

Kleine Anfrage

des Abg. Karl Rombach CDU

und

Antwort

**des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung,
Familie, Frauen und Senioren**

Nosokomiale Infektionen, Krankenhausinfektionen

Kleine Anfrage

Ich frage die Landesregierung:

1. Ist ihr bekannt, wie viele Menschen sich während der letzten fünf Jahre in Baden-Württemberg nosokomiale Infektionen zugezogen haben?
2. Inwieweit und wie oft werden baden-württembergische Krankenhäuser und Arztpraxen auf ihre hygienischen Zustände hin angekündigt beziehungsweise unangekündigt kontrolliert?
3. Welche Mängel wurden in den letzten fünf Jahren festgestellt (aufgeschlüsselt nach Jahren und Art der Mängel)?
4. Wie und wo können sich Patienten über die geprüften hygienischen Zustände von Kliniken und Arztpraxen informieren?
5. Welche Konsequenzen drohen Kliniken und Arztpraxen, bei denen wiederholt hygienische Mängel festgestellt wurden?
6. Sieht sie Handlungsbedarf zur Eindämmung nosokomialer Infektionen (mit Angabe, welche Maßnahmen sie ggf. für zielführend erachtet)?
7. Wie hoch sind die Folgekosten für infizierte Patienten?
8. Wie viele Amputationen werden infolge einer Krankenhausinfektion durchgeführt?

9. Wie sieht sie die Einführung des niederländischen Modells?

10. Wie werden Ärzte sensibilisiert, Antibiotika sparsamer und passgenauer einzusetzen?

29.10.2012

Rombach CDU

Begründung

Nosokomiale Infektionen sind ernsthafte Komplikationen eines Krankenhausaufenthaltes. Neben einem längeren Aufenthalt und dem zusätzlichen gesundheitlichen Risiko für den Patienten erfordern sie überdies auch mehr Diagnostik- und Behandlungsaufwand. Hygienevorschriften helfen dabei, dem Infektionsrisiko vorzubeugen und die Sicherheit für die Patienten zu erhöhen. Krankenhauskeime sind Bakterien, die gegen Antibiotika resistent und somit sehr schwer zu behandeln sind. Methicillin-resistente *Staphylococcus aureus* (MRSA) sind die häufigsten resistenten Keime. Rund 500.000 Menschen bekommen nach Schätzungen des Robert Koch-Instituts jährlich eine Infektion im Krankenhaus. Fachleute schätzen, dass 15.000 bis 40.000 Menschen jährlich daran sterben.

Vorbildlich wird in den niederländischen Kliniken jeder Patient bereits bei der Aufnahme gezielt nach Keimen untersucht. Der Patient kommt zunächst für zwei Tage auf eine Isolierstation, hier wird er vor allem auf multiresistente Keime untersucht. Liegt eine Infektion vor, bleibt der Patient in Quarantäne. Der Anteil der gefährlichen Erreger liegt in den Niederlanden nur bei drei Prozent, dagegen sind es in Deutschland bis zu 50 Prozent.

Antwort

Mit Schreiben vom 22. November 2012 Nr.0141.5/15/2584 beantwortet das Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren die Kleine Anfrage wie folgt:

1. Ist ihr bekannt, wie viele Menschen sich während der letzten 5 Jahre in Baden-Württemberg nosokomiale Infektionen zugezogen haben?

Einzelfälle von nosokomialen Infektionen unterliegen in Deutschland keiner generellen Meldepflicht, daher kann nicht angegeben werden, wie viele Menschen sich während der letzten 5 Jahre in Baden-Württemberg nosokomiale Infektionen zugezogen haben.

Das Infektionsschutzgesetz (IfSG) enthält allerdings einige Regelungen zur Erfassung nosokomialer Infektionen mit unterschiedlicher Zielstellung. So besteht seit 1. Juli 2009 eine Meldepflicht nach dem IfSG für Methicillin-resistente Stämme von *Staphylococcus aureus* (MRSA). Die Meldepflicht umfasst den Nachweis des Erregers aus Blut und Liquor (Gehirn- und Rückenmarksflüssigkeit) und erfasst damit besonders schwere Fälle von MRSA-Infektionen. Zweck der Regelung ist die frühzeitige Information des Gesundheitsamtes über besonders schwere Fälle von MRSA-Infektionen, um schneller notwendige Maßnahmen ergreifen zu können. Seit Einführung der Meldepflicht für MRSA wurden insgesamt 776 Fälle an das Landesgesundheitsamt übermittelt, dabei entfielen 3 Fälle auf das Jahr 2009, 292 Fälle auf das Jahr 2010, 265 Fälle auf das Jahr 2011 und 216 Fälle auf das Jahr 2012 (Stichtag 15. November). Angaben, wie

