

Unterrichtung

Der Präsident
des Niedersächsischen Landtages
– Landtagsverwaltung –

Hannover, den 28.04.2011

Maßnahmen bündeln und stärken im Kampf gegen antibiotikaresistente Keime

Beschluss des Landtages vom 07.10.2010 - Drs. 16/2933

Auch in Deutschland beschäftigen sich Fachleute immer mehr mit multiresistenten Keimen (z. B. Methicillin-resistente Staphylococcus aureus; kurz MRSA). Das Wohl der Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger erfordert weitere Anstrengungen aller Beteiligten, um ein niedrigeres Niveau der Zahl der Infektionen und des Ansteckungsrisikos zu erreichen.

Der Landtag begrüßt daher ausdrücklich die bisherigen Aktivitäten der Landesregierung bei der Erforschung und Bekämpfung der Ursachen und Symptome der Ansteckungen mit MRSA-Keimen.

Der Landtag bittet die Landesregierung

- um einen Sachstandbericht der in Niedersachsen bisher eingeführten Maßnahmen, Projekte und Netzwerke sowie deren bisherige Erfolge,
- um einen Überblick über die bei unseren niederländischen Nachbarn getroffenen Maßnahmen zur Bekämpfung von MRSA.

Weiter bittet der Landtag die Landesregierung um Prüfung,

- ob und wie gegebenenfalls das bestehende Netzwerk zu einem landesweiten Monitoringprogramm zur Überwachung von MRSA-Infektionen weiterentwickelt werden kann,
- wie die Informationen der im gesamten Gesundheitswesen Beteiligten verbessert werden können, u. a. im Bereich des Patiententransfers/Krankentransport, im Bereich von Pflege- und Altenheimen und im Hinblick auf die Verschreibungspraxis von Breitband-Antibiotika,
- ob Krankenhäuser verpflichtet werden sollten, die Funktion eines Hygienebeauftragten einzurichten und wie die Aufgabenbeschreibung ausgestaltet sein sollte,
- ob eine Bundesratsinitiative zur Anpassung des SGB V geboten scheint, damit die Kosten für Untersuchungen und die Therapie von MRSA im ambulanten Bereich aus Mitteln der Krankenkassen übernommen werden können.

Antwort der Landesregierung vom 27.04.2011

1. Sachstand

Ein wichtiges gesundheitspolitisches Ziel der Landesregierung ist es, die Ausbreitung von multiresistenten Erregern, insbesondere von multiresistenten Staphylokokken wie dem Methicillin-resistenten staphylococcus aureus (MRSA), einzudämmen. Die Landesregierung nimmt das Problem resistenter Erreger sehr ernst und hat daher bereits zahlreiche Schritte unternommen und Maßnahmen (siehe hierzu Ziffer 3) eingeleitet, um die weitere Zunahme von Infektionen durch solche Erreger zu verhindern. Dabei kann sie auf ein hohes Expertenwissen und das Engagement sowie die Laborkapazität des Landesgesundheitsamtes zurückgreifen.

In der öffentlichen Diskussion wird das Problem der Resistenzbildung und der Zunahme von multiresistenten Erregern häufig mit den Themen Krankenhaushygiene und im Krankenhaus erworbene, sogenannte nosokomiale Infektionen in Verbindung gebracht. So werden einige der im Kranken-

haus erworbenen Infektionen durch resistente Erreger verursacht. Ein Zusammenhang besteht auch insofern, als dass neben neuen Resistenzbildungen die Weiterverbreitung von resistenten Keimen in den Einrichtungen des Gesundheitswesens (Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen, Pflegeheime, ambulante Pflegedienste, Arztpraxen) maßgeblich für die Zunahme von Infektionen mit MRSA (in Deutschland) verantwortlich ist. Generell muss aber zwischen der Bekämpfung und Vermeidung von nosokomialen Infektionen einerseits und von Infektionen, die durch Antibiotika-resistente Erreger hervorgerufen werden, andererseits unterschieden werden.

Zu den Begrifflichkeiten im Einzelnen wird auf den Anhang verwiesen, in dem stichwortartig die wesentlichen Begriffe erläutert werden.

1.1 Krankenhaushygiene und nosokomiale Infektion

Nosokomiale Infektionen werden im Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz - IfSG) als solche Infektionen definiert, die in zeitlichem Zusammenhang mit einer medizinischen Maßnahme stehen und als solche nicht bereits vorher bestanden. Nosokomiale Infektionen werden zum einen durch die Disposition der Patientinnen und Patienten sowie durch die damit in Verbindung stehenden Eingriffe an Erkrankten und zum anderen durch Übertragung von Mensch zu Mensch verursacht. Wesentlich dabei sind die engen Personal-Patienten-Kontakte. Generell bestehen bereits hohe hygienische Standards in den Krankenhäusern (z. B. in Operationssälen) und fachliche Vorgaben. Der Erfolg dieser Hygienemaßnahmen lässt sich nur schwer quantifizieren, weil vermiedene Infektionen statistisch nicht erfasst werden können. Experten gehen jedoch davon aus, dass trotz dieser Maßnahmen noch etwa ein Drittel der nosokomialen Infektionen durch die kontinuierliche und konsequente Anwendung von Hygieneregeln vermieden werden kann. Dies sind jedoch Schätzungen, die vom Ausgangsniveau abhängen. Je schlechter das Hygienemanagement in einer Einrichtung ist, desto höher ist das Verbesserungspotenzial.

1.2 Antibiotika-Resistenz

Die Antibiotika-Resistenz ist eine zunächst von der Krankenhaushygiene unabhängige Problematik. Bakterien (und auch Viren) sind in der Lage, bei Einsatz von zunächst wirksamen Antibiotika, Mechanismen aufzubauen, sodass diese nicht mehr wirksam sind (sogenannte Resistenz). Herausragende Beispiele sind die MRSA (siehe Ziffer 1.3), aber auch resistente Tuberkulosebakterien oder sogenannte gramnegative multiresistente Krankheitserreger. In den meisten Fällen kann bislang noch auf andere Antibiotika zurückgegriffen werden.

Die Bildung von Resistenzen geschieht über komplexe genetische Veränderungen und wird auf unterschiedliche Faktoren zurückgeführt. So können „Resistenzgene“ auf andere Bakterien direkt übertragen werden. Werden Antibiotika eingesetzt, haben resistente Bakterien einen Selektionsvorteil und können sich entsprechend vermehren. Wichtig ist daher eine zielgerichtete Antibiotikatherapie, um den „natürlichen Prozess“ der Resistenzbildung zu begrenzen.

1.3 Methicillin-resistente staphylococcus aureus (MRSA)

MRSA ist insofern eine Sonderproblematik, da hier sowohl hygienische als auch therapeutische Aspekte zusammenwirken. Der Bakterienstamm staphylococcus aureus kommt auf Haut und Schleimhaut vor. An sich ist er nicht gefährlich, sondern kann lediglich bei Vorerkrankungen, wie z. B. großen Hautwunden, zu Infektionen führen. MRSA-Bakterien unterscheiden sich zunächst nicht von diesem normalen Hautkeim. So kann es sein, dass ein Mensch mit diesen Keimen „besiedelt“ ist, ohne dass dies einen Krankheitswert darstellt. Allerdings wird dies vor allem bei solchen Patientinnen und Patienten beobachtet, die sich häufig in stationärer Behandlung befinden.

Kommen besiedelte Patientinnen und Patienten in stationäre Behandlung, unterscheiden sie sich nicht von anderen Patientinnen und Patienten. Um MRSA zu erkennen, müssen sie gezielt daraufhin untersucht werden (Screening). Wird bei der Aufnahme kein Screening durchgeführt, so besteht die Gefahr, dass der Keim auf andere Menschen im Krankenhaus übertragen wird, etwa durch pflegerische Maßnahmen und unzureichende Beachtung von Hygienevorschriften. Bei einer Übertragung auf Patientinnen und Patienten mit Vorerkrankungen und geschwächter Abwehrlage kann es in der Folge zu einer Infektion kommen, die nur schwer zu behandeln ist. Aus diesem Grund empfiehlt die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) am Robert

Koch-Institut (RKI), Patientinnen und Patienten mit Risikofaktoren für eine MRSA-Besiedelung frühzeitig zu untersuchen, um für diese Personen ein besonderes Hygienemanagement, wie Isolierung, zu gewährleisten.

