Welches Screening ist sinnvoll?

Petra Gastmeier
Institut für Hygiene
Charité – Universitätsmedizin Berlin

CHARITÉ

Bundesministerium
für Gesundheit

Bekämpfung resistenter Erreger: 10-Punkte-Plan zur Vermeidung behandlungsassoziierter Infektionen und Antibiotika-Resistenzen

In Deutschland treten jährlich zwischen 400.000 bis 600.000 behandlungsassoziierte Infektionen auf. Diese können im Zusammenhang mit einer stationären oder ambulanten Behandlung stehen. Die demographische Entwicklung, eine Zunahme an komplizierten medizinischen Eingriffen und der Anstieg an resistenten Infektionserregern tragen zu einer Verstärkung des Problems bei. Ein Drittel dieser Infektionen ist durch geeignete Maßnahmen vermeidbar. Durch eine enge Zusammenarbeit

Das Krankenhaus ist ein Ort der Hoffnung, und doch lehrt einen die Krankenhaus-Statistik das Fürchten. Nach Einschätzung des Gesundheitsministeriums sterben hierzulande jährlich zwischen 12 000 und 15 000 Menschen in den Kliniken, weil sie sich mit einem Keim infizieren, gegen den keine Medizin hilft. Zuletzt war ein Ausbruch des gegen vier Gruppen von Antibiotika resistenten Bakteriums Acinetobacter baumannii an der Kieler Uniklinik Anlass für Schlagzeilen.

23.03.2015

ANZEIGE

E-Zigarette – riskant oder nur heißer Dampf?

- Einstiegsdroge oder Ausstiegshilfe?
- E-Zigarette: Juristisch im Niemandsland
- Achtung Inhaltstoffe – Aldehyde, Aromen & Co

Nosokomiale Infektionen: Wie Gröhes Zehn-Punkte-Plan die Einhaltung der Hygienestandards sichern soll

Ute Eppinger | Interessenkonflikte

25. März 2015

2 Kommentare Drucken

Zwischen 400.000 und 600.000 Infektionen treten jedes Jahr in Deutschland im Zusammenhang mit einer ambulanten oder stationären Behandlung auf. Problematisch wird es vor allem dann, wenn es sich dabei um multiresistente Keime handelt. Nach Einschätzung des Gesundheitsministeriums sterben hierzulande jährlich zwischen 12.000 und 15.000 Menschen in Kliniken, weil sie sich mit einem Keim infizieren, gegen den kein Medikament mehr hilft.

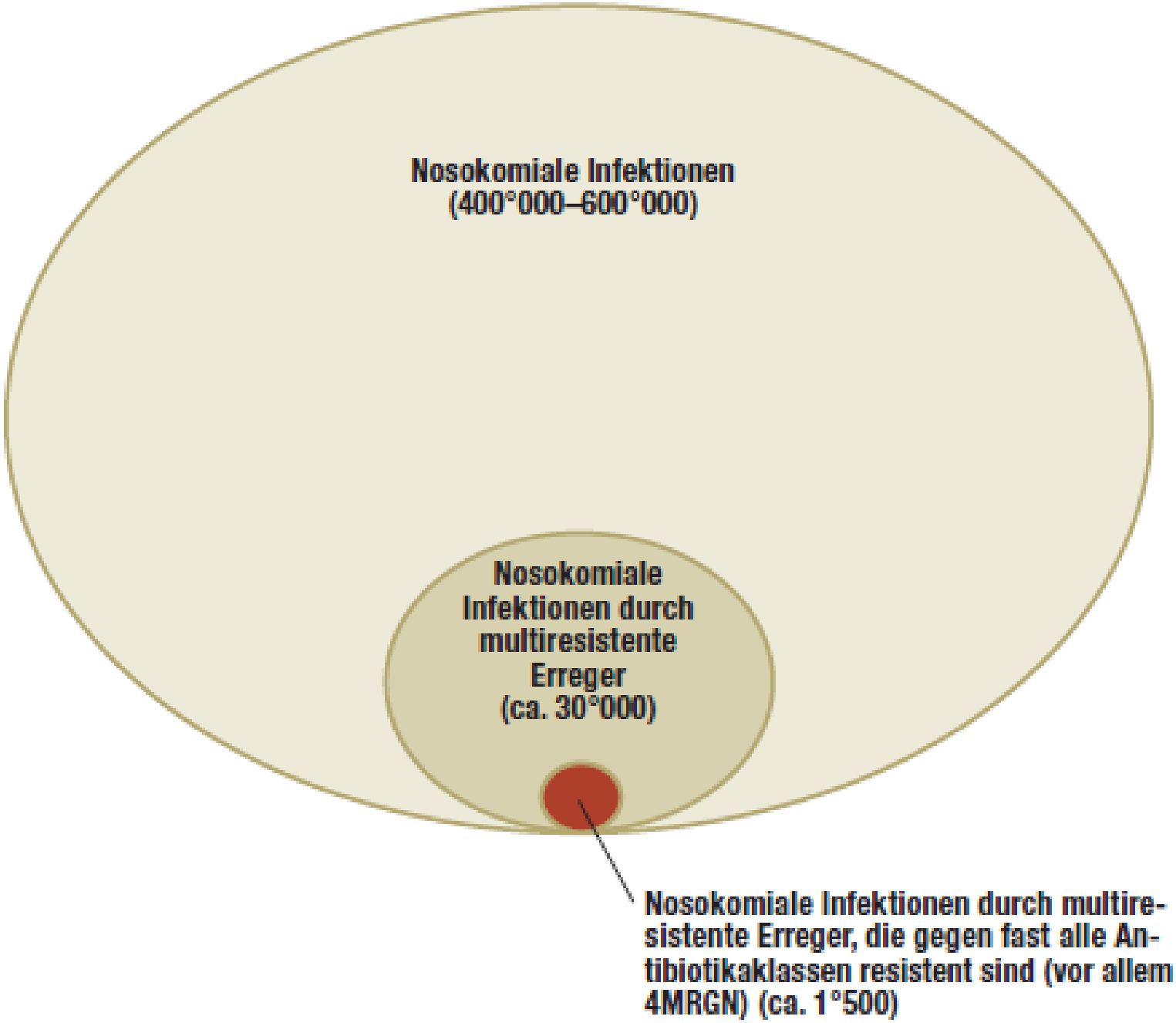
INFEKTIOLOGIE

Dilemma mit Begriffen und Zahlen

Entgegen vieler Medienberichte wird der überwiegende Anteil der nosokomialen Infektionen durch Erreger ausgelöst, die keine Multiresistenz gegen Antibiotika aufweisen. Die medial dargestellte Überschätzung beträgt Zehnerpotenzen.

