

KURZBERICHT

Thema	Sektorübergreifende Versorgung alter Menschen zur Prävention von nosokomialen Infektionen und Antibiotikaresistenzen in Altenpflegeheimen „PränosInAA“
Schlüsselbegriffe	Prävention, nosokomiale Infektionen, Altenpflegeheim, Antibiotikaresistenz
Ressort, Institut	Bundesministerium für Gesundheit (BMG)
Auftragnehmer(in)	Institut für Hygiene und Öffentliche Gesundheit der Universitätsklinik Bonn
Projektleitung	Prof. Dr. med. Dr. h.c. Martin Exner
Autor(en)	Prof. Dr. med. Dr. h.c. Martin Exner, Prof. Dr. med. Steffen Engelhart, Dr. med. Frederick Knapp, Salima Bouloumi, Dr. med. Brigitte Fassbender, Dr. med. Manuela Klaschik, Prof. Dr. med. Hanna Liese, Dr. med. Barbara Niemann, Rieke Schnakenberg, Prof. Dr. med. Klaus Weckbecker, Nasanin Chenari, Sandra Eicker; Judith Hammerschmidt, Gregory Heuser, Taha Khaleghi; Dr. phil. Constanze Lessing; Prof. Dr. phil. Tanja Manser, Roman Radler, PD Dr. Tim Becker, Dr. Rolf Fimmers, Claudia Rösing
Beginn	01.04.2012
Ende	31.03.2015

Vorhabenbeschreibung, Arbeitsziele

Hintergrund und Zielsetzung

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und der damit verbundenen steigenden Anforderungen an die medizinische Versorgung pflegebedürftiger, multimorbider Altenheimbewohner sowie der erhöhten Infektionsrisiken in Altenhilfeeinrichtungen wird das Gesundheitswesen in den kommenden Jahren großen Herausforderungen gegenüberstehen. Hierzu haben vorangegangene Studien gezeigt, dass ein Großteil der Infektionen mit multiresistenten Erregern durch die strikte Einhaltung von Hygienestandards sowie einen rationalen Einsatz von Antibiotika vermieden werden kann, sodass primärpräventiven Maßnahmen, insbesondere im Sinne von multidimensionalen Strategien zur Verbesserung des Hygieneverhaltens in Pflegeeinrichtungen und der Schnittstelle zur (haus)ärztlichen Versorgung ein höherer Stellenwert zugewiesen werden sollte.

Die „PränosInAA-Studie“ befasst sich mit dem Thema der sektorübergreifenden Versorgung alter Menschen in Altenpflegeheimen mit dem Ziel der Prävention nosokomialer Infektionen (NI) und des rationalen Einsatzes von Antibiotika. Gemäß der KRINKO Empfehlung:

„Infektionsprävention in Heimen“ ist in diesem Kontext die Einbeziehung der persönlichen (vom jeweiligen Bewohner frei gewählten) Ärztinnen und Ärzte für eine effiziente und koordinierte Infektionsprävention von entscheidender Bedeutung. Daher ist die Studie der Frage nachgegangen, welcher Einfluss der Implementierung einer/eines geschulten und koordinierenden Ärztin/Arztes (= hausärztlicher Koordinator/in (hK) in Altenpflegeeinrichtungen in Verbindung mit der Durchführung von Hygieneschulungen für die Pflegenden zuzuschreiben ist und ob durch diese edukativen und supportiven Maßnahmen die Infektionsraten, das Hygieneverhalten und der Einsatz von Antibiotika bei Pflegenden und Hausärztinnen und -ärzten im Rahmen einer multidimensionalen Präventionsstrategie positiv beeinflusst werden können.

Durchführung, Methodik

Die Interventionsstudie umfasste folgende Interventionen:

Intervention 1 (flankierend)

1. Implementierung von Arbeitsanweisungen/Hygieneplänen
2. Informationsveranstaltung für Pflegenden und Hausärztinnen/-ärzte:
Kick-off-Veranstaltung zu Beginn der Interventionsphase zur Information aller Beteiligten über den medizinisch-wissenschaftlichen Hintergrund und die interventionelle Zielsetzung.
3. Schulung des Pflege- und Betreuungspersonals:
Hygienemaßnahmen zur Prävention von NI sowie McGeer-Kriterien zur Erfassung von NI.

