

2/14

nahdran

MAGAZIN DER AESCULAP AG

INFORMATIONEN FÜR CHIRURGEN, OP- UND ZSVA-TEAM, MANAGEMENT UND EINKAUF

Sonderdruck

MRSA: Risikominimierung durch vollständiges Screening

Pilotprojekt mit Nachahmungscharakter
schließt Lücke im System

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE



MRSA: Risikominimierung durch vollständiges Screening

Das Rote Kreuz Krankenhaus in Bremen hat 2012 ein Pilotprojekt zur Sanierung von Patienten gestartet, die Träger von MRSA-Keimen sind und die ein künstliches Gelenk oder eine Gefäßprothese eingesetzt bekommen sollen. Diese Keim-Sanierung erfolgt ambulant – bevor die Patienten zu der geplanten Operation in das Krankenhaus kommen. Wir sprachen mit Prof. Dr. Herget-Rosenthal über Ziele, Zwischenergebnisse und künftige Entwicklungen des Projekts.

? Am 1. April 2012 starteten Sie ein Pilotprojekt zu verbesserter Versorgung von Patienten vor elektiven Eingriffen. Was waren die Gründe für Ihre Initiative? Außerdem haben Sie sich für ein vollständiges Screening aller elektiven Patienten entschieden und nicht nur der vom Robert Koch-Institut, RKI, vorgegebenen Risikogruppen, warum?

Prof. Dr. Herget-Rosenthal: Alle Krankenhäuser Bremens haben sich mit der Gesundheitsbehörde verständigt, über die Empfehlungen des RKI hinaus ein erweitertes MRSA-Screening umzusetzen. Zwei von fünf stationär betreute Patienten erhalten bei uns im Rote Kreuz Krankenhaus ein MRSA-Screening. Durch dieses Netz sind aber einige Patienten mit MRSA-Kolonisation gefallen. Das hat bei meinen chirurgischen Kollegen, insbesondere unserem Orthopäden Dr. Ingo Arnold und unserem Gefäßchirurgen Dr. Burkhard Paetz, Besorgnis erregt. Denn trotz aller Standards im OP besteht die Gefahr, dass bei diesen Patienten Methicillin resistente Staphylococcus aureus (MRSA) in die OP-Wunde gelangen und sich an die Gefäßprothese oder ein künstliches Gelenk heften. Dort können sie schwerwiegende Prothesen- oder tiefe Wundinfekte verursachen. Das ist bisher bei uns nicht aufgetreten, aber die Erkenntnis „da war ein Patient MRSA-besiedelt und ich habe ihn in Unkenntnis dieses Wissens operiert“ hat uns Angst gemacht. Deshalb haben wir begonnen, über unsere Standards hinaus das Screening für Patienten mit elektiven Eingriffen zu organisieren. Später haben wir

Partner für dieses Pilotprojekt gesucht und es wurde die Dreierallianz mit der B. Braun Melsungen AG und der AOK für Bremen/Bremerhaven geschmiedet. Unsere Chirurgen screenen jedoch auch Patienten anderer Krankenkassen. Nur wenn diese von MRSA saniert werden müssen, muss der Hausarzt diese Sanierung übernehmen. Außerdem muss der Patient die Produkte zur Sanierung aus eigener Tasche bezahlen.

? Der entsprechende sogenannte Integrierte-Versorgungs-Vertrag zwischen Ihrem Haus, der AOK Bremen/Bremerhaven und B. Braun wurde inzwischen bis zum 31. März 2015 verlängert. Wie sieht Ihr Zwischenfazit nach zweieinhalb Jahren aus?

Prof. Dr. Herget-Rosenthal: Insgesamt haben wir dieses Pilotprogramm gut im Haus platziert. Es ist ja freiwillig. Auch das Pflegepersonal hat das Screening als Teil ihrer Routine begriffen. Bedenken von ärztlicher Seite, Operationen verzögerten sich nach hinten, haben sich nicht bestätigt. Wir haben nur eine geringe Zahl von Patienten mit MRSA-Kolonisation identifiziert, die meisten erfolgreich saniert und dann operiert.

? Wie hoch ist der organisatorische und personelle Aufwand für Ihr Haus und Ihre Mitarbeiter? Welche Fachabteilungen sind maßgeblich beteiligt?



