

MRE-Projekt Hessen – ein Überblick vom Februar 2018

Multiresistente Erreger (MRE) sind auch für hessische Krankenhäuser, in denen sie in den letzten Jahren vermehrt auftreten, eine große Herausforderung. So zeigen die Abrechnungsdaten der Krankenhäuser, dass im Jahr 2010 in Hessen knapp 15.000 MRE-Fälle (ICD-10-GM-Kode U80) kodiert wurden, was einem Anteil von 1,2% aller vollstationär behandelten Patienten entspricht. Sechs Jahre später wuchs die Zahl der MRE-Fälle bereits auf über 26.000. Dies entspricht einem Anteil von 2,0% der in Hessen vollstationären behandelten Krankenhauspatienten (Quelle: HMSI 2017). Damit stieg die Anzahl an kodierten MRE in hessischen Krankenhäusern im Zeitraum 2010 bis 2016 um knapp 80%, während die Krankenhaus-Fallzahlen nur um ca. 17% zunahmen.

Dabei zeigen sich große Unterschiede zwischen den hessischen Krankenhäusern, sowohl im Anteil, als auch in der Art der kodierten Erreger. Es gibt Kliniken, die 2016 keinen Patienten mit MRE kodiert haben, andere weisen einen Anteil von knapp 30% der vollstationär behandelten Patienten aus. Auch das Verhältnis von MRSA und anderen MRE (VRE und gramnegative Erreger mit den als 3MRGN bzw. 4MRGN bezeichneten Resistenzspektren) ist in den hessischen Kliniken unterschiedlich hoch.

Diese hessenweiten Unterschiede sowohl in der Anzahl als auch in der Art der gemeldeten Erreger lassen sich nicht ohne weiteres erklären. Als mögliche Ursachen könnten in Betracht gezogen werden: Screening, Patientenkollektiv, Kodierverhalten, klinikspezifische Strukturen und/ oder hygienerrelevante Prozesse. Um diese Gründe genauer zu erkunden, ist 2015 eine Vereinbarung zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen in Hessen, der Hessischen Krankenhausgesellschaft und dem Land Hessen, vertreten durch das Hessische Ministerium für Soziales und Integration, in Kraft getreten. Das Hauptziel dieser Vereinbarung ist, die Prävalenz von MRE in hessischen Kliniken zu analysieren und Infektionen mit MRE durch geeignete Maßnahmen zu reduzieren. Weitere Ziele sind:

- Darstellung der Prozesse und Strukturen bezüglich Hygiene bzw. Vermeidung von nosokomialen Infektionen in hessischen Krankenhäusern
- Umgang mit infizierten/ kontaminierten Patienten
- Identifizierung patientenbezogener Risiken

Am MRE-Projekt Hessen nehmen alle hessischen Krankenhäuser teil, wobei psychiatrische und psychosomatische Fachkliniken vorerst ausgenommen sind. Die Organisation und Durchführung des Projektes liegt bei der Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen (GQH).

Folgende Projektschritte wurden dafür definiert:

1. Analyse: Die auf Basis der Abrechnungsdaten festgestellten Unterschiede der MRE-Verbreitung, sowohl regional als auch klinikbezogen, können verschiedene Ursachen haben. Mit Hilfe einer fallbezogenen Datenerhebung sollen mögliche Ursachen in Hinblick auf: prästationären MRE-Nachweis, Patientenkollektiv, unterschiedliches Kodierverhalten oder tatsächliche Mängel in Struktur- und/ oder Prozessqualität identifiziert werden.

2. **Transparenz:** Auf Grundlage der erhobenen Daten erhalten die Krankenhäuser in Hessen regelmäßig Auswertungen. Diese beinhalten zum einen die Ergebnisse der Hintergrunddaten, zum anderen auch die Ergebnisse von Qualitätsindikatoren zu mutmaßlich beeinflussbaren Qualitätsparametern.
3. **Maßnahmen:** Bei auffälligen Klinikergebnissen werden Maßnahmen im Sinne eines Strukturierten Dialoges gemäß QSKH-RL (siehe Kasten 2) eingeleitet. Diese Maßnahmen reichen von Hinweisen über schriftliche Stellungnahmen bis hin zu Klinikbegehungen und dem Treffen von Zielvereinbarungen. Bei erfolglosem Strukturiertem Dialog findet die Entanonymisierung der Klinik im Lenkungsausschuss statt, welcher wiederum weiterführende Maßnahmen beschließt.

Zur methodisch-inhaltlichen Betreuung des Projektes wurde von den Vertragspartnern ein Fachausschuss berufen sowie ein Expertengremium konstituiert. Hier werden u.a. die Instrumente zur Datenerhebung sowie die Qualitätsindikatoren zur Qualitätsmessung konsentiert. Die fallbezogene Datenerhebung, die softwaregestützt dokumentiert wird, erfolgt durch den Auslöser U80.00! in allen hessischen Krankenhäusern seit dem 01. Juli 2016. Der dafür konzipierte Dokumentationsbogen besteht aus zwei Teilen, einem Basisbogen und einem MRSA-Bogen. Der Basisbogen enthält patientenbezogene Hintergrunddaten (Alter, Geschlecht, Aufnahme- und Entlassungsdatum, Diagnosen, Beatmungstunden sowie Aufnahme- und Entlassungsgrund) die automatisch aus dem klinikeigenen Krankenhausinformationssystem in den Dokumentationsbogen übernommen werden können. Der MRSA-Bogen enthält konkrete Informationen zum MRSA-Fall. Diese werden manuell in den Dokumentationsbogen eingegeben und enthalten folgende Informationen:

