

Korinna Schumann  
Bundesministerin

Herrn  
Dr. Walter Rosenkranz  
Präsident des Nationalrates  
Parlament  
1017 Wien

Geschäftszahl: 2025-0.548.148

Wien, 28.7.2025

Sehr geehrter Herr Präsident!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische **Anfrage Nr. 2615/J der Abgeordneten Pracher-Hilander betreffend Nichtbestehen einer gesetzlichen Meldepflicht für MRSA-Infektionen in Österreich** wie folgt:

**Frage 1:** *Wie bewerten Sie die gesundheitspolitische Relevanz von MRSA-Infektionen in österreichischen Krankenanstalten, insbesondere im Hinblick auf Patientensicherheit und die Vermeidung nosokomialer Infektionen?*

*a. Welche konkreten Maßnahmen halten Sie aktuell für ausreichend, um MRSA-Infektionen in Krankenanstalten wirksam zu kontrollieren?*

Die gesundheitspolitische Relevanz von MRSA-Infektionen in österreichischen Krankenanstalten kann wie folgt zusammengefasst werden:

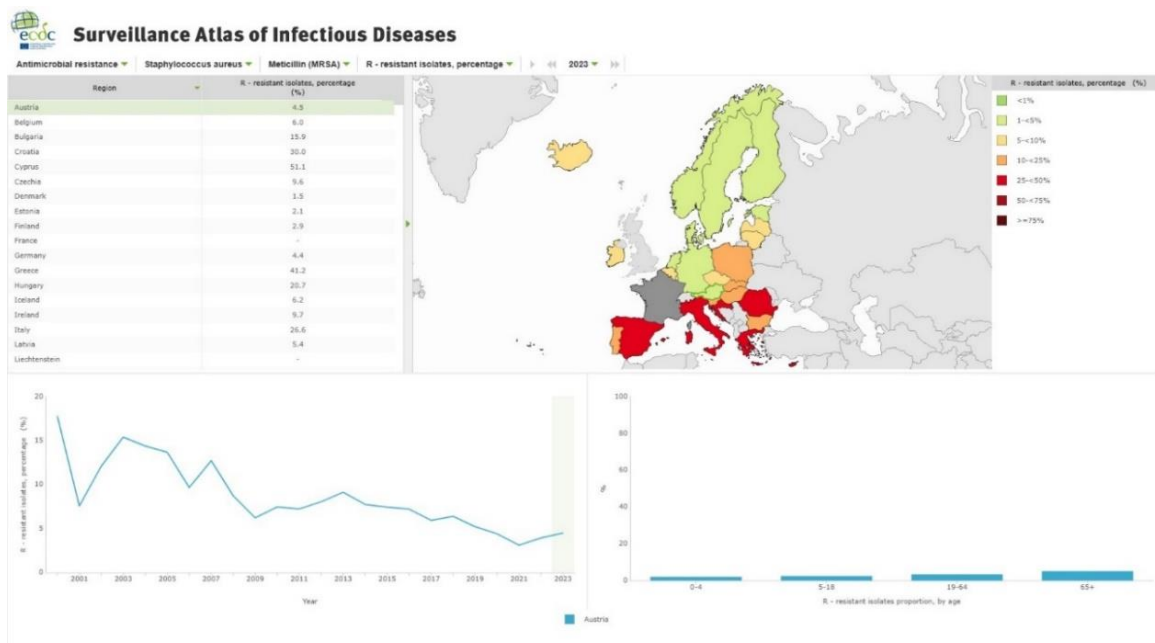
- hohe Relevanz
- ausgesprochen günstige Situation in AT
- MRSA-Rate seit Jahren auf niedrigem Niveau stabil
- MRSA-Rate wird jährlich erhoben (2024: EARS-Net = Blutkulturen Kranker 5,5 % und SURV-Net = andere Proben inkl. Screenings 6,7 %)
- ERGO: 95 % der Staphylococcus aureus Isolate, die in Österreich diagnostiziert werden, sind KEINE MRSA Stämme und gegen alle  $\beta$ -Laktamantibiotika empfindlich

