



Schriftliche Anfrage

des Abgeordneten **Andreas Winhart AfD**
vom 20.03.2019

Multiresistente Keime in privaten und öffentlichen Kliniken in Bayern

In der Presse werden multiresistente Keime immer mehr als Bedrohung für Leib und Leben dargestellt. Vor allem Altenheime und Krankenhäuser liegen hierbei im Fokus.

Ich frage die Staatsregierung:

1. a) Welche multiresistenten Keime traten im Zeitraum zwischen 2008 und 2018 in bayerischen Krankenhäusern auf (bitte nach Kliniken auflisten)?
b) Welche multiresistenten Keime traten im Zeitraum zwischen 2008 und 2018 in bayerischen öffentlichen Krankenhäusern auf (bitte nach Kliniken auflisten)?
c) Welche multiresistenten Keime traten im Zeitraum zwischen 2008 und 2018 in bayerischen privaten Krankenhäusern auf (bitte nach Kliniken auflisten)?
2. a) Welche multiresistenten Keime traten im Zeitraum zwischen 2008 und 2018 in bayerischen Altenpflegeeinrichtungen auf?
b) Welche multiresistenten Keime traten im Zeitraum zwischen 2008 und 2018 in bayerischen öffentlichen Altenpflegeeinrichtungen auf?
c) Welche multiresistenten Keime traten im Zeitraum zwischen 2008 und 2018 in bayerischen privaten Altenpflegeeinrichtungen auf?
3. Welche Maßnahmen zur Vermeidung von Infektionen mit multiresistenten Keimen werden, nach Kenntnis der Staatsregierung, in öffentlichen Kliniken im Freistaat Bayern angewendet?
4. Hat die Staatsregierung Kenntnis, ob in Bayern das Verfahren der universellen Patientenwaschung bezüglich multiresistenter Keime angewandt wird (vgl. Niederlande)?
5. Wie sind die KISS-Zahlen (KISS = Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System) im Bereich MRSA (Methicillin-resistente Staphylococcus-aureus-Stämme), MRSA-KISS-Reha, SARI (Surveillance der Antibiotikaaanwendung und Resistenzsituation auf Intensivstationen), VARIA, IST-KISS (siehe Robert Koch-Institut/Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen) für die öffentlichen Kliniken in Bayern (bitte pro Haus detailliert auflisten)?

Antwort

des Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege

vom 24.04.2019

1. a) Welche multiresistenten Keime traten im Zeitraum zwischen 2008 und 2018 in bayerischen Krankenhäusern auf (bitte nach Kliniken auflisten)?
- b) Welche multiresistenten Keime traten im Zeitraum zwischen 2008 und 2018 in bayerischen öffentlichen Krankenhäusern auf (bitte nach Kliniken auflisten)?
- c) Welche multiresistenten Keime traten im Zeitraum zwischen 2008 und 2018 in bayerischen privaten Krankenhäusern auf (bitte nach Kliniken auflisten)?

Bezüglich des Auftretens von multiresistenten Erregern (MRE) bzw. Erregern mit speziellen Resistenzen gegen Antibiotika sowie nosokomialen Infektionen sind folgende Melde- bzw. Erfassungspflichten gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) zu unterscheiden:

- Meldepflicht nach § 7 Abs. 1 IfSG („Labormeldepflicht“) für bestimmte, dort gelistete Krankheitserreger.
- Meldepflichten nach § 6 Abs. 3 IfSG („Arztmeldepflicht“) zum Auftreten von zwei oder mehr nosokomialen Infektionen, bei denen ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet wird.
- Erfassungspflicht von nosokomialen Infektionen sowie Erregern mit Resistenzen und Multiresistenzen gemäß § 23 Abs. 4 IfSG durch die Leiter von Einrichtungen nach § 23 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 bis 3 IfSG.