Als Risikofaktoren benennt die KRINKO:

1. Patientinnen und Patienten mit bekannter MRSA-Anamnese,
2. Patientinnen und Patienten aus Regionen/Einrichtungen mit bekannt hoher MRSA-Prävalenz,
3. Patientinnen und Patienten mit einem stationären Krankenhausaufenthalt (länger als drei Tage) in den zurückliegenden zwölf Monaten,
4. Patientinnen und Patienten, die (beruflich) direkten Kontakt zu Tieren in der landwirtschaftlichen Tiermast (insbesondere Schweine) haben,
5. Patientinnen und Patienten, die während eines stationären Aufenthaltes Kontakt zu MRSA-Trägern hatten (z. B. bei Unterbringung im selben Zimmer),
6. Patientinnen und Patienten mit zwei oder mehr der nachfolgenden Risikofaktoren:
 - chronische Pflegebedürftigkeit,
 - Antibiotikatherapie in den zurückliegenden sechs Monaten,
 - liegende Katheter (z. B. Harnblasenkatheter, PEG-Sonde),
 - Dialysepflichtigkeit,
 - Hautulcus, Gangrän, chronische Wunden, tiefe Weichteilinfektionen,
 - Brandverletzungen.

Besondere Aufmerksamkeit erlangt die Problematik durch internationale Vergleiche (vgl. Abbildung). In skandinavischen Ländern ist es gelungen, den Anteil von MRSA an der nachgewiesenen Anzahl von staphylococcus aureus-Infektionen insgesamt¹ sehr niedrig zu halten. Der niedrige Anteil von MRSA in den Niederlanden ist auf konsequentes Hygienemanagement, rationale Antibiotikatherapie und einen äußerst günstigen Personalschlüssel in Bezug auf ärztliches und pflegerisches Hygienefachpersonal zurückzuführen. Die Maßnahmen in den Niederlanden setzten schon vor Jahrzehnten ein, als der Anteil der Resistenzen noch geringer war.

¹ In Deutschland lag dieser Anteil im Jahr 2008 bei 20 % in den Niederlanden bei 1 %. Häufig wird diese Zahl jedoch in den Kontext nosokomialer Infektionen gestellt und daher falsch interpretiert.

Proportion of MRSA isolates in participating countries in 2008
(c) EARSS

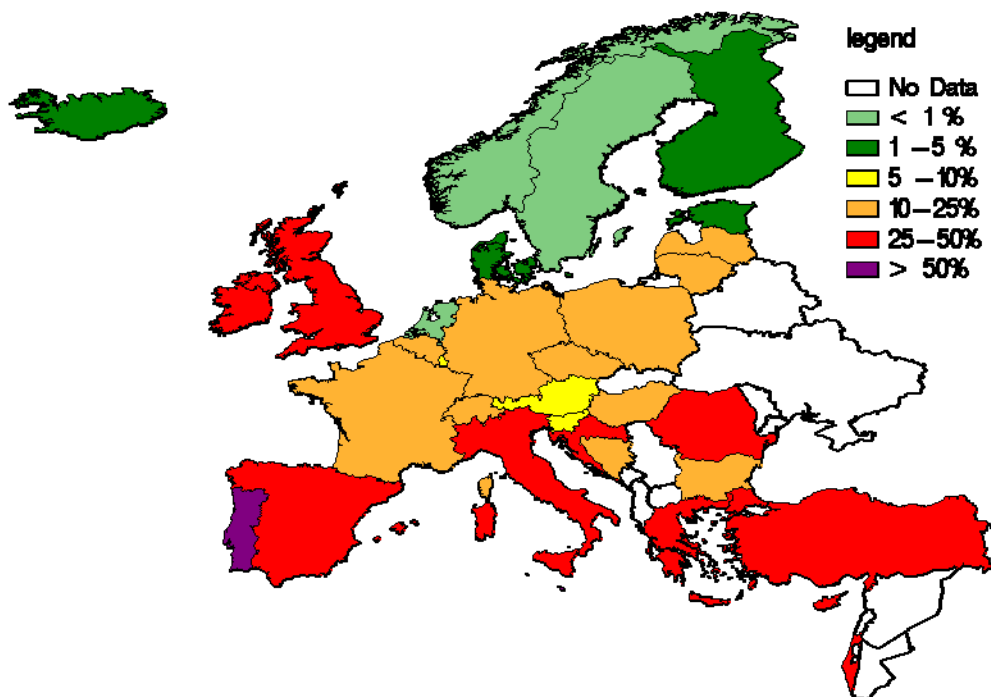


Abbildung: Anteil der diagnostizierten staphylococcus aureus-Infektionen mit Methicillin-Resistenz von allen staphylococcus aureus-Infektionen in Europa im Jahr 2008.

Neben den im Krankenhaus erworbenen MRSA („hospital-acquired“ oder kurz ha-MRSA) sind in den vergangenen Jahren MRSA auch bei Menschen aufgetreten, die keine typischen Risikofaktoren für MRSA besitzen. Durch sogenannte hypervirulente „community-acquired“ oder ca-MRSA werden Infektionen vor allem der Haut auch bei sonst Gesunden ausgelöst. Außerdem werden MRSA, die mit landwirtschaftlicher Tierhaltung assoziiert sind und bei direkten Kontaktpersonen zu Tieren nachgewiesen werden, als „livestock-associated“ oder la-MRSA bezeichnet.

2. Gesetzliche Rahmenbedingungen und Bundesinitiativen

2.1 Bundesgesetzliche Regelungen

Rechtliche Grundlagen für Maßnahmen, die die Surveillance (Überwachung) resistenter Krankheitserreger, die Infektionshygiene und ihre Überwachung sowie die Verhütung und Bekämpfung von Infektionen mit resistenten Krankheitserregern betreffen, finden sich in den bundesgesetzlichen Regelungen des IfSG. Dieses Gesetz führen die Länder gemäß Artikel 83 Grundgesetz als eigene Angelegenheit aus. Es verpflichtet die Leiter von Krankenhäusern und von Einrichtungen für ambulantes Operieren, das Auftreten von Krankheitserregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen fortlaufend zu dokumentieren und zu bewerten. Die Aufzeichnungen sind zehn Jahre aufzubewahren. Den kommunalen Gesundheitsämtern ist zur infektionshygienischen Überwachung auf Verlangen Einsicht in diese Aufzeichnungen zu gewähren. Die von den Krankenhäusern und Einrichtungen für ambulantes Operieren zu erfassenden Erreger mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen werden vom RKI verbindlich festgelegt. Die Auswahl nimmt das RKI unter Berücksichtigung der Häufigkeit der Mikroorganismen als Erreger nosokomialer Infektionen sowie der therapeutischen und epidemiologischen Relevanz der jeweiligen Resistenzen vor. Die in den Krankenhäusern und Einrichtungen erhobenen Daten dienen in erster Linie als Grundlage für eine surveillancebasierte Selbstkontrolle und insbesondere der Vermeidung der Ausbreitung schwer zu therapierender Erreger.

Gesetzlich verpflichtet sind Krankenhäuser darüber hinaus zur Festlegung von innerbetrieblichen Verfahrensweisen zur Infektionshygiene durch Hygienepläne. Im Hygieneplan legt jedes Krankenhaus geeignete Maßnahmen (z. B. Isolierung, Schutzkleidung, Screening u. a.) fest, die beim Auftreten multiresistenter Erreger ergriffen werden, um eine Weiterverbreitung zu verhindern. Daneben besteht nach § 6 Abs. 3 IfSG eine Meldepflicht für Ausbruchsgeschehen (Häufungen nosokomialer Infektionen), bei denen ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet wird. Im Juli 2009 wurde zusätzlich eine Meldepflicht für den Nachweis von MRSA aus Blut und Liquor² eingeführt.

Die KRINKO findet ihre Rechtsgrundlagen ebenfalls in den Bestimmungen des IfSG. Ihr gesetzlicher Auftrag besteht darin, Empfehlungen zur Prävention nosokomialer Infektionen sowie zu betrieblich-organisatorischen und baulich-funktionellen Maßnahmen der Hygiene in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen zu erstellen. Die evidenzbasierten Empfehlungen der KRINKO stellen den aktuellen Stand der Wissenschaft und Technik auf dem Gebiet der Krankenhaushygiene dar und sind eine maßgebliche Grundlage für das Handeln der Krankenhäuser. Die Empfehlungen werden im Bundesgesundheitsblatt veröffentlicht und sind darüber hinaus im Internet unter www.rki.de verfügbar. Von der KRINKO wurde u. a. eine „Empfehlung zur Prävention und Kontrolle von MRSA-Stämmen in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen“ erarbeitet.