Prof. Dr. Herget-Rosenthal: Wenn Patienten sich für eine Operation anmelden, dann werden sie rund drei Wochen vor geplantem OP-Termin in unsere Terminambulanz eingeladen. Dort werden die Aufklärungsgespräche für die Operation und alle präoperativen Untersuchungen durchgeführt. Wir haben Standards für diese OP-Prozesse. Der MRSA-Abstrich und der Umgang mit MRSA-Kolonisierten ist in diese Standards aufgenommen worden. Unser Krankenhausinformationssystem lässt uns nicht weiterarbeiten, wenn wir den Test nicht vorgenommen haben. Wenn die elektiven Patienten mit einem Nasenabstrich einverstanden sind, wird er gleich durchgeführt. Das dauert zusammen mit der Patienteneinrichtung und der Auftragsanfertigung ungefähr 15 Minuten. Dann geht der Patient nach Hause mit seinem Operati-

onstermin. Die Untersuchungsergebnisse laufen in der Terminambulanz bei den sogenannten Case Managern zusammen. Diese prüfen alle Befunde. Ist ein MRSA-Abstrich positiv, werden Patient und Hausarzt angerufen. Der Patient wird einbestellt und es wird ihm gezeigt, wie er das Sanierungskit von B. Braun einsetzen soll – mit allem, was noch beachtet werden muss wie Bettwäsche oder Zahnbürste täglich wechseln. Damit verbunden ist ein Zeitaufwand für den Case Manager von knapp zwei Stunden pro Patient. Hinzu kommt, dass der Patient eine Woche nach der Sanierung an drei aufeinanderfolgenden Tagen einbestellt und abgestrichen werden muss. Die Ergebnisse müssen wieder kontrolliert werden. Das dauert noch einmal zusammen eine dreiviertel Stunde. Ist der Patient MRSA-frei, erhält er vom Case Manager den festen OP-Termin. Der eigentliche Aufwand in der Terminambulanz ist gering, aber sobald ein positives Testergebnis vorliegt, ist er erheblich.

? Was raten Sie anderen Häusern für eine erfolgreiche Implementierung eines solchen Prozesses?

Prof. Dr. Herget-Rosenthal: Unser System erinnert die Ambulanzmitarbeiter an die Prozessschritte. So muss man das glaube ich auch handhaben. Ich denke nicht, dass das Screening an ein oder zwei verantwortlichen Personen hängen darf. Es muss vielmehr in die Organisationsabläufe integriert werden. Wir haben in unserem Patientenmanagement keine Schnittstellen. Wir streichen ab, zu uns kommen die Ergebnisse, wir teilen das Sanierungskit aus und prüfen die Sanierung. Je mehr Schnittstellen in diesem Ablauf sind, umso schwieriger wird es. Der Hausarzt wünscht eigentlich nur, dass der Patient ohne Komplikationen eine Prothese erhält und hinterher weniger Beschwerden hat.

? Warum sanieren sich im Bremer Projekt die MRSA-Träger zu Hause? Wie ist die Adhärenz und die Erfolgsquote bei dieser „Eigenbehandlung“?

Prof. Dr. Stefan Herget-Rosenthal
 ist Chefarzt der Medizinischen Klinik
 und ärztlicher Geschäftsführer des
 Rotes Kreuz Krankenhauses in Bremen



Kontakt:
herget-rosenthal.s@roteskreuzkrankenhaus.de

Prof. Dr. Herget-Rosenthal: Zunächst ist eine MRSA-Besiedlung keine Krankheit. Die Patienten haben keinen Grund, im Krankenhaus zu sein. Außerdem ist es im Krankenhaus aus hygienischen Gründen nicht erwünscht. Schließlich versucht man ja nicht mit aller Macht, sich die Keime in die Klinik zu holen. Außerdem würde es von den Krankenkassen nicht vergütet, weil der Patient nicht krank, sondern nur besiedelt ist. Und es gibt noch einen weiteren Grund: Wir könnten die Besiedlung unter stationären Bedingungen zwar eindämmen, aber die Patienten müssen ihr Zuhause auch „sanieren“. Wenn zum Beispiel die Bettwäsche oder die Haarbürste weiterhin den Keim aufweist, dann hat der Patient den Keim erneut, sobald er nach Hause kommt. Die Sanierung muss allumfassend zu Hause erreicht werden. Die Adhärenz ist sehr

schwierig zu messen. Die allermeisten mit MRSA besiedelten Patienten haben sich nach der Sanierung operieren lassen. Daraus leite ich indirekt ab, dass wir eine recht hohe Adhärenz haben. Aber wir haben nicht gemessen, ob die Sanierung tatsächlich korrekt durchgeführt wurde.

