

Multiresistente Erreger entschlossen bekämpfen!

Gemeinsames Positionspapier

von Städtetag NRW und Landkreistag NRW

Stand: 14. Juni 2011

1. Situation

Multiresistente Erreger (MRE), insbesondere MRSA¹, bedrohen in zunehmendem Maße die Gesundheit der Bevölkerung. Während in den Niederlanden die MRSA-Raten in den vergangenen Jahren durch konsequente Durchführung mikrobiologischer Untersuchungen und Einhaltung von Hygienemaßnahmen bei MRSA-Patienten auf einem niedrigen Niveau gehalten werden konnte, ist dies in Deutschland nicht gelungen. In vielen Ländern Europas stagnieren MRSA-Zahlen auf einem hohem Niveau oder steigen sogar noch an², so dass bereits von einer MRSA-Endemie gesprochen werden muss³. Durch den Aufbau neuer Hygienemanagementstrukturen konnten in Frankreich deutliche Erfolge bei der MRSA-Bekämpfung erreicht werden.

In Folge von Infektionen mit MRE kommt es in vielen Fällen zu schweren Erkrankungen und Todesfällen⁴. Die medizinische Behandlung und die Pflege davon betroffener Patienten sowie die Durchführung damit verbundener notwendiger Hygienemaßnahmen führen zudem zu zusätzlichen Kosten für das Gesundheitssystem, insbesondere im Krankenhausbereich und in der Pflege. Aufgrund des Unterlassens mikrobiologischer Untersuchungen (sog. Screenings) und einer konsequenten Bekämpfung (sog. Sanierung), insbesondere bei der ambulanten Versorgung und im Heimbereich, das bislang auf das Fehlen einer entsprechenden Kostenübernahme durch die gesetzliche Krankenversicherung zurückzuführen ist, wird die Durchführung von Prophylaxe und Behandlung der durch MRE ausgelösten Erkrankungen erschwert. Langfristig ist eine Verschärfung der Lage durch inadäquate Antibiotikatherapien und fehlende Hygie-

¹ MRSA = Methicillin-resistente Staphylococcus aureus

² Vgl.: European Centre of Disease Prevention and Control (ECDC) European Antimicrobial Resistance Surveillance System (EARSS) Annual report 2008; http://ecdc.europa.eu/en/activities/surveillance/EARS-Net/Documents/2008_EARSS_AnnualReport.pdf

³ Vgl. bspw. die für den Kreis Höxter durchgeführte Studie von *R. Woltering et al.*, MRSA-Prävalenz in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen eines Landkreises, in: DMW 2008, 999-1003.

⁴ Nach aktuellen Hochrechnung wird angenommen werden, dass von den jährlich 400000-600000 nosokomialen Infektionen ca. 80000 bis 180000 potentiell vermeidbar seien. Damit verbunden seien zwischen 1500 bis 4500 vermutlich vermeidbare Todesfälle pro Jahr in deutschen Krankenhäusern (vgl. Gastmeier P, et al.: Wie viele nosokomiale Infektionen sind vermeidbar?, Dtsch Med Wschr 2010; 135: 91-93; vgl. ferner diesselbe: Zur Entwicklung nosokomialer Infektionen im Krankenhausinfektions-Surveillance-System (KISS) Epidemiologisches Bulletin 7. Februar 2011 / Nr. 5).

nemaßnahmen unausweichlich. Die Folgen wären ein Ansteigen von durch Infektionen verursachten Erkrankungen und Todesfällen und damit verbundene Kostensteigerungen (z.B. verlängerte Liegezeiten, Einsatz teurer Reserveantibiotika).

Es ist wissenschaftlich nachgewiesen, dass eine konsequente Bekämpfung (Screening- und Hygienemaßnahmen auf der einen Seite sowie Sanierungsmaßnahmen auf der anderen Seite) so kosteneffektiv sind, dass geringe Investitionen erhebliche Kosten einsparen können. Umgekehrt ist davon auszugehen, dass ca. 25% der im Krankenhaus erworbenen Kolonisationen zu einer manifesten Infektion führen, deren Therapie Kosten in Höhe von ca. 15.000 Euro verursacht⁵.