Neben den Bestimmungen des IfSG sind die Regelungen im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) von Bedeutung. Hiernach sind zugelassene Krankenhäuser verpflichtet, ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln. Ziel des Qualitätsmanagements ist u. a. die kontinuierliche Bewertung und Verbesserung vorhandener Behandlungs- und Pflorgetechniken, wobei nosokomiale Infektionen als Komplikation einer Krankenhausbehandlung einen wichtigen Parameter zur Beurteilung der Ergebnisqualität darstellen. Durch die Veröffentlichung von strukturierten Qualitätsberichten können die Aktivitäten einzelner Krankenhäuser bewertet werden. Nach SGB V sind sowohl Fragen zur Kostenerstattung als auch zur Qualitätssicherung sowohl für den ambulanten wie stationären Sektor geregelt, wie auch die Zusammenarbeit zwischen beiden Sektoren.

2.2 DART-Strategie

Neben den bundesgesetzlichen Regelungen haben das Bundesministerium für Gesundheit gemeinsam mit dem Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz sowie dem Bundesministerium für Bildung und Forschung im November 2008 die Deutsche Antibiotika-Resistenzstrategie (DART)³ vorgestellt und gemeinsame Handlungsfelder beschrieben, um der weiteren Entstehung von Resistenzen gezielt entgegenzuwirken. DART enthält umfassende Maßnahmen zur Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Antibiotika-Resistenzen in Deutschland, die bis 2013 umgesetzt sein sollen. Dabei übernimmt das RKI u. a. zentrale Aufgaben im Bereich der Erfassung und Bewertung von Daten zu Antibiotika-Resistenzen und -Verbrauch.

DART benennt insgesamt zehn Ziele und 42 Aktionen. Im humanmedizinischen Bereich werden folgende vier zentrale Handlungsfelder benannt:

- Surveillance-Systeme zur Antibiotika-Resistenz und zum Antibiotika-Verbrauch,
- Verhütungs- und Bekämpfungsmaßnahmen zur Reduzierung von Antibiotika-Resistenzen,
- Zusammenarbeit und Koordination,
- Forschung und Evaluierung.

2.3 Entwurf für ein Krankenhaushygienegesetz

Unter dem Vorsitz Niedersachsens hat die Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden auf ihrer 26. Sitzung am 18./19.11.2010 den für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerinnen und Ministern, Senatorinnen und Senatoren der Länder folgenden Beschluss empfohlen (Auszug):

² Mit dem Begriff Liquor wird in der Medizin die Hirnflüssigkeit bezeichnet.

³ www.bmg.bund.de/fileadmin/redaktion/pdf_broschueren/Antibiotika-Resistenzstrategie.pdf

1. Die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) fordert das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) auf, den Ländern eine Verordnungsermächtigung im Infektionsschutzgesetz zuzuweisen, um länderspezifische Regelungen für die Einhaltung der Infektionshygiene auf einheitlicher Rechtsgrundlage und für alle relevanten Einrichtungen des Gesundheitswesens zu ermöglichen und Verstöße als Ordnungswidrigkeiten ahnden zu können. In diesem Zusammenhang bittet die GMK das BMG, die Novellierung des Infektionsschutzgesetzes zügig einzuleiten.
2. Die GMK stellt fest, dass die Mehrkosten für Maßnahmen des Hygienemanagements bei der Bemessung der Krankenhausvergütungen berücksichtigt werden müssen, damit Krankenhäuser die erhöhten Anforderungen auch tatsächlich umsetzen können.
3. Die GMK bittet das BMG darauf hinzuwirken, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) im Rahmen seiner Richtlinienkompetenz nach § 137 SGB V die Qualitätsindikatoren für die Qualitätssicherung entsprechend der hygienischen Erfordernisse erweitert.
4. Im Hinblick auf das einrichtungsübergreifende Management bezüglich Multi-Resistenter Erreger (MRE) unterstreichen die Ministerinnen und Minister, Senatoren und Senatorinnen für Gesundheit der Länder den Beschluss der 79. GMK und unterstützen die Etablierung regionaler, in der Summe flächendeckender Netzwerke, die alle Akteure einbeziehen und durch den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) koordiniert werden sollen. Sie appelliert an alle Verantwortlichen vor Ort, sich aktiv an der Bildung dieser Netzwerke zu beteiligen.
5. In diesem Zusammenhang bittet die GMK das BMG darauf hinzuwirken, dass der G-BA im Rahmen seiner Richtlinienkompetenz die bundeseinheitliche Kostenerstattung der Screeninguntersuchungen und notwendige Sanierungsmaßnahmen durch die gesetzliche Krankenversicherung zum Schutze der Patientinnen und Patienten sektorenübergreifend gewährleistet.
6. Das BMG wird gebeten, das im Rahmen von DART angekündigte Konzept zur Bildung einer Kommission beim RKI für Antibiotika-Therapie in Abstimmung mit den Tätigkeiten der Fachgesellschaften voranzubringen.

Die Bundesregierung hat auf die Forderung der Länder inzwischen reagiert und einen Gesetzentwurf in den Bundesrat eingebracht (BR-Drs. 150/11). Der Gesetzentwurf sieht u. a. Änderungen im IfSG vor, das um neue Instrumente für die Verhütung und Bekämpfung nosokomialer Infektionen einschließlich solcher durch resistente Erreger ergänzt werden soll. Beim RKI soll ferner eine Kommission Antiinfektive Resistenzlage und Therapie eingerichtet werden. Leiterinnen und Leiter von Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen sollen zur Durchführung der nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft erforderlichen Präventionsmaßnahmen verpflichtet werden. Der diesbezügliche rechtliche Stellenwert der Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention sowie der Kommission Antiinfektive Resistenzlage und Therapie wird konkretisiert. Vorgesehen ist außerdem, dass die Länder für alle relevanten Einrichtungen durch Rechtsverordnung das Nähere zu bestimmten erforderlichen Maßnahmen zu regeln haben. Darüber hinaus soll der G-BA Qualitätsindikatoren nach § 137 SGB V für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung der Krankenhäuser zur Beurteilung der Hygienequalität bestimmen. Schließlich ist eine Regelung zu treffen, nach der ärztliche Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie⁴ von Trägern mit MRSA vergütet werden. Insoweit wird den Wünschen der Länder mit dem Gesetzentwurf Rechnung getragen.

3. Maßnahmen in Niedersachsen

Im Februar 2009 hat die Landesregierung die niedersächsische Strategie gegen therapieassoziierte Infektionen und Antibiotika-Resistenzen öffentlich vorgestellt. Sie umfasst Handlungsfelder, die in fünf Themengruppen untergliedert werden können:

- Rahmenbedingungen,
- Surveillance,
- Maßnahmen der Prävention und Kontrolle,

⁴ Die Eradikationstherapie hat die vollständige Ausschaltung eines Krankheitserregers oder auch eines Krankheitsbildes zum Ziel.

- Fortbildung, Information und Kommunikation,
- Ökonomische Aspekte.

3.1 Rahmenbedingungen

3.1.1 Rechtsgrundlagen

Spezielle landesgesetzliche Regelungen zur Krankenhaushygiene existieren in Niedersachsen derzeit nicht. Mit dem Ziel, dem Problem multiresistenter Keime wirksamer zu begegnen und die Sicherheit der Patientinnen und Patienten weiter zu verbessern, hat das MS die Krankenhaushygiene im Entwurf eines neuen Niedersächsischen Krankenhausgesetzes speziell berücksichtigt. Ziel der vorgesehenen Regelung ist u. a., dass die vorhandenen Empfehlungen der KRINKO einen verbindlicheren Stellenwert erhalten.

