3 MRSA bei Beschäftigten im Gesundheitsdienst und die Betreuung MRSA-positiver Beschäftigter durch Betriebsärzte

A. Nienhaus, M. Dulon

Zusammenfassung

Einleitung: Die dauerhafte Besiedlung von Beschäftigten im Gesundheitsdienst mit methicillinresistenten Staphyloccocus aureus (MRSA) ist eine Herausforderung bei der arbeitsmedizinischen Betreuung. Eine MRSA-assoziierte Infektion bei einem Beschäftigten im Gesundheitswesen, der Kontakt zu MRSA-Patienten hatte, kann als Berufskrankheit anerkannt werden. Bisher ist kein Fall bekannt, in dem eine MRSA-Besiedlung als Berufskrankheit anerkannt wurde, dennoch werden regelmäßig solche Fälle bei der Unfallversicherung gemeldet.

Methode: Die gemeldeten und als Berufskrankheit anerkannten MRSA-Fälle der BGW in den Jahren 2008 bis 2012 werden dargestellt. Ferner werden die Ergebnisse einer Befragung von Betriebsärzten zum Umgang mit MRSA bei Mitarbeitern zusammenfassend wiedergegeben.

Ergebnisse: In dem ausgewerteten Zeitraum von fünf Jahren wurden 840 MRSA-Fälle bei der BGW gemeldet. In 361 Fällen (43 %) bestand Meldepflicht. Im selben Zeitraum wurden 43 Fälle (11,9 %) als Berufskrankheit anerkannt. Im Jahr 2011 haben 207 Betriebsärzte insgesamt 17 Beschäftigte mit einer dauerhaften MRSA-Besiedlung betreut. Einem dieser 17 Beschäftigten wurde gesundheitsbedingt gekündigt. Die Mehrzahl der Betriebsärzte kooperiert mit den Hygienefachkräften (77 %) und 39 % der Betriebsärzte sind für die Betreuung von Beschäftigten mit einer MRSA-Besiedlung zuständig. 65 % der Einrichtungen haben Standards zum Umgang mit Beschäftigten mit einer MRSA-Besiedlung festgelegt. Eine präventive Behandlung der Mitarbeiter wird in 79 % der Betriebe nach einem ersten positiven Testergebnis angestrebt. In 55 % der Einrichtungen dürfen betroffene Beschäftigte keine patientennahen Tätigkeiten verrichten. In 6 % der Einrichtungen erfolgt ein vollständiges Tätigkeitsverbot, solange die Besiedlung besteht.

Schlussfolgerung: MRSA-assoziierte Infektionen bei Beschäftigten im Gesundheitswesen, die als Berufskrankheit anerkannt werden, sind selten, Meldungen von Kontakten oder Besiedlungen mit MRSA sind allerdings häufig. Standards zum Umgang mit MRSA-besiedelten Beschäftigten gibt es nicht in allen Einrichtungen und die vorhandenen Standards sind unterschiedlich. Zum Schutz der Patienten und der Beschäftigten sollten die Standards zum Umgang mit MRSA bei Beschäftigten verbessert und vereinheitlicht werden. Die Anerkennungspraxis von MRSA-Besiedlungen als Berufskrankheit sollte überdacht werden. Unterstützungsangebote für Beschäftigte mit einer dauerhaften MRSA-Besiedlung sollten entwickelt und die Effektivität der Behandlung evaluiert werden.

