

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Frank Spieth, Klaus Ernst,
Dr. Martina Bunge, Katja Kipping und der Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 16/2942 –**

Ausbreitung multiresistenter Keime in deutschen Kliniken und Strategien dagegen

Vorbemerkung der Fragesteller

In den letzten Jahren ist in Deutschland die Zahl der Menschen, die sich mit multiresistenten Keimen infiziert haben, bedrohlich angestiegen. Diese Warnung verbreitete z. B. das Robert Koch-Institut in einer Erklärung vom 10. Februar 2005. Hauptverursacher dieser in Krankenhäusern, Pflege- oder ambulanten Einrichtungen erworbenen und sehr gefürchteten Erkrankungen ist ein so genannter Methicillin-resistenter *Staphylococcus aureus* (MRSA). Multiresistente Staphylokokkenstämme stellen wegen der eingeschränkten Therapiemöglichkeiten in Krankenhäusern ein gravierendes Problem dar. Für infizierte Patientinnen und Patienten verlängert sich ein leidvoller Krankenhausaufenthalt, Infektionen lassen sich weit schlechter beherrschen und eine medizinisch sinnvolle sowie ratsame Isolierung der Erkrankten führt zu einer enormen zusätzlichen psychologischen Belastung. Zudem besteht ein stark erhöhtes Sterberisiko.

1. a) Welche aktuellen Zahlen hinsichtlich des Durchseuchungsgrades mit multiresistenten Keimen in bundesdeutschen Krankenhäusern hat die Bundesregierung, aufgeschlüsselt bezüglich MRSA und sonstigen Keimen?

Die letzte überregionale Studie der Paul-Ehrlich-Gesellschaft für Chemotherapie e. V. weist für das Jahr 2004 für MRSA eine Häufigkeit von 21,5 Prozent aus. Für multiresistente *Enterococcus faecium* werden 13,5 Prozent und für *Enterobacteriaceae* mit Breitspektrumbetalaktamasen (der typische Resistenzparameter) werden aufgeschlüsselt folgende Zahlen benannt: 5,1 Prozent bei *Escherichia coli*, 7,3 Prozent bei *Klebsiella pneumoniae* und 12,4 Prozent bei *Klebsiella oxytoca*. Für *Pseudomonas aeruginosa* mit einer Resistenz für Carbapeneme werden 2,2 Prozent aufgeführt. Andere Studien wie die des EARSS (European Antibiotic Resistance Surveillance-System), GENARS (German Network for Antibiotic Resistance Surveillance) und KISS (Krankenhaus-

Infektions-Surveillance-System) ergeben gleiche Tendenzen, wenn auch die Zahlen nicht vergleichbar sind, da z. B. KISS nur die Daten von Intensivstationen sammelt.

Einheitlich ist die Bewertung, dass im Hinblick auf MRSA sich in Deutschland der Anstieg offensichtlich verlangsamt hat. Es gibt aber sowohl zwischen einzelnen Regionen als auch innerhalb der Regionen erhebliche Unterschiede; so sind vor allem Ballungsräume betroffen.

- b) Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über die Durchseuchungsrate in Pflegeeinrichtungen sowie in ambulanten Einrichtungen?

Seit 1998 wurden mehrere Studien zur Häufigkeit von MRSA in Alten- und Pflegeheimen in Deutschland durchgeführt (112 Pflegeheime, 1 820 Patienten). Die Häufigkeit der MRSA-Besiedlung lag unter 3 Prozent. Bisher gibt es keine Anhaltspunkte dafür, dass ambulanten Einrichtungen und Pflegediensten eine wesentliche Rolle bei der Verbreitung von MRSA zukommt.

2. a) Welche Maßnahmen haben dazu geführt, dass in den Niederlanden oder in Skandinavien eine vergleichsweise extrem niedrigere Durchseuchungsrate gehalten werden kann?

Die konsequente Befolgung der aus den Erfahrungen der achtziger Jahre erarbeiteten Präventionsrichtlinien ist Grundlage für die erfolgreiche Kontrolle von Durchseuchungsraten. Kernpunkt dieser Richtlinien sind neben weiteren Hygienemaßnahmen die Isolierpflege von betroffenen Patientinnen und Patienten (dies setzt ein rechtzeitiges Erkennen mit möglichst schnellen diagnostischen Verfahren voraus) sowie eine Sanierung des MRSA-Trägertums. In den Niederlanden wurde dieses Vorgehen (search and destroy) landesweit konsequent umgesetzt.

