

Antwort der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Frank Spieth, Klaus Ernst,
Dr. Martina Bunge, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 16/6084 –**

Zunahme von Krankenhausinfektionen

Vorbemerkung der Fragesteller

Nach der aktuellen REDIA-Studie (s. Ärzteblatt vom 6. April 2007), die im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung erstellt wurde, ist das Problem der multiresistenten Keime in Krankenhäusern auch gerade im Zusammenhang mit der Umstellung auf Fallpauschalenfinanzierung in der Rehabilitation angekommen. Seit der Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion DIE LINKE. vom 30. Oktober 2006 (Drucksache 16/3205) zum Thema „Krankenhausinfektionen“ gibt es keine Anzeichen, dass dieses Problem wirksam angegangen würde. Im Gegenteil:

Das Problem scheint sich zu verschlimmern. Ein Artikel im Nachrichtenmagazin „Der Spiegel“ (09/2007) spricht von dramatischen Folgen für die Patienten. Konkret ist die Rede von 700 bis 1 500 Todesopfern pro Jahr und von Tausenden schweren Krankheitsverläufen und Siechtum. Insgesamt ist nach diesen Angaben von 40 000 bis 50 000 Infektionen jedes Jahr auszugehen. Das Robert Koch-Institut (RKI) spricht von einem „infektiologischen Problem höchsten Ranges“.

Die Europäische Vergleichsstudie EARSS (http://www.rivm.nl/earss/Images/EARSS%202005_tcm61-34899.pdf) zeigt für Deutschland im Zeitraum 1999 bis 2005 mit die höchsten Steigerungsraten unter 30 Staaten. Die Infektionsrate hat sich in diesem Zeitraum in deutschen Krankenhäusern von weniger als 10 Prozent auf über 20 Prozent erhöht.

Die Bundesregierung verwies in ihrer Antwort richtigerweise auf bestehende Präventionsrichtlinien, deren Befolgung sie für angezeigt hält. Als Musterbeispiel hierfür gelten die Niederlande und Skandinavische Länder, in denen die Infektionsraten etwa 10 Prozent der deutschen betragen.

Nach Informationen des „Spiegel“ können sich die Klinikchefs über diese Präventionsrichtlinien hinwegsetzen. Sogar von Schikanen gegenüber denjenigen Häusern, die die Richtlinien konsequent umsetzen, ist in dem o. g. „Spiegel“-Artikel die Rede. Oft wird nach diesen Informationen bei Verlegungen in andere Häuser eine bekannte bestehende Infektion verschwiegen.

Eine Untersuchung der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene besagt, dass pro Jahr in Deutschland 350 000 bis 1 Million Fälle von nosokomialen, also im Krankenhaus erworbenen, Infektionen auftreten.

Vorbemerkung der Bundesregierung

In Deutschland werden jährlich circa 16 Millionen Menschen vollstationär behandelt. Rund 3,5 Prozent der Patienten infizieren sich im Krankenhaus, d. h. hochgerechnet treten jährlich rund 500 000 bis 800 000 Krankenhausinfektionen (nosokomiale Infektionen) auf. Im internationalen Vergleich ist diese Rate sehr gering.

Zur Anzahl der Todesfälle durch nosokomiale Infektionen existieren keine verlässlichen Schätzungen. Dies wird auch in dem zitierten „Spiegel“-Artikel festgehalten. Häufig ist eine Unterscheidung schwierig, ob der Patient aufgrund oder mit der nosokomialen Infektion verstorben ist.

25 Prozent der nosokomialen Infektionen sind durch geeignete Maßnahmen vermeidbar, und die Vermeidung von nosokomialen Infektionen ist das vorrangige Ziel jeder Strategie zu ihrer Reduzierung.

Zur Vermeidung von nosokomialen Infektionen muss sich das gesamte medizinische Personal der Problematik bewusst sein. Vor allem in der Aus- und Weiterbildung von medizinischen Berufsgruppen sollte die kontinuierlich und konsequent eingehaltene Standardhygiene in medizinischen Einrichtungen, die Surveillance von nosokomialen Infektionen und der gezielte und kontrollierte Umgang mit Antibiotika vermittelt werden. Die wichtigste Einzelmaßnahme zur Prävention von nosokomialen Infektionen ist die Händedesinfektion, welche aber z. T. unzureichend in der Praxis angewendet wird.