2. Vor diesem Hintergrund haben Städtetag NRW und Landkreistag NRW bereits 2009 ein gemeinsames Positionspapier vorgelegt, in dem die von den unteren Gesundheitsbehörden bereits durchgeführten Maßnahmen dargestellt und weitere Forderungen für eine erfolgreiche MRE-Bekämpfung erhoben wurden. Diese Ausführungen werden vorliegend aktualisiert.
3. Maßnahmen der Gesundheitsämter in Nordrhein-Westfalen zur Bekämpfung von MRE⁶

a) Bildung von MRE-/MRSA-Netzwerken

In den Euregios⁷ konnten durch die Einrichtung von MRE-/MRSA-Netzwerken beachtliche Erfolge bei der Bekämpfung der gefährlichen Erreger erreicht werden. Ähnliche Netzwerke sind nahezu flächendeckend von den unteren Gesundheitsbehörden in NRW gegründet worden. Im Rahmen der Netzwerke wurden partnerschaftlich und tragfähig unter Beteiligung der Krankenhäuser, der niedergelassenen Ärzteschaft, der Altenheime, der Wissenschaft, der Versicherungsträger, von Dialyseeinrichtungen, ambulanten Pflegediensten sowie des Rettungs- und Krankentransportwesens folgende Prozesse eingeleitet:

⁵ Das Universitätsklinikum Münster konnte im Rahmen des EUREGIO MRSA-net zeigen, dass die Investition zum Einsatz präventiver Untersuchungen zur Erfassung von MRSA-Trägern vor stationärer Aufnahme für eine chirurgische Klinik zu 20.000 € Nettoeinsparung geführt hat (*Diller et al.* 2007). Nach A. W. Friedrich (Vortrag: „Euregio-MRSA-net Chancen für den ÖGD“ kann bereits eine Reduktion der MRSA-Rate in den Krankenhäusern um 3% (9 Patienten pro Tausend) zu einer Ersparnis von € 39.393,00 pro Tausend Patienten führen.

⁶ Vgl. auch: *Katja Peters*, Wie groß ist das Risiko einer Infektion?, in: *Blickpunkt öffentliche Gesundheit* 3/2008, 4-5.

⁷ Vgl. MRSA-Net in den EUREGIOs „Twente/Münsterland“, „Rhein-Waal“, „Rhein-Maas“ und „Rhein-Maas-Nord“: <http://www.mrsa-net.org/indexDE.html>. Die Projekte werden nun fortgeführt im Euregionalen Netzwerk für Patientensicherheit und Infektionsschutz (EURSAFETY HEALTH-NET, vgl. <http://www.eursafety.eu/DE/Projektinformation/projektstrat.html>) sowie im MRE-Netzwerk Nordwest (vgl. <http://www.mre-net.org/>).

- Vernetzung der einzelnen Akteure des Gesundheitswesens (Einführung eines MRSA-Übergabebogens)
- Einführung von Prävalenzscreenings nach Risikofaktoren
- Vereinheitlichung des Sanierungs- und Behandlungsmanagements (z.B. Erarbeitung von Strategien zur Umsetzung rationaler, an die regionale Situation angepasster Antibiotikastrategien durch eine Projektgruppe der KVWL und der AOK Westfalen-Lippe)
- Verbesserung der speziellen Kommunikation und gegenseitigen offenen Information
- Durchführung von Fortbildungen
- Erstellung und Verteilung von Informationsmaterialien

Ziele sind:

- Verbesserung der Diagnostik und Erkennung von MRE
- Adäquate Therapie von Infektionen mit Antibiotika
- Schutz medizinischer und pflegerischer Einrichtungen vor der Einschleppung von MRE

b) Gesundheitsaufsicht

Ein Schwerpunkt ist in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen die regelmäßige Begehung, die Überwachung hygienerelevanter Prozesse und der Dokumentation von Daten über Krankenhausinfektionen sowie MRE entsprechend dem Infektionsschutzgesetz (IfSG).

