

**Gemeinsames Positionspapier
des Städtetages NRW und des Landkreistages NRW
zur MRSA-Prophylaxe**

Stand: 26. Mai 2009

1. Situation

Der Problemkeim MRSA¹ bedroht in zunehmendem Maße die Gesundheit der Bevölkerung. Während in den Niederlanden die MRSA-Raten in den vergangenen Jahren durch eine konsequente Bekämpfung gesenkt werden konnten, stagnieren sie in den übrigen Ländern Europas auf hohem Niveau oder steigen sogar an, so dass bereits von einer MRSA-Endemie gesprochen werden muss². In Folge von MRSA kommt es in vielen Fällen zu schwerem gesundheitlichem Leid und zu einer signifikanten Zahl vermeidbarer Todesfälle. Überdies verursachen Hygiene- und Sanierungsmaßnahmen zur Bekämpfung von MRSA-Fällen beträchtliche Kosten für das Gesundheitswesen, insbesondere im Krankenhausbereich. Wegen der fehlenden Kostenübernahme unterbleibt im ambulanten Sektor und im Heimbereich oft die konsequente Bekämpfung. Langfristig ist eine Verschärfung der Lage unausweichlich, da eine inadäquate Antibiotikatherapie und fehlende Hygienemaßnahmen zur weiteren Verbreitung führen müssen. Die Folgen wären weitere Kostensteigerungen (z.B. verlängerte Liegezeiten, Einsatz teurer „Reserve“-Antibiotika) sowie steigende Krankheits- und Todesfälle.

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 verursacht³.

¹ MRSA = Methicillin-resistente *Staphylococcus aureus*

² 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.

³ 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.

2. Maßnahmen der Gesundheitsämter in Nordrhein-Westfalen zur Bekämpfung von MRSA⁴

a) Bildung von MRSA-Netzwerken

Mit der Einführung des MRSA-Net in den EUREGIOs „Twente/Münsterland“, „Rhein-Waal“, „Rhein-Maas“ und „Rhein-Maas-Nord“ konnten beachtliche Erfolge bei der MRSA-Bekämpfung erreicht werden. Ähnliche Netzwerke werden von nahezu sämtlichen Unteren Gesundheitsbehörden 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 installiert.

Im Rahmen der Netzwerke konnten folgende Prozesse eingeleitet werden:

- Vernetzung der einzelnen Akteure des Gesundheitswesens (Einführung eines MRSA-Übergabebogens)
- Einführung von Prävalenzscreenings
- 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:

- Schutz der Nicht-Infizierten in Krankenhäusern und Heimen
- Schutz der Infizierten in Krankenhäusern und Heimen vor inadäquater Therapie und unnötiger Isolierung
- Schutz der Einrichtungen vor der Einschleppung von MRSA
- Schutz der Allgemeinheit

b) Weiterhin legen die Gesundheitsämter im Rahmen der Hygieneüberwachung (insbesondere der §§ 23 und 36 IfSG) einen Schwerpunkt auf die MRSA-Bekämpfung u.a. durch eine standardisierte Erfassung MRSA-bezogener epidemiologischer Daten und die Überprüfung der Einhaltung der RKI-Richtlinien in den Krankenhäusern.

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

3. Forderungen an die Gesundheitspolitik zur MRSA-Bekämpfung aus Sicht der Unteren Gesundheitsbehörden.

- a) Ermöglichung einer Abrechenbarkeit von MRSA-Screenings und MRSA-Sanierungsmaßnahmen durch die nachbehandelnden Hausärzte.

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 haben, die Betreuungs-, Screening- und Sanierungsmaßnahmen (Labordiagnostik und Verschreibung der notwendigen Medikamente) über besondere Abrechnungsziffern mit den Krankenkassen abzurechnen. Die Unteren Gesundheitsbehörden fordern daher die Gesundheitspolitik in Nordrhein-Westfalen und im Bund, namentlich den Gemeinsamen Bundesausschuss und das Bundesgesundheitsministerium auf, entsprechende Abrechnungsmöglichkeiten für alle niedergelassenen Hausärzte einzuführen. Ohne diese Maßnahme werden die Netzwerke allein keinen Rückgang der MRSA-Raten erreichen können.

- b) Einführung einer Meldepflicht nach §§ 6, 7 IfSG: Die Unteren Gesundheitsbehörden fordern die Gesetz- bzw. Verordnungsgeber auf, den Nachweis von MRSA in die Liste meldepflichtiger Krankheiten nach den §§ 6, 7 IfSG aufzunehmen.

- 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 MRSA-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 Verbindlichkeit gestärkt werden. Die Umsetzung der gesetzlichen Grundanforderung bezüglich des Personalschlüssels für Hygienefachpersonal in den Krankenhäusern muss gesetzlich verordnet werden.