viele der Fälle nosokomial erworben wurden, liegen nicht vor. Die geringe Fallzahl im Jahr 2009 ist vermutlich auf Anlaufprobleme der neuen Meldepflicht zurückzuführen.

Weiter besteht nach § 6 Absatz 3 IfSG eine Meldepflicht für das gehäufte Auftreten von nosokomialen Infektionen. Die betroffene Einrichtung hat danach dem zuständigen Gesundheitsamt unverzüglich das Auftreten nosokomialer Infektionen, bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet wird, als Ausbruch nichtnamentlich zu melden. Zweck der Meldung ist es, die Gesundheitsbehörde als Berater zu beteiligen. 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 vorgeschrieben. Dem Landesgesundheitsamt wurden im Zeitraum von Juli 2011 bis November 2012 insgesamt 40 Ausbrüche nosokomialer Infektionen nach § 11 Absatz 2 IfSG übermittelt.

Darüber hinaus haben die Leiter von Krankenhäusern und von Einrichtungen für ambulantes Operieren nach § 23 Absatz 4 IfSG sicherzustellen, dass bestimmte nosokomiale Infektionen in einer gesonderten Niederschrift aufgezeichnet und bewertet werden sowie sachgerechte Schlussfolgerungen hinsichtlich erforderlicher Präventionsmaßnahmen gezogen werden. Zusätzlich regelt die Verordnung des Sozialministeriums zur Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen (MedHygVO), dass die Erfassung und Bewertung der nosokomialen Infektionen nach § 23 Abs. 4 IfSG mit fachlich begründeten standardisierten Verfahren zu erfolgen hat (§ 10 Abs. 3 MedHygVO). Eine einrichtungsübergreifende Zusammenführung der nach den vorgenannten Rechtsgrundlagen erhobenen Daten zu statistischen Zwecken ist nicht vorgesehen. Entsprechende Daten stehen daher für eine Auswertung nicht zur Verfügung.

2. Inwieweit und wie oft werden baden-württembergische Krankenhäuser und Arztpraxen auf ihre hygienischen Zustände hin angekündigt bzw. unangekündigt kontrolliert?

Krankenhäuser und Arztpraxen, sofern es sich um ambulant operierende Einrichtungen handelt, unterliegen der infektionshygienischen Überwachung durch das Gesundheitsamt nach § 23 Absatz 6 IfSG. Sonstige Arztpraxen können nach § 23 Absatz 6 IfSG durch das Gesundheitsamt infektionshygienisch überwacht werden. Im baden-württembergischen Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) ist näher geregelt, dass ärztliche und zahnärztliche Praxen und Praxen von Angehörigen sonstiger gesetzlich geregelter medizinischer Fachberufe durch die Gesundheitsämter überwacht werden können, wenn Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass die Anforderungen der Hygiene dort nicht eingehalten werden.

Eine weitere Rechtsgrundlage für die hygienische Überwachung medizinischer Einrichtungen stellt § 26 Medizinproduktegesetz (MPG) dar. Krankenhäuser und Arztpraxen sind dabei insbesondere betroffen durch die Aufbereitung von Medizinprodukten, die bestimmungsgemäß keimarm oder steril zur Anwendung kommen. Zuständige Überwachungsbehörde sind hier die Regierungspräsidien.

Für die routinemäßige infektionshygienische Überwachung durch die Gesundheitsämter ist rechtlich kein konkretes Überwachungsintervall vorgeschrieben. Die Überwachung erfolgt daher nach pflichtgemäßem Ermessen unter Berücksichtigung des Risikos und der speziellen örtlichen Gegebenheiten. Krankenhäuser werden durch die Gesundheitsämter in der Regel in einem etwa 5-jährigen Rhythmus überwacht. Die Überwachung wird immer angekündigt, um die Anwesenheit der zuständigen Mitarbeiter sowie die Bereitstellung der erforderlichen Unterlagen sicherzustellen. Bei Hinweisen auf hygienische Mängel durch Beschwerden von Patienten oder Beschäftigten erfolgen unangekündigte Kontrollen. Zusätzlich zu den infektionshygienischen Überwachungen bestehen vielfältige Kontakte zu Hygienefragen zwischen den Krankenhäusern und den Gesundheitsämtern beispielsweise im Zusammenhang mit hygienerelevanten Baumaßnahmen oder im Rahmen der Regionalen Netzwerke zu resistenten und multi-resistenten Krankheitserregern.