Dtsch Arztebl 2015; 112(15): A-674 / B-576 / C-559

Gastmeier, Petra; Fätkenheuer, Gerd



Dtsch Arztebl 2015; 112(15): A-674 / B-576 / C-559

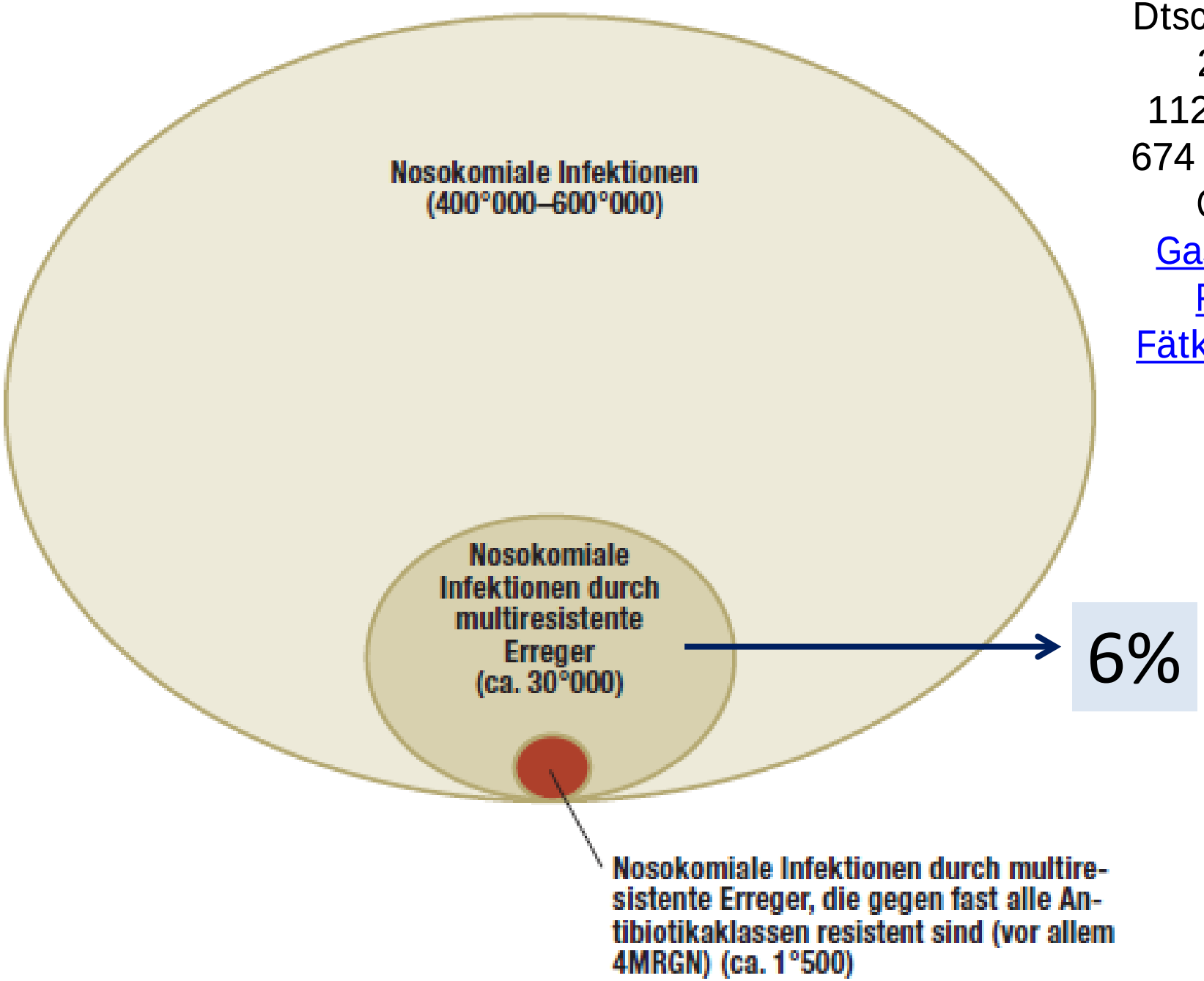
Gastmeier, Petra; Fätkenheuer, Gerd

Krankenhausinfektionen mit multiresistenten Erregern in Deutschland pro Jahr

Erreger	Anzahl NI pro Jahr	Schlüssel-resistenz	Anteil Resistenz nach ARS 2013	Anzahl NI mit Erregern mit Schlüssel-resistenz
S.aureus	Ca. 65 000	MRSA	17,1%	Ca. 11 000
E.faecium	Ca. 30 000	VR *E.faecium*	13,2%	Ca. 4 000
E.coli	Ca. 90 000	MRGN *E.coli*	8,9%	Ca. 8 000
K.pneumoniae	Ca. 18 000	MRGN *K.pneumoniae*	11,2%	Ca. 2 000
P.aeruginosa	Ca. 28 000	MRGN P.aeruginosa	13,1%	Ca. 4000
Total	Ca. 231 000			Ca. 29 000

Dtsch Arztebl 2015; 112(15): A-674 / B-576 / C-559

Gastmeier, Petra; Fätkenheuer, Gerd



A comparison of long-term outcomes after meticillin-resistant and meticillin-sensitive *Staphylococcus aureus* bacteraemia: an observational cohort study

Lai Kin Yaw, James Owen Robinson, Kwok Ming Ho

Lancet Infect Dis 2014
Published Online
September 1, 2014

Summary

Background Findings from previous studies have suggested that outcomes after meticillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) bacteraemia are worse than after meticillin-sensitive *S aureus* (MSSA) bacteraemia. We assessed whether patients who had MRSA bacteraemia had a higher risk of death and recurrent infections than those who had