? Wie reagieren Patienten und Öffentlichkeit auf das besondere Screening? Hat diese Maßnahme einen positiven Image-Effekt für Ihr Haus?

Prof. Dr. Herget-Rosenthal: Die breite Öffentlichkeit hat davon bisher keine große Notiz genommen. Ich glaube auch nicht, dass Patienten uns aufsuchen, weil wir dieses MRSA-Screening anbieten. In Fachkreisen, die sich mit Hygiene und Infektiologie auseinandersetzen, hat unser Vorgehen schon einen kleinen Nachhall gehabt. Wir sind von mehreren Gesundheitsämtern und



Foto: Fotolia/Stockphoto; Montage: P. Kröhl

Krankenhäusern angefragt worden. Auch B. Braun ist angesprochen worden. Die Gesundheitsbehörde in Bremen ist sehr zufrieden, dass wir dieses Pilotprogramm durchführen. Unsere Patienten sehen das als Zugewinn an Sicherheit. Wir machen es, um die Patientensicherheit zu verbessern und MRSA-Protheseninfekte zu vermeiden.

? Warum gibt es so wenige Nachahmer bei diesen positiven Erfahrungen? Inzwischen gibt es lediglich ein weiteres Projekt nach Bremer Vorbild mit der BKK BMW.

Prof. Dr. Herget-Rosenthal: Wir müssen Hygiene als etwas Positives betrachten. Wir haben einen Krankenhaushygieniker und zwei Hygienefachkräfte – für unsere Krankenhausgröße mit 300 Betten ist das recht gut. Die Krankenhaushygiene ist jederzeit präsent. Es gilt, MRSA-Protheseninfekte zu verhindern und dafür brauchen wir die Krankenhaushygiene als wichtiges Werkzeug. Das haben unsere Chirurgen und Orthopäden erkannt und empfinden die Erfassung von MRSA-Besiedelung nicht als störend. Das ist sicher nicht für alle Krankenhäuser zutreffend. Wir haben aber auch mit der AOK Bremen/Bremerhaven einen Partner gefunden, der bereit ist, die entstehenden Kosten zu übernehmen. Für diese Krankenkasse ist Hygiene ein wichtiges Qualitätskriterium, das sie gerne und bewusst fördern. Das ist ein Alleinstellungsmerkmal und positiv zu bewerten.

? Viele Fachleute, nicht zuletzt RKI, EUREGIO MRSA-net oder die Landesarbeitsgemeinschaft Multiresistente Erreger (LARE) Bayern, betonen die Notwendigkeit eines prästationären Screenings und etwaige Sanierung vor einem elektiven operativen Eingriff. Warum sieht die Realität anders aus?

Prof. Dr. Herget-Rosenthal: Man muss die Dimension der Gefahr sehen. Wir gehen davon aus, dass 1 bis 2 Promille der Patienten postoperativ eine MRSA-Wundinfektion bekommen. Das ist eine verschwindend kleine Zahl. Hat so ein Patient aber einmal einen Protheseninfekt, ist das für ihn sehr gravierend. Zwischen 800 und 1600 Patienten können bezüglich MRSA gescreent werden für die Kosten, die ein MRSA-Protheseninfekt erzeugt. Mögliche Morbidität, Mortalität und Kosten müssen auf übergeordneter Per-

spektive gegeneinandergestellt und abgewogen werden und dann fällt die Entscheidung zum präoperativen MRSA-Screening leicht. Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte sind hier die falschen Ansprechpartner, weil sie die sozioökonomische Kostenabwägung über die Sektorengrenze nicht verantworten. Die Sanierung ist etwas, was im ambulanten Sektor stattfinden soll, die Prothesenimplantation betrifft heute jedoch den stationären Sektor. Schließlich berufen sich die meisten Krankenkassen – anders als die AOK Bremen/Bremerhaven – auf die Position, dass die MRSA-Sanierung nicht über das Sozialgesetzbuch gedeckt ist.

? Hinzu kommt das Leid der Patienten. Sie sprechen hier von gravierenden Folgen. Sind diese nicht mit relativ einfachen Mitteln vermeidbar?

