

## KLINIKEN UND PFLEGEHEIMEN MÜSSEN SICH GEGENSEITIG VERLÄSSLICH INFORMIEREN

### Interview mit Dr. med. Rolf Teßmann über multiresistente Keime in Kliniken und Pflegeheimen sowie über die Wirkung von Fallpauschalen in Krankenhäusern

Die Nachrichtensendung Hessenschau berichtete im August 2016 über die Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik (BGU) in Frankfurt. Seit geraumer Zeit werde dort jeder neu aufgenommen Patient einem MRSA-Screening unterzogen, das zeige, ob ein Patient Träger multiresistenter Keime ist oder nicht. Die sogenannten MRSA-Keime können sich für ihn und andere Personen lebensbedrohlich auswirken, weil sie z. B. nicht mehr auf Antibiotika reagieren. Schwierig wird es daher auch für Pflegeheime, wenn sie Patienten aus Kliniken aufnehmen, von denen nicht bekannt ist, dass sie Träger von MRSA sind und daher Mitbewohner, aber auch Pflegenden gefährden können. In einem Gespräch gibt Dr. med. Rolf Teßmann (RT), Chefarzt der Abteilung Anästhesie, Intensivmedizin und Schmerztherapie der BGU darüber Auskunft, warum man neue Wege geht, um multiresistente Keime besser einzudämmen. Das Gespräch führte Beate Glinski-Krause (BGK).

**BGK: Herr Teßmann, es gibt, wie sie sagen, zwei Tests, um multiresistente Keime festzustellen, einen sog. Schnelltest und einen der länger braucht, um ein Ergebnis anzuzeigen. Welchen nutzen Sie in der Klinik?**



Fotografin: Rita Krötz

**Dr. med. Rolf Teßmann erklärt Zusammenhänge im Interview**

**RT:** Wir nutzen beide MRSA-Tests, weil i. d. R unser Ziel die Operation ist. Das eigentliche Problem sind die Kosten der Tests. Der Schnelltest ist etwa 10-mal teurer als der sogenannte „Plattentest“. Patienten, die bis zur Operation noch 2 - 3 Tage Zeit haben und nicht sofort stationär aufgenommen werden müssen, erhalten einen Abstrich mit dem Plattentest, der verlässlich MRSA anzeigt. All jene Menschen, die z. B. durch einen Unfall sofort stationär aufgenommen werden müssen, werden mit dem sogenannten PCR - Schnelltest geprüft.

Beate Glinski-Krause

Netzwerkbüro FRANKFURTER FORUM FÜR ALTENPFLEGE

Wiesenu 57 - 60323 Frankfurt am Main

Tel. 069 / 77 06 11 12 oder 069 / 61 99 44 51 • mobil 0160 99 850 716 oder 0171 178 38 63

Homepage: [www.ffa-frankfurt.de](http://www.ffa-frankfurt.de)

FFA - GRÜNDUNG 1993 • FFA - DEUTSCHER PR-PREIS 2003 • FFA - 20 Jahre Festakt Paulskirche Frankfurt 2013

**BGK: Fällt der PCR-Test nicht zumeist positiv aus?**

**RT:** Dieser Test wertet Bakterien-Nukleinsäure-Ketten aus, die auch eine ehemalige MRSA-Besiedlung/Infektion anzeigen. Fällt er positiv aus, heißt das nicht automatisch, dass der Patient noch mit MRSA besiedelt ist. Allerdings werden die Patienten so lange isoliert, bis ein bakteriologischer Test nachweist, ob der MRSA wächst oder nicht. Täglich haben wir in der BGU im Durchschnitt bis zu zwei Patienten, die das betrifft. Das ist viel und bindet viele Ressourcen, dient aber dem Ziel der Infektionsprävention.

**BGK. Unerkannte MRSA-Infektionen können in Pflegeheimen gesundheitsschädigend wirken und hohe Kosten nach sich ziehen. Vermögen die in der BGU eingeführten Maßnahmen diese Folgekette zu unterbrechen?**

**RT:** Eindeutig ja! Die Patienten kommen in die Heime zurück mit einem klaren Ergebnis. Entweder der Patient ist noch MRSA-Träger oder nicht.

**BGK: Kliniken tauschen sich über das Gesundheitsamt Frankfurt als MRE-Netz miteinander aus. Was machen die anderen Kliniken anders als Sie?**

**RT:** In der Regel wird in den Kliniken die Wahrscheinlichkeit, ob ein Patient MRSA-besiedelt ist, mittels Patientenbefragungen erhoben, was sich in der Praxis aber als sehr ungenau erweist. Das Robert Koch-Institut (RKI) geht davon aus, dass ein generelles MRSA-Screening sinnvoll sei. Aber wegen der geringen Zahlendichte von MRSA sehe man aus Kostengründen dafür keine Notwendigkeit in Deutschland. Daher wurden vom RKI schon 2014 Empfehlungen zur ärztlichen Risikoanalyse „Erkennung, Vermeidung und Bekämpfung von MRSA“ publiziert. Hier nimmt die „gezielte Anamnese“ (z. B. mittels Fragebogen) eine zentrale Funktion ein. Wir haben diese Fragebogen auch genutzt und festgestellt, dass sie viel Zeitressourcen in der Pflege binden - pro Patient ca. 15 Minuten. Im Nachgang mussten wir zudem noch feststellen, dass mindestens 15 Prozent der Befragten einer höheren Risikogruppe hätten zugeordnet werden müssen. Daher haben wir uns entschieden, den Fragebogen zu verlassen und routinemäßig ein generelles MRSA-Screening durchzuführen.