- seit Jahrzehnten (EARS-Net seit 1998) sind 2 Surveillance Programme (EARS Net, SURV Net) im Einsatz:
  - Flächendeckende Abdeckung der österreichischen Spitäler (EARS-Net) und des niedergelassenen Bereichs (SURV-Net), Details dazu im österreichischen Resistenzbericht AURES

Infolge der weltweiten MRSA-Epidemie in den USA und Westeuropa in den 1990er-Jahren wurde weltweit Infektionsprävention und -kontrolle in Krankenanstalten von Seiten der Gesetzgeber etabliert. In Österreich sind Hygieneteams für alle Krankenanstalten gemäß dem Kranken- und Kuranstaltengesetz vorgeschrieben. Die Eindämmung der Übertragung von MRSA war eine der Basisaufgaben. Zu diesen gehören die Erfassung jedes MRSA-Falls, die Erstellung von Maßnahmen als Hygienerichtlinien und die Kontrolle der Durchführung. Die Hygieneteams werden im Rahmen von behördlichen Einsichten regelmäßig überprüft. Die Erfassung von MRSA ist auch im „Qualitätsstandard Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene“ explizit erwähnt.

Diese Intervention war so erfolgreich, dass die MRSA-Rate in Österreich seit Jahren zu den niedrigsten in ganz Europa zählt.

Abbildung 1 ECDC Atlas Infectious Diseases Stand 01.07.2025.



Die Bekämpfung der MRSA-Ausbreitung direkt in den Krankenanstalten ist die wirksamste Maßnahme. Dem Hygieneteam steht zu, die Behörden zu informieren, wenn der Verdacht auf eine epidemische Ausbreitung besteht, sodass von der Behörde übergeordnete

Maßnahmen ergriffen werden können. Neben der Erfassung spielen vor allem die sofort durchgeführten Schutzmaßnahmen der jeweiligen MRSA-Träger und Händehygiene neben strukturellen Maßnahmen, z.B. Einzelzimmer, eine tragende Rolle.

Zwischenzeitlich hat sich das Leistungsspektrum massiv erweitert. Es werden auch andere multiresistente Erreger von den Hygieneteams erfasst und erfolgreich unter Kontrolle gehalten. Dazu zählen vor allem diverse multiresistente Gram negative Erreger, gefährliche P/ilze aber auch C. difficile.

