

Kleine Anfrage

des Abg. Fabian Gramling CDU

und

Antwort

des Ministeriums für Soziales und Integration

**Multiresistente Keime in baden-württembergischen
Krankenhäusern**

Kleine Anfrage

Ich frage die Landesregierung:

1. Welche multiresistenten Keime bzw. Erreger (MRE) sind in den letzten zehn Jahren in baden-württembergischen Krankenhäusern in Erscheinung getreten?
2. Wie viele der bisher registrierten MRE sind gegen fast alle Antibiotikaklassen resistent?
3. Wie viele nosokomiale Infektionen wurden in den vergangenen zehn Jahren in Baden-Württemberg registriert (aufgeschlüsselt nach Jahren)?
4. Wie viele dieser nosokomialen Infektionen wurden in den letzten zehn Jahren durch MRE verursacht (aufgeschlüsselt nach Jahren und Erregern)?
5. Wie werden Infektionen durch MRE behandelt?
6. Welche Ursachen hat die Verbreitung von MRE?
7. Welche Maßnahmen werden in baden-württembergischen Krankenhäusern ergriffen, um nosokomialen bzw. berufsbedingten Infektionen vorzubeugen?
8. Welche Stelle überwacht die Einhaltung von Hygienevorschriften in baden-württembergischen Krankenhäusern und wie häufig finden die Kontrollen statt?

9. Welche weiteren Maßnahmen werden ergriffen, um die Bürgerinnen und Bürger in baden-württembergischen Krankenhäusern vor Infektionen durch gefährliche Keime zu schützen?

28.02.2019

Gramling CDU

Begründung

Krankenhausinfektionen sind in ganz Europa ein ernstzunehmendes Problem. Dabei könnten diese Infektionen in vielen Fällen durchaus vermieden werden. Verständlicherweise ist die größte Sorge unserer Bürgerinnen und Bürger bei einem Krankenhausaufenthalt die Ansteckungsgefahr mit multiresistenten Keimen. Vor diesem Hintergrund muss die Situation in baden-württembergischen Krankenhäusern beleuchtet werden.

Antwort

Mit Schreiben vom 28. März 2019 Nr. 51-0141.5-016/5841 beantwortet das Ministerium für Soziales und Integration die Kleine Anfrage wie folgt:

1. *Welche multiresistenten Keime bzw. Erreger (MRE) sind in den letzten zehn Jahren in baden-württembergischen Krankenhäusern in Erscheinung getreten?*

Dem Land liegen nur Daten zu den nach Infektionsschutzgesetz (IfSG) an das Landesgesundheitsamt gemeldeten MRE vor. Meldepflichten für Einzelfallmeldungen von multiresistenten Erregern bestehen seit 2009 für den Nachweis von Methicillin-resistenten Stämme von *Staphylococcus aureus* (MRSA) aus Blut und Liquor und seit 2016 für Carbapenem-resistente *Acinetobacter* spp. und Enterobacteriaceae. Im Rahmen von nosokomialen Ausbrüchen wurden des Weiteren Infektionen mit Vancomycin-resistenten Enterokokken (VRE) und multiresistentem *Pseudomonas aeruginosa* registriert.

2. *Wie viele der bisher registrierten MRE sind gegen fast alle Antibiotikaklassen resistent?*

Eine abschließende Aufzählung ist nicht möglich. Unter den multiresistenten Krankheitserregern kommt aber den gramnegativen Bakterien (MRGN) eine besondere Bedeutung zu, da sie gegen viele häufig eingesetzte Antibiotika resistent sind. Dabei ist die Carbapenem-Nichtempfindlichkeit hervorzuheben, da Carbapeneme als Reserveantibiotika verwendet werden. Bei Vorliegen dieser Eigenschaft spricht man von einem 4 MRGN-Bakterium.

In den letzten Jahren wurde eine weltweite Zunahme von Erregern beobachtet, die eine Resistenz gegen Carbapeneme entwickelt haben. Um die Verbreitung und Relevanz solcher Erreger in Deutschland besser bewerten zu können, wurde im Mai 2016 eine Meldepflicht für Nachweise von Kolonisationen und Infektionen durch Enterobacteriaceae und *Acinetobacter* spp. mit einer Nichtempfindlichkeit gegenüber Carbapenemen nach dem Infektionsschutzgesetz eingeführt.

Zwischen Mai 2016 und Ende Dezember 2018 wurden insgesamt 657 Fälle von Carbapenem-nichtempfindlichen Enterobacteriaceae und 134 Fälle von Carbapenem-nichtempfindlichen Acinetobacter spp. an das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (LGA) übermittelt. Fast alle Nachweise (99% der Acinetobacter- und 92% der Enterobacteriaceae-Fälle) erfolgten im Rahmen eines Klinikaufenthaltes.

3. Wie viele nosokomiale Infektionen wurden in den vergangenen zehn Jahren in Baden-Württemberg registriert (aufgeschlüsselt nach Jahren)?

Genaue Angaben zur Gesamtanzahl nosokomialer (im Rahmen einer medizinischen Behandlung erworbener) Infektionen in Baden-Württemberg im Zeitraum der letzten zehn Jahre liegen nicht vor, da keine Meldepflicht für Einzelfälle von im Krankenhaus erworbenen Infektionen an das Gesundheitsamt besteht.