Yaw et al. Lancet Infect Dis 2014 Aug 29

MRSA Outcome

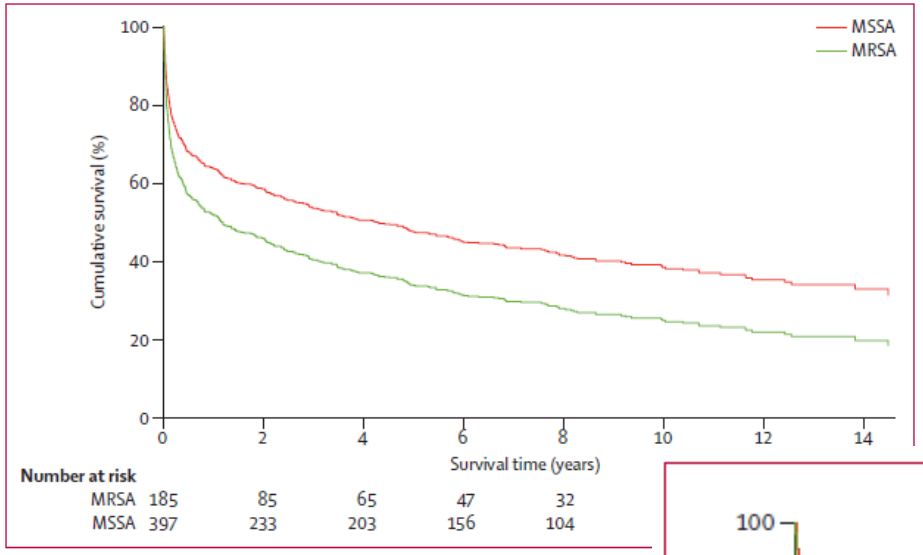


Figure 2: Unadjusted survival rate of patients with *Staphylococcus aureus* bacte status

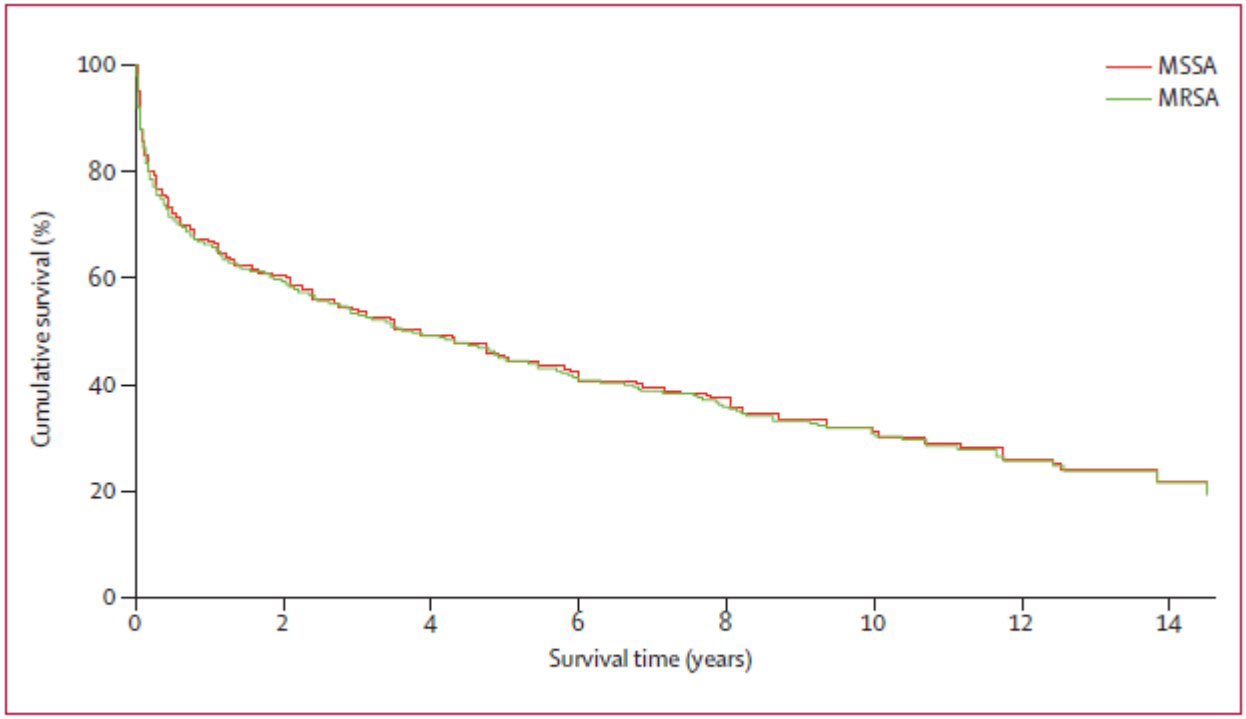


Figure 3: Adusted survival rate for patients with *Staphylococcus aureus* bacteraemia, by meticillin-resistance status
MRSA=meticillin-resistant *S aureus*. MSSA=meticillin-susceptible *S aureus*.

Yaw et al. Lancet Infect Dis
2014 Aug 29

Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen

NRZ | SURVEILLANCE | SUPPORT | KONTAKT

» SURVEILLANCE / KISS / STATIONS-KISS

Suchbegriff

- Antibiotikaverbrauch
- KISS
  - Teilnahme
  - Modulfinder
  - Fragen & Antworten
  - CDC-Definitionen
  - KISS-Zertifikat
  - Import
  - AMBU-KISS
  - CDAD-KISS
  - DEVICE-KISS
  - HAND-KISS
  - ITS-KISS

Kurzbeschreibung des Moduls

Modul: STATIONS-KISS

Surveillance-Ziel: Infektions-Surveillance und/oder *Erreger-Surveillance* (auch *MRE-Surveillance* genannt)

Surveillance-Prinzip: Stationsbezogen

Patientenkollektiv: Stationäre Patienten

Beschreibung: Sie können auf Ihrer Normalstation sowohl nosokomiale Infektionen unabhängig vom Erreger als auch Patienten mit multiresistenten Erreger und Clostridium difficile assoziierter Diarrhoe (CDAD) erfassen. Sie können sich dabei für eine Surveillance-Art entscheiden (Infektionen oder Erreger) oder beide gleichzeitig betreiben.