Einleitung

Die durchschnittliche Prävalenz von methicillinresistenten Staphylococcus aureus (MRSA) bei Beschäftigten im Gesundheitsdienst wird auf 5 % geschätzt; allerdings variieren die Angaben zwischen 0 % und 50 % [3]. Eine Differenzierung nach vorübergehendem oder dauerhaftem Trägerstatus wird nur selten vorgenommen. Die Kolonisation ist keine Erkrankung, weil MRSA eine Sonderform des Staphylococcus aureus (S. aureus) ist, der Teil der physiologischen Körperflora ist. MRSA ist gekennzeichnet durch ein erweitertes Resistenzspektrum gegenüber Antibiotika. In der Virulenz oder Pathogenität unterscheiden sich MRSA und S. aureus nicht. Eine Kolonisation mit MRSA bedarf bei gesunden Personen keiner Behandlung. Bei geschädigter Haut (verminderter lokaler oder systemischer Abwehr) können MRSA-Erreger in das Gewebe eindringen und eine Infektion verursachen. In diesen Fällen ist eine präventive Sanierung indiziert, um eine Infektion, die antibiotisch schwer zu behandeln ist, zu vermeiden [5]. Allerdings ist hierbei zu beachten, dass es passagere, sich selbst limitierende Besiedlungen gibt, die keine besonderen Maßnahmen erfordern, und Dauerbesiedlungen, die mit einem erhöhten Infektionsrisiko verbunden sind. Die Unterscheidung zwischen passagerer Besiedlung und Dauerbesiedlung ist oft nicht leicht, da es auch intermittierende Besiedlungen gibt. Eine eindeutige und allgemein akzeptierte Definition zur Abgrenzung beider Besiedlungsformen (passagere und persistente) fehlt bisher in der Literatur.

Empfehlungen zum Umgang mit MRSA-Trägern unter Beschäftigten im Gesundheitswesen finden sich in verschiedenen nationalen Richtlinien [5]. In Deutschland werden die von der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) im Jahr 1999 herausgegebenen „Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus-Stämmen (MRSA) in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen“ bis heute als Grundlage zur Durchführung von Personalscreening und Sanierungsmaßnahmen bei Beschäftigten im Gesundheitswesen herangezogen [11]. Spezielle Fragestellungen wie Auflagen für eine Weiterarbeit während der Dekolonisation wurden etwa zehn Jahre später vom Robert Koch-Institut [13] thematisiert. In den vergangenen Jahren haben sich beim Umgang mit persistenter MRSA-Kolonisation eines Beschäftigten im Gesundheitswesen betriebsinterne Regelungen herausgebildet. Dennoch besteht bei den Beteiligten Unsicherheit über das richtige Vorgehen [8]. Hinzu kommt, dass weder von der gesetzlichen Krankenversicherung noch von der gesetzlichen Unfallversicherung ein finanzieller Ausgleich für die präventive Sanierung der Mitarbeiter oder die Eindämmung eines Ausbruchs erfolgt. Von arbeitsmedizinischer Seite wird daher eine versicherungsrechtliche Lösung gefordert [9].

Bei der Betreuung MRSA-positiver Beschäftigter im Gesundheitswesen steht die Zusammenarbeit von Betriebsarzt und Hygienefachpersonal im Spannungsfeld zweier gesetzlicher Regelungen. Zum Schutz der Beschäftigten, die Umgang mit biologischen Arbeitsstoffen haben, regelt die Verordnung zur Arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV) [2] in Kombination mit der Biostoffverordnung die arbeitsmedizinische Vorsorge, deren Umsetzung in den Verantwortungsbereich des Betriebsarztes fällt. Der

Schutz der Patienten vor nosokomialen Infektionen und die Verhinderung der Weiterverbreitung resistenter Krankheitserreger in der medizinischen Einrichtung sind im Infektionsschutzgesetz (IfSG) [1] bzw. im „Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze" geregelt. Die Umsetzung des IfSG fällt in den Verantwortungsbereich des Gesundheitsamtes und des Hygienefachpersonals. Eine Zusammenarbeit aller Akteure ist im Hinblick auf die Betreuung kolonisierter MRSA-Träger im Gesundheitsdienst nicht explizit geregelt. Dies ist aber im Fall eines MRSA-kolonisierten Mitarbeiters erforderlich, weil sowohl die Beschäftigten als auch die Patienten geschützt werden müssen und beides möglichst gut koordiniert werden sollte.