Die routinemäßige infektionshygienische Überwachung von ambulant operierenden Einrichtungen wurde seit 2010 intensiviert. Entsprechend der Rechtsgrundlagen werden sonstige Arztpraxen nur anlassbezogen überwacht.

Im Rahmen der MPG-Inspektionen wird die Einhaltung der medizinprodukterechtlichen Bestimmungen bei der Aufbereitung von Medizinprodukten geprüft. Die Überwachung erfolgt vor dem Hintergrund der Vielzahl betroffener Einrichtungen risikoabgestuft zunächst in Krankenhäusern und ambulant operierenden Einrichtungen. Der Überwachungssturnus ist auf sieben Jahre ausgerichtet. Die Inspektionen erfolgen nahezu ausschließlich angekündigt.

3. Welche Mängel wurden in den letzten fünf Jahren festgestellt (aufgeschlüsselt nach Jahren und Art der Mängel)?

Die im Rahmen der behördlichen Überwachung festgestellten Mängel werden nicht statistisch erfasst, sondern jeweils in den Überwachungs- und Inspektionsberichten dokumentiert und den Einrichtungen zugeleitet. Eine Durchsicht und retrospektive Auswertung sämtlicher Überwachungs- und Inspektionsberichte der letzten fünf Jahre ist aus Kapazitätsgründen nicht möglich.

Aus dem Ergebnis einer Abfrage der Gesundheitsämter und Regierungspräsidien ergibt sich die nachfolgende Zusammenstellung erfahrungsgemäß häufig vorgefundener Mängel.

Häufig vorgefundene Mängel unter infektionshygienischen Aspekten:

- Baulich-technische Mängel (z. B. nicht funktionsgerecht bemessene Räumlichkeiten, Mängel an der technischen Ausstattung),
- Organisatorische Mängel (z. B. unvollständige bzw. nicht aktuelle Hygienepläne, fehlende Arbeitsanweisungen für hygienerelevante Tätigkeiten, nicht sachgerechter Umgang mit Medikamenten oder Desinfektionsmitteln, unzureichende Trennung zwischen reinen und unreinen Bereichen bei der Aufbereitung von Gerätschaften),
- Strukturelle Mängel (z. B. Anzahl und Qualifikation des für Hygiene zuständigen Personals).

Häufig vorgefundene Mängel unter dem Aspekt der Medizinprodukteüberwachung:

- Mängel im Qualitätssicherungssystem der Krankenhäuser,
- Fehlende Validierung von Reinigungs- und Desinfektionsprozessen bzw. Sterilisationsprozessen,
- Nicht ausreichende Qualifikation des für die Aufbereitung verantwortlichen Personals,
- Mangelhaft gereinigte Instrumente,
- Nicht ordnungsgemäße Anwendung von Reinigungs- und Desinfektionsmitteln in den Arztpraxen.

4. Wie und wo können sich Patienten über die geprüften hygienischen Zustände von Kliniken und Arztpraxen informieren?

Bei der infektionshygienischen Überwachung durch das Gesundheitsamt steht die Beratung der Einrichtungen zur Umsetzung der gesetzlichen Vorschriften im Mittelpunkt. Eine Veröffentlichung von Überwachungs- und Inspektionsberichten ist nicht vorgesehen.

Interessierte Bürger können sich jedoch künftig in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser über die Hygienequalität informieren. Mit Änderung von § 137 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch vom 28. Juli 2011 wurde der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, in seinen Richtlinien Indikatoren zur Beurteilung der Hygienequalität in Krankenhäusern festzulegen. Anhand der Indikatoren

kann die Hygienequalität bundesweit verglichen werden. Die Veröffentlichung der Ergebnisse zur Hygienequalität in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser ist ab dem Jahr 2013 vorgesehen.