Das Vorgehen für die Infektionssurveillance ist im Protokoll: Surveillance nosokomialer Infektionen detailliert beschrieben. Sie können hier frei (im Gegensatz zu ITS-KISS) wählen, welche Infektionsarten Sie erfassen wollen. Bei der Analyse wird

Schnellzugriff

- Zur Infektions-Surveillance
- Zur Erreger-Surveillance

2013: Daten aus 141 Stationen verschiedener Fachrichtungen und von 169°583 Patienten

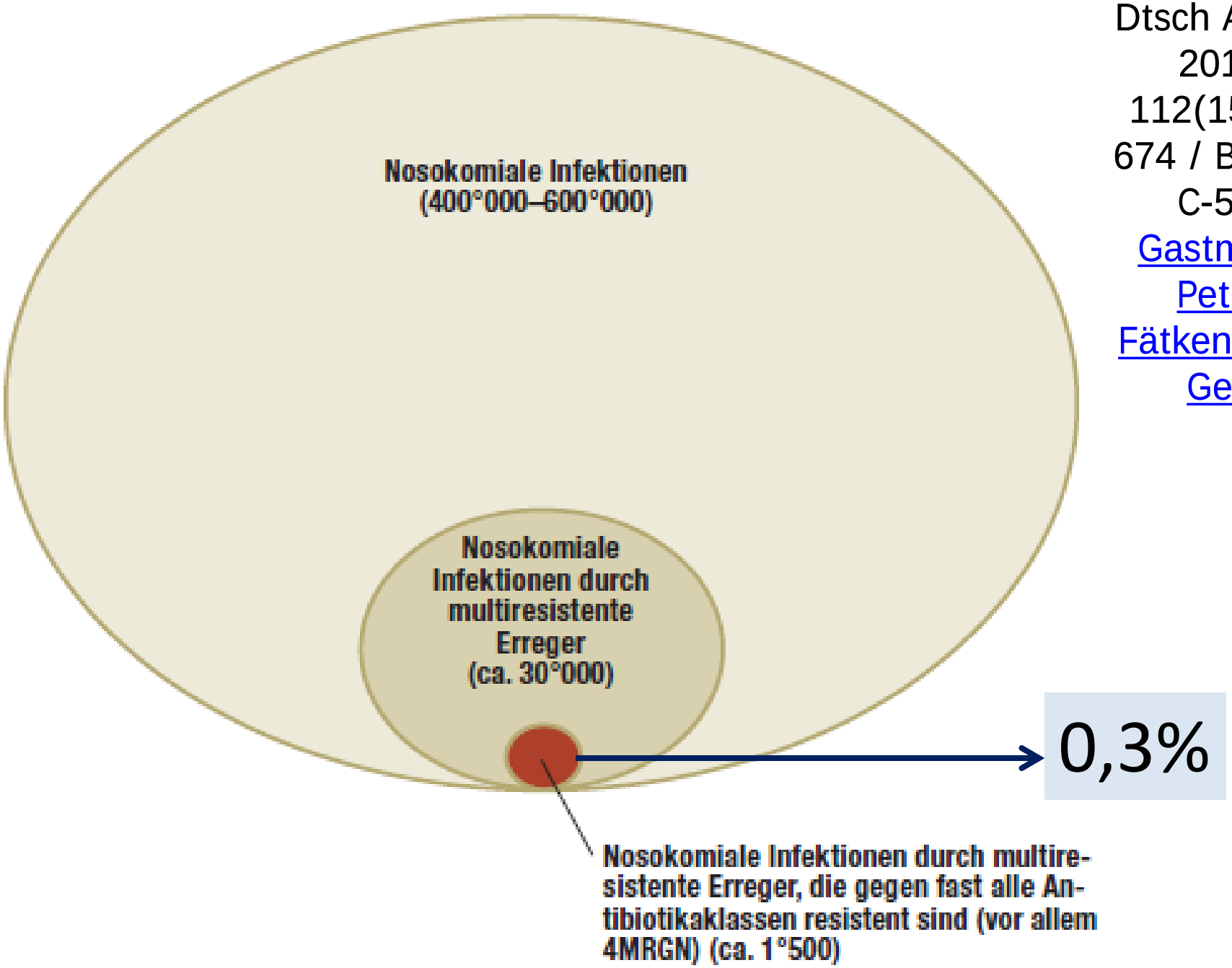
Nosokomiale Infektionen mit multiresistente Erregern in STATIONS-KISS 2013

	Inzidenzdichte (pro 1000 Patiententage)
MRSA	0,05
VRE	0,01
3MRGN	0,13
4MRGN	0,01

d.h. 5 % der nosokomialen Infektionen mit multiresistenten Erregern sind durch 4MRGN bedingt = 1500 Fälle

Dtsch Arztebl 2015; 112(15): A-674 / B-576 / C-559

Gastmeier, Petra; Fätkenheuer, Gerd



Gemeinsame Stellungnahmen der Fachgesellschaften zum Thema MRSA-Screening

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

1

Vorwort

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).