Prof. Dr. Herget-Rosenthal: MRSA-Protheseninfekte sind mit einer hohen Morbidität und Mortalität assoziiert. Meist muss die infizierte Prothese entfernt werden. Es muss also ein künstliches Hüftgelenk wieder ausgebaut werden. Dann liegt der Patient vier bis sechs Wochen mit einem Spacer im Bett. Das ist ein provisorischer Platzhalter, der das Gelenk überbrückt bis der Infekt ausgeheilt ist. Man kann damit kaum laufen. Erst nach Sanierung des infizierten Wundbereichs kann die neue Prothese eingebaut werden. Damit verbunden sind enorme psychische Probleme, zum Beispiel ob die nächste Prothese wieder infiziert ist – was nicht so abwegig ist. Man ist auch gefährdet, eine Lungenentzündung, Lungenembolie oder tiefe Beinvenenthrombosen zu bekommen in der Zeit, in der man immobil ist. Bei einer Gefäßprothese an einer Aorta ist so ein Vorgehen nicht möglich. Da ist der Chirurg gezwungen in den infizierten Bereich sofort eine neue Prothese einzulegen mit der Gefahr der Reinfektion. Dementsprechend ist die MRSA-Infektion einer Gefäßprothese mit einer sehr hohen Mortalität verknüpft.

? Vergleicht man den Einsatz an Arbeitskraft und Produkten mit den Auswirkungen einer möglichen Wundinfektion, spricht doch auch die ökonomische Komponente eine deutliche Sprache, oder?

Prof. Dr. Herget-Rosenthal: Der zeitliche, personelle und organisatorische Aufwand liegt bei 50 Euro für einen gescreenten Patienten. Ist ein Patient positiv getestet, sind es wahrscheinlich rund 150 Euro, inklusive Sanierungskit und Abstriche. Kalkulationen aus den USA und Großbritannien zeigen, dass die Kosten im Fall einer Infektion deutlich über 60 000 Euro, in den USA sogar über 100 000 Euro liegen. Das ist natürlich nicht exakt übertragbar, aber selbst, wenn es in Deutschland 45 000 Euro pro Patient sind, ist dies eine immense Summe. Dagegen sind die Kosten für MRSA-Abstrich, gegebenenfalls mit Sanierung eines MRSA-Besiedelten, fast zu vernachlässigen.

Ökonomische Auswirkungen infizierter Hüft-TEPs



In einer 2012 veröffentlichten Studie (1) konnte die Orthopädische Klinik und Poliklinik der Universität Rostock aufzeigen, dass die Behandlung periprotetischer Infektionen neben der immensen psychischen Belastung für den Patienten zu einer Kostenunterdeckung von minus 12 685,60 Euro nach G-DRG führt. Auch wenn die Inzidenz einer periprotetischen Infektion nach primärer Hüft-TEP auf relativ niedrigem Niveau mit 0,5 bis 2,0 Prozent liegt, ist sie aber nach wie vor die dritthäufigste Ursache für einen Revisionseingriff. Den in der Studie ermittelten Gesamtkosten von 29 331 Euro (4,7-fach höher vs. primärer Hüft-TEP) steht eine Erstattung von 16 645,76 Euro entgegen, welche zu genanntem Defizit für das Krankenhaus führt.

Auch die Erstattungsaufwendungen G-DRG der Krankenkasse sind um das 2,4-fache erhöht. Insofern müssten die Kostenträger ein ebenso großes Interesse haben, die Lücke im System zu schließen sowie sektorenübergreifend ein Screening und Sanierungskonzept auf den Weg zu bringen.

(1) Ökonomische Auswirkungen infizierter Hüfttotalendoprothesen im DRG-System, M. Haenle; C. Skripitz; W. Mittelmeier; R. Skripitz; erschienen in: Orthopädie 2012 · 41: 467–476

Rahmenbedingungen und IV-Lösung für ein sektorenübergreifendes Vorgehen

Erstattungsform	Erstattungs-fokus	Behandlungs-umfeld	Erstattung möglich?
EBM	Prozeduren	ambulant	Ja, jedoch sind die Produkte zur Sanierung nicht abgebildet
Arzneimittel-richtlinie Anlage V	Produkte	ambulant	Nein, zurzeit müssen die Produkte zur Sanierung von Patienten selbst getragen werden
Integrierte Versorgung	Prozeduren + Produkte	stationär/ambulant	Ja, über die AOK Bremen und Bremerhaven sowie die BKK BMW
OPS-Kodierungen	Prozeduren + Produkte	stationär	Ja, bei multiresistenten Erregern allgemein. Jedoch hat diese Kodierung erst ab mindestens sieben stationären Tagen einen Einfluss auf die DRG und bildet keine präoperative Sanierung durch vorheriges Screening ab.