5. Welche Konsequenzen drohen Kliniken und Arztpraxen, bei denen wiederholt hygienische Mängel festgestellt wurden?

Bei Feststellung von hygienischen Mängeln im Rahmen der behördlichen Überwachung erfolgen Auflagen zur Mängelbeseitigung innerhalb eines bestimmten Zeitraumes. Bei entsprechend schwerwiegenden hygienischen Mängeln, die Leben oder Gesundheit der Patienten direkt gefährden können, kann auch die Schließung einer medizinischen Einrichtung angeordnet werden. Die getroffenen Maßnahmen müssen dabei notwendig, geeignet und verhältnismäßig sein.

Verstöße gegen bestimmte Regelungen des IfSG und der MedHygVO sind bußgeldbewehrt. So kann die fahrlässig oder vorsätzlich nicht, nicht richtige, nicht vollständige oder nicht in der vorgeschriebenen Weise erfolgte Aufzeichnung nosokomialer Infektionen nach § 23 Absatz 4 IfSG mit einem Bußgeld bis zu zweitausendfünfhundert Euro geahndet werden, die nicht gewährte Einsicht in die Aufzeichnungen, Bewertungen und Schlussfolgerungen mit einem Bußgeld bis zu fünfundzwanzigtausend Euro.

Verstöße gegen die Regelungen zur Beschäftigung von Fachpersonal nach §§ 5 bis 8 MedHygVO und die Regelungen zum sektorenübergreifenden Informationsaustausch nach § 13 Absatz 1 MedHygVO können mit einem Bußgeld bis zu zweitausendfünfhundert Euro geahndet werden.

Bei Verstößen gegen das MPG kann zum Beispiel die Aufbereitung keimarm oder steril zur Anwendung kommender Medizinprodukte abhängig von den Risiken für den Patienten von der Einhaltung bestimmter Auflagen abhängig gemacht oder auch ganz untersagt werden. Verstöße in diesem Bereich sind nach MPG teilweise straf- oder bußgeldbewehrt.

6. Sieht sie Handlungsbedarf zur Eindämmung nosokomialer Infektionen (mit Angabe, welche Maßnahmen sie ggf. für zielführend erachtet)?

In den letzten Jahren wurden sowohl auf Landes- als auch auf Bundesebene umfangreiche rechtliche Regelungen mit dem Ziel der Eindämmung nosokomialer Infektionen getroffen. Mit dem Erlass einer Krankenhaushygieneverordnung (KHHygieneVO) im Jahr 2010 wurden in Baden-Württemberg durch personelle und organisatorische Vorgaben zur Gewährleistung des Infektionsschutzes von Patienten und Beschäftigten in Krankenhäusern rechtsverbindliche Hygienestandards festgelegt. Aufgrund bundesgesetzlicher Vorgaben (IfSG-Änderungsgesetz vom 28. Juli 2011) erfolgte eine Aktualisierung der KHHygieneVO durch die MedHygVO, in der rechtsverbindliche Hygienestandards neben Krankenhäusern für weitere medizinische Einrichtungen, in denen ein erhöhtes Risiko für nosokomiale Infektionen besteht, wie Einrichtungen für ambulantes Operieren, Dialysezentren und Tageskliniken, festgelegt wurden.

In die MedHygVO wurde zusätzlich zu den bundesgesetzlichen Vorgaben die Zusammenarbeit aller an der Patientenversorgung beteiligten ambulanten und stationären Dienste und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens in regionalen Netzwerken unter Koordination des öffentlichen Gesundheitsdienstes aufgenommen. Die Netzwerkbildung war zuvor Bestandteil der KHHygieneVO und hat sich bewährt.

Weitere Regelungen auf Bundesebene umfassen beispielsweise die Einrichtung einer Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie (ART) am Robert Koch-Institut oder die Kostenerstattung des Screenings und der Sanierung von MRSA im ambulanten Bereich. Im Rahmen der Deutschen Antibiotika-Resistenzstrategie (DART) wurden zusätzlich Maßnahmen zur Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen bei Tieren ergriffen.

Im medizinproduktrechtlichen Bereich sollen mit Einführung der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zur Umsetzung des MPG ab 2013 die Intervalle der Überwachung der Krankenhäuser und ambulant operierenden Einrichtungen risikobabhängig verkürzt werden. Auch sollen weitere Einrichtungen in eine anlassunabhängige Überwachung einbezogen werden.