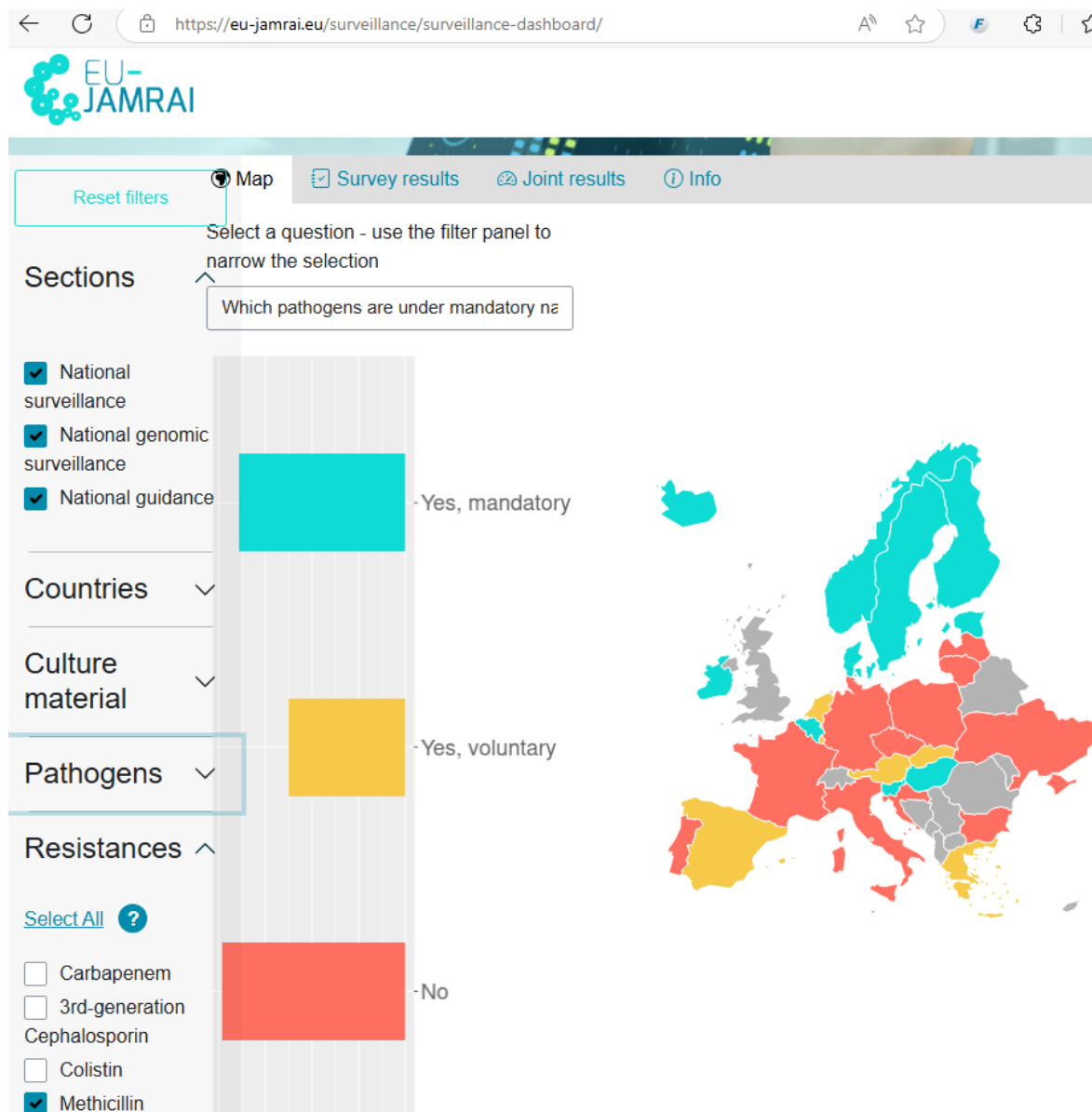
**Frage 2:** *Ist Ihnen bekannt, wie viele andere europäische Länder MRSA-Infektionen ganz oder teilweise meldepflichtig geregelt haben?*

*a. Welche Rückschlüsse ziehen Sie aus den Erfahrungen dieser Länder im Hinblick auf eine mögliche Meldepflicht in Österreich?*

Für den **DACH-Raum**: In Deutschland und der Schweiz besteht eine Meldepflicht, wenn MRSA in Blut oder Liquor nachgewiesen wird. In Österreich wird dies durch die Meldepflicht von Sepsis bereits abgedeckt. So ist in Österreich jeglicher Nachweis von Staphylococcus aureus (das „SA“ in MRSA) in Blut und Liquor meldepflichtig, nicht nur der Methicillin resistente Staphylococcus aureus.

Innerhalb der **EU/EWR**: Wie auf [surveillance-dashboard | EU-JAMRAI](#) sichtbar, gibt es innerhalb der EU eine verpflichtende nationale Surveillance für MRSA in den Ländern Belgien, Dänemark, Estland, Finnland, Irland, Island, Norwegen, Schweden, Slowenien und Ungarn. Freiwillige Surveillance wie in Österreich gibt es in den Ländern Griechenland, Luxemburg, Niederlande, Slowakei und Spanien.

Abbildung 2 EU-JAMRAI surveillance-dashboard mit relevanten Filtern Stand 14.07.2025.



In Tabelle 1 von Antimicrobial resistance in the EU/EEA (EARS-Net) - Annual epidemiological report for 2023 kann abgelesen werden, wie hoch die geschätzte Abdeckung der Bevölkerung mit Labordaten für Surveillance-Maßnahmen ist. In Österreich beträgt sie 90 %, in Belgien, einem Land mit Meldepflicht für MRSA, nur 42 %.

