

Protokoll der 7. MRSA-Fallkonferenz des MRE-Netzwerkes Wuppertal

Termin: 19. März 2015 um 19:00 bis 21:00 Uhr in der KV-Kreisstelle, Carnaper Str. 75

Teilnehmer:

M. Buntrock-Schweer (Gesundheitsamt)	G. Schwarz (PZH Hardt)
C. Bickmeier (Pflegedienst Schwester Stefanie)	S. Mauruschat
U. Lehner (stat. Pflege Rudolfstr. 86)	Dr. K. de Bakker
M. Wiedler (SAPV Wuppertal)	Dr. U. Nühlen
H. Görges (stat. Pflege Kasinostr. 1)	Dr. M. Gumprich

Dr. Gumprich berichtete über einen Patienten mit V.a. CA-MRSA (community-acquired MRSA = ambulant erworbener MRSA). Der Patient war mit einem diabetischen Fussyndrom aktuell aus der stationären Behandlung entlassen worden. Bereits stationär wurde eine MRSA-Infektion festgestellt. Überraschenderweise im Aufnahmescreening in der Praxis dann V.a. CA-MRSA: Die Mikrobiologie Labor Dr. Stein hatte den Verdachtsbefund telefonisch durchgegeben, es folgte eine PCR auf lukS/lucF. Der Befund stand aktuell noch aus. CA-MRSA tritt außerhalb von Gesundheitseinrichtungen auf, betroffen sind dann Gemeinschaftseinrichtungen (Kindergärten, Gefängnisse...). Die typischen Risikofaktoren liegen nicht vor. CA-MRSA produziert häufig das Toxin PVL, ggf. in der PCR nachweisbar (lukS/lucF-Gen). Klinisch treten schwere Weichteilinfektionen / Pneumonien auf. Der Fall wurde hinsichtlich Epidemiologie und weiteren Vorgehen bezüglich Screening und Sanierung ausführlich diskutiert.

Erneut wurden dann die Probleme bei der Diagnostik thematisiert: Indikation und Umfang von Abstrichen – z.B. am Haaransatz, Hautdurchleitungen (Katheter usw.). Zum Einen ist auf die aktualisierte Richtlinie des Robert-Koch-Instituts (RKI) von 2014 zu verweisen (http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Downloads/MRSA_Rili.html), welche detailliert den aktuellen Stand zum Umgang mit MRSA wiedergibt. Zum Anderen ist die Zuordnung der Kosten zu klären: im Rahmen der GKV-Versorgung ist das Screening und die Dekolonisierung für Risikopatienten geregelt (<http://www.aerzteblatt.de/archiv/119022>, 2014 verlängert). Ein darüber hinaus gehendes Screening, z. B. in Pflegeeinrichtungen, ist keine Kassenleistung und muss ggf. über gesondert zu treffende Vereinbarungen mit Labor und behandelnden Ärzten ökonomisch vereinbart werden.

Abzugrenzen vom Screening ist die Indikation zur Behandlung z.B. bei infizierten Wunden, die resistenzgerecht nach Abstrich erfolgen soll und Kassenleistung ist. Einen Sonderfall stellt das (prästationäre) Screening vor geplanten Operationen dar: §115 a SGBV regelt die Zuordnung des Kostenträgers. Wenn die Maßnahme (Abstrich, Sanierung) notwendiger Bestandteil der stationären Behandlung ist, ist sie durch das Krankenhaus zu leisten – dazu können niedergelassene Ärzte einbezogen werden und gesonderte Vergütungsvereinbarungen mit dem Krankenhaus getroffen werden. Die Kosten sind der Klinik zuzurechnen:

„Ambulant durchgeführte Leistungen sind der stationären Versorgung zuzurechnen,

- wenn sie nach Art und Schwere der Erkrankung für die medizinische Versorgung des Versicherten im Krankenhaus erforderlich sind,
- in Hinblick auf eine bevorstehende stationäre Behandlung und unter der Verantwortung eines im Krankenhaus tätigen Arztes erbracht werden sowie

- eine ansonsten erforderliche stationäre Leistung ersetzen, an ihre Stelle treten oder diese überflüssig machen.“ (https://www.kvno.de/60neues/2015/15_08_rund_ums_recht/index.html)

Im Einzelfall können Screening und Sanierung als ambulante Leistung begründbar sein, auch wenn die im EBM geregelten Voraussetzungen nicht bestehen. Eine regelhafte Praxis, wie sie z.B. von orthopädischen Einrichtungen gewünscht wird, dürfte jedoch als ambulante Kassenleistung ausgeschlossen sein.

Diskutiert wurde dann der Fall eines 57-jährigen Patienten einer Pflegeeinrichtung mit 4MRGN-Befund im Leistenabstrich. Herr Buntrock-Schweer wies auf die nötige ärztliche Risikoanalyse hin, welche ggf. zu einer Therapie führt, auf jeden Fall aber zur Klärung möglicher Übertragungswege und deren effektiver Unterbrechung beiträgt. Ein ähnlicher Fall einer weiteren stationären Pflegeeinrichtung führte in der Diskussion zu der Erkenntnis, dass der Umfang der Schutzmaßnahmen über die Basishygiene hinaus individuell zu entscheiden ist, wobei die Lebensqualität der betroffenen Menschen möglichst wenig eingeschränkt werden soll – diese Fälle gilt es im Netzwerk zu diskutieren. Zwischen den Treffen stehen wir telefonisch oder per Email gerne zur Verfügung.

Das Thema Transport kolonisierter Patienten war Thema einer Informationsveranstaltung des Gesundheitsamtes im Rahmen des MRE-Netzwerkes Wuppertal, in welche die Krankenhäuser, Feuerwehr und Kiesling eingebunden waren. Argumente der Transportdienste: Sorge vor Übertragung, häufig wenige Informationen, neue Richtlinie (s.o.). Auch hier zeigt sich die Bedeutung der Information über MRE bei der Übergabe der Patienten.

Alle Krankenhäuser werden gebeten, Abstrichergebnisse (Routine bei Aufnahme) in den Briefen mitzuteilen, z.B. wie die Labordaten.

Herr Buntrock-Schweer berichtete dann über weitere Veranstaltungen des Netzwerkes, die das Gesundheitsamt organisierte: Fortbildung für ambulante Pflegekräfte und stationäre Pflegeeinrichtungen, regelmäßige Treffen der Hygienefachkräfte der Kliniken, die allesamt positiv wahrgenommen wurden und fortgesetzt werden sollen.

Kurzgefasste Antworten auf häufige Fragen:

Das Personalscreening soll laut RKI *bei Ausbrüchen* erwogen werden.

Kontaktperson: muss mindestens über *vier Tage* den Schlafräum und/oder die Einrichtung(en) zur Körperpflege mit dem MRSA-Träger, bei dem die Eradikationstherapie oder die weitere Sanierungsbehandlung *erfolglos* verlief, gemeinsam nutzen und/oder genutzt haben.

Bei allen Interventionen bezüglich MRE: Konsequenzen unbedingt berücksichtigen.

Der Termin für die nächste Fallkonferenz wurde auf Donnerstag, den 17.09.2015 um 19:00 festgelegt.

M. Gumprich / U.Nühlen, 01.09.2015