Im Hinblick auf die unter Ziffer 2.3 dargestellten Aktivitäten und Entwicklungen auf Bundesebene erscheint es allerdings sinnvoll, auf entsprechende Regelungen in einem Niedersächsischen Krankenhausgesetz zu verzichten, sobald erkennbar ist, dass die Regelungen im IfSG wie geplant in Kraft treten. Diesbezügliche Regelungen im IfSG wären gegenüber den Regelungen in einem Landesgesetz kompetenzrechtlich vorrangig. Inhaltlich bleiben die geplanten Regelungen im IfSG nicht hinter den im niedersächsischen Gesetzentwurf vorgesehenen Bestimmungen zur Krankenhaushygiene zurück.

3.1.2 Regionale Netzwerke

Die Bildung regionaler Netzwerke wird inzwischen als ein wichtiges Instrument angesehen, der Problematik multiresistenter Erreger wirksam zu begegnen. Ziel ist der offene Austausch der beteiligten Einrichtungen über mögliche Maßnahmen. Zielgruppen sind insbesondere Krankenhäuser, Heimträger, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, ambulante Pflegedienste, Krankentransportdienste sowie medizinische Labore. Ein wesentlicher Punkt ist dabei die gegenseitige Information über Patientinnen und Patienten mit MRSA, damit besondere Hygienemaßnahmen und eventuelle Therapien zielgerichtet durchgeführt werden können. Diese Netzwerke sollen unmittelbar vor Ort etabliert werden. Der kommunale ÖGD fungiert dabei als Koordinator und nimmt Kontakt zu den Zielgruppen auf. Das NLGA unterstützt die Kommunen bei der Bildung dieser Netzwerke durch Arbeitsmaterialien und persönliche Beratung aus dem Arbeitsbereich Krankenhaushygiene. Inzwischen haben sich mehrere Netzwerke gebildet oder sie befinden sich im Aufbau (Städte Delmenhorst und Wilhelmshaven, Region Hannover, Landkreise Harburg, Lüneburg, Wesermarsch und Vechta, ein Verbundnetzwerk Südostniedersachsen mit den Städten Braunschweig, Salzgitter und Wolfsburg und den Landkreisen Gifhorn, Goslar, Helmstedt, Peine, Wolfenbüttel sowie im Rahmen des EU-Projektes [siehe Ziffer 3.1.4] im Grenzgebiet zu den Niederlanden die Landkreise Ammerland, Aurich, Cloppenburg, Emsland, Friesland, Grafschaft Bentheim, Leer, Osnabrück, Wittmund sowie die Städte Emden, Oldenburg und Osnabrück).

3.1.3 Begleitgremium Niedersachsen

Auf Ebene des Landes ist ein Gremium mit den Akteuren des Gesundheitswesens gegründet worden. Beim NLGA wurde eine Geschäftsstelle eingerichtet. Im Einzelnen sind in diesem Gremium vertreten:

- das MS,
- das NLGA,
- die Medizinische Hochschule Hannover (MHH),
- die Ärztekammer Niedersachsen,
- die Apothekerkammer Niedersachsen,
- die Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände Niedersachsens,
- die Niedersächsische Krankenhausgesellschaft,
- die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen,

- die Spitzenverbände der Krankenkassen in Niedersachsen sowie
- diverse Fachverbände (Hygiene/Mikrobiologie: Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie; ÖGD: Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes; Pflege: Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe Nordwest e. V.).

Das Begleitgremium Niedersachsen unterstützt Initiativen vor Ort und erarbeitet Lösungsstrategien bei überregionalen Problemen. Zuletzt hat sich das Gremium mit Fragen der Finanzierung von diagnostischen und therapeutischen Leistungen im Zusammenhang mit MRSA im ambulanten Bereich befasst. Ein allgemeines Screening von Risikopatientinnen und -patienten gehört derzeit nicht zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung. Etwaige Kosten können daher nicht von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden. Ziel der Beratungen war es deshalb, gemeinsam mit allen Beteiligten Lösungen hinsichtlich der Finanzierung von MRSA-Leistungen zu erarbeiten. Zwar haben sich inzwischen erste Ansätze ergeben, die bisher jedoch noch nicht in konkrete Maßnahmen umgesetzt werden konnten. Die Gespräche sollen grundsätzlich fortgesetzt werden. In Anbetracht gesetzgeberischer Aktivitäten auf Bundesebene wurden die Gespräche aber zunächst zurückgestellt. Der vom BMG vorgelegte Referentenentwurf für ein Gesetz zur Verbesserung der Krankenhaushygiene greift das Problem ebenfalls auf. Zu den weiteren Einzelheiten wird auf die Ausführungen unter Ziffer 2.3 verwiesen.

3.1.4 Euregionales Netzwerk für Patientensicherheit und Infektionsschutz

Niedersachsen ist mit den Kommunen der Ems-Dollart-Region und der nördlichen EUREGIO Teil des EU-Projektes EurSafety Health-Net (www.eursafety.eu). Ziel des Projektes ist die Schaffung eines grenzüberschreitenden Netzwerks der Gesundheitsversorgung entlang der deutsch-niederländischen Grenzregionen Maas-Rijn-Noord, Rijn-Waal, Gronau-Enschede, Ems-Dollart und Maas-Rijn mit dem Ziel, Patientinnen und Patienten, die sich behandeln lassen, vor Infektionen zu schützen.

Die Projektkoordination in Niedersachsen wird durch das NLGA gewährleistet. Das Großprojekt wird im Rahmen des EU-Förderprogramms INTERREG IV a mit 8,1 Mio. Euro gefördert. Der Finanzierungsanteil Niedersachsens beträgt 10 %.

Durch EurSafety Health-Net soll in den kommenden fünf Jahren entlang der deutsch-niederländischen Grenze ein Qualitätsverbund aus vielen Akteuren und Einrichtungen des Gesundheitswesens (Patientinnen und Patienten, der ÖGD, Krankenhäuser, Arztpraxen, Alten- und Pflegeheime sowie Labore) entstehen. Die Projektleitung vor Ort ist beim Landkreis Emsland angesiedelt. Durch den Aufbau einer Hygiene-Akademie Nord in Oldenburg werden darüber hinaus die Durchführung praxisgerechter Fortbildungsveranstaltungen und ein einheitliches Vorgehen in Sinne eines Risikomanagements sichergestellt.

Der offizielle Startschuss des Projekts fiel im November 2009. Die Auftaktveranstaltung für die Ems-Dollart-Region fand am 10.03.2010 in Meppen statt. Am 26.08.2010 wurden alle Krankenhäuser im Fördergebiet zu einer ersten Veranstaltung in Oldenburg eingeladen. Dabei wurden insbesondere die Qualitätsziele erläutert, die zum Erlangen eines Qualitätssiegels erfüllt werden müssen. Diese sind (QZ 1 bis QZ 10):

QZ 1 Teilnahme an den EurSafety Health-Net-Qualitätsverbundveranstaltungen

Die Qualitätsverbundveranstaltungen beinhalten sowohl fachliche Weiterbildung, z. B. in den Bereichen Infektionsschutz, Antibiotikatherapie und Hygiene, wie auch den Erfahrungsaustausch der teilnehmenden Personen. Die Treffen werden von den Koordinatoren der Region zweimal pro Jahr veranstaltet und richten sich insbesondere an das hygieneverantwortliche Personal der jeweiligen Kliniken, also an die Hygienefachkräfte und hygienebeauftragten Ärztinnen und Ärzte.

QZ 2 Erfassung epidemiologischer Daten

Die teilnehmenden Krankenhäuser verpflichten sich, epidemiologische Daten wie Verlegerdaten, Patientenzahlen, Patiententage, Bettenzahlen an das Projekt weiterzugeben.

QZ 3 Fortbildung/„MRSA-Tisch“ mit ÖGD

Die Landkreise und kreisfreien Städte laden in regelmäßigen Abständen zu Runden Tischen ein. Neben den Krankenhäusern sollen auch weitere Akteure des Gesundheitswesens wie ambulante und stationäre Pflegedienste, Rettungsdienste, Rehabilitationskliniken, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte und Laboratorien teilnehmen, um die Kommunikation zwischen den unterschiedlichen Einrichtungen zu verbessern. Weiterhin sollen über Themen wie die aktuelle MRSA-Problematik, allgemeine Hygiene, Screeningverfahren, Personenschutz und Antibiotikatherapie diskutiert und gemeinsame Lösungsansätze erarbeitet werden.

