

# Infektion - Prävention - Initiative (IPI)

## Stellungnahme & Position

- des Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS)
- der Aktion Saubere Hände (ASH)
- der Deutschen Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie (DGHM)
- der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie (DGI)
- der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM)
- der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH)
- der Deutschen Sepsis Gesellschaft e.V.
- der Gesellschaft für Hygiene, Umweltmedizin und Präventivmedizin (GHUP)
- des Kompetenznetz Sepsis (SEPNET)

Die Vermeidung von Infektionen generell und insbesondere von Infektionen im Krankenhaus ist ein zentrales Anliegen der Patientensicherheit. Das Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) begrüßt es deshalb sehr, wenn diese Fragen in der Öffentlichkeit und in der Politik adressiert werden. Aktuell steht die Frage zur Diskussion, ob zur Vermeidung von Infektionen mit Methicillin resistentem *Staphylococcus aureus* (MRSA) ein universelles Screening bei allen Krankenhausaufnahmen eingeführt werden sollte.

Die Grundlage für das Vorgehen bezüglich der MRSA Prävention in Deutschland sind die Empfehlungen der KRINKO, einer Kommission beim Robert-Koch-Institut. Die jüngste Auflage datiert vom Juni 2014 und beinhaltet die Empfehlung eines MRSA Screening für definierte Gruppen von Risikopatienten. Ein generelles Screening bei allen Krankenhausaufnahmen wird von den Autoren dieser Stellungnahme nicht vorgeschlagen (KRINKO 2014). Diese Empfehlungen werden auch vom Robert Koch-Institut unterstützt.

### Hat sich die Situation in Deutschland bezüglich MRSA seit dem Juni 2014 verschlechtert?

Hierfür gibt es keine Hinweise aus den vorhandenen Daten zur Surveillance von MRSA. Vielmehr wird in den letzten Jahren in Deutschland ebenso wie in anderen europäischen Ländern sogar ein Rückgang der nosokomialen MRSA Infektionen beobachtet. Dieser Rückgang kann nicht oder zumindest nicht allein auf die Einführung eines Screenings zurückgeführt werden, da er sich in Ländern mit den unterschiedlichsten Präventionsstrategien beobachten lässt (Meyer 2014).

### Ließe sich mit einem universellen Screening die Zahl der MRSA Infektionen in Deutschland stärker senken als mit dem bisherigen risikoadaptierten Screening?

Bezüglich dieser Frage sind die Erfahrungen von Bedeutung, die in Großbritannien gemacht wurden. Dort wurde ein verpflichtendes Screening aller elektiven und notfallmäßigen Aufnahmen von April 2009 bis Dezember 2010 durch das *Department of Health* vorgeschrieben. Begleitend wurde eine Studie in Auftrag gegeben, um den Effekt dieser Maßnahme zu untersuchen (Fuller 2013). Dabei wurde ein risikogruppenbezogenes Screening einem kompletten Screening gegenübergestellt. Durch das risikogruppenbezogene Screening wurde der Screening-Umfang um 50 % gesenkt, aber es wurden trotzdem 81% aller MRSA Fälle identifiziert. Nach Analyse dieser Studie ist das *Department of Health* zu dem Ergebnis gekommen, das generelle Screening wieder aufzugeben und ein gezieltes Screening in Abhängigkeit von den lokalen Risikobeurteilungen einzuführen (Department of Health 2014). Diese Erfahrungen entsprechen den wissenschaftlichen Ergebnissen, die in großen, gut kontrollierten Studien in den letzten Jahren gewonnen wurden (Fätkenheuer 2014). Auch in großen deutschen Studien konnte gesichert



werden, dass durch ein risikobasiertes Screening ein sehr hoher Anteil von MRSA detektiert wird (Kock 2011, Herrmann 2014). Die KRINKO-Empfehlungen zu risikobasiertem Screening (KRINKO 2014) sind daher in völliger Übereinstimmung auch mit Bewertung der Studienlage durch andere (Lee 2011). Weiterführende Daten, die darauf hinweisen, dass bei optimierter und systematischer Anwendung von Händehygiene im Zusammenhang mit weiteren Infektionskontroll-Bündelmaßnahmen kein zusätzlicher Effekt des Screenings hinsichtlich der Infektionsverhütung festgestellt werden konnte (Derde 2014), sind zusätzlich aufschlussreich.