Dass die RKI-konforme MRSA-Sanierung im prästationären Bereich jedoch realisierbar und effektiv ist, zeigt das gemeinsame Pilotprojekt der AOK Bremen/Bremerhaven, des Rotes Kreuz Krankenhauses Bremen und der B. Braun Melsungen AG. „Die (vermeidbare) Infektion von Krankenhauspatienten mit multiresistenten Keimen ist seit etlichen Jahren ein wichtiges Thema“, heißt es in einer Stellungnahme der AOK. Der Vertrag zwischen den genannten Parteien schließt diese Lücke im System und gelte somit als Pionierprojekt der prästationären MRSA-Sanierung zulasten der GKV und finde hoffentlich Nachahmer. Auch die BMW-Betriebskrankenkasse schloss mit dem LAKUMED-Krankenhaus Vilsbiburg solch einen Vertrag. Qualität und Hygiene bedeuteten in den Häusern der Landshuter Kommunalunternehmen für medizinische Versorgung (LAKUMED), dass weit mehr als die Mindestvoraussetzungen erfüllt würden, lautet die Begründung in einer gemeinsamen Pressemitteilung.

In einer Grundsatzentscheidung hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) am 22. November 2012 den Rahmen für die ambulante Erstattungsfähigkeit zur MRSA-Sanierung von Patienten geschaffen. Für die Vergütung der ärztlichen Aufwendungen und der Laborkosten gibt es eine Lösung in Form einer eigenen EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab)-Ziffer für das Screening nach MRSA. Offen bleibt aber immer noch die Versorgung mit Medizinprodukten, die zur RKI-konformen Ganzkörperanierung geeignet sind. Die

Kosten müssen noch vom Patienten getragen werden. Das einzige zugelassene Medizinprodukt zur Ganzkörperanierung ist noch nicht von den Krankenkassen erstattungsfähig, ein von der Wirkweise vergleichbares Medizinprodukt ist nur für die Anwendung in den Nasenvorhöfen zugelassen und erfüllt somit nicht den Zweck der Ganzkörperanierung. Andere Produkte haben lediglich eine Zulassung als Kosmetika und fallen somit nicht in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Umsetzungshilfen für interessierte Kliniken:

- Muster IV-Vertrag und Kontaktvermittlung
- Muster-Prozess-Abläufe für die prästationäre Sanierung und Prozesskosten-Berechnungen
- **Ansprechpartner:**
Peter Pfaff, Marktmanager für MRE-Projekte und -Netzwerke,
B. Braun Melsungen AG,
peter.pfaff@bbraun.com

? Zum Schluss ein Ausblick aus Ihrer Sicht. Werden viele Kliniken, die elektive Eingriffe vornehmen, das Bremer-Schema implementieren?

Prof. Dr. Herget-Rosenthal: Infektionsschutz muss als etwas Positives und als Teil der Behandlungsqualität begriffen werden. Dann wird er auch aufgenommen, in Prozesse integriert und nicht mehr hinterfragt. Dieses Denken nimmt zu. Immer mehr Abteilungen und Krankenhäuser werden

dieses Vorgehen übernehmen oder sich daran orientieren. Wir werden unsere Daten veröffentlichen. Damit werden Projekte wie unseres in der Fachwelt auf eine breite Öffentlichkeit stoßen. Wir gehen davon aus, so zu diesen Veränderungen beitragen zu können.

Vielen Dank für das Gespräch, Professor Herget-Rosenthal.

Das Interview führte Andrea Thöne, Journalistin und Kommunikationsfachwirtin, B. Braun Melsungen AG.



Prontoderm®

Die Problemlösung zur Haut-Dekolonisation von multiresistenten Erregern (MRE)



- Wirksam gegen Multiresistente Erreger wie z. B. MRSA, VRE oder ESBL
- Nachgewiesener antimikrobieller Barriereeffekt bis zu 24 h
- Muss nicht abgespült werden, dadurch Zeit und Kosten sparend
- Sehr gute Hautverträglichkeit
- Als Lösung, Tücher, Nasengel, Haarschaum, Duschgel und Mundspüllösung



B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

B. Braun Melsungen AG | OPM | 34209 Melsungen | Deutschland
Tel. (0 56 61) 71-33 99 | www.ambulant-bbraun.de | www.mre.bbraun.de