Wesentliche rechtliche Grundlagen zur Vermeidung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen durch geeignete Präventionsmaßnahmen sind auf Bundesebene im Infektionsschutzgesetz (IfSG) festgelegt. Für die Umsetzung des IfSG sind die Länder bzw. die Leiter der jeweiligen medizinischen Einrichtungen verantwortlich. Die Länder haben hierzu auch weitere gesetzliche Regelungen wie z. B. Krankenhaus-Hygieneverordnungen geschaffen.

Generell wird unterschieden zwischen einerseits der Bekämpfung und Vermeidung von nosokomialen Infektionen und andererseits von Infektionen, die durch Antibiotika-resistente Erreger hervorgerufen werden. Die Bundesregierung nimmt die Zunahme an Infektionen durch (multi-)resistente Erreger sehr ernst. Dies ist belegt durch die vielen Aktivitäten, die die Bundesregierung unterstützt und selbst initiiert hat.

Die von den Fragestellern zitierten EARSS-Daten zeigen die Häufigkeit von Antibiotika-resistenten Infektionserregern im europäischen Vergleich. Anhand der Daten ist ersichtlich, dass die Rate der Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus*-Stämme (MRSA) in Deutschland in den letzten Jahren auf bis zu 20 Prozent gestiegen ist. Diese Zahl kann durch konsequente Beachtung von Hygienemaßnahmen gesenkt werden. Zusätzlich ist zur Bekämpfung und Vermeidung von Antibiotika-Resistenzen ein sachgerechter Einsatz von Antibiotika notwendig. Die Bundes- und auch die Länderregierungen haben entsprechende Maßnahmen eingeleitet. Die EARSS-Daten zeigen aber auch, dass Deutschland im Vergleich zu den anderen aufgeführten Staaten weniger stark betroffen ist. Mehr als die Hälfte der 30 EARSS-Teilnehmer hat höhere MRSA-Raten als Deutschland. Damit liegt Deutschland im europäischen Vergleich im Mittelfeld.

1. Was hat die Bundesregierung seit der o. g. Kleinen Anfrage unternommen?

Ergänzend zu den in Beantwortung der Frage 6 der Drucksache 16/3205 aufgeführten Maßnahmen hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) nachfolgend weitere Schritte eingeleitet:

Im Geschäftsbereich des BMG trägt das Robert Koch-Institut u. a. durch die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) zur fortlaufenden Aktualisierung und Veröffentlichung von Vermeidungs- und Bekämpfungsmaßnahmen nosokomialer Infektionen bei. Darüber hinaus führt es auch Studien zur Prävention und Kontrolle von resistenten Erregern durch, deren Ergebnisse wiederum u. a. in die Erarbeitung von Empfehlungen einfließen.

Mit dem Ziel der Verbesserung der konsequenten Anwendung der Händehygiene im Krankenhaus plant das BMG 2008 die „Aktion Saubere Hände: Gib Krankenhausinfektionen keine Chance“ zu unterstützen, die vom Aktionsbündnis für Patientensicherheit, der Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung und vom Nationalen Referenzzentrum für die Surveillance von nosokomialen Infektionen vorgeschlagen wird.

Zusätzlich finanziert das BMG das neu etablierte Modul HAND-KISS am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS). KISS ist ein Erfassungssystem des Nationalen Referenzzentrums für die Surveillance nosokomialer Infektionen, an dem mehr als 250 Krankenhäuser (von ca. 2 200 in Deutschland) teilnehmen. Anhand der Auswertung eigener Infektionsdaten im Vergleich können die Krankenhäuser Probleme identifizieren, entsprechende Maßnahmen ergreifen und damit eine Senkung von Infektionsraten erreichen. Ziel des neuen Moduls HAND-KISS ist die Erfassung der Probleme bei der Einhaltung der Händedesinfektion im Krankenhaus und eine Steigerung der Händehygiene-Compliance.

2. Mit welchen Maßnahmen lassen sich Erfolge in der Bekämpfung der Ausbreitung von MRSA und anderen nosokomialen Infektionen in Krankenhäusern erzielen?
3. Welches ist die wichtigste und effizienteste Präventionsmaßnahme?

Zur Eindämmung der MRSA-Ausbreitung müssen eine Reihe sich ergänzender Maßnahmen ergriffen werden.