- b) Was kann bzw. muss von diesen positiven Erfahrungen auf Deutschland übertragen werden?

Insgesamt gesehen ist vor allem die in den Niederlanden flächendeckende konsequente Umsetzung bestehender Richtlinien (besonders durch die Krankenhäuser) beispielhaft. Eine konsequente Beachtung der bestehenden Richtlinien und Empfehlungen ist auch in Deutschland angezeigt. Ein Screening aller Patientinnen und Patienten bei Wiederaufnahme innerhalb von 12 Monaten in ein Krankenhaus ist aktuell in Deutschland in der Diskussion.

3. Welche Ursachen macht die Bundesregierung für den rasanten Anstieg von MRSA-Infektionen in den letzten Jahren verantwortlich?

Der Anstieg der Durchseuchungsraten mit MRSA hat europaweit vor allem in den Jahren um 1990 und weniger in den letzten Jahren stattgefunden.

Ganz allgemein treten MRSA-Infektionen in Krankenhäusern vor allem bei älteren Patientinnen und Patienten sowie bei Patienten mit chronischen Grundleiden wie z. B. Diabetes mellitus auf. Die demographische Entwicklung hin zu einer zunehmenden Zahl Hochbetagter in der Bevölkerung führt zu einem steigenden Anteil der Risikopopulation. Auch der Fortschritt der Medizin, insbesondere auf den Gebieten der Transplantationschirurgie, Bekämpfung von Blutkrankheiten, Blutkrebs und anderen Krebsleiden ist mit Behandlungsmaßnahmen verbunden, für die generell ein höheres Infektionsrisiko besteht. Hierzu gehört auch der vermehrte Einsatz von Antibiotika.

Diese Grundvoraussetzungen treffen für viele europäische Länder zu. Unterschiede in der Häufigkeit des Auftretens von MRSA beruhen letztlich auf einem schnellen Erkennen und konsequenten Verfahren entsprechend der bestehenden Richtlinien.

4. Sieht die Bundesregierung in dem rasanten Anstieg von Krankenhausinfektionen, der nach Auskunft von Experten und dem Robert Koch-Institut auf mangelnde hygienische Bedingungen in den Kliniken und Pflegeeinrichtungen zurückzuführen ist, einen kausalen Zusammenhang mit dem Kostendruck und der Einführung der Diagnosis Related Groups (DRGs) in den Krankenhäusern?

Zunächst ist festzustellen, dass es für Krankenhausinfektionen allgemein keinen rasanten Anstieg gegeben hat. Der Anstieg bei MRSA-Infektionen fand in den 1990er Jahren vor Einführung des DRG-Systems statt.

Es ist darauf hinzuweisen, dass die MRSA-Problematik im Fallpauschalsystem des DRG berücksichtigt wird durch Erstattung der Mehraufwendungen für Diagnostik, Behandlung und Hygienemaßnahmen.

5. Wie viele Menschen sind nach den Erkenntnissen der Bundesregierung Träger von MRSA und wie viele Menschen sind infiziert und erkrankt?

Es besteht keine Meldepflicht für MRSA nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) oder anderen gesetzlichen Bestimmungen. Schätzungen beruhen daher auf Hochrechnungen aus einzelnen Studien. Für die Anzahl der Träger liegen für Deutschland keine Schätzungen vor, die Anzahl der MRSA-Infektionen wird auf 17 500 pro Jahr geschätzt.

6. a) Welche Regelungen bezüglich MRSA-Infektionen werden auf Ebene des Bundes und der Länder ergriffen?

Das rechtzeitige Erkennen der Verbreitung in Krankenhäusern wird durch § 23 IfSG gefördert, in dem die Krankenhäuser verpflichtet werden, das Auftreten von bakteriellen Infektionserregern mit besonderen Resistenzen und Mehrfachresistenzen (dazu gehören MRSA) in einer gesonderten Niederschrift aufzuzeichnen und zu bewerten. Den Gesundheitsämtern ist auf Verlangen Einsicht zu gewähren.