ORIGINAL ARTICLE

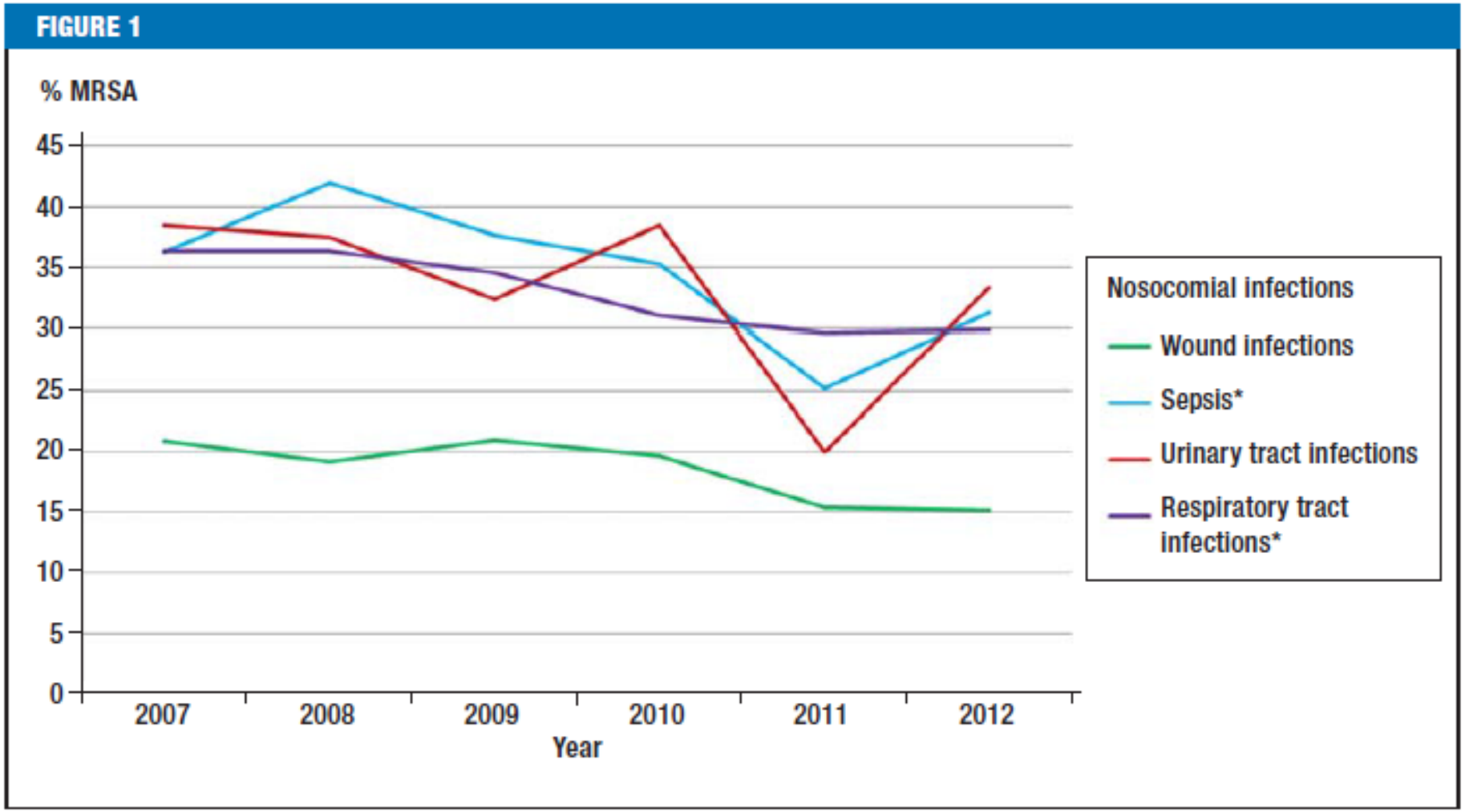
The Reduction of Nosocomial MRSA Infection in Germany

An Analysis of Data From the Hospital Infection Surveillance System (KISS) Between 2007 and 2012