Zusammengenommen gibt es derzeit also weder wissenschaftliche Evidenz noch die Erfahrung aus einer nationalen Maßnahme dafür, dass durch Einführung eines universellen (nicht risikobasierten) Aufnahmescreenings die Infektionsraten mit MRSA gesenkt werden können. Ein solches universelles Screening kann deshalb nach Kosten-Nutzen Erwägungen für Deutschland nicht die Lösung sein. Vielmehr würden Ressourcen verbraucht, die an anderer Stelle dringend benötigt werden.

### Wie ist ein universelles Screening unter dem Aspekt der Patientensicherheit zu beurteilen?

Zur Beantwortung dieser Frage sind nicht nur die Wirksamkeit des Screenings, sondern auch mögliche negative Auswirkungen heranzuziehen.

Durch das Screening werden kolonisierte Patienten identifiziert, die in der Regel nicht durch MRSA erkrankt sind, und die jedoch als Konsequenz eines universellen Screenings isoliert würden. Isolierungsmaßnahmen sind in Ausbruchssituationen in der Regel notwendig und ihre Wirksamkeit wurde hier gezeigt. Aufgrund der in der Empfehlung (KRINKO 2014) als auch durch andere (Landelle 2013) zusammengestellten wissenschaftlichen Evidenz wird darüber hinaus auch die Isolierung von kolonisierten oder infizierten Patienten als Teil eines Maßnahmenbündels zur Infektionskontrolle empfohlen. Eine „reflexartige“ und weder Risiko-bewertete noch außerhalb von Maßnahmenbündeln durchgeführte Einzelzimmer-Isolierung von „nur“ kolonisierten Patienten ist jedoch auch kritisch zu sehen: Sie kann nämlich bedeuten, dass Patienten schlechter medizinisch versorgt werden und damit das Risiko von medizinischen Behandlungsfehlern steigt (Stelfox 2003, Zahar 2013). Trotz eindeutiger, anderslautender Empfehlungslage (KRINKO 2014) ist es darüber hinaus für MRSA besiedelte Patienten oft sehr schwierig, die notwendige medizinische Versorgung z.B. in Rehabilitationskliniken oder Pflegeeinrichtungen zu erhalten. Hinzu kommt die psychische Belastung, denen isolierte Patienten ausgesetzt sind (z.B. durch die Erschwerung von Besuchen). Insgesamt sind Isolationsmaßnahmen also mit für den Patienten erheblichen Einschränkungen und zusätzlichen vor allem psychischen Belastungen verbunden, die nur dann gerechtfertigt sind, wenn der Nutzen überwiegt. Ein universelles Screening würde mehr Patienten diesen Belastungen aussetzen, ohne dass dies einen gesicherten Nutzen hätte.

### Schlussfolgerung

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit sieht zusammen mit den angeführten Fachgesellschaften derzeit keine Gründe, die für die Einführung eines universellen MRSA Screenings sprechen. Die wissenschaftliche Literatur, Erfahrungen aus Großbritannien sowie Aspekte der Patientensicherheit sprechen dagegen, dass die derzeit gültigen Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim RKI ausgeweitet werden, hingegen ist ihre konsequente Anwendung unter Bewertung der lokalen Epidemiologie und Risikofaktoren für MRSA-Besiedlung zu befürworten. Hinzu kommt, dass im Hinblick auf die starke Zunahme der gramnegativen multiresistenten Erreger und der Vancomycin-resistenten Enterokokken ohnehin allgemeine Präventionsstrategien wie die Händehygiene oder Dekolonisationsmaßnahmen bevorzugt werden sollten, die nicht nur auf eine spezielle Erregerart ausgerichtet sind.