QZ 4 Eingangsscreening

Zur Überprüfung der hauseigenen MRSA-Risikogruppen wird an fünf aufeinanderfolgenden Tagen ein Eingangsscreening aller Patientinnen und Patienten in den teilnehmenden Krankenhäusern stattfinden. In diesem Zeitraum wird jede Neuaufnahme abgestrichen und der MRSA-Status erfasst. Die Ergebnisse dieser Untersuchung und einer dazugehörigen Risikoanamnese werden epidemiologisch ausgewertet und an die Krankenhäuser zurückgespiegelt.

QZ 5 Festlegen der Anzahl und Art der hausspezifischen Risikogruppen

Nach der Auswertung des Eingangsscreenings sollen die Hygienekommissionen der teilnehmenden Krankenhäuser die zukünftigen hausspezifischen Risikogruppen festlegen. Diese müssen dann im weiteren Projektverlauf, zusätzlich zu den bereits bekannten Risikogruppen, in das routinemäßige MRSA-Eingangsscreening der jeweiligen Krankenhäuser aufgenommen werden.

QZ 6 Typisierung ausgewählter MRSA-Stämme

Im Fall eines MRSA-Ausbruchs in einem teilnehmenden Krankenhaus müssen ausgewählte MRSA (z. B. Ausbruchsstämme oder Patientenerstisolate) zur genauen Bestimmung des MRSA-Typs an ein Typisierungslabor weitergeleitet werden.

QZ 7 Umsetzung der KRINKO-Empfehlung

Alle teilnehmenden Krankenhäuser verpflichten sich zur Umsetzung des § 23 IfSG und der KRINKO-Empfehlung zur „Prävention und Kontrolle von MRSA-Stämmen in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen“ (siehe Bundesgesundheitsblatt 12/1999 S. 954 ff.). Die Ausführung der Maßnahmen in den Krankenhäusern wird vom kommunalen ÖGD regelmäßig überprüft, der die Ergebnisse an die koordinierende Stelle weiterleitet.

QZ 8 Erfassung und Bereitstellung von standardisierten MRSA-Daten

Die Krankenhäuser sollen im gesamten Projektzeitraum MRSA-Daten (z. B. die Zahl der stationären MRSA-Fälle, der MRSA-assoziierten Infektionen und der MRSA-Nachweise in Blutkulturen) standardisiert erfassen und diese auch bewerten. Die Auswertungen werden ebenfalls regelmäßig vom zuständigen kommunalen ÖGD überprüft und an die Projektkoordinatoren weitergeleitet.

QZ 9 Weitergabe an die niedergelassene Ärztin oder den niedergelassenen Arzt

Auf kommunaler Ebene werden die Krankenhäuser zusammen mit dem Landkreis oder der kreisfreien Stadt (z. B. an den Runden Tischen oder in gesonderten Arbeitsgruppen) erörtern, wo Schnittstellenproblematiken vorhanden sind. In diesen Treffen sollen geeignete Überleitungsbögen und gesonderte Abläufe zur verbesserten Kommunikation bezüglich des MRSA-Status von Patientinnen und Patienten erarbeitet werden.

QZ 10 Umsetzung der gemeinsamen Screeningempfehlung

Die Krankenhäuser sollen in Zusammenarbeit mit der Projektleitung die Anzahl der durchzuführenden Nasen-Rachenabstriche festlegen, basierend auf den Auswertungen des Eingangsscreenings (QZ 4). Dieses Screeningsoll wird anhand der durchgeführten Abstrichuntersuchungen, aufgeschlüsselt nach Monaten für das jeweilige Jahr, überprüft.

Von den 24 Kliniken der Ems-Dollart-Region und den drei Krankenhäusern in Oldenburg haben alle unterschrieben, dass sie am Prävalenzscreening teilnehmen werden und das Erreichen des Qualitätsniveaus anstreben. Darüber hinaus werden sich auch Kliniken aus Wilhelmshaven und Weser-

marsch beteiligen, ohne dass sie für das Prävalenzscreening finanziell unterstützt werden. Interesse besteht auch seitens der Krankenhäuser des Landkreises Vechta.

3.2 Surveillance

3.2.1 Antibiotika-Resistenz-Monitoring in Niedersachsen

Als erstes Bundesland hat Niedersachsen eine Surveillance mit niedergelassenen Laboren aufgebaut, das sogenannte Antibiotika-Resistenz-Monitoring in Niedersachsen (ARMIN)⁵. Ziel von ARMIN ist es, die Resistenzentwicklung der klinisch relevanten Bakterien im stationären und ambulanten Bereich in Niedersachsen systematisch zu erfassen und langfristig zu beobachten, um daraus frühzeitig Empfehlungen abzuleiten. Das Projekt ARMIN soll dazu beitragen, Antibiotika zielgerichteter einzusetzen und den therapeutisch tätigen Ärztinnen und Ärzten entsprechende Beratung anzubieten. Hierfür wurde mit den beteiligten Laboren ein Diskussionsforum beim NLGA eingerichtet.

3.2.2 Startermaßnahme Punktprävalenzerhebung von MRSA

Es hat sich als sinnvoll erwiesen, ein MRSA-Netzwerk vor Ort mit einer Startermaßnahme zu etablieren. Hierfür bietet sich das in der MHH entwickelte Punktprävalenzscreening an. In einem kurzen Zeitraum werden möglichst alle Patientinnen und Patienten auf MRSA untersucht.

Eine derartige Untersuchung ist zwar in der Planung aufwendig, kann jedoch die Ausgangssituation beschreiben und die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Einrichtungen vor Ort fördern und ist damit als Startermaßnahme sehr gut geeignet.

Derartige Untersuchungen haben in Hannover und Osnabrück bereits stattgefunden. In Hannover wurden dabei bei 3,9 % der untersuchten ca. 3 000 Patientinnen und Patienten, die in der MHH und weiteren Krankenhäusern der Stadt behandelt wurden, MRSA nachgewiesen. Im Raum Osnabrück fanden sich MRSA in ca. 3 % der Abstriche, die im November 2010 bei etwa 3 300 Patientinnen und Patienten aus 16 Krankenhäusern und einer Rehabilitationsklinik entnommen wurden.

3.2.3 Forschungsvorhaben Prävalenz von MRSA bei Menschen in der Nähe von Betrieben der Intensivtierhaltung

An der Ludwig-Maximilian-Universität München (LMU), Arbeitsgruppe Arbeits- und Umwelt-epidemiologie & Net Teaching, wird derzeit eine epidemiologische Studie ausgewertet, die in Zusammenarbeit mit dem NLGA durchgeführt wurde. Ziel der Studie war es, das Vorkommen von la-MRSA in einem Studienkollektiv mit beruflichem Tierkontakt zu Anlagen der Schweine- und Geflügelmast sowie bei dort ansässigen Anwohnerinnen und Anwohnern ohne direkten Tierkontakt zu ermitteln. In diesem Zusammenhang sollten mögliche Risikofaktoren für eine Besiedelung mit la-MRSA erforscht werden. Hierfür wurde eine epidemiologische Studie mit Probanden mit und ohne beruflichen oder privaten Kontakten zur Landwirtschaft durchgeführt, die bereits am klinischen Teil der Niedersächsischen Lungenstudie teilgenommen hatten.

Die Ergebnisse stehen noch vor der Veröffentlichung. Nach ersten Mitteilungen der LMU konnte bei 1,5 % der Untersuchten (1 872 Personen) eine Besiedelung mit MRSA (davon über 85 % la-MRSA) nachgewiesen werden. Es konnten Ergebnisse anderer Studien bestätigt werden, dass Personen mit beruflichem Tierkontakt sowie deren Familienangehörige ein erhöhtes Risiko für eine Besiedelung mit la-MRSA haben. Innerhalb dieser Gruppe hatten Probanden mit beruflichem Kontakt zu Schweinen ein erhöhtes Risiko für eine Besiedelung im Vergleich zu Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit beruflichem Kontakt zu anderen Tieren. Aber auch private Besuche auf landwirtschaftlichen Betrieben (z. B. Einkaufen auf dem Bauernhof) führten zu einer höheren Wahrscheinlichkeit für einen positiven la-MRSA-Befund bei Teilnehmerinnen und Teilnehmern ohne beruflichen Kontakt zur Tierhaltung. Eine abschließende Bewertung ist erst nach der Veröffentlichung möglich.