Intervention 2 (zentrales Untersuchungsziel)

4. Implementierung von hK
5. Zwei hK berieten in wöchentlichen Abständen die Pflegenden auf den Wohnbereichen zu Themen der Hygiene und zur Prävention von NI

Die Intervention wird als positiv bewertet wenn:

- eine Reduktion der Inzidenz von NI erreicht wird (Infektionssurveillance),
- die Bewohner seltener aufgrund von Infektionen ins Krankenhaus eingewiesen werden (Hospitalisierungsrate),
- ein der Selektion multiresistenter Erreger entgegenwirkender Antibiotikaeinsatz durch die Hausärztinnen und -ärzte festgestellt wird,
- eine Reduktion der Anwendung von Harnwegskathetern erreicht wird,
- Pflegende ein verändertes Hygieneverhalten aufweisen (Interviews).

Gender Mainstreaming

Genderaspekte werden in dem Projekt bei allen Fragestellungen durch die geschlechtergetrennte Auswertung der Untersuchungen, Fragebögen, Interviews und Beobachtungen berücksichtigt. Auf diese Weise ist es möglich, Aussagen über die Häufigkeit der Forschungsergebnisse in Abhängigkeit vom Geschlecht zu treffen.

Ergebnisse, Schlussfolgerungen, Fortführung

Folgende grundsätzliche Ergebnisse konnten im Rahmen der PränosInAA-Studie festgestellt werden:

- Die Gesamt-Infektionsrate lag vor Beginn der Interventionsphase bei 8,5 Infektionen/1000 Bewohnertage und somit in einer vergleichbaren Größenordnung wie in anderen Studien. Während der Interventions-phase (alle Interventionen und Einrichtungen) kam es zu einer Reduktion auf durchschnittlich 7,1 Infektionen/1000 Bewohnertage.
- Die Implementierung von hK führte gegenüber der Kontrollgruppe (Crossover-Design) nicht zu einer statistisch signifikant unterschiedlichen Gesamtinfectionsrate. Die durchschnittliche Hospitalisierungsrate betrug 1,18 Hospitalisierungen /1000 Bewohnertage, auch diesbezüglich zeigten sich keine statistisch signifikanten Unterschiede (1,16 versus 1,28 Hospitalisierungen /1000 Bewohnertage) durch die Implementierung von hK (Intervention 2).
- Auch bezüglich der Harnwegskatheter-Anwendungsraten (Durchschnittlich 4,7%; Bandbreite 4,5 – 5,4%) zeigten sich keine statistisch signifikanten Unterschiede durch die Implementierung von hK.
- Die Antibiotikaanwendungsdichte lag insgesamt bei 13,7 Antibiotiktagen/1000 Bewohnertage ohne signifikante Unterschiede während der Implementierung von hK 13,2 versus 14,3 Antibiotiktagen/1000 Bewohnertage).
- Bereits bei der Charakterisierung der baulich-funktionellen bzw. betrieblichorganisatorischen Infra-struktur der teilnehmenden Einrichtungen in der Baseline-Phase zeigte sich eine hohe Übereinstimmung mit den Vorgaben der KRINKO-Empfehlung „Infektionsprävention in Heimen“. Dies bezog sich u.a. auf Hygienepläne, Desinfektionsmitteleinsatz, Händehygiene, Schutzkleidung, Aufbereitung von Medizinprodukten und Pflegeartikeln, Flächenreinigung und Flächendesinfektion sowie die Prävention wichtiger NI wie Harnwegsinfektionen, Atemwegsinfektionen sowie Haut- und Weichteilinfektionen. Nur bedingt ergab sich in diesen Punkten ein zusätzliches hygienisches Verbesserungspotential.
- Die Schulungen zur Hygiene durch den/die Krankenhaushygieniker/in und die hK wurden insbesondere seitens des Pflegepersonals als sehr positiv und nachhaltig im Hinblick auf die Festigung des Hygiene-wissens und den Infektionsschutz für die Pflegenden angesehen und bewertet. Sowohl Wissenszuwachs, Sicherung und Motivation hinsichtlich der Einstellung zu Hygienemaßnahmen und zur Verstetigung des Hygieneverhaltens insbesondere im Hinblick auf Katheterpflege, Umgang mit MRSA-Patienten, Pneumonie-Prävention, Mundpflege, multiresistente Erreger, Desinfektion wurden trotz eines guten Basiswissens als wichtig eingeschätzt. Es ergab sich jedoch weiterhin der Bedarf zu einer vertieften Schulung zu MRSA und weiteren Antibiotikaresistenten und neuen Krankheitserregern wie Clostridium difficile.
- Trotz grundsätzlich günstiger Voraussetzungen durch Etablierung von hK konnte keine Kooperation mit niedergelassenen betreuenden Ärztinnen und Ärzten in den Heimen hergestellt bzw. gelebt werden. Zum einen verfügten die hK weder über eine kassenärztliche Zulassung noch über einen Behandlungsvertrag mit den Patientinnen bzw. Patienten und konnten daher nicht direkt behandeln, zum anderen erschwerte die hohe Zahl an hausärztlich aber auch fachärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzten im jeweiligen Heim die Koordination. Weitere