Die Empfehlung unsererseits ist, in den kommenden Monaten neben den bereits laufenden Maßnahmen weitere Empfehlungen zu erarbeiten, die in einer



konzertierten Aktion bundesweite Unterstützer findet. Es sei daraufhin gewiesen, dass der vom Aktionsbündnis Patientensicherheit initiierte Internationale Tag der Patientensicherheit am 17.09.2015 derzeit mit den Österreicher und Schweizer Kollegen geplant, als Schwerpunktthema „Hygiene und Infektionsprävention“ zum Inhalt haben wird.

Die aktuell vom APS herausgegebene Broschüre für Patienten zum Thema Krankenhausinfektionen und multiresistente Erreger wird über das APS kostenfrei allen Interessierten zur Verfügung stehen.

## Referenzen

KRINKO. Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten Staphylococcus aureustämmen (MRSA) in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen. Bundesgesundheitsbl. 2014;57:696-732.

Meyer, E.S.C.G., P.; Geffers, C.; , Rückgang von nosokomialen MRSA-Infektionen in Deutschland Analyse aus dem Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) der Jahre 2007-2012. Dtsch Arztebl 2014. 111: 331-36.

Fuller C, Robotham J, Savage J, Hopkins S, Deeny S, Stone S, et al. The national one week prevalence audit of universal meticillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA) admission screening 2012. PLoS One. 2013;Sep 12;8(9):e74219.

Department of Health (UK). Implementation of modified admission MRSA screening guidance for NHS (2014). www.gov.uk/dh

Fätkenheuer, G., B. Hirschel, and S. Harbarth, Screening and isolation to control meticillin-resistant Staphylococcus aureus: sense, nonsense, and evidence. Lancet, 2014. Epub ahead of print.

Kock R, Brakensiek L, Mellmann A, Kipp F, Henderikx M, et al. (2009) Crossborder comparison of the admission prevalence and clonal structure of meticillin-resistant Staphylococcus aureus. J Hosp Infect 71: 320–326

Herrmann M, Petit C, Dawson A, Biechele J, Halfmann A, von Müller L, Gräber S, Wagenpfeil S, Klein R, Gärtner B. Methicillin-resistant Staphylococcus aureus in Saarland, Germany: a statewide admission prevalence screening study. PLoS One. 2013;8:e73876

Lee AS, Huttner B, Harbarth S. Control of methicillin-resistant Staphylococcus aureus. Infect Dis Clin North Am. 201;25:155-79.

Derde L, Cooper B, Goossens H, Malhotra-Kumar S, Willems R, Gniadkowski M, et al. Interventions to reduce colonisation and transmission of antimicrobial-resistant bacteria in intensive care units: an interrupted time series study and cluster randomised trial. Lancet Infect Dis. 2014;14:31-9.

Landelle C, Pagani L, Harbarth S. Is patient isolation the single most important measure to prevent the spread of multidrug-resistant pathogens? Virulence. 2013;4:163-71

Stelfox HT, Bates DW, Redelmeier DA. Safety of patients isolated for infection control. JAMA 2003; 290: 1899–905.

Zahar JR, Garrouste-Orgeas M, Vesin A, Schwebel C, Bonadona A, Philippart F, Ara-Somohano C, Misset B, Timsit JF. Impact of contact isolation for multidrug-resistant organisms on the occurrence of medical errors and adverse events. Intensive Care Med. 2013; 39:2153-60.

Kontakt und Information: Hedwig François-Kettner  
Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.  
Am Zirkus 2, 10117 Berlin  
Tel. 030 3642 816 0  
E-Mail: francois-kettner@aps-ev.de