3.2.4 Surveillance von ca-MRSA

Neben MRSA-Stämmen, die im Krankenhaus erworbene Infektionen hervorrufen, wird in zunehmendem Maße über das Auftreten von sogenannten community-acquired-MRSA (ca-MRSA) berichtet. Dies sind MRSA-Stämme, die außerhalb des Krankenhauses erworben und verbreitet wer-

⁵ Weitere Informationen im Internet unter www.nlga.niedersachsen.de > Infektionen & Hygiene > ARMIN/Resistenzentwicklung.

den und sich in ihrer Herkunft und Epidemiologie von MRSA unterscheiden. Sie sind durch eine spezielle Untersuchung von anderen MRSA-Stämmen zu unterscheiden, die nicht Gegenstand mikrobiologischer Routinediagnostik sind, sodass die Gefahr besteht, dass diese Erreger unerkannt bleiben. Wegen ihrer Verbreitungstendenz und der hohen, weltweit zunehmenden Bedeutung von ca-MRSA hat das NLGA eine zweijährige Studie durchgeführt, um zu ermitteln, ob und in welchem Umfang diese Erreger in Niedersachsen endemisch⁶ sind. Hierfür wurden Proben aus chirurgischen, dermatologischen und allgemeinärztlichen Arztpraxen in Niedersachsen sowie aus Justizvollzugsanstalten auf ca-MRSA untersucht. Eine Zusammenfassung der Studienergebnisse wird derzeit vorbereitet.

Um einer unbemerkten Verbreitung sporadischer ca-MRSA-Fälle entgegenzuwirken, bleibt bei entsprechendem Infektionsverdacht das spezifische Diagnostikangebot zu Surveillancezwecken für ausgewählte Sentinelpraxen (repräsentative Gruppe von Arztpraxen), kommunale Gesundheitsämter und den am ARMIN-Projekt teilnehmenden Laboratorien vorerst kostenfrei bestehen. Geeignete Indikationen könnten beispielsweise Infektionen, die nicht auf die üblichen Therapien ansprechen, oder wiederkehrende Abszesse (gegebenenfalls mit familiärer Häufung oder anderen Gruppenerkrankungen) nach Auslandsaufenthalten sein.

3.3 Maßnahmen der Prävention und Kontrolle

3.3.1 Abgestimmte Empfehlungen des NLGA

Die Verantwortung für die Einhaltung von Hygienerichtlinien liegt bei der jeweiligen Einrichtung. Sie unterliegen nach dem IfSG der infektionshygienischen Überwachung durch den kommunalen ÖGD. In Niedersachsen steht mit dem NLGA eine kompetente Beratungsbehörde sowohl für den ÖGD als auch für Krankenhäuser und weitere Einrichtungen des Gesundheitswesens zur Verfügung. Im Umgang mit MRSA wurden in Zusammenarbeit mit Fachleuten aus dem ÖGD bereits vor über zehn Jahren Empfehlungen entwickelt, die bundesweit Beachtung gefunden haben. Dies ist insbesondere auch darauf zurückzuführen, dass neben Aspekten der Krankenhaushygiene weitere Einrichtungen des Gesundheitswesens berücksichtigt waren.

Gemeinsam mit Frau PD Dr. Iris F. Chaberny, Leiterin des Arbeitsbereichs Krankenhaushygiene der MHH und Herrn Dr. Jörg Herrmann, Direktor des Institutes für Krankenhaushygiene des Klinikums Oldenburg gGmbH, wurden durch das NLGA Empfehlungen für Alten- und Pflegeeinrichtungen, für ambulante Pflegedienste, für Behindertentageseinrichtungen und für den Rettungs- und Krankentransport überarbeitet und im April 2010 neu aufgelegt.

Das NLGA steht ständig im fachlichen Austausch mit den Überwachungsbehörden und dem praktisch tätigen Fachpersonal. Die fachlichen Empfehlungen des NLGA können auf diese Weise praxisnah weiterentwickelt und fortgeschrieben werden. Dies erhöht die Akzeptanz in den Einrichtungen und damit auch die Bereitschaft, die Empfehlungen anzuwenden.

3.3.2 Screening

Bei der Prävention der Ausbreitung von MRSA spielt das Screening eine besondere Rolle, da hierdurch intensive Hygienemaßnahmen zielgerichtet möglich sind. Im Rahmen der oben genannten Netzwerkbildung ist das Screening ein wichtiges Qualitätsziel.

Einen besonderen Stellenwert nimmt das Screening vor planbaren Eingriffen ein (z. B. in der Gefäßchirurgie, der Orthopädie und in der Unfallchirurgie). Dieses könnte noch vor der stationären Aufnahme erfolgen. Wegen fehlender Finanzierungsmöglichkeiten für MRSA-Screenings im ambulanten Bereich ist die Umsetzung dieser Maßnahme gegenwärtig nicht möglich. Zu den weiteren Einzelheiten wird auf die Ausführungen unter Ziffer 2.3 und 8 verwiesen.

3.3.3 Sanierung

Ziel der Sanierung ist die Senkung der MRSA-Last bei besiedelten Patientinnen und Patienten. Ob eine Sanierung im Einzelfall Erfolg haben kann, ist abhängig vom Umfang MRSA-assoziiierter Risikofaktoren sowie von der Lokalisation der Besiedelung der Patientin oder des Patienten. Speziell

⁶ Endemisch = andauernd gehäuftes Auftreten einer Krankheit in einer begrenzten Region oder Population.

für den ambulanten Bereich wurden daher durch das NLGA Empfehlungen erarbeitet und ebenfalls im April 2010 auf der Internetseite www.nlga.niedersachsen.de veröffentlicht.

3.3.4 Information über MRSA-Trägerstatus und MRSA-Anamnese

Wichtigstes Element der Netzwerke ist der gegenseitige Austausch über ein gemeinsames, einheitliches Management und die Information über bekannte MRSA-Patientinnen und -Patienten vor bzw. bei Verlegung. Zur Behebung der häufig beklagten Informationsdefizite zwischen klinischen und außerklinischen Institutionen bei Verlegungen MRSA-besiedelter Personen gibt es inzwischen durch das NLGA entwickelte Überleitungsbögen. Diese Angebote werden vor allem seitens der Pflegenden und Hygienebeauftragten der stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen sowie der Kranken- und Rettungstransporte gut angenommen.

3.3.5 Kontrollierter Antibiotikaeinsatz

Eine ungezielte Antibiotikatherapie spielt eine wesentliche Rolle bei der Entwicklung von Resistenzen. Bislang fehlen Konzepte, den Antibiotikaeinsatz „übergeordnet“ zu kontrollieren. Ziel der im Rahmen der Strategie aufgebauten Kontakte ist es daher, für diesen Bereich durchführbare Projekte zu entwickeln. Einen Ansatzpunkt bietet die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Laboratorien im Rahmen des Surveillance-Projektes ARMIN gebildeten Diskussionsforums, um die Einsender über die gezielte Antibiotikatherapie zu informieren.

Gemeinsam mit den Netzwerken Region Hannover und Südostniedersachsen gibt es Überlegungen, praxistaugliche Leitfäden für die Antibiotikagabe im ambulanten Bereich zu entwickeln.

3.4 Fortbildung, Information und Kommunikation

Das NLGA führt regelmäßig Fort- und Weiterbildungen zur Thematik Krankenhaushygiene sowohl für den ÖGD, für hygienebeauftragte Ärztinnen und Ärzte und weitere Gesundheitsfachberufe durch. Allein im Jahr 2010 wurden dreizehn Fortbildungen für unterschiedliche Adressaten angeboten.

Im Rahmen des EU Projektes EurSafety Health-Net wurde in Oldenburg die Euregionale Akademie für Patientensicherheit und Infektionsschutz (Nord) gegründet, die in der Förderregion und den angrenzenden Kommunen Fortbildungen anbietet.

Wichtiges Element der Fortbildungen ist die Ausbildung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in allen Einrichtungen des Gesundheitswesens. Hierfür wurde die Internetpräsentation auf den Seiten des NLGA ausgebaut⁷. Neben Merkblättern für unterschiedliche Institutionen werden auch Schulungsdateien angeboten, die von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren für eigene Fortbildungen genutzt werden können. Neben Informationen für die Fachöffentlichkeit werden auch Informationen für Patientinnen und Patienten sowie Angehörige zur Verfügung gestellt.