In diesem Aufsatz werden die Anzahl der Meldungen und der als Berufskrankheit anerkannten MRSA-Fälle der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) dargestellt und Aspekte des betrieblichen Umgangs mit Beschäftigten mit einer MRSA-Besiedlung diskutiert.

Methode

Der Routinedatensatz der BGW zu den gemeldeten und anerkannten Berufskrankheiten wurde für die Jahre 2008 bis 2012 ausgewertet. Ein sechsstelliger Schlüssel zur Codierung von Infektionskrankheiten erlaubt die Identifikation von MRSA-bezogenen Meldungen. Bei den eingehenden Meldungen wird zwischen meldepflichtig und nicht meldepflichtig unterschieden. Die Meldung von Kontakten zu MRSA-positiven Patienten wird als nicht meldepflichtig registriert. Ausführliche Beschreibungen der Infektionen als Berufskrankheit finden sich in Nienhaus u. a. [12] und Dulon u. a. [7].

Im Mai 2012 wurden 549 Betriebsärzte schriftlich zum Umgang mit MRSA-kolonisierten Beschäftigten im Gesundheitswesen befragt. Die Betriebsärzte wurden aus einem Adressenpool der BGW ermittelt. Der halbstandardisierte Erhebungsbogen enthielt Fragen zur Kooperation zwischen Hygienefachkräften und Betriebsarzt, zur Rolle des Betriebsarztes beim betrieblichen Umgang mit MRSA-Fällen, zu Screening-Standards, zur Sanierung und zur Betreuung von MRSA-kolonisierten Mitarbeitern sowie die Frage, wie viele Mitarbeiter mit einer Dauerbesiedlung im Jahr 2011 vom Betriebsarzt betreut wurden. Eine ausführliche Beschreibung der Befragung findet sich in Dulon u. a. [6].

Ergebnisse

In den Jahren 2008 bis 2012 wurden insgesamt 840 MRSA-Fälle bei der BGW gemeldet *(Tab. 1)*. Die meisten Meldungen betrafen Beschäftigte aus Krankenhäusern (35,5 %). Allerdings war der Anteil der Meldungen, die Beschäftigte aus der stationären Altenpflege betrafen, ähnlich hoch (32,7 %). Ambulante Pflegedienste (15,8 %) hatten einen höheren Anteil bei den Meldungen als Arztpraxen (9,7 %). Meldepflichtig waren 361 Anzeigen (43 %). Im selben Zeitraum wurden 43 MRSA-Infektionen als Berufskrankheit anerkannt. Das sind 11,9 % der meldepflichtigen Anzeigen. Etwa die Hälfte der

Tabelle 1: Anzahl gemeldeter MRSA-Fälle unabhängig von der Meldepflicht in ausgewählten Bereichen

	2008	2009	2010	2011	2012	Total (%)
Krankenhäuser	52	89	37	56	64	298 (35,5)
Arztpraxen	28	21	14	5	13	81 (9,7)
Praxen für Physiotherapie, Massagen, Logopädie	6	16	10	12	9	53 (6,3)
stationäre Altenpflege	83	51	51	57	33	275 (32,7)
ambulante Pflegedienste	38	29	12	24	30	133 (15,8)
alle	207	206	124	154	149	840 (100,0)
meldepflichtig (% von „alle“)	**98 (47,3)**	**102 (49,5)**	**49 (39,5)**	**52 (33,8)**	**60 (40,3)**	**361 (43,0)**

Tabelle 2: Anzahl als Berufskrankheit anerkannter MRSA-Fälle

	2008	2009	2010	2011	2012	Total
Krankenhäuser	5	2	1	–	2	10 (30)
Arztpraxen	–	–	–	1	–	1 (3)
Physiotherapie, Masseure usw.	–	–	1	–	–	1 (3)
stationäre Altenpflege	5	4	5	4	5	23 (70)
ambulante Pflegedienste	1	1	1	4	1	8 (24)
alle	**11**	**7**	**8**	**9**	**8**	**33 (100,0)**

anerkannten Berufskrankheiten betreffen Beschäftigte in der stationären Altenpflege *(Tab. 2)*. Beschäftigte aus Krankhäusern sind etwas häufiger als Beschäftigte der ambulanten Pflegedienste vertreten (23,3 % versus 18,6 %). Ein zeitlicher Trend besteht weder für die Meldungen noch für die Anerkennungen.