- Identifikation des Falles (nosokomial oder nicht-nosokomial)
- Ausprägung des Falles (Kolonisation oder Infektion - ggf. Art der Infektion)
- Maßnahmen während des stationären Verlaufs (Dekolonisierung/Isolierung)
- allgemeine Angaben zum Patienten (Risikofaktoren und Entlassungsmanagement)

Fachausschuss und Expertengremium haben acht Qualitätsindikatoren (QI, Kennzahlen) definiert, anhand derer die Qualität der hessischen Häuser gemessen wird. Diese QI beinhalten folgende vier Indikatoren zu Inzidenzen:

1. Inzidenz der nosokomialen MRSA-Fälle pro 1000 Belegungstage
 - 1a. Inzidenz der nosokomialen MRSA-Fälle mit behandlungsbedürftiger Infektion pro 1000 Belegungstage
 - 1b. Inzidenz der nosokomialen MRSA-Fälle – ohne Notfall-Patienten und mit OP im Rahmen des Aufenthaltes pro 1000 Belegungstage
 - 1c. Inzidenz der nosokomialen MRSA-Fälle – ohne Notfall-Patienten und ohne Patienten mit Risikofaktoren pro 1000 Belegungstage

Zur Berechnung der Inzidenzen erfolgt aktuell eine Abfrage der Belegungstage für jeden Klinikstandort.

Darüber hinaus gibt es vier prozessbezogene Qualitätsindikatoren, für die bereits Referenzbereiche festgelegt wurden:

2. Anteil der MRSA-Fälle (> 7 Tage Liegedauer) mit asymptomatischer Kolonisation, bei denen eine Dekolonisierung begonnen/durchgeführt wurde
- 3a. Anteil der nicht-nosokomialen MRSA-Fälle mit einem bereits bei Aufnahme bekannten MRSA-Status, die isoliert wurden
- 3b. Anteil der nicht-nosokomialen MRSA-Fälle (≥ 4 Tage Liegedauer) mit im Aufnahme-screening festgestellter Kolonisation/Infektion, die isoliert wurden
4. Weiterbehandelnde Ärzte nachweislich informiert

Die Daten, die für dieses Projekt bei der GQH eingehen, werden quartalsweise ausgewertet und in Form von Ergebnisberichten an die Krankenhäuser zurückgespiegelt. Liegen die Ergebnisse der Kliniken bei den Qualitätsindikatoren außerhalb der Referenzbereiche, so wird mit der entsprechenden Klinik der Strukturierte Dialog (SD) geführt (bislang erfolgt dies nur für die prozessbezogenen Kennzahlen). Dabei werden die Kliniken um Stellungnahme gebeten, die wiederum vom Fachausschuss diskutiert und bewertet wird. Diese Bewertung wird den Kliniken schriftlich rückgemeldet.

Wenn Kliniken in drei von vier aufeinanderfolgenden Quartalen auffällig sind, so werden diese zu einem Kollegialen Gespräch mit den Vertretern des Fachausschusses eingeladen. Dies war bislang für eine Klinik bei Kennzahl 4 der Fall.

Als Auszug aus den aktuellen Auswertungen stellte sich heraus, dass etwa 90% der dokumentierten MRSA-Fälle nicht-nosokomialen Ursprungs waren, sondern entweder bereits bei Aufnahme bekannt waren oder im Aufnahmescreening festgestellt wurden. Der überwiegende Teil der kodierten MRSA-Fälle trat dabei als asymptomatische Kolonisation auf. Nur wenige Fälle wurden als behandlungsbedürftige Infektion kodiert, die sich am häufigsten als chronische Wunde wiederfand.

Bei der Auswertung der Qualitätsindikatoren zeigt sich unter anderem, dass der Großteil der hessischen Kliniken weiterbehandelnde Ärzte nachweislich informierte und nur vereinzelt keine Informationsweitergabe per Arztbrief und/ oder Überleitungsbogen erfolgte.

Im aktuellen Erfassungsjahr 2018 wird die Datenerfassung auf zwei weitere wichtige (da leicht übertragbare) Erreger mit 4MRGN-Resistenz ausgeweitet. Neben dem Erreger MRSA (U80.00) lösen nun auch die Codes U81.41! (*Klebsiella pneumoniae* mit Multiresistenz 4MRGN) und U81.51! (*Acinetobacter-baumannii*-Gruppe mit Multiresistenz 4MRGN) den Dokumentationsbogen aus.

Zudem kann für das Erfassungsjahr 2017 erstmals mit einer sogenannten Sollstatistik unabhängig von den tatsächlich dokumentierten Fällen ermittelt werden, wie viele Fälle im Krankenhaus nach den definierten Bedingungen dokumentationspflichtig waren. Sie bildet damit eine wichtige Grundlage zur Bestimmung der Vollzähligkeit im Rahmen des MRE-Projektes Hessen.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass hessische Kliniken zum jetzigen Zeitpunkt im Umgang mit MRSA gut aufgestellt sind. Es ist jedoch notwendig, weitere Daten im Rahmen des MRE-Projektes zu erheben, um die Qualität der hessischen Kliniken im Umgang mit multiresistenten Erregern abschließend zu bewerten.