übertragungswege von Mikroorganismen und auch deren Behandlung informiert sind, sich und andere adäquat schützen. Die **AG Arbeitsschutz und MRE** hat FAQs zum Thema MRSA und Arbeitsschutz zusammengestellt, die auf der Homepage der LARE abrufbar sein werden.
7. Die jüngste Arbeitsgruppe der LARE, die **AG Antibiotic Stewardship** wird sich um die Etablierung von Antibiotic Stewardship Programmen in Bayern kümmern. Bei einem ersten Treffen wurden die nächsten Schritte geplant. Unter anderem soll eine Definition von Antibiotic Stewardship-Programmen verfasst und veröffentlicht werden, sowie Empfehlungen zur Antibiotikatherapie in alltagstaugliche Formen gebracht werden.

Im Rahmen der Arbeit der LARE wurde eine Homepage erarbeitet, die seit Oktober 2009 auf den Seiten des bayerischen Landesamts für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit zu finden ist. Auf dieser Homepage stehen neben Informationen zur LARE und allgemeinem Hintergrundwissen auch die oben erwähnten FAQs mit entsprechenden Antworten zu MRSA, VRE und *Clostridium difficile* assoziierter Diarrhoe (CDAD) zur Verfügung.

Auf regionaler Ebene wurden Auftaktveranstaltungen zur Gründung von regionalen Netzwerken unter der Leitung der Gesundheitsämter in allen 76 Landkreisen (Stand 6.11.2011) durchgeführt. In 29 Landkreisen haben sich diese Netzwerke bereits wiederholt getroffen und Informationen ausgetauscht. Es wurden Probleme thematisiert und Initiativen zur Reduktion der Weiterverbreitung resistenter Erreger gestartet.