Voraussetzung für gezielte Maßnahmen ist die Identifizierung von (oftmals asymptomatischen) MRSA-Trägern durch Screening und Surveillance. Nur wenn bekannt ist, ob ein Patient MRSA-Träger ist, können weiterführende Hygienemaßnahmen zur Verhinderung einer Ausbreitung initiiert werden.

Wichtige Basis für das Verhindern der Ausbreitung von MRSA in Krankenhäusern ist die Pflege betroffener Patientinnen und Patienten im Einzelzimmer unter Beachtung von geeigneten Barrieremaßnahmen. Im Falle gehäuften Auftretens von MRSA kann auch eine Kohorten-Isolierung erfolgen.

Weiterhin sind insbesondere die Schulung der Mitarbeiter, die Steigerung der Händehygiene-Compliance und die konsequente Beachtung der Standardhygienemaßnahmen einschließlich erforderlicher Barrieremaßnahmen (z. B. Schutzkittel, Handschuhe) sowie der kontrollierte effektive Einsatz von Antibiotika (insbesondere von Cephalosporinen der 3. und 4. Generation sowie von Fluorchinolonen) wertvolle Bausteine eines geeigneten MRSA-Managements.

Ausdrücklich anzustreben ist die Behandlung von identifizierten (oftmals asymptomatischen) MRSA-Trägern. Es ist allerdings anzumerken, dass Begleit-

umstände beim Patienten (z. B. chronische Wunden, Tracheostoma, Harnwegkatheter) dies erschweren oder unmöglich machen können.

4. Welche Anstrengungen werden unternommen, die Häufigkeit dieser Maßnahme(n) in Krankenhäusern zu erheben und Schlussfolgerungen daraus zu ziehen?

Die Umsetzung der Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von MRSA und anderen nosokomialen Infektionen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (§ 23 IfSG) sowie des Beschlusses der 79. Gesundheitsministerkonferenz zu MRSA (siehe auch Antwort zu Frage 1) ist Aufgabe der Länder. Krankenhäuser und Einrichtungen für das ambulante Operieren unterliegen der infektionshygienischen Überwachung durch das jeweilige Gesundheitsamt (§ 36 Abs. 1 IfSG).

Erkenntnisse über die Häufigkeit der Maßnahmen liegen hier nicht vor.

5. Gibt es in den Niederlanden, die als Musterbeispiel gelten und deren Erfolge die Bundesregierung in der Kleinen Anfrage der Fraktion DIE LINKE. vom 30. Oktober 2006 anerkennt, eine Verpflichtung der Krankenhäuser, Richtlinien gegen MRSA-Ausbreitung konsequent umzusetzen, und gibt es dort bei Nichteinhaltung auch entsprechende wirkungsvolle Sanktionierungsmechanismen?

In den Niederlanden (wie auch in Deutschland) haben die Patienten einen Anspruch darauf, nach dem aktuellen Stand des Wissens behandelt zu werden; hierzu gehört auch die Einhaltung der Hygienemaßnahmen im Krankenhaus. Eine weitergehende spezifische gesetzliche Verpflichtung ist dort gesetzlich nicht verankert (siehe auch Antwort zu Frage 13).

6. Woran liegt es, dass in den Niederlanden weniger Infektionen auftreten als in Deutschland?

Tragfähige Erkenntnisse erwartet die Bundesregierung als Ergebnis des EUREGIO-Projektes MRSA-net Twente/Münsterland. Wesentliche Gründe dürften nach vorläufiger Einschätzung in einer größeren allgemeinen Akzeptanz der als notwendig erachteten Präventionsmaßnahmen, der konsequenten Auditierung von Einrichtungen wie Krankenhäusern, sowie in dem sehr informierten Antibiotikaeinsatz durch die Ärzteschaft liegen. Begünstigt wird dies auch durch eine enge Vernetzung von ambulanten und stationären Versorgungseinrichtungen und durch eine konsequente Behandlung von MRSA-Trägern im ambulanten Bereich.

7. Wie haben sich die Infektionsraten seit 1990 in den deutschen Krankenhäusern, nach Jahren, Abteilungen und Keimarten aufgeschlüsselt, entwickelt, und was sind die Schlussfolgerungen, die die Bundesregierung daraus zieht?

Die erfragten Daten liegen der Bundesregierung nicht vor.