An der Befragung zum betrieblichen Umgang mit MRSA bei Mitarbeitern haben 207 Betriebsärzte teilgenommen (Rücklaufquote 38 %). Diese betreuten im Jahr 2011 verschiedene Bereiche im Gesundheitsdienst, darunter Einrichtungen im klinisch-pflegerischen Bereich, Heime für Menschen mit Behinderungen und Praxen für Physiotherapie. 77 % der Betriebsärzte berichten, dass bei positiven MRSA-Befunden bei Beschäftigten eine Zusammenarbeit zwischen arbeitsmedizinischem und hygienischem Bereich stattfinde *(Tab. 3)*. Die Betreuung der MRSA-kolonisierten Beschäftigten obliegt in 39 % der Einrichtungen dem Betriebsarzt. Für das MRSA-Personalscreening sind 15 % der Betriebsärzte verantwortlich. Eine Information der Betriebsärzte über positive MRSA-Befunde bei Abstrich-Untersuchungen bei Beschäftigten erfolgt in 62 % der Betriebe.

Tabelle 3: Einbindung der Betriebsärzte beim Umgang mit MRSA-kolonisierten Mitarbeitern (n = 207)

Statements	Antworten	n	%
Zusammenarbeit zwischen Betriebsarzt und Hygienefachpersonal bei MRSA-kolonisierten Beschäftigten im Gesundheitswesen findet statt	ja	155	77
Der Betriebsarzt ist für die Betreuung der MRSA-kolonisierten MA zuständig	ja	88	39
Der Betriebsarzt ist für das Personalscreening bei Beschäftigten zuständig	immer überwiegend	8 23	4 11
Der Betriebsarzt wird über positive MRSA-Befunde informiert	immer überwiegend	83 47	42 24
Zuständigkeit für die Koordinierung der Sanierungsmaßnahmen ist geregelt	ja	128	62
Standards zum Umgang mit MRSA-kolonisierten Beschäftigten existieren	als Bestandteil des Hygieneplans Im Rahmen einer Dienstvereinbarung	123 12	59 6
Der Zeitpunkt eines Personalscreenings/einer Abstrichnahme ist festgelegt	vor Dienstbeginn nach arbeitsfreiem Wochenende (WE) vor Dienstbeginn + nach freiem WE	19 7 5	10 3 2

62 % der Betriebsärzte berichten, dass in der von ihnen betreuten Einrichtung geklärt sei, wer für die Koordinierung der Sanierungsmaßnahmen zuständig ist: Dies ist in 41 % der Betriebe die Hygienefachkraft – alleine oder zusammen mit der Pflegedienstleitung, in 36 % der Betriebsarzt – alleine oder zusammen mit der Hygienefachkraft, dem Hausarzt oder der Pflegedienstleitung, in 9 % die Pflegedienstleitung und in 14 % sind es andere Personen wie Arbeitgeber, ärztliche Leitung oder behandelnder Arzt (keine Tabelle). Im Jahr 2011 haben 73 Betriebsärzte (35 %) im Durchschnitt vier MRSA-kolonisierte Beschäftigte betreut *(Tab. 4)*. Die betroffenen Beschäftigten im Gesundheitswesen waren überwiegend in Kliniken und in Altenpflegeheimen tätig, seltener in Heimen für Menschen mit Behinderungen oder in ambulanten, sozialpflegerischen Pflegediensten und nur vereinzelt in Physiotherapie- und Tierarztpraxen.