Durch die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut (RKI) wurde 1999 die Empfehlung zur Prävention und Kontrolle von MRSA in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen veröffentlicht. Die dort beschriebenen Maßnahmen orientieren sich an dem schon oben vorgestellten niederländischen Modell. Entsprechend dem Kenntniszuwachs wird diese Empfehlung fortlaufend ergänzt.

Die Umsetzung der o. a. Richtlinie erfolgt in den Krankenhäusern, Alten- und Pflegeheimen und weiteren Einrichtungen, die in den Empfehlungen angesprochen sind. Die Einhaltung der Vorgaben werden vom Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) im Rahmen seiner Befugnisse gemäß § 36 Abs. 1 IfSG überwacht. Auf der 79. Gesundheitsminister-Konferenz (GMK) wurde beschlossen, das von der Arbeitsgemeinschaft Infektionsschutz der AOLG erarbeitete Strategiepapier anzunehmen. Darin wird gefordert, die konsequente Umsetzung der bestehenden Richtlinien durch bereits vorhandene Netzwerke und Akteure unter Koordinierung durch den ÖGD zu etablieren.

- b) Welche Präventionsmaßnahmen werden dadurch von den Krankenhausbetreibern eingefordert und in welchem Maße auch umgesetzt?

Alle wichtigen Forderungen zu Präventionsmaßnahmen enthält die o. a. Mitteilung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention aus dem Jahre 1999:

- frühzeitige Erkennung und Verifizierung von MRSA-Stämmen
- konsequente (Kohorten)-Isolierung MRSA-kolonisierter/-infizierter Patientinnen und Patienten
- umfassende Information und Schulung des Personals
- strikte Einhaltung allgemeiner Hygienemaßnahmen (Händedesinfektion u. a.)
- Eradikation der nasalen MRSA-Besiedlung.

Der Umsetzungsstand wird nicht systematisch erfasst.

7. Welche Rolle könnte ein obligatorisches MRSA-Screening bei der stationären Aufnahme haben, da hierbei nicht nur Infektionsfälle, sondern auch unbekannte MRSA-Träger erfasst würden?

Die für Deutschland vorliegenden Daten geben noch keinen Anhaltspunkt dafür, dass MRSA außerhalb von Krankenhäusern so weit verbreitet sind, dass dies den Aufwand eines generellen Screenings auf MRSA rechtfertigt. Mit der Fokussierung auf Patientinnen und Patienten mit einem erhöhten Risiko für eine MRSA-Kolonisation wird dem Erfordernis des Erfassens des Einbringens von MRSA in Krankenhäuser von außen weitgehend entsprochen.

8. a) Welche zusätzlichen Kosten entstehen durch MRSA-Krankenhauserkrankungen, und

Es besteht keine gesetzliche Verpflichtung für die Erfassung der Kosten und Aufstellung der Aufwendungen. So können auch hier nur Schätzungen des RKI angeführt werden. Je nach Art der Infektion und klinischer Disziplin werden Kosten zwischen 1 600 und 10 000 Euro veranschlagt.

Unter Annahme des oberen Wertes und der geschätzten Anzahl von 17 500 MRSA-Infektionen pro Jahr würde eine obere Grenze von 175 000 000 Euro nicht überschritten. Unter Annahme eines Mittelwertes von 5 000 Euro ergäben sich ungefähr 80 000 000 Euro.

- b) welche Kosten ergeben sich in den Krankenhäusern je nach eingesetztem Screening-Verfahren?

Das Screening eines einzelnen Patienten würde sich in der konventionellen Technik auf ca. 6 Euro, in der molekularen Schnelldiagnostik auf ca. 40 Euro belaufen.

Vorteil der schnellen molekularen Diagnostik zum Ausschluss einer MRSA-Besiedlung ist die frühere Aufhebung der Isolation, die bei Verdacht auf MRSA-Infektion notwendig ist. Je nach Anzahl der Betten in dem unter Isolierung stehenden Krankenzimmer und der aktuellen Auslastung der jeweiligen Station entstehen weitere Folgekosten.

Eine Gegenüberstellung von Zahlen für generelles MRSA-Screening und ausgewähltes Screening für die o. a. Risikopopulation konnte innerhalb der Frist für die Beantwortung einer Kleinen Anfrage nicht erarbeitet werden.