„Labormeldepflicht“ gemäß § 7 Abs. 1 IfSG

Die „Labormeldepflicht“ gemäß § 7 Abs. 1 IfSG wurde durch zwei Verordnungen zur Anpassung der Meldepflicht an die epidemiologische Lage auf bestimmte Erreger mit besonderen Resistenzen ausgedehnt:

- Aufgrund der Verordnung zur Anpassung der Meldepflicht nach § 7 Infektionsschutzgesetz an die epidemische Lage (Labormeldepflicht-Anpassungsverordnung – LabMeldAnpV) vom 26.05.2009 besteht seit dem 01.07.2009 für den direkten Nachweis von Methicillin-resistenten Staphylococcus-aureus-Stämmen (MRSA) aus Blut oder Liquor eine Meldepflicht.
- Gemäß der Verordnung zur Anpassung der Meldepflicht nach dem Infektionsschutzgesetz an die epidemische Lage (IfSG-Meldepflichtanpassungsverordnung – IfSGMeldAnpV) vom 18.03.2016 besteht zusätzlich seit dem 01.05.2016 für den Nachweis einer Carbapenem-Nichtempfindlichkeit bei Enterobacteriaceae und Acinetobacter spp. eine Meldepflicht.

Eine Verpflichtung der Laboratorien zur Meldung von weiteren Erregern mit Resistenzen gegen Antibiotika ist im IfSG nicht normiert.

Jeder Nachweis der oben genannten Erreger ist vom Labor an das Gesundheitsamt zu melden, unabhängig davon, ob es sich um den ersten Nachweis bei einem Patienten oder um einen erneuten Nachweis (z. B. bei wiederholten Krankenhausaufenthalten) beim gleichen Patienten handelt. Es wird nicht unterschieden, ob bei einem Patienten ein meldepflichtiger Erreger oder mehrere, d. h. verschiedene Erreger nachgewiesen wurden. Die Anzahl der gemeldeten Erregernachweise entsprechen somit nicht unbedingt der Anzahl an betroffenen Patienten.

Es besteht eine Verpflichtung zur Meldung des Nachweises einer Carbapenem-Nichtempfindlichkeit bei Enterobacteriaceae und Acinetobacter spp. unabhängig davon, ob es sich um eine Infektion des Patienten handelt oder ob eine Besiedlung (Kolonisation) des Patienten vorliegt, d. h., der Erreger lässt sich bei dem Menschen nachweisen, ohne dass der Mensch dadurch krank ist.

Die Daten im Rahmen der „Labormeldepflicht“ gemäß § 7 Abs. 1 IfSG werden von den Gesundheitsämtern aus datenschutzrechtlichen Gründen anonymisiert an die Meldezentrale am Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) und von dort weiter an das Robert Koch-Institut (RKI) übermittelt. In diesem Zusammenhang erfolgt keine Übermittlung von Daten zu den medizinischen Einrichtungen, in denen der Patient mit Nachweis des gemeldeten Erregers behandelt wurde. Eine Auflistung der gemeldeten MRE nach Krankenhäusern ist daher nicht möglich.

Daten zu MRSA liegen für den Zeitraum 2010 bis 2018 vor, Daten zu Carbapenem-nichtempfindlichen Erregern ab 2017. Diese sind in den Tabellen 1.a und 1.b aufgeführt.

Tabelle 1.a Anzahl der übermittelten MRSA-Nachweise aus Blut oder Liquor in Bayern in den Jahren 2010 bis 2018 (Datenstand 01.03.2019; Quelle SurvNet, gemäß Referenzdefinition des RKI)

Jahr	Anzahl MRSA-Fälle
2010	553
2011	435
2012	365
2013	361
2014	260
2015	237
2016	191
2017	211
2018	188

Tabelle 1.b Anzahl der übermittelten Carbapenem-nichtempfindlichen Erreger in Bayern in den Jahren 2017 und 2018 nach Infektionsstatus in den Meldekategorien Acinetobacter spp. und Enterobacteriaceae (Datenstand 01.03.2019; Quelle SurvNet, gemäß Referenzdefinition des RKI)