Elisabeth Meyer, Christin Schröder, Petra Gastmeier, Christine Geffers

Deutsches Ärzteblatt International | Dtsch Arztebl Int 2014; 111: 331–6

Entwicklung von MRSA-Infektionen in Deutschland

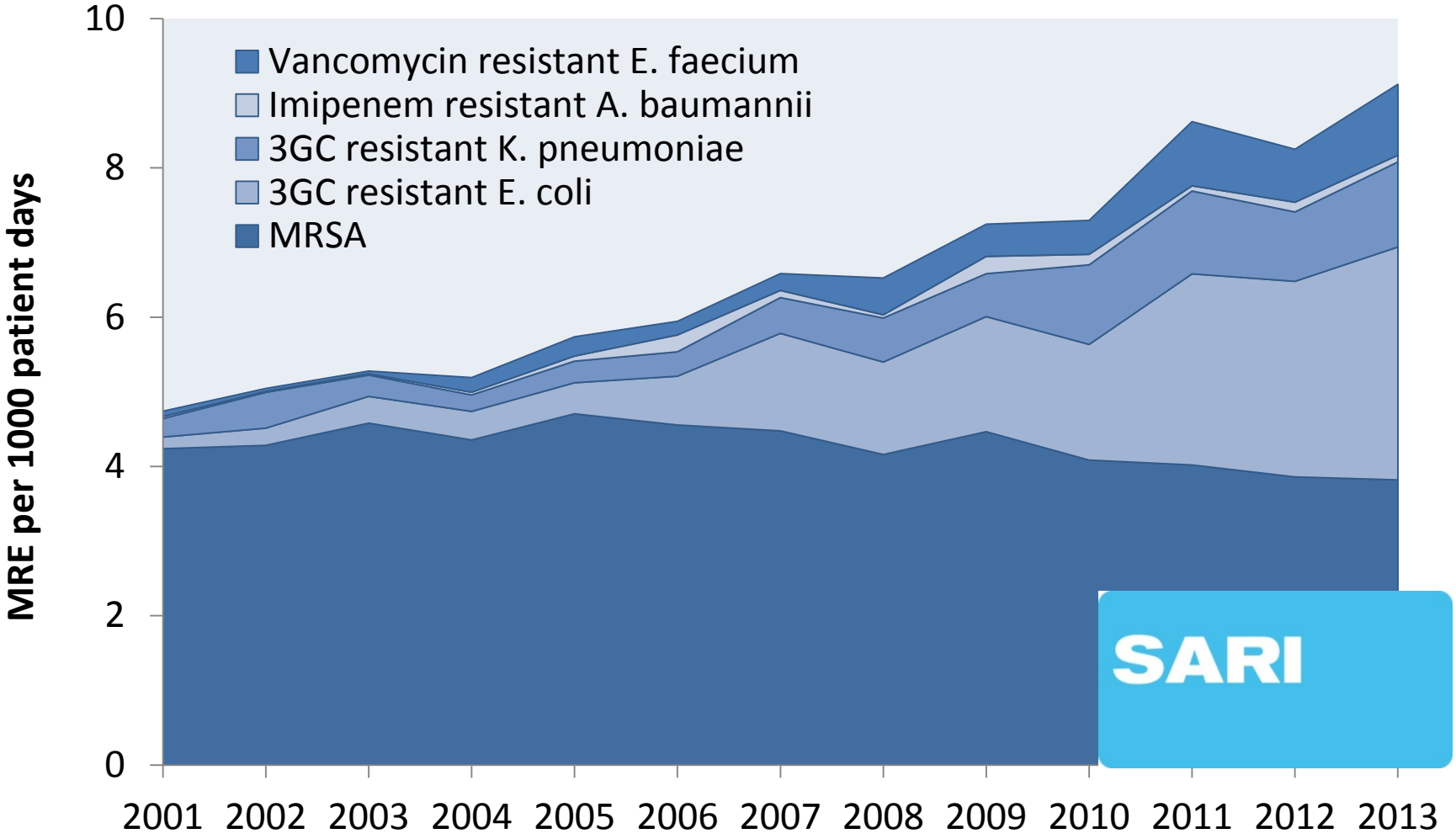


Deutsches Ärzteblatt International | Dtsch Arztebl Int 2014; 111: 331–6

Anteil der MRSA/*S.aureus* (%) bei nosokomialen Infektionen

	Periode 2005-2009	Periode 2010-14
OP-KISS - Postoperative Wundinfektionen	20,1 %	16,1 %
ITS-KISS - ZVK-Sepsis - Beatmungsassoziierte untere Atemweginfektionen	39,8 % 34,9 %	28,9 % 29,5 %

Häufigkeit multiresistenter Erreger auf deutschen Intensivstationen



SARI: Surveillance der Antibiotika-Anwendung und Resistenz auf ITS

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

Department
of Health

Implementation of modified admission MRSA screening guidance for NHS (2014)

Department of Health expert advisory committee on Antimicrobial Resistance and Healthcare Associated Infection (ARHAI)

MRSA-Screening in England

- Until April 2009, national guidance in England recommended targeted screening of patients in high risk specialties
- The Department of Health (DH) in England introduced mandatory screening of all elective and emergency admissions from April 2009 and December 2010, respectively.

MRSA-Screening in England

Executive summary

The following guidance outlines a more focused, cost-effective approach to MRSA screening. The recommendation for Trusts to move to focussed screening programmes has been designed to promote a more efficient and effective method for identifying and managing high risk MRSA positive patients. Importantly, focussed screening should be adopted in line with local risk assessments to ensure that Trusts concentrate on reducing negative patient outcomes for their own populations. Changes to current practice need to be undertaken with a commitment to improved compliance with focussed screening, which should be monitored and reported to Trust Boards and commissioners. Trusts will need to regularly review (and where necessary improve) their compliance with national screening guidance for each specialty, recent MRSA infection data, patient demographics and types of services provided within individual organisations. Continued surveillance through both local and national surveillance systems will be needed to monitor the levels of MRSA infection. The outputs of the NOW study could be used to inform policy making decisions should the prevalence of MRSA increase.

ORIGINAL CONTRIBUTION

Universal Screening for Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus* at Hospital Admission and Nosocomial Infection in Surgical Patients

Stephan Harbarth, MD, MS
Carolina Fankhauser, MS
Jacques Schrenzel, MD
Jan Christenson, MD
Pascal Gervaz, MD
Catherine Bandiera-Clerc, RN
Gesuele Renzi, MS
Nathalie Vernaz, PharmD
Hugo Sax, MD
Didier Pittet, MD, MS

Context Experts and policy makers have repeatedly called for universal screening at hospital admission to reduce nosocomial methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) infection.

Objective To determine the effect of an early MRSA detection strategy on nosocomial MRSA infection rates in surgical patients.

Design, Setting, and Patients Prospective, interventional cohort study conducted between July 2004 and May 2006 among 21 754 surgical patients at a Swiss teaching hospital using a crossover design to compare 2 MRSA control strategies (rapid screening on admission plus standard infection control measures vs standard infection control alone). Twelve surgical wards including different surgical specialties were enrolled according to a prespecified agenda, assigned to either the control or intervention group for a 9-month period, then switched over to the other group for a further 9 months.

Interventions During the rapid screening intervention periods, patients admitted to

Harbarth et al. JAMA 2008; 299: 1149-57

Table 3. Rates of Nosocomial MRSA Infection and Acquisition

Characteristics	Control Periods (n = 10 910)	Intervention Periods (n = 10 844)	Incidence Rate Ratio (95% Confidence Interval)
Patients with any type of nosocomial MRSA infection, No. (%)	76 (0.7)	93 (0.9)	
Total incidence per 1000 patient-days	0.91	1.11	1.2 (0.9-1.7)
Ward of infected patients by subspecialty, No.			
Orthopedics	18	27	
Cardiovascular and thoracic surgery	9	6	
Neurosurgery	2	2	
Abdominal surgery	32	38	
Urology	13	12	
Other	2	8	
Total No. of MRSA infections[a]	88	103	
Sites of MRSA infection, No.[a]			
Surgical	60	70	
Urinary tract	10	14	
Respiratory tract	6	2	
Bacteremia	2	4	
Other	10	13	
Rate of surgical site infections due to MRSA/surgical interventions × 100	0.99	1.14	1.2 (0.8-1.7)
Patients with nosocomial MRSA acquisition[b]	132	142	
Incidence of nosocomial MRSA acquisition per 1000 patient-days	1.59	1.69	1.1 (0.8-1.4)

Abbreviation: MRSA, methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*.
[a] Patients may have had multiple sites of infection.
[b] Includes MRSA colonization or infection, identified in any type of clinical isolate, without screening specimens, in patients previously free of MRSA. Patients with previously known MRSA colonization or infection were excluded.