Faktoren waren der Zeitmangel seitens der betreuenden Hausärztinnen und -ärzte sowie die - hier unbegründete - Sorge um Kompetenz- und wirtschaftliche Einbußen durch den Verlust von Patientinnen und Patienten.

Schlussfolgerungen

Im Ergebnis muss festgestellt werden, dass unter den derzeit in Deutschland gegebenen rechtlichen Rahmenbedingungen die Implementierung eines hK in Altenpflegeheimen nicht geeignet zu sein scheint, zu einer weiteren Reduktion von NI, einer Optimierung der Antibiotika-Therapie sowie einer Verbesserung der Kommunikation bzw. der kollegialen Zusammenarbeit aller beteiligten Ärzte mit der Heimleitung zu führen.

Offensichtlich ist darüber hinaus in Deutschland aufgrund der allgemeinen Rahmenbedingungen die Motivation der Hausärztinnen und -ärzte, an den in der KRINKO-Empfehlung angesprochenen Qualitätszirkel zur Infektionsprävention teilzunehmen, kaum gegeben.

Vor dem Hintergrund der Zunahme multiresistenter Erreger und des Bedarfs einer adäquaten koordinierenden ärztlichen Betreuung von Heimbewohnerinnen und -bewohnern müssen daher andere Wege zur Verbesserung der Struktur gesucht werden. Denkbar sind festangestellte Heimärztinnen und -ärzte aber auch vertraglich einem Heim zugeordnete Hausärztinnen und -ärzte, die in einem Ärzteteam die koordinierte Versorgung der Heimbewohnerinnen und -bewohner sicherstellen. Hierzu müsste sowohl die Honorierung als auch die KV-Systematik angepasst werden. Der Vorteil einer koordinierten Versorgung muss hierbei mit der unvermeidbaren Einschränkung der freien Arztwahl zum Beispiel auf das oben genannte Ärzteteam abgewogen werden.

Seitens des Pflegepersonals werden eine kontinuierliche hygienische Betreuung und feste Ansprechpartnerinnen und -partner unter den betreuenden Hausärztinnen und -ärzten mit hoher Wertschätzung belegt.

Umsetzung der Ergebnisse durch das BMG

Mit dem Vorhaben sollten Möglichkeiten zur Umsetzung verschiedener Ziele der DART 2020 durch den Einsatz von hK überprüft werden. Für Ziel 3 „Therapieoptionen erhalten und verbessern“, Ziel 4 „Infektionsketten frühzeitig unterbrechen und Infektionen verhindern“ konnte die Wirksamkeit des Ansatzes jedoch nicht belegt werden.

Verwendete Literatur

ENGELHART, S.; LAUER, A.; SIMON, A.; et al.; Wiederholte Prävalenzuntersuchungen Pflegeheim-assoziiertes Infektionen als Instrument zur Erfassung der hygienischen Ergebnisqualität. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2009;52(10):936-44.

HEUDORF, U.; GUSTAV, C.; MISCHLER, D.; SCHULZE, J.; Nosokomiale Infektionen, systemischer Antibiotikaeinsatz und multiresistente Erreger bei Bewohnern in Altenpflegeheimen, Bundesgesundheitsblatt 2014-57:414-422.

RUSCHER, C.; KRAUS-HAAS, M.; NASSAUER, A.; MIELKE, M.; Healthcare-associated infections and antimicrobial use in long term care facilities (HALT-2), Deutsche Ergebnisse der zweiten europäischen Prävalenzhebung, Bundesgesundheitsblatt. 2015.

SCHULTE, D. E.; Dissertation: Nosokomiale Infektionen in Alten- und Pflegeheimen – Inzidenz, Risikofaktoren und Präventionsmöglichkeiten durch Hygiene. 2007.

McGEER, A.; CAMPBELL, B.; EMORI, T.G.; et al.; Definitions of infection for surveillance in long-term care facilities. Am J Infect Control 1991; 19 (1): 1-7.