	Erreger	2017			2018		
		Inf	Kol	NE	Inf	Kol	NE
Acinetobacter spp. Meldekategorie	Acinetobacter (A.)	1	2	4	3	1	5
	A. baumannii (A. b.)	2	7	9	13	23	8
	A. haemolyticus	0	0	0	0	1	0
	A. johnsonii	0	0	1	0	0	1
	A. Iwoffii	0	2	1	0	1	1
	A. pittii	0	0	0	1	1	3
	A. ursingii	0	0	0	0	0	1
	A.-b.-calcoaceticus-Komplex	0	0	0	0	0	1
	A.-b.-Komplex	6	11	12	17	14	9
Alle	9	22	27	34	41	29	

	Erreger	2017			2018		
		Inf	Kol	NE	Inf	Kol	NE
Enterobacteria- ceae	Citrobacter	1	0	2	0	0	0
	Citrobacter freundii	1	3	8	6	12	4
	Citrobacter koseri	0	0	0	0	2	1
	Citrobacter youngae	0	1	0	0	0	0
	Enterobacter (E.)	3	4	12	1	1	5
	E. aerogenes	4	2	5	7	18	12
	E. agglomerans	0	0	1	0	0	0
	E. amnigenus	0	0	0	0	1	0
	E. asburiae	0	2	0	0	0	2
	E. cloacae	7	14	23	21	23	22
	E. cloacae cloacae	0	0	0	2	0	2
	E. coli	0	0	1	0	1	0
	E. hormaechei	0	0	0	0	1	1
	Escherichia	0	0	0	1	0	1
	Escherichia coli	8	16	19	17	32	24
	Hafnia alvei	0	0	0	1	1	0
	Klebsiella (Kl.)	1	1	4	5	2	4
	Kl. aerogenes	0	0	0	2	3	0
	Kl. oxytoca	0	2	3	1	0	5
	Kl. pneumoniae	27	53	42	44	84	61
	Kl. pneumoniae pneumoniae	0	0	0	6	2	7
	Morganella morganii	1	3	0	0	0	0
	Proteus mirabilis	0	0	0	0	1	0
	Providencia rettgeri	0	0	0	1	1	0
	Providencia stuartii	0	0	1	0	0	0
	Raoultella ornithinolytica	0	0	0	1	0	1
	Serratia	0	1	1	0	0	0
Serratia marcescens	1	1	1	0	4	3	
nicht erhoben	2	1	2	1	1	4	
andere Enterobacteriaceae	0	0	1	4	1	2	
Alle		56	104	126	121	191	161

Inf – infiziert; Kol – kolonisiert, d.h. Nachweis des Erregers ohne Erkrankung des Patienten; NE – nicht ermittelbar/nicht erhoben.

„Arztmeldepflicht“ gemäß § 6 Abs. 3 IfSG

Die „Arztmeldepflicht“ gemäß § 6 Abs. 3 IfSG verpflichtet zu einer nichtnamentlichen Meldung an das zuständige Gesundheitsamt beim Auftreten von zwei oder mehr nosokomialen Infektionen, bei denen ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet wird. Hierbei wird nicht zwischen Erregern mit oder ohne spezielle Resistenzen gegen Antibiotika unterschieden. Diese Daten werden anonymisiert an das LGL übermittelt.

Verpflichtung zur Aufzeichnung bestimmter Infektionen und von bestimmten Erregern gemäß § 23 Abs. 4 IfSG

Gemäß § 23 Abs. 4 IfSG haben die Leiter von Einrichtungen nach § 23 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 bis 3 IfSG sicherzustellen, dass bestimmte nosokomiale Infektionen und das Auftreten von Krankheitserregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen fortlaufend in einer gesonderten Niederschrift aufgezeichnet, bewertet und sachgerechte Schlussfolgerungen hinsichtlich erforderlicher Präventionsmaßnahmen gezogen werden und dass die Präventionsmaßnahmen dem Personal mitgeteilt und umgesetzt werden. Diese Daten sind dem zuständigen Gesundheitsamt gemäß § 23 Abs. 4 IfSG auf Verlangen vorzuzeigen. Sie werden nicht an eine zentrale Erfassungsstelle weitergeleitet. Diese Verpflichtung wurde entsprechend auch in § 10 Abs. 1 bis 3 Verordnung zur Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen (MedHygV) normiert.

2. a) **Welche multiresistenten Keime