

Prof. Dr. Walter Popp
Hykomed GmbH, MVZ Dr. Eberhard & Partner, Dortmund

Öffentliche Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages zum Krankenhausstrukturgesetz am 7. September 2015

Zur Notwendigkeit erweiterter Meldepflichten und Screeningmaßnahmen bei multiresistenten Erregern

Zu den multiresistenten Erregern zählen vor allem

- MRSA (Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus),
- MRGN (Multi-resistente Gram-negative Erreger, früher ESBL-Bildner genannt) und
- VRE (Vancomycin-resistente Enterokokken), im weiteren Sinn werden dazu meist auch
- Toxin-bildende C. diff. (Clostridium difficile) gezählt.

Es herrscht weitgehend Einigkeit, dass diese Erreger eines der größten Gesundheits- und Gesellschafts-politischen Probleme derzeit und vor allem für die Zukunft darstellen.

Dementsprechend erfordern diese Erreger weitgehende Maßnahmen, die sich auch in Veränderungen der Meldepflichten und des Screenings abbilden müssen.

Derzeit liegen kaum valide Daten vor, in welcher Häufigkeit diese Erreger in der Bevölkerung und bei Patienten vorkommen. Lediglich aus Ergebnissen kleiner Kohorten kann man folgendes annehmen:

Erreger	Häufigkeit bei stationären Patienten	Häufigkeit in Bevölkerung
MRSA	1,5 - 2 %	< 0,5 %
MRGN	1-2 %?*	3 – 10 %*
VRE		Unbekannt
C. diff.		unbekannt

* Die Diskrepanz erklärt sich durch die mangelnden Screening-Maßnahmen im Krankenhaus, sodass viele MRGN-Träger unbekannt bleiben.

Derzeit gibt es **Meldepflichten** für MRSA in Blutkultur und Liquor. Dies betrifft weniger als 1 % der MRSA-Träger unter Patienten im Krankenhaus. Ferner gibt es eine Meldepflicht für C.diff. im Falle sehr schwerer Infektionen, auch dies sind wenige Fälle.

In einigen Bundesländern gibt es außerdem Meldepflichten für 4MRGN (also extrem Antibiotika-resistente Erreger), so in Hessen und Sachsen. Die Meldepflicht in Hessen hat wesentlich zur Erkennung eines sehr großen Ausbruches beigetragen.

Eine bundesweite Ausdehnung der Meldepflicht auf weitere multiresistente Erreger ist dringend angezeigt, da sie notwendige Zahlen über Häufigkeit und Verteilung liefern wird, der frühzeitigen Erkennung großer Ausbrüche dienen kann und letztlich der Politik Erkenntnisse liefern wird über die Notwendigkeit von Handeln.

In einem ersten Schritt erscheinen folgende neue Meldepflichten sinnvoll:

Meldepflicht nach § 6 IfSG:

- MRSA-Infektionen, alle
- 4MRGN-Infektionen, alle
- VRE-Infektionen, alle
- C. diff.-Infektionen, alle

Meldepflicht nach § 7 IfSG:

- MRSA, Erstnachweise
- 4MRGN, alle
- C. diff., Toxin-bildende, alle

Dies wird zusätzliche Arbeit vor allem für die Gesundheitsämter mit sich bringen, die entweder durch mehr Stellen, Entlastung bei anderer Arbeit oder eine leistungsfähige EDV (die derzeit nicht vorhanden ist) kompensiert werden muss.

Derzeit gibt es Vorgaben zum **Screening** auf multiresistente Erreger von der KRINKO bzw. vom RKI.

Danach soll bei bestimmten Risikokonstellationen auf **MRSA** gescreent werden, üblicherweise mit einem Nasen/Rachen-Abstrich. In der Praxis bedeutet dies, dass in den meisten Krankenhäusern gut 50 % der Patienten (oder mehr) auf MRSA gescreent werden müssten. Doch diese Zahlen werden von vielen Häusern bei weitem nicht erreicht – mit anderen Worten: Das Risiko-basierte Screening klappt nicht.

Es gibt allerdings zunehmend Krankenhäuser, die ein generelles MRSA-Screening aller stationären Aufnahmen eingeführt haben. Dies führt in der Praxis zu etwa 10-20 % mehr MRSA-Fällen, also weit weniger als befürchtet. Diese Krankenhäuser sind durchgehend mit diesem Verfahren sehr zufrieden und wollen auf keinen Fall zurück. Es führt zu Rechtssicherheit für das Krankenhaus, weniger Übertragungen im Krankenhaus, der Chance der Sanierung für den Patienten und letztlich zufriedenen Patienten, die ebenfalls allermeist ein Screening fordern. Durch die Verhinderung von nosokomialen Übertragungen (jeder Fall bringt ein Minus von mindestens 8.000 € für das Krankenhaus) sind die Kosten schnell egalisiert.

Vor diesem Hintergrund sollten alle stationären Aufnahmen im Krankenhaus auf MRSA gescreent werden.

Bezüglich **MRGN** gibt es derzeit vom RKI die Vorgabe, Patienten mit Kontakt zum Gesundheitswesen im Ausland auf MRGN zu screenen. Dies wäre primär ein rektales Screening (also anderer Ort als MRSA). Wichtig ist, dass vor allem die 4MRGN sicher erkannt und dann isoliert werden.

Sinnvoll erscheint eine Ausdehnung des Screenings auf MRGN auf folgende Indikationen für stationäre Patienten bei Aufnahme:

1. alle mit Kontakt zum Gesundheitswesen im Ausland,
2. alle ehemaligen MRGN-Träger,
3. alle Kontaktpersonen zu aktuellen und ehemaligen MRGN-Trägern.

Wieviele Patienten dies betrafte, kann derzeit nicht geschätzt werden.

Ein **prästationäres Screening** wie oben beschrieben (MRSA, MRGN) ist grundsätzlich bei planbaren Krankenhausaufenthalten zu begrüßen, da dann die Möglichkeit der ambulanten Sanierung und damit der Risikoreduzierung für die Patienten besteht. Dies setzt allerdings voraus, dass im niedergelassenen Bereich hierzu auch die Bereitschaft besteht (Vergütung!) wie auch die Kenntnisse erworben und angewandt werden (Sanierung). Alternativ erfolgversprechender wäre wahrscheinlich ein prästationäres Screening und ggfs. eine prästationäre Sanierung durch die Krankenhäuser selbst.