3.5 Ökonomische Aspekte

Bei der Netzworkebildung kommt dem ambulanten Bereich eine besondere Bedeutung zu, da spezifische Maßnahmen auch dort fortgesetzt werden müssen. Dazu gehören insbesondere die Therapie von besiedelten Patientinnen und Patienten oder auch die Kontrolluntersuchung auf MRSA im Laufe einer solchen Therapie. Allerdings fehlen hier bislang Möglichkeiten zur Finanzierung von Leistungen, da es sich bei einer Besiedelung mit MRSA nicht um eine Erkrankung handelt. Solange die Kostenübernahme im ambulanten Bereich nicht gelingt, kann eine Zusammenarbeit der niedergelassenen Ärzteschaft nur schwer erreicht werden. Mit dem vorgelegten Gesetzentwurf des Bundes (siehe Ziffer 2.3 und Ziffer 8) wurde dieser Problematik Rechnung getragen.

4. Maßnahmen in den Niederlanden

In den Niederlanden wurde bereits zu Beginn der 80er-Jahre mit der Bekämpfung von MRSA begonnen. Seitdem werden Richtlinien umgesetzt, die eine Suche (search) nach MRSA-besiedelten Patientinnen und Patienten, eine konsequente Kontaktisolation von MRSA-Patientinnen und -Patienten im Krankenhaus und eine nachhaltige Dekontamination⁸ (destroy) des Keims bei

⁷ www.mrsa.niedersachsen.de oder www.mrsa-netzwerke.niedersachsen.de

⁸ Unter Dekontamination versteht man das Entfernen von gefährlichen Verunreinigungen bei Personen, Objekten oder Flächen. Die Gefährdungen können dabei chemischer, biologischer oder radioaktiver Natur sein.

MRSA-positiven Patientinnen und Patienten beinhalten. Diese Strategie wird deshalb auch „search and destroy policy“ genannt. In Deutschland wurden die Verbreitungsdynamik von MRSA und deren Bedeutung als Verursacher von Krankenhaus-assoziierten Infektionen erst später erkannt, sodass sich MRSA vor der Einführung von MRSA-Bekämpfungsmaßnahmen schon weit ausbreiten konnten. Zusätzlich geben niederländische Forschergruppen an, dass der Verbrauch von Antibiotika in den Niederlanden sehr niedrig sei, was einen positiven Effekt auf den Entstehungsdruck von multiresistenten Erregern hat. Begünstigt wird die Senkung der MRSA-Rate in den Niederlanden durch eine größere allgemeine Akzeptanz der als notwendig erachteten Präventionsmaßnahmen, der konsequenten Auditierung von Einrichtungen wie Krankenhäusern, dem sehr gezielten Antibiotikaeinsatz, eine enge Vernetzung von ambulanten und stationären Versorgungseinrichtungen und durch eine konsequente Behandlung von MRSA-Trägerinnen und -Trägern im ambulanten Bereich.

Die Unterschiede zu Deutschland sind auch auf die Struktur der beiden Gesundheitswesen zurückzuführen. In den Niederlanden ist die Anzahl von Patientenbetten pro 1 000 Einwohner um ca. 50 % niedriger als in Deutschland bei gleichzeitig günstigerem Personalschlüssel. Fachärztinnen und Fachärzte sind nur in Krankenhäusern und Polikliniken verfügbar und nicht in eigener Praxis wie in Deutschland.

Im Rahmen des EU-Projektes EurSafety Health-Net soll u. a. erarbeitet werden, welche Maßnahmen bezüglich der Hygiene und Entwicklung von Antibiotikaresistenzen trotz grundsätzlicher struktureller Gegebenheiten von den Niederlanden auf Deutschland übertragbar sind.

5. Weiterentwicklung des bestehenden Netzwerkes zu einem landesweiten Monitoringprogramm

Ziel der Netzwerke vor Ort ist der gegenseitige Austausch im Sinne einer gemeinsamen zielgerichteten Strategie gegen die Bildung von Antibiotikaresistenzen. Hierfür ist in erster Linie wesentlich, dass sich möglichst viele Institutionen vor Ort einbringen und gemeinsam festgelegte Ziele verfolgen. Die Moderation und ständige Begleitung des Prozesses dieser lokalen Netzwerkbildung sollte durch den kommunalen ÖGD erfolgen. Die Aktivitäten in den regionalen Netzwerken werden fachlich durch das NLGA unterstützt. So können Qualitätsziele landesweit vereinheitlicht werden. Jedes Netzwerk kann jedoch je nach unterschiedlicher Bereitschaft zur aktiven Teilnahme eigene Schwerpunkte setzen. Insofern ist bislang nicht vorgesehen, verpflichtende Vorgaben seitens des Landes herauszugeben. Dies könnte den Prozess der aktiven Beteiligung einzelner Akteure vor Ort gefährden. Erkenntnisse aus Untersuchungsprogrammen werden jedoch dem NLGA berichtet (siehe Angaben zur Prävalenz von MRSA unter Ziffer 3.2.2).

Im Rahmen des EU-Projektes wird eine einheitliche Strategie über mehrere Landkreise entwickelt. Da das NLGA die Maßnahmen koordiniert, ist gewährleistet, dass positive Erfahrungen auch an andere Kommunen weitergegeben werden können. Die Ergebnisse von Untersuchungsprogrammen werden ebenfalls dem NLGA mitgeteilt bzw. dort zusammengeführt.

Durch das vorgenannte Programm ARMIN werden darüber hinaus bereits Daten über die Resistenzlage von bakteriellen Infektionen im stationären und ambulanten Bereich generiert. Durch die kontinuierliche Erfassung ist es auch möglich, Entwicklungen über die Zeit und den Effekt von Maßnahmen zu beobachten. Mit ARMIN werden die Ergebnisse von Untersuchungen über die Fläche von Niedersachsen erfasst.

6. Information der Beteiligten im Gesundheitswesen

Seit über zehn Jahren ist es Schwerpunkt des NLGA, gerade auch für Gesundheitsfachberufe außerhalb des Krankenhauses fachlich hochwertige und gleichzeitig praxistaugliche Informationen zur Verfügung zu stellen. Dass diese bundesweit wahrgenommen werden, zeigen die Zugriffszahlen auf die Internetseite des NLGA. Auf die Seiten zu MRSA wird regelmäßig am häufigsten zugegriffen.

Wie beschrieben, wurden die Internetpräsentation neu aufgebaut und Merkblätter im April 2010 neu eingestellt. Da viele Netzwerkakteure aktiv an der Weiterentwicklung beteiligt sind, wurde entschieden, diese Seite unter dem Logo „Netzwerke in Niedersachsen“ zu veröffentlichen.

Eine große Herausforderung stellt die zielgerichtete Verschreibungspraxis von Antibiotika dar. Wie oben dargestellt, wird derzeit auf Ebene der Netzwerke Hannover und Braunschweig gemeinsam mit dem NLGA erwogen, einen Leitfadens für den ambulanten Bereich zu entwickeln. Mit der be-

kannten Internetpräsentation ist es möglich, entsprechende Fachinformationen zur Verfügung zu stellen. In diesem Kontext ist jedoch darauf hinzuweisen, dass ausweislich von Veröffentlichungen des Europäischen Zentrums für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) Deutschland zu den Mitgliedstaaten mit einem niedrigen Verbrauch an Antibiotika zählt. Nur die Mitgliedstaaten Österreich, Estland, Niederlande und Lettland (Quelle: Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe, 2010; ECDC) haben einen noch geringeren Verbrauch.

Wie unter den Aktivitäten in Niedersachsen beschrieben, ist Hygiene ein wesentlicher Schwerpunkt des Fortbildungsprogramms des NLGA. Es werden dabei Fortbildungen für unterschiedliche Berufe des Gesundheitswesens angeboten. So ist Hygiene in der stationären und ambulanten Pflege ein eigener Fortbildungsschwerpunkt. Darüber hinaus ist der Arbeitsbereich bei konkreten Problemfällen beratend tätig.

7. Hygienebeauftragte an Krankenhäusern

Im Entwurf eines Niedersächsischen Krankenhausgesetzes (siehe Ziffer 3.1.1) wird auf die Empfehlungen der KRINKO ausdrücklich verwiesen, die eine Hygienebeauftragte oder einen Hygienebeauftragten vorsehen. Darüber hinaus soll eine Hygienekommission gebildet werden. Damit sind bereits die wesentlichen grundlegenden fachlichen Erfordernisse der Krankenhaushygiene abgedeckt.