Eine Meldepflicht an die Gesundheitsbehörde besteht indes nach § 6 Abs. 3 IfSG bei *gehäuften* Auftreten von nosokomialen Infektionen. Die betroffene Einrichtung hat unverzüglich dem zuständigen Gesundheitsamt nosokomiale Infektionen, bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet wird, als Ausbruch nichtnamentlich zu melden. Mit Änderung des Infektionsschutzgesetzes vom 28. Juli 2011 ist die Übermittlung der an das Gesundheitsamt gemeldeten nosokomialen Ausbrüche an die zuständige Landesbehörde sowie von dort an das Robert-Koch-Institut vorgesehen und somit eine Erfassung nosokomialer Ausbrüche am Landesgesundheitsamt möglich.

Die folgenden Daten basieren auf einer Auswertung zu nosokomialen Ausbrüchen in Baden-Württemberg in den letzten vier Jahren. Die überwiegende Mehrzahl dieser Ausbrüche erfolgte durch virale Erreger. Da Antibiotika nur gegen bakterielle Erreger wirksam sind, finden sich MRE nur bei durch Bakterien verursachten Ausbrüchen. Von 2015 bis 2018 wurden insgesamt 1.164 nosokomiale (ca. 290 pro Jahr) Ausbrüche aus Baden-Württemberg an das Landesgesundheitsamt (LGA) übermittelt. Die damit zusammenhängenden Fälle konnten überwiegend viralen Erregern zugeordnet werden und nur ca. 3% der Fälle waren bakteriell bedingt.

Die Krankenhäuser selbst sind durch das Infektionsschutzgesetz (IfSG) verpflichtet, bestimmte vom Robert-Koch-Institut festgelegte nosokomiale Infektionen fortlaufend in einer gesonderten Niederschrift aufzuzeichnen, zu bewerten und sachgerechte Schlussfolgerungen hinsichtlich erforderlicher Präventionsmaßnahmen zu ziehen. Die Gesundheitsämter sind berechtigt, diese Daten einzusehen.

4. Wie viele dieser nosokomialen Infektionen wurden in den letzten zehn Jahren durch MRE verursacht (aufgeschlüsselt nach Jahren und Erregern)?

Folgende Tabelle 1 basiert auf einer Auswertung des Landesgesundheitsamtes zu den seltenen nosokomialen Ausbrüchen mit bakteriellen Erregern aus den Jahren 2015 bis 2018. Dargestellt sind die 16 Ausbrüche dieses Zeitraumes mit multi-resistenten Erregern mit in der Regel kleinen Fallzahlen.

Tabelle1: gemeldete nosokomiale Ausbrüche mit MRE 2015 bis 2018 in Baden-Württemberg

Erreger	2015	2016	2017	2018	Infektionen
Acinetobacter baumannii 4 MRGN	2	1	2	2	2–4 Fälle
Klebsiella spp. 3 MRGN	1	–	–	–	2 Fälle
Klebsiella spp. 4 MRGN	–	1	1	–	2–4 Fälle
Enterobacter spp. 4 MRGN	–	1	1	1	Jeweils 2 Fälle
Enterococcus spp. (VRE)	–	2	–	–	3 bzw. 8 Fälle
Pseudomonas aeruginosa 4 MRGN	–	–	–	1	2 Fälle
Summe	3	5	4	4	

5. *Wie werden Infektionen durch MRE behandelt?*

Das sog. Antibiotogramm oder Resistogramm eines bakteriellen Erregers ermöglicht die Identifizierung von antibiotischen Wirkstoffen, gegen die der Erreger sensibel bzw. resistent ist. Die Behandlung eines MRE erfolgt zielgerichtet auf Grundlage dieses Resistogrammes mithilfe der nachweislich wirksamen Medikamente.

6. *Welche Ursachen hat die Verbreitung von MRE?*

Die Ursachen für die Verbreitung von MRE sind multikausal:

Der vermehrte Einsatz von Antibiotika in der Human- und Veterinärmedizin über viele Jahre, insbesondere auch in der Massentierhaltung hat erheblich zur Selektion und Ausbreitung von MRE beigetragen. In den letzten Jahren wird dieser Trend jedoch durch gezielteren und kontrollierteren Einsatz der Präparate abgeschwächt, in der Humanmedizin vor allem durch intensive Schulungen zur Antibiotikaverordnung und zum rationalen und reduzierten Einsatz dieser Wirkstoffe.

Antibiotika werden bislang nicht immer zielgerichtet eingesetzt, sondern zum Teil je nach Symptomatik eingenommen, auch wenn die Erkrankung möglicherweise durch Viren bedingt ist. Dort sind sie jedoch unwirksam. Dies begünstigt die Selektion und Ausbreitung bereits vorhandener resistenter Bakterienstämme. Eine zu niedrig dosierte bzw. zu kurze Einnahme der Präparate, beispielsweise wegen schnell nachlassender Infektionssymptome zuzüglich störender Nebenwirkungen kann die Resistenzselektion ebenfalls befördern. Diesem Mechanismus kommt beispielhaft bei der Tuberkulose eine besondere Bedeutung zu, da hier die Medikamente über viele Monate eingenommen werden müssen.