Durch die genannten Regelungen sind wesentliche Maßnahmen zur Eindämmung von Antibiotika-Resistenzen und nosokomialen Infektionen abgedeckt, sodass derzeit kein weiterer Handlungsbedarf in diesem Bereich gesehen wird.

7. Wie hoch sind die Folgekosten für infizierte Personen?

Bei Patienten mit Infektionen mit resistenten und multiresistenten Krankheitserregern ergeben sich zusätzliche Kosten durch verlängerte Liegezeiten im Krankenhaus, höhere Raten postoperativer Komplikationen, Einsatz meist teurer Reserveantibiotika, erhöhten diagnostischen Aufwand und Isolierungsmaßnahmen.

Die Zusatzkosten für den einzelnen Patienten hängen stark von der Art der Infektion ab. Verschiedenen Studien zufolge liegen die Zusatzkosten im Bereich zwischen 3.000 und 20.000 Euro. Im Durchschnitt können zusätzliche Kosten von ca. 10.000 Euro für einen MRSA Patienten veranschlagt werden.

8. Wie viele Amputationen werden infolge einer Krankenhausinfektion durchgeführt?

Die Erfassung von Diagnosen in medizinischen Einrichtungen erfolgt international nach dem Diagnoseklassifikationssystem ICD-10, das nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch auch die Grundlage für die Abrechnung ärztlicher Leistungen darstellt. Dabei werden Amputationen nach dem Grad des Ausmaßes erfasst, nicht nach ihrer Ursache. Insofern stehen keine Daten zur Anzahl der Amputationen infolge einer Krankenhausinfektion zur Verfügung.

9. Wie sieht sie die Einführung des niederländischen Modells?

In den Niederlanden wird bezüglich MRSA nach der sogenannten search-and-destroy Strategie vorgegangen. Dabei werden alle Patienten bei Aufnahme in ein Krankenhaus auf MRSA untersucht (search) und bis zum Vorliegen des Befundes in Einzelzimmern isoliert. MRSA positive Patienten bleiben weiter isoliert und es wird eine Eradikationsbehandlung begonnen (destroy), die gegebenenfalls ambulant fortgesetzt wird. Als weitere wichtige Maßnahmen sind die strenge Einhaltung von Hygieneleitlinien sowie eine einrichtungsübergreifende Zusammenarbeit etabliert. Mit der Umsetzung dieser Bekämpfungsstrategie wurde in den Niederlanden in den 80er-Jahren begonnen.

In Deutschland wurde die Bedeutung von MRSA erst später erkannt, doch zwischenzeitlich sind weitgehend vergleichbare Maßnahmen etabliert. Das Screening auf MRSA wird in Deutschland allerdings von der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert Koch-Institut nur bei Personen mit bestimmten Risikofaktoren als erforderlich angesehen.

10. Wie werden Ärzte sensibilisiert, Antibiotika sparsamer und passgenauer einzusetzen?

Der sachgerechte Einsatz von Antibiotika bzw. Antiinfektiva stellt eine wichtige Maßnahme zur Verhinderung der Entstehung von Resistenzen dar. In diesem Zusammenhang kommt der Fortbildung von Ärzten und Ärztinnen sowie Apothekern und Apothekerinnen zur rationalen Antiinfektivaverordnung (Antibiotic Stewardship, abgekürzt ABS) eine große Bedeutung zu. Vom Universitätsklinikum Freiburg wird eine entsprechende Fortbildungsinitiative koordiniert, die regen Zuspruch findet. Zusätzlich soll im Rahmen dieser ABS-Initiative ein Expertennetzwerk aufgebaut werden, das über wissenschaftlichen Austausch und moderne Informationsplattformen eine kontinuierliche Evaluation und Qualitätsverbesserung der Antibiotikaverschreibung in Kliniken sicherstellen soll.

Ein weiterer Beitrag zur Sensibilisierung der Ärzteschaft ist zu erwarten von den durch die Kommission „Antiinfektiva, Resistenz und Therapie (ART)“ am Robert Koch-Institut zu erarbeitenden Empfehlungen zur Antibiotika-Therapie.

Altpeter

Ministerin für Arbeit und Sozialordnung,
Familie, Frauen und Senioren