Harbarth et al. JAMA 2008; 299: 1149-57

Reduktion der multiresistenten Erreger

Articles

Interventions to reduce colonisation and transmission of antimicrobial-resistant bacteria in intensive care units: an interrupted time series study and cluster randomised trial

Lennie P G Derde, Ben S Cooper, Herman Goossens, Surbhi Malhotra-Kumar, Rob J L Willems, Marek Gniadkowski, Waleria Hyrniewicz, Joanna Empel, Mirjam J D Dautzenberg, Djillali Annane, Irene Aragão, Annie Chalfine, Uga Dumpis, Francisco Esteves, Helen Giamarellou, Igor Muzlovic, Giuseppe Nardi, George L Petrikkos, Viktorija Tomic, Antonio Torres Martí, Pascal Stammet, Christian Brun-Buisson, Marc J M Bonten*, on behalf of the MOSAR WP3 Study Team*

Summary

Background Intensive care units (ICUs) are high-risk areas for transmission of antimicrobial-resistant bacteria, but no controlled study has tested the effect of rapid screening and isolation of carriers on transmission in settings with best-standard precautions. We assessed interventions to reduce colonisation and transmission of antimicrobial-resistant bacteria in European ICUs

Published Online
October 23, 2013
http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(13)70295-0

Derde et al. LID 2014; 14:31-39

Interventions to reduce colonisation and transmission of antimicrobial-resistant bacteria in intensive care units: an interrupted time series study and cluster randomised trial

Lennie P G Derde, Ben S Cooper, Herman Goossens, Surbhi Malhotra-Kumar, Rob J L Willems, Marek Gniadkowski, Waleria Hyrniewicz, Joanna Empel, Mirjam J D Dautzenberg, Djillali Annane, Irene Aragão, Annie Chalfine, Uga Dumpis, Francisco Esteves, Helen Giamarellou, Igor Muzlovic, Giuseppe Nardi, George L Petrikkos, Viktorija Tomic, Antonio Torres Martí, Pascal Stammet, Christian Brun-Buisson*, Marc J M Bonten*, on behalf of the MOSAR WP3 Study Team

Summary

Background Intensive care units (ICUs) are high-risk areas for transmission of antimicrobial-resistant bacteria, but no controlled study has tested the effect of rapid screening and isolation of carriers on transmission in settings with best-standard precautions. We assessed interventions to reduce colonisation and transmission of antimicrobial-resistant bacteria in European ICUs

Published Online October 23, 2013 http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(13)70295-0

Design

6 Monate
Basis-Periode

13 ITS
(Europa)

→

6 Monate
Dekolonisierung
(Mupirocin+CHX)
+ Handhygiene

13 ITS

→

12 Monate
Generelles MRSA Screening
PCR
6 ITS

12 Monate
Generelles MRSA-Screening
Kultur
7 ITS

Derde et al. LID 2014; 14:31-39

Weekly acquisition of any antimicrobial-resistant bacteria+ MRSA

Acquistion of all MDRO/
100 patent days

Acquistion of MRSA/
100 patent days

All ICUs

ICUs with conventional screening

ICUs with rapid screening

Change in Trend

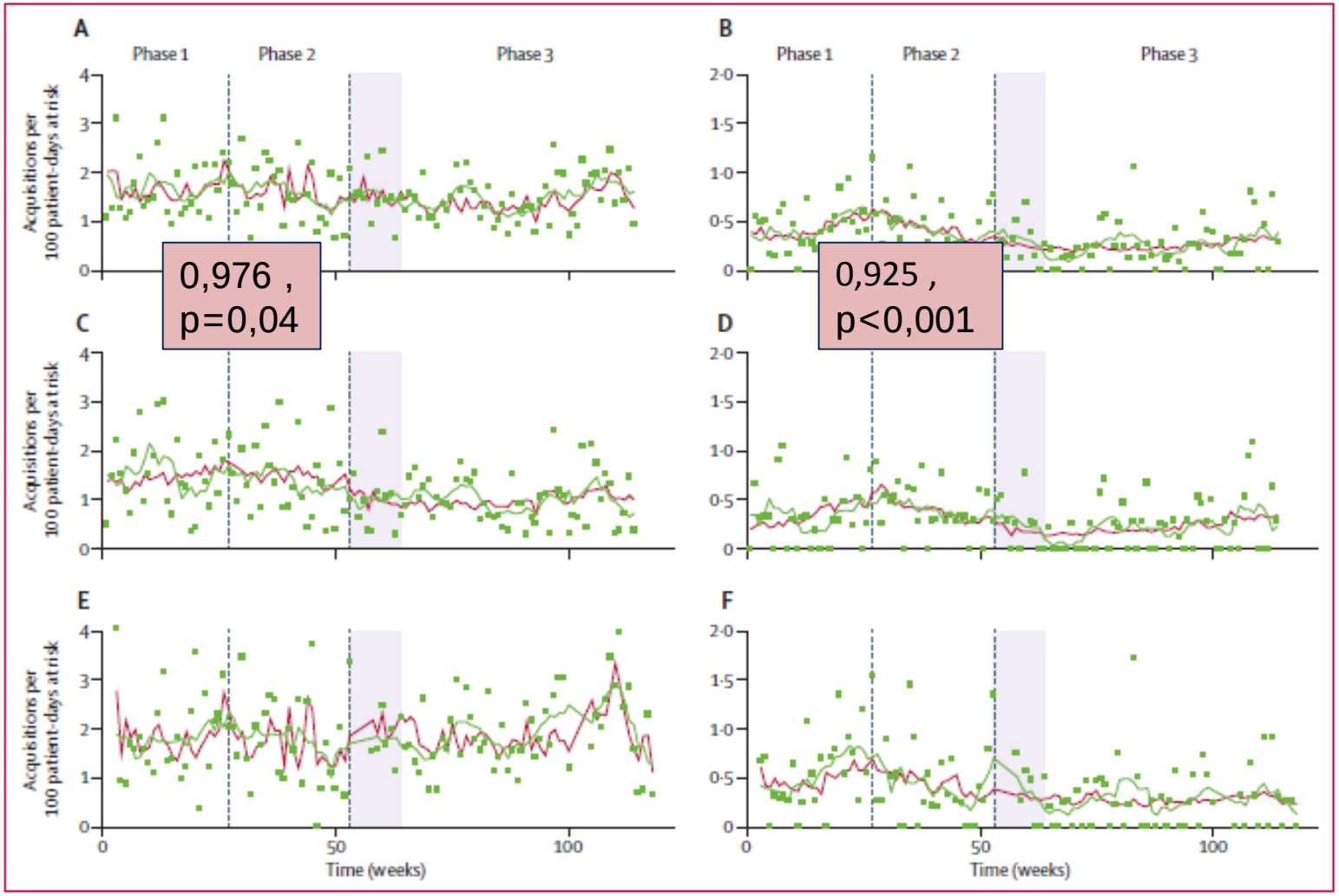


Figure 3: Acquisition of antimicrobial-resistant bacteria and meticillin-resistant *Staphylococcus aureus* per 100 patient-days at risk

Derde et al. Lancet Infect Dis Oct 2014; 14:31-39

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 Ausbruchsituationen 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 durchführte 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

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 derzeitig 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.