7. Welche Maßnahmen werden in baden-württembergischen Krankenhäusern ergriffen, um nosokomialen bzw. berufsbedingten Infektionen vorzubeugen?

In der Verordnung des Sozialministeriums über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen (MedHygVO) hat Baden-Württemberg die erforderlichen Maßnahmen zur Verhütung, Erkennung, Erfassung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen und Krankheitserregern mit Resistenzen in medizinischen Einrichtungen (nicht nur in Krankenhäusern) geregelt. Darin wurden die Aufgaben, die Anforderungen an die Qualifikation sowie die erforderliche personelle Ausstattung bezüglich des Hygienefachpersonals festgeschrieben. Zudem wurden die Krankenhäuser verpflichtet, Bauvorhaben hinsichtlich der hygienischen Anforderungen fachlich bewerten zu lassen und das zuständige Gesundheitsamt vor ihrer Beantragung oder vor ihrer Durchführung zu informieren.

Der Beobachtung und Bewertung nosokomialer Infektionen und des Auftretens multiresistenter Bakterienstämme kommt in den Krankenhäusern besondere Bedeutung zu. Diese werden in den Hygienekommissionen besprochen und Maßnahmen zur Prävention ihrer Weiterverbreitung festgelegt.

Eine wesentliche Rolle spielt die Implementierung der Basishygiene in allen Bereichen der Häuser (Händehygiene, Reinigungs- und Desinfektionspläne, Arzneimittelhygiene, Sterilgutversorgung, hygienisches Wäschemanagement, Wasser- und Lebensmittelhygiene u. v. m.). Darüber hinaus gibt es zahlreiche Bereiche, die zusätzlich spezifischen Hygieneanforderungen unterliegen (OP, Zentrale Instrumentenaufbereitung, Intensiv- und Isolierstationen, Endoskopien, Dialyse, Kreißsäle, Onkologische Stationen, Krankenhausküche, technische Bereiche).

8. Welche Stelle überwacht die Einhaltung von Hygienevorschriften in baden-württembergischen Krankenhäusern und wie häufig finden die Kontrollen statt?

Die infektionshygienische Überwachung der Krankenhäuser erfolgt durch die Gesundheitsämter der Stadt- und Landkreise nach pflichtgemäßen Ermessen. Unterschieden werden sogenannte Regelbegehungen von anlassbezogenen Ortsbesichtigungen im Zusammenhang mit besonderen Infektionslagen (z. B. Ausbruchsgefahren) oder Beschwerden.

Die Überwachung des Betriebes von Medizinprodukten (u. a. der Instrumentenaufbereitung) obliegt in Baden-Württemberg den Regierungspräsidien. Nach einem Konzept zur Umsetzung der allgemeinen Verwaltungsvorschrift zur Durchführung des Medizinproduktegesetzes (MPGVwV) unterliegen Krankenhäuser hinsichtlich des Betriebes und Anvendens von Medizinprodukten einem durchschnittlich dreijährigen Turnus der Routineüberwachung.

9. Welche weiteren Maßnahmen werden ergriffen, um die Bürgerinnen und Bürger in baden-württembergischen Krankenhäusern vor Infektionen durch gefährliche Keime zu schützen?

Für eine sinnvolle Bekämpfung multiresistenter Keime ist es erforderlich, die infektionshygienischen Maßnahmen auch auf andere Bereiche der medizinischen Versorgung auszuweiten. Entsprechend wurde in die MedHygVO die Verpflichtung aufgenommen, bei Verlegung, Überweisung oder Entlassung von Patientinnen und Patienten Informationen, die zur Verhütung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen und von Krankheitserregern mit Resistenzen erforderlich sind, an weiterbehandelnde Einrichtungen, die Notfallrettung und Krankentransportbetreiber oder an die weiterbehandelnde niedergelassene Ärztin oder den weiterbehandelnden niedergelassenen Arzt unverzüglich weiterzugeben.

Einen wesentlichen Baustein für ein einrichtungsübergreifendes Konzept stellen in Baden-Württemberg die MRE-Netzwerke dar, die mittlerweile in allen Kreisen und Städten (z. T. kooperierend) implementiert sind. Unter Federführung des Landesgesundheitsamtes ist es u. a. durch die Bereitstellung vielfältiger Informationsmaterialien (Broschüren, Merkblätter, Mustervorträge) für viele verschiedene Zielgruppen in den letzten Jahren gelungen, deutliche Fortschritte im Hinblick auf

eine Vereinheitlichung sowie die verbesserte Akzeptanz und Umsetzung der erforderlichen Maßnahmen zu erreichen.

Das Landesgesundheitsamt engagiert sich in der Fort- und Weiterbildung des Hygienefachpersonals und bietet den Gesundheitsämtern Fortbildungen im Bereich der Krankenhaushygiene an, um die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für ihre Überwachungsaufgaben angemessen zu qualifizieren.

Lucha

Minister für Soziales
und Integration