Zum Umgang mit MRSA-kolonisierten Beschäftigten gibt es in 65 % der Einrichtungen Standards *(Tab. 3)*. Standards zum Zeitpunkt der Abnahme des Abstrichs gibt es in 15 % der Einrichtungen. Bei einem MRSA-positiven Abstrich wird in 79 % der Einrichtungen grundsätzlich eine Sanierung empfohlen *(Tab. 5)*. In 7 % der Einrichtungen wird eine Sanierung erst dann empfohlen, wenn aufseiten der Beschäftigten Risikofaktoren vorliegen (geschwächte Immunabwehr, Schwangerschaftswunsch, Beschwerdesymptomatik) oder wenn es bei der Tätigkeit zu engem Kontakt mit gefährdeten Patienten/Bewohnern kommt. 44 Betriebsärzte (21 %) waren im Jahr 2011 mit Kontrollabstrichen während der Sanierung von Beschäftigten im Gesundheitswesen befasst (keine Tabelle).

Tabelle 4: Branchen, in denen MRSA-kolonisierte Beschäftigte von Betriebsärzten im Jahr 2011 betreut wurden (n = 73); Mehrfachnennungen möglich

Branche	n
Klinik, Krankenhaus, Reha-Klinik	54
Altenpflegeheim	26
Heim für Menschen mit Behinderung	10
ambulanter, sozialpflegerischer Dienst	8
Physiotherapie	2
Rettungsdienst	1
Tierarztpraxis	1

Tabelle 5: Auflagen zur Fortführung der Tätigkeit für MRSA-kolonisierte Beschäftigte im Gesundheitsdienst nach Angaben der Betriebsärzte; Mehrfachnennungen (n = 205)

Auflagen	n	%
1 Beachtung hygienischer Maßnahmen[1]	20	10
1 + keine patientennahen Tätigkeiten	28	14
1 + kein Einsatz in Risikobereichen[2]	31	15
1 + keine patientennahen Tätigkeiten, kein Einsatz in Risikobereichen	32	15
1 + ohne chronische Hauterkrankungen patientenfern, nicht in Risikobereichen	21	10
keine Weiterbeschäftigung solange Verlaufsabstriche MRSA-positiv	12	6
unbekannt	61	30

[1] Maßnahmen der Standardhygiene (Händedesinfektion, Verwendung von Handschuhen und Schutzkleidung) und spezielle Schutzmaßnahmen wie Anlegen eines Schutzkittels und eines Mund-Nasenschutzes bei Risikotätigkeiten wie invasive Tätigkeiten, Versorgung von Wunden oder großflächigen Hauterkrankungen.
[2] Intensivstation, OP, Chirurgie, dermatologische Station.

Für MRSA-kolonisierte Beschäftigte gelten in 70 % der betreuten Einrichtungen Auflagen bei der Fortführung der Tätigkeit, wobei sich diese hinsichtlich des Grads der Einschränkung unterscheiden *(Tab. 5)*. In 6 % der Einrichtungen wird die Weiterarbeit untersagt, solange Verlaufsabstriche positiv sind. In 10 % der Einrichtungen wird die Beachtung der Standardhygiene oder die Anwendung von speziellen Schutzmaßnahmen bei Risikotätigkeiten zur Auflage für die Weiterarbeit von MRSA-kolonisierten Beschäftigten gemacht. In knapp der Hälfte der Einrichtungen (45 %) ist die Fortführung der Tätigkeit bei Einhaltung der Standardhygiene und Anwendung spezieller Schutzmaßnahmen bei Risikotätigkeiten möglich. Spezielle Schutzmaßnahmen können sein: kein Patientenkontakt, keine Tätigkeit in Risikobereichen und Tätigkeit nur bei intakter Haut.