**Fragen 3 bis 7:**

- *Planen Sie, die Einführung einer Meldepflicht für MRSA in Österreich zu prüfen?*
  - a. *Wenn ja, in welchem zeitlichen Rahmen?*
  - b. *Wenn nein, aus welchen konkreten Gründen wird eine solche Prüfung derzeit nicht in Erwägung gezogen?*
- *Wie stellen Sie sicher, dass auch ohne gesetzliche Meldepflicht eine zuverlässige Datenbasis über MRSA-Fälle in Österreich existiert?*
  - a. *Welche Krankenanstalten melden derzeit freiwillig im Rahmen des AURES-Programmes?*
  - b. *Ist eine verpflichtende Teilnahme an der AURES-Erhebung angedacht?*
- *Wie beurteilen Sie die datenschutzrechtlichen, organisatorischen und gesundheitspolitischen Auswirkungen einer möglichen Meldepflicht?*
- *Wäre aus Ihrer Sicht eine partielle Meldepflicht, etwa nur bei invasiven Infektionen oder Ausbrüchen denkbar?*
- *Wie schätzen Sie den Nutzen einer Meldepflicht für die Früherkennung, Eindämmung und Dokumentation einer MRSA-Ausbreitung ein?*

Grundsätzlich ist eine Meldepflicht eine Maßnahme zur Eindämmung der Ausbreitung einer Infektionskrankheit in der Bevölkerung. Sie würde dann nicht Krankenanstalten, sondern alle Gesundheitseinrichtungen betreffen. Eine Meldepflicht ist bei erneuter epidemischer Ausbreitung von „neuen“ Erregern und/oder „neuen Resistenzen“ zu erwägen (z.B. SARS-CoV-2, andere virale Erreger), bei denen flächendeckende Maßnahmen notwendig sind und ergriffen werden müssen. Dabei müssen auch die Art der Übertragung und das Gefährdungspotenzial für die gesamte Bevölkerung berücksichtigt werden. Daran müssen auch die datenschutzrechtlichen, organisatorischen und gesundheitspolitischen Auswirkungen gemessen werden.

Ein wichtiger Aspekt ist es, in diesem Zusammenhang auch zwischen Infektionskrankheit und Besiedelung mit Erregern zu unterscheiden. Kein Mensch ist „keimfrei“ und je nach Erregerart liegen diverse „Resistenzmuster/Profile“ vor, die per se Ausdruck von Selektion bedeuten und nicht zwingend Krankheit oder gar Gefahr der Übertragung von Mensch zu Mensch.

Es ist aber auch wichtig, neben MRSA alle anderen multiresistenten Erreger und neu auftretende Infektionskrankheiten im Blick zu haben. Die Ressourcen müssen daher gezielt und bedacht eingesetzt werden. Eine Vorbereitung auf Eventualitäten („preparedness“) ist auch eine Aufgabe der Infektionsprävention und -kontrolle und explizit im

Expertenkompendium „PROHYG 3.0 Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene“ (2024) des BMASGPK festgehalten, auf Basis dessen der „Qualitätsstandard Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene“ aktualisiert wird.

Der österreichische Resistenzbericht AURES, der seit über 20 Jahren jährlich publiziert wird, beinhaltet nicht nur die aktuellen MRSA Zahlen, sondern darüber hinaus auch alle wesentlichen Kombinationen von Bakterienstämmen und Antibiotika, die es zu überblicken gilt.

Seit dem Jahr 2000 werden im Rahmen von EARS-Net von 36 Laboratorien, die mikrobiologische Diagnostik betreiben, alle Daten aus der Routinediagnostik von Blut- und Liquorisolaten freiwillig zur Verfügung gestellt.

Seit 2008 werden im Rahmen der Arbeitsgruppe Resistenzberichterstattung, bestehend aus 13 großen Netzwerklaboratorien, zusätzlich zu EARS-Net Routinedaten von nicht-invasiven bakteriellen Erregern strukturiert gesammelt, ausgewertet und als eigenes Kapitel im AURES dargestellt.

Mit freundlichen Grüßen

Korinna Schumann