**BGK: Die Pflegeheime benötigen im Überleitungsbogen besonders diese wichtigen Informationen über Infektionen mit multiresistenten Keimen von Patienten, die aus den Kliniken kommen. Es geht dabei nicht nur um MRSA, sondern etwa auch um Wurmbefall und andere Infektionen. Das MRE-Netzwerk des hiesigen Gesundheitsamts hat in den vergangenen Jahren schon sehr viel bewegt und einen beachtlichen Rückgang von MRSA und anderen Infektionen erreicht. Aber seit 2016 informieren Kliniken die Pflegeheime nicht immer über multiresistente Keime der Patienten. Wie schätzen Sie es ein, dass Pflegeheime bei unvollständiger Klinikinformation dazu neigen, den Patienten wieder zurückzuschicken?**

**RT:** Es dürfte heute niemals vorkommen, dass ein Patient aus der Klinik auf den Weg geschickt und im Pflegeheim nicht aufgenommen wird, weil sich Infektionen und Besiedlungen zeigen, die vorher nicht bekannt waren oder – noch schlimmer - bekannt waren, aber nicht mitgeteilt wurden!

Beate Glinski-Krause

Netzwerkbüro FRANKFURTER FORUM FÜR ALTENPFLEGE

Wiesenu 57 - 60323 Frankfurt am Main

Tel. 069 / 77 06 11 12 oder 069 / 61 99 44 51 • mobil 0160 99 850 716 oder 0171 178 38 63

Homepage: [www.ffa-frankfurt.de](http://www.ffa-frankfurt.de)

FFA - GRÜNDUNG 1993 • FFA - DEUTSCHER PR-PREIS 2003 • FFA - 20 Jahre Festakt Paulskirche Frankfurt 2013

**BGK: Das Zurückschicken scheint jedoch eine erforderliche Option zu sein, weil seitens der Krankenhaus-Sozialdienste nicht immer ausreichend informiert wird.**

**RT:** Bei einem „Runden Tisch“ im Gesundheitsamt wurden vor etwa 1,5 Jahren die Teilnehmer aus Kliniken und Heimen befragt, ob sie den Eindruck hätten, dass die Überleitungsbögen durch sie vor Verlegung korrekt ausgefüllt seien. Dem stimmten die meisten Teilnehmer zu. Bei der umgekehrten Frage allerdings, wie viele Teilnehmer den Eindruck haben, dass sie Patienten mit unkorrekten Überleitungsbögen aufnehmen müssten, wurde das auch von der Mehrheit bejaht.

Die Frage ist nun, ob der Überleitungsbogen wirklich das geeignete Instrument für verlässliche Informationen ist. Andererseits kommt kein Patient aus einer Klinik ins Heim, ohne dass nicht darüber miteinander gesprochen wurde, sei es mit dem Kliniksozialdienst oder den Kollegen auf Station. Die Standardfrage des aufnehmenden Pflegeheims an den Klinikarzt oder Sozialdienst müsste also lauten: "Gibt es ein infektiologisches Problem z. B. eine MRSA-Besiedlung bei dem Patienten?" Die Antwort des zuständigen Klinikpersonals steht dann für den vertrauensvollen Informationsaustausch. Nun kann die Einrichtungen sagen, ob sie aufnehmen kann oder ob sie gerade keine Kapazität hat, einen mit Keimen kolonisierten Patienten zu übernehmen.

**BGK: Die Leitenden der Heime fragen, warum die mit Klinken vereinbarten Informationspflichten nicht mehr so verlässlich erfüllt werden.**

**RT:** Das kann ich genau sagen: Die Zeit fehlt! Das ist auch eine Frage der Gegenfinanzierung in den Klinken, die insbesondere im Bereich Hygiene unterfinanziert sind.

**BGK: Müssen die Krankenkassen anders in die Pflicht genommen werden?**

**RT:** Was wir hier in der BGU und im Gesundheitssystem generell machen, das ist doch eine freiwillige Leistung vieler Menschen mit herausragender Motivation, wobei die Finanzierung, die Vergütung des Systems für die Mitarbeiter im Einzelfall gar keine Rolle spielt. Ihnen geht es um die gute Patientenversorgung!