In Abhängigkeit vom endgültigen Gesetz können spezifische Vorgaben über die vorgesehene Verordnungsermächtigung erlassen werden. Wie unter Ziffer 2.3 beschrieben, werden die Länder jedoch voraussichtlich auf der Grundlage des IfSG vom Bund dazu verpflichtet, eine entsprechende Verordnung zu erlassen. Unabhängig davon, auf welcher Grundlage eine Verordnung erlassen werden wird, wird sie sich an den Vorgaben der KRINKO orientieren.

In jedem Fall muss ein hohes Fachwissen vor Ort gewährleistet werden. Aus diesem Grund ist die Fort- und Weiterbildung, aber auch die externe Beratung von Krankenhäusern und Überwachungsbehörden bereits seit Jahren ein wesentlicher Handlungsschwerpunkt des NLGA. Im Rahmen der Netzbildung werden darüber hinaus direkt die Führungsverantwortlichen in den Krankenhäusern angesprochen. Nach den Rückmeldungen spielt dies bei der Akzeptanz und Durchsetzung entsprechender Vorgaben und Qualitätskriterien in den Krankenhäusern eine entscheidende Rolle.

8. Kosten für die Untersuchungen und die Therapie von MRSA und Bundesratsinitiative zur Anpassung des SGB V

Soweit in der Landtagsentschließung die Frage aufgeworfen wird, ob eine Bundesratsinitiative zur Anpassung des SGB V geboten scheint, damit die Kosten für Untersuchungen und die Therapie von MRSA im ambulanten Bereich aus Mitteln der Krankenkassen übernommen werden können, ist auf die diesbezüglichen Aktivitäten der Bundesregierung hinzuweisen (siehe auch Ziffer 2.3). Der Gesetzentwurf ist dem Bundesrat im März 2011 zugeleitet worden. Unter dem 15.04.2011 hat der Bundesrat Stellung genommen.

Ziel des Gesetzentwurfs ist es u. a., bei den Maßnahmen zur Bekämpfung multiresistenter Erreger und antimikrobieller Resistenzen auch die vertragsärztliche Versorgung einzubeziehen. Vorgesehen ist insoweit, zunächst für die Dauer von zwei Jahren eine neue Gebührenordnungsposition, gegebenenfalls auch differenzierte Gebührenordnungspositionen, in die Ärzte-Honorarordnung aufzunehmen. Mit dem Gesetzentwurf wird dem Bewertungsausschuss⁹ ein gesetzlicher Auftrag erteilt. Der Bewertungsausschuss soll dabei auch eine Vergütungsregelung für die ambulante Therapie (Sanierung) von MRSA-besiedelten und MRSA-infizierten Patientinnen und Patienten sowie für die diagnostische Untersuchung von Risikopatientinnen und -patienten treffen. Mit der Abbildung einer gesonderten Berechnungsmöglichkeit im Einheitlichen Bewertungsmaßstab soll vor allem auch die Ermittlung valider Daten über die ambulante Sanierung bzw. Therapie von MRSA-Besiedelungen ermöglicht werden. Deshalb wird zunächst die Kassenärztliche Bundesvereinigung

⁹ Der Bewertungsausschuss ist ein Gremium in der Gesetzlichen Krankenversicherung, besetzt von Vertretern der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, das ein Gebührenverzeichnis erstellt, nach dem die Vertragsärzte Leistungen zulasten der Krankenkassen abrechnen können. Neben dem Bewertungsausschuss für die ärztlichen Leistungen sieht das Gesetz auch einen Bewertungsausschuss für die zahnärztlichen Leistungen vor.

und in Folge gegebenenfalls der Bewertungsausschuss verpflichtet, die Umsetzung und Auswirkungen diesbezüglich durch die Vorlage eines Berichts transparent zu machen.

Anhang

staphylococcus aureus

- Bakterium.
- Typischer Keim auf Schleimhaut des Nasenvorhofs, seltener der Haut (bei etwa 30 % der Menschen).

Begriff MRSA: Methicillin-resistente staphylococcus aureus

- Gegen Methicillin und zahlreiche andere Antibiotika resistente staphylococcus aureus (d. h. diese Antibiotika wirken nicht).

Gründe für Resistenzbildung

- Unterschiedliche Bakterien konkurrieren bei der Vermehrung miteinander. Durch Gabe von Antibiotika haben primär resistente Bakterien einen Selektionsvorteil.

Unterschiedliche MRSA-Typen

- ha-MRSA: „hospital-acquired“ - im Krankenhaus erworben.
- ca-MRSA: „community-acquired“ - Hautinfektionen, Übertragung bei sonst Gesunden.
- la-MRSA: „livestock-associated“ - bei Tieren vorkommend, Übertragung auf den Menschen bei Kontakt zu Tieren.

Besiedelung mit MRSA

- Auf gesunder Nasenschleimhaut und Haut oder Wunden befinden sich MRSA, ohne dass besondere Krankheitszeichen vorliegen.

Risikofaktoren für eine Besiedelung

- Besonders gefährdet sind Menschen mit chronischen Wunden (Diabetiker, Menschen mit Gefäßerkrankungen) oder auch mit dauerhaften Zugängen (Blasenkatheter). Die Abwehrfähigkeit ist bei diesen Patientinnen und Patienten herabgesetzt.

Erkrankung durch MRSA

- Bei Schwächung des Immunsystems können die Bakterien in die Blutbahn gelangen, dies führt zu Wundinfektionen, Blutvergiftung, Lungenentzündung oder Herzmuskelentzündungen.

Screeninguntersuchung

- Abstrichuntersuchungen (Nase, Rachen, Wunde) auf MRSA im bakteriologischen Labor, Auswahl nach Risikofaktoren.

Sanierung

- „Behandlung“ einer MRSA-Besiedelung (es liegt keine Erkrankung im engeren Sinne vor) mit Salben und Bädern über einen längeren Zeitraum (nicht immer erfolgreich, insbesondere bei bestehenden Risikofaktoren).

Therapie

- Behandlung einer MRSA-Erkrankung mit „Reserveantibiotika“, d. h. hochwirksamen Antibiotika (Steigerung ist im Falle einer Resistenzentwicklung gegen diese dann kaum möglich).

Nosokomiale Infektion

- Im Krankenhaus erworbene Infektion.

Übertragung von MRSA

- Insbesondere im Rahmen einer Krankenhausbehandlung durch enge und häufige Patientenkontakte kann MRSA von besiedelten Personen über die Hände des Personals weitergegeben werden. In erster Linie dann, wenn nicht bekannt ist, ob die Person besiedelt ist oder nicht (Sinn der Screeninguntersuchung).
- Außerhalb des Krankenhauses erfolgt nur selten eine Übertragung, da die Kontakte nicht so eng sind und die Gefährdung einer Besiedelung bei Gesunden geringer ist.

Isolierung

- Im Krankenhaus werden Patientinnen und Patienten mit MRSA in einem Einzelzimmer isoliert. Bei der Pflege in dem jeweiligen Zimmer und beim Verlassen können besondere Hygienemaßnahmen besser eingehalten werden. Die Wahrscheinlichkeit einer Übertragung wird minimiert.

Kostenerstattung

- Im stationären Bereich gibt es zusätzliche Abrechnungsziffern. Der höhere Aufwand der Betreuung von Patientinnen und Patienten mit MRSA kann geltend gemacht werden (z. B. Isolierung).
- Im ambulanten Bereich sind Screeninguntersuchungen und Sanierung noch nicht mit einer Kostenerstattung verbunden, da es sich bei einer Besiedelung nicht um eine Erkrankung im engeren Sinne handelt.

Ziele des Netzwerkes

- Einheitliche Standards im Hinblick auf den Umgang mit Betroffenen.
- Intensivierte Fortbildung der verschiedenen Akteure.
- Gegenseitige Information bei Verlegung. Betroffene sind der entlassenden Einrichtung meist bekannt. Soweit erforderlich sind Maßnahmen in der aufnehmenden Einrichtung gezielt möglich.
- Problematik soll als gemeinsamer Schwerpunkt wahrgenommen werden, so können konzertrierte Aktionen, wie z. B. zur Lösung der bestehenden Kostenproblematik, in Angriff genommen werden.