PATIENTENINFORMATION

Prävention von Krankenhausinfektionen und Infektionen durch multiresistente Erreger

AKTIONSBÜNDNIS PATIENTENSICHERHEIT

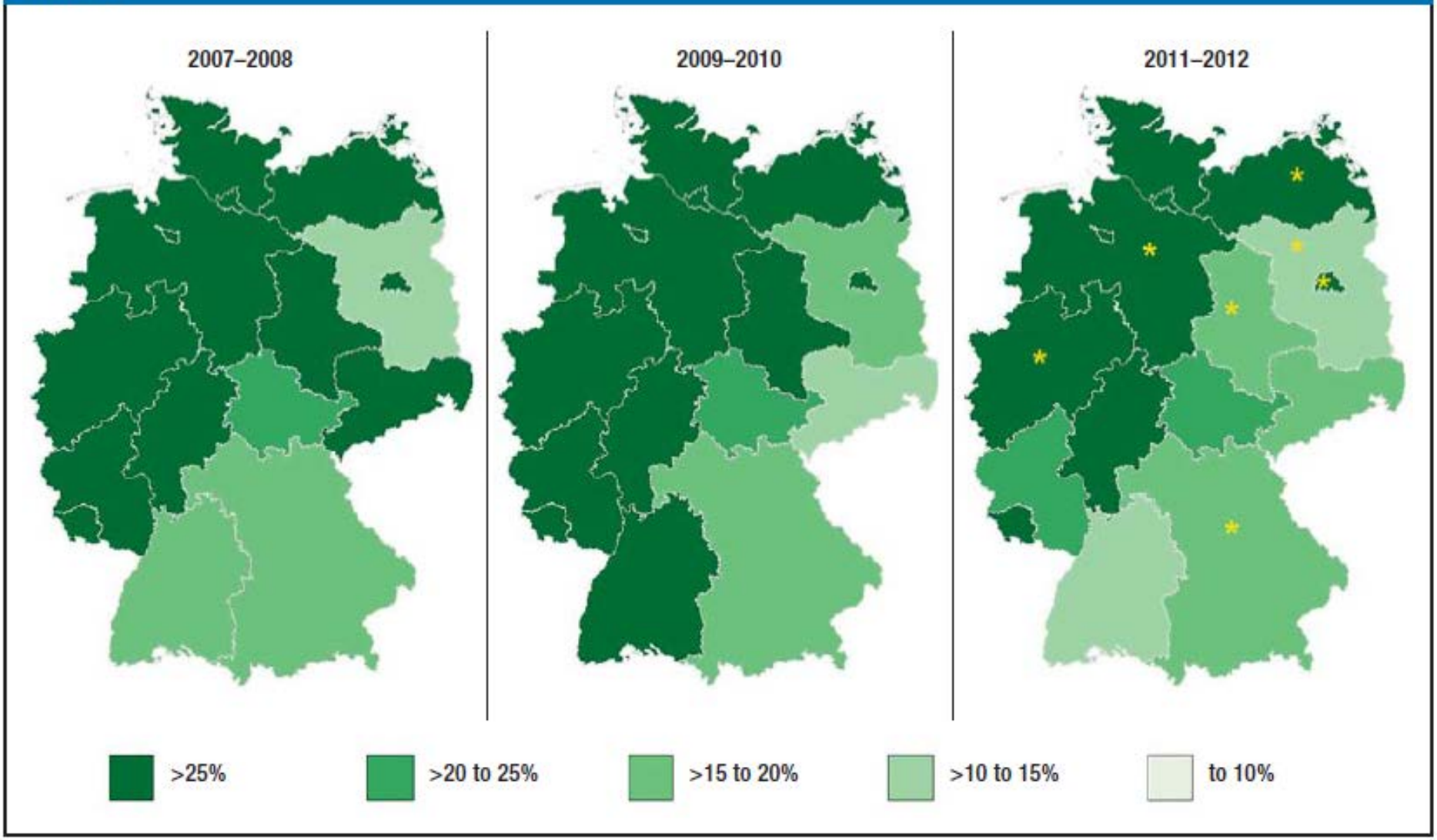
Entwicklung des Händedesinfektionsmittel-Verbrauchs bei kontinuierlichen Teilnehmern von HAND-KISS (101 Krankenhäuser 2007 bis 2014)

	Median Händedesinfektions-mittelverbrauch in ml/Patiententag 2007	Median Händedesinfektions-mittelverbrauch in ml/Patiententag 2014	Anstieg (%)
Intensiv-stationen	69	115	54
Nicht-Intensiv-stationen	15	26	83
Summe			81

Compliance-Beobachtungen ASH 2014
Ergebnisse in %

	Kran-ken-häuser	Sta-tionen	Beo-bach-tungen	P10	P25	Median	P75	P90
ITS	79	120	27988	56	64	**74**	84	92
Nicht-ITS	86	375	78643	53	62	**72**	81	89
ALLE	96	495	106631	55	62	**73**	81	89

FIGURE 2



Proportion (%) of MRSA among nosocomial *S. aureus* infections by federal state for three periods of two years (time period 2007–2008, 2009–2010, 2011–2012)
*federal state is a significant influencing factor

Deutsches Ärzteblatt International | Dtsch Arztebl Int 2014; 111: 331–6