4. Forderungen an die Gesundheitspolitik zur Vermeidung von Krankenhausinfektionen und Bekämpfung von MRE aus Sicht der unteren Gesundheitsbehörden.

a) Die umfassende und ungekürzte –außerhalb des kassenärztlichen Budgets erfolgende- Abrechenbarkeit des Screenings auf MRE und der sog. Sanierung Betroffener sowohl in der stationären als auch in der ambulanten medizinischen Versorgung gegenüber der gesetzlichen Krankenkasse ist der Schlüssel zum Erfolg. Die Erfahrungen in der EUREGIO haben gezeigt, dass die guten Sanierungserfolge im MRSA-Bereich dort vor allen Dingen darauf zurückzuführen sind, dass Krankenhäuser und Hausärzte die Möglichkeit hatten, die Betreuungs-, Screening- und Sanierungsmaßnahmen (Labordiagnostik und Verschreibung der notwendigen Medikamente) über besondere Abrechnungsziffern mit den Krankenkassen abzurechnen. Die unteren Gesundheitsbehörden fordern daher weiterhin die Gesundheitspolitik in Nordrhein-Westfalen und im Bund auf, entsprechende Abrechnungsmöglichkeiten für alle niedergelassenen Hausärzte einzuführen. Sie begrüßen daher

die im Entwurf für ein Infektionsschutzänderungsgesetz (Bundestags-Drucksache 17/5178; Bundesrats-Drucksache 150/11) vorgeschlagene Änderung von § 87 SGB V ausdrücklich. Darüber hinausgehend ist auch für den stationären Bereich eine Kostenerstattungsregelung zwingend notwendig. Ohne diese Maßnahme werden die Netzwerke keinen Rückgang der MRE-Raten erreichen können.

- b) Seit dem 01.07.2009 existiert eine Meldepflicht gemäß § 7 IfSG bei positiven MRSA-Befunden in Blut und Liquor. Zudem wird die Einführung einer erweiterten Meldepflicht nach §§ 6, 7 IfSG und die Erfassung von MRE sowie von Krankenhausinfektionen im IfSG benötigt.
- c) Einrichtung einer zentralen Koordinierungs- und Beratungsstelle des Landes, z. B. am LIGA, zur Vereinheitlichung des landesweiten Vorgehens und finanzielle und materielle Ausstattung der Einrichtung und Arbeit regionaler MRE-Netzwerke durch das Land, vergleichbar wie in den EUREGIOs. Darüber hinaus länderübergreifende und europaweite Maßnahmenabstimmung unter Einbindung zentraler Koordinierungs- und Beratungsstellen.
- d) Maßnahmen zur Verbesserung der Hygiene, insbesondere im Krankenhausbereich, sollten in ihrer rechtlichen Verbindlichkeit gestärkt werden. Dies betrifft die zum Thema MRSA bzw. MRE veröffentlichten KRINKO-Empfehlungen. Die Krankenhaushygieneverordnung NRW sowie die dazugehörige RKI-Richtlinie „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“ müssen konsequent umgesetzt werden. Die Surveillance gem. § 23 IfSG muss konkreter gefasst werden, damit für Krankenhäuser ein verbindliches, allgemein anerkanntes Infektionsüberwachungssystem, z.B. KISS, greift. Die Umsetzung der gesetzlichen Grundanforderung bezüglich des Personalschlüssels für Hygienefachpersonal muss genauso gesetzlich verordnet werden wie eine dementsprechende vollständige Finanzierung. Gleichzeitig bedarf es der Aus- bzw. Weiterbildung einer hinreichenden Zahl von Hygienefachkräften, Krankenhaushygienikern und hygienebeauftragten Ärzten. Nicht zuletzt muss eine Umsetzung der genannten Anforderungen auch tatsächlich mit geeigneten Mitteln sichergestellt werden.
- e) Um die geschilderte erfolgreiche Arbeit der nordrhein-westfälischen MRE-Netzwerke fortzusetzen sowie qualitativ und quantitativ auszubauen, bedarf es einer finanziellen Unterstützung durch das Land.