Politisch nur zu fordern: "Ihr müsst die formale Qualität erbringen und die Betreuung am Patienten leisten", reicht eben nicht aus. Eine unzureichende Gegenfinanzierung muss sich auf Dauer doch zwangsläufig auf die Qualität auswirken!

**BGK: Sie haben vor den bestehenden Gesundheitsgesetzen auch noch das Vorgängermodell erlebt. Warum wird die Situation im heutigen System immer schwieriger?**

**RT:** Problem ist die „Effizienzsteigerung“ in einem sozialen System. Das heißt, wir müssen produktiv arbeiten. Alle Freiräume, die wir uns für den einzelnen Patienten darüber hinaus nehmen, sind „gestohlene Zeiten“. So habe ich dem Patienten gegenüber beispielsweise eine ärztliche Betreuungsaufgabe, für die ich ggf. fünf Stunden brauche. Bezahlt wird in den Kliniken nach dem Fallpauschalensystem (DRG) dann aber nur z. B. eine halbe Stunde. Die qualitativ wichtigen Kontaktzeiten sind nicht gegenfinanziert. Politisch gewollt ist, dass immer kürzere Kontaktzeiten in der Gesundheitsversorgung eingefordert werden.

**BGK: Sehen Sie das für das Altenpflegesystem auch?**

**RT:** Dort ist es ganz genauso. Ich sehe auch ein Problem darin, dass viele, die darüber reden und entscheiden, nicht Betroffene sind. Es wird von Kunden und nicht mehr von Patienten gesprochen. Als Kunde habe ich einen Anspruch, der ist klar definiert. Aber wenn ich leide, dann bin ich Patient und bin auf Hilfe und Zuwendung angewiesen. Und das „kostet“ Zeit!

**BGK: Das sagen viele Heimleitende auch, dass es sich bei Heimbewohnern zwar um Kunden handele, aber wahrgenommen werden diese als Menschen mit Pflegebedarf samt Leidenspotenzial.**

**RT:** Damit versagt auch die politische Schönrederei über die Kunden. In Wahrheit geht es um Menschen, die viel brauchen - insbesondere viel Zeit. Daher haben wir mit dem MRSA-Screening ja auch erreicht, in der pflegerischen Patienten-Betreuung wieder mehr Zeit zu haben.

**BGK: Fallpauschalen in Kliniken bedeuten auch weniger Personal für die eigentlichen Aufgaben an Kranken und Pflegebedürftigen.**

**RT:** Befragen Sie Therapeuten oder auch Ärzte über Fallpauschalen. Diese sagen: "Ich dokumentiere mich tot!" Warum das so ist, dafür gibt es vielerlei Gründe. Genannt seien hier nur die juristische Absicherung, die gute Qualität der fachlichen Übergabe oder aber leider auch der ökonomische Dokumentationsdruck. Alles, was nicht dokumentiert ist, ist nicht erbracht mit der Folge eines Mindererlöses. Es wird im System ein höchster Wert darauf gelegt, alles genauestens zu beschreiben. Energien, die am und dem Patienten verloren gehen.

**BGK: Was geht dem Patienten ab?**

**RT:** Ein Beispiel: Vor etwa zehn Jahren hatte ich einen Ethiker als Patienten in der Klinik. Er war dann im OP-Saal und ich sehe es auch als meine Aufgabe, in dieser für den Patienten definitiv „außergewöhnlichen“ Situation mit Zuwendung und Zeit zu beruhigen. Ich legte meine Hand auf seinen Oberarm und fragte ihn, wie es ihm gehe. Er sagte: "Obgleich ich schon drei Tage hier bin, kam ich gestern Abend erst richtig an. Zunächst: es tut mir gut, wie sie mich beruhigen! Gestern Nacht kam Schwester Corinna und setzte sich fünf Minuten an mein Bett, nahm meine Hand und fragte, wie es mir gehe! Zwei Tage lang war alles perfekt organisiert, jeder machte seinen Job, ruhig, professionell, aber keiner hatte wirklich Zeit für mich. Ich war medizinisch bestens versorgt, habe mich aber nicht richtig wohl gefühlt. Diese fünf Minuten haben mich ankommen lassen!" Durch dieses „Ankommen“ war es ihm möglich, sich vor der Operation sicher zu fühlen und die OP gut zu überstehen. Das sind die Dinge, die durch das schnell ablaufende DRG-System auf der Strecke bleiben. Für jüngere Mitarbeiter wird es dadurch auch immer schwieriger, sich die menschlichen Zusammenhänge in diesen formalen Systemen zu erschließen, obgleich die Reflexionskraft dafür vorhanden ist! Hier hatten wir es als Vorgängergeneration in manchen Dingen noch einfacher.

Seit 2009 haben wir in unserem Hause ein klinisches multidisziplinäres Ethikkomitee aufgebaut, das sich auch mit solchen Fragen auseinandersetzt. Wir wollen Weichen stellen für mehr Zuwendungsmedizin und wollen uns auch die Offenheit behalten, kritisch über unser Handeln zu reflektieren.