Publikationen zeigen, dass sich die Rate an nosokomialen Infektionen seit 1994 nicht wesentlich geändert hat, allerdings ist der Anteil an resistenten Erregern innerhalb der Krankenhausinfektionen gestiegen. Die Bundesregierung zieht hieraus die Schlussfolgerung, dass in diesem Bereich, wie bereits ausgeführt, verstärkte Anstrengungen erforderlich sind.

8. Weshalb gibt es keinen Vermerk „tödlich verlaufende Infektion infolge von MRSA (oder anderer nosokomialer Infektion)“ oder auch einen Verweis auf das Vorliegen von MRSA (oder anderer mutmaßlich nosokomialer Infektionen) zum Todeszeitpunkt auf deutschen Totenscheinen, wie er auch in Großbritannien existiert, und ließe sich damit die schlechte Datengrundlage und das Problembewusstsein verbessern?

Form und Inhalte der Totenscheine entsprechen der diesbezüglichen Gesetzgebung des jeweiligen Landes. Die Entscheidung, ob ein Patient aufgrund oder mit einer nosokomialen Infektion verstorben ist, ist jedoch häufig sehr schwierig und selbst durch eine Obduktion nicht immer zu klären.

Daher lassen sich allein anhand der Totenscheine keine repräsentativen Daten zur Anzahl der Todesfälle an nosokomialen Infektionen erfassen.

Inwieweit ein gesonderter Totenscheinabschnitt „tödlich verlaufende Infektion infolge von MRSA (oder anderen nosokomialen Infektionen)“ geeignet wäre, das Problembewusstsein zu schärfen, lässt sich nicht verlässlich beantworten.

9. Wäre ein Kapitel in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser, ein stets aktualisierter Aushang im Krankenhausfoyer, oder eine andere Maßnahme, die die Patienten über Infektionen in den einzelnen Häusern informiert, ein geeignetes Mittel der Patientenaufklärung und gleichzeitig ein Anreiz für die Kliniken, wirkungsvolle Maßnahmen gegen MRSA zu ergreifen?

Aufgrund verschiedener Ausprägung der Fachgebiete, verschiedener Einzugsgebiete, Überweisungsregelungen mit anderen Häusern und niedergelassenen Ärzten u. a. unterscheiden sich Krankenhäuser erheblich in der Zusammensetzung der Patientenschaft. So ist beispielsweise bekannt, dass die Rate an nosokomialen Infektionen mit einer Zunahme intensivmedizinisch betreuter Patienten steigt. Surveillance-Daten zu nosokomialen Infektionen verschiedener Krankenhäuser sind daher nur sehr eingeschränkt vergleichbar und korrelieren nicht in jedem Fall mit der Qualität des jeweiligen Krankenhauses. Die Veröffentlichung von Surveillance-Daten, z. B. in Qualitätsberichten oder über öffentliche Aushänge wird daher nicht als hilfreich für die Patientenaufklärung angesehen.

Ein Anreiz für die Kliniken, wirkungsvolle Maßnahmen gegen MRSA zu ergreifen, kann am ehesten durch den anonymisierten Vergleich mit anderen Häusern erreicht werden. Dabei werden dem Krankenhaus nur seine eigenen Surveillance-Daten offengelegt und Referenzdaten aus dem Durchschnitt der Daten anderer Krankenhäuser gebildet. Diese beim KISS angewandte Methodik hat nachweislich zur Senkung von nosokomialen Infektionen allgemein und auch von MRSA-Infektionen in den beteiligten Häusern beigetragen.

Die wirksamsten Maßnahmen zu Eindämmung nosokomialer Infektionen in einzelnen Krankenhäusern sind in der Antwort zu den Fragen 2 und 3 dargestellt.

10. Wäre eine breite Dokumentation der Desinfektion, z. B. auch über den Desinfektionsmittelverbrauch im Allgemeinen und den Händedesinfektionsmittelverbrauch im speziellen pro Patient, Tag und Mitarbeiter und die obligatorische Kommunikation nach außen ggf. in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser oder per stets aktualisiertem Aushang im Krankenhausfoyer nach Ansicht der Bundesregierung ein sinnvolles Mittel, das Problembewusstsein in den Krankenhäusern zu schärfen?

Über einen Zusammenhang zwischen einer breiten Dokumentation des Desinfektionsmittelverbrauchs und der sachgerechten Händehygiene in deutschen Krankenhäusern kann derzeit keine gesicherte Aussage getroffen werden. Eine Einschätzung darüber, ob eine obligatorische Information über den Desinfektionsmittelverbrauch einen positiven Einfluss haben könnte, kann daher zurzeit nicht vorgenommen werden. Allerdings wird in der gegenwärtig laufenden Studie HAND-KISS die Korrelation von Desinfektionsmittelverbrauch mit der Händehygiene-Compliance erforscht. Zum Stellenwert der Händehygiene bei der Eindämmung nosokomialer Infektionen wird auf die Antwort zu den Fragen 2 und 3 verwiesen.

11. Wie kann bei steigenden Infektionszahlen einer möglichen Ausgrenzung und Stigmatisierung von Langzeit-MRSA-Trägern entgegengewirkt werden, und welche Maßnahmen ergreift die Bundesregierung?

Gegenwärtig liegen über konkrete Fälle einer Stigmatisierung von Langzeit-MRSA-Trägern keine Erkenntnisse vor. Einer möglichen Stigmatisierung von Langzeit-MRSA-Trägern kann am ehesten durch Transparentmachung der Problematik und entsprechende sachgerechte Information begegnet werden. Die zielgruppengerechte Aufklärung und Information von Patienten und deren Angehörigen ist Gegenstand der Untersuchungen innerhalb des EUREGIO-Projekts MRSA-net. In Anlehnung an die Erkenntnisse aus dem EUREGIO-Projekts MRSA-net können gegebenenfalls geeignete Maßnahmen eingeleitet werden.

12. Wäre eine Meldepflicht für MRSA, wie sie in Irland besteht und in Deutschland für viele Infektionskrankheiten üblich ist, ein geeignetes Mittel, die Erkrankungen genauer zu erfassen und sie besser bekämpfen zu können?

§ 23 Abs. 1 IfSG macht die Auflage, dass Krankenhäuser und Einrichtungen für das ambulante Operieren bestimmte, vom Robert Koch-Institut (RKI) in einer Liste festgelegte nosokomiale Infektionen aufzeichnen und bewerten müssen. Dazu gehören auch MRSA. Das Gesundheitsamt hat das Recht, diese Aufzeichnungen einzusehen. Diese gesetzliche Verpflichtung ist bußgeldbewehrt (§ 73 Abs. 1 IfSG Nummern 9 und 10).

Ergänzt werden die bereits erwähnten Regelungen noch durch § 6 Abs. 3 IfSG, wonach ein nosokomialer Ausbruch dem Gesundheitsamt nicht namentlich zu melden ist. Nach dem Willen des Gesetzgebers (§ 3 IfSG) soll durch das IfSG die Eigenverantwortung von Einrichtungen des Gesundheitswesens gefördert werden. Dies schlägt sich transparent in den o. g. Vorschriften zur Prävention nosokomialer Infektionen im IfSG nieder.

Die Verantwortlichen in den Gesundheitsämtern sind bezüglich der Wichtigkeit der Kontrolle von MRSA-Infektionen durch o. a. Interventionen bereits jetzt stark sensibilisiert. Darüber, inwieweit eine Meldepflicht die Umsetzung dieser Maßnahmen verbessern würde, liegen uns keine gesicherten Erkenntnisse vor.

13. Wäre es sinnvoll, die RKI-Empfehlungen als obligatorische Richtlinie mit Sanktionierungsmechanismus auszugestalten?

Krankenhausträger und die im Krankenhaus tätigen medizinischen Berufsgruppen sind schon heute verpflichtet, nach dem Stand des medizinischen Wissens zu handeln. Dazu gehört auch die Einhaltung der Hygienevorschriften (siehe auch Antwort zu Frage 5). Dem Öffentlichen Gesundheitsdienst wird mit § 36 IfSG die Überwachung von Krankenhäusern auferlegt. Wenn grobe Verletzungen der Einhaltung der RKI-Empfehlungen vorliegen, ohne dass dies im Einzelfall sachlich begründet wäre, kann das jeweilige Gesundheitsamt Maßnahmen gegen das betroffene Krankenhaus einleiten, die bis zu einer Schließung der Einrichtung gehen können. Diese gegenwärtigen Regelungen werden als ausreichend angesehen, wenn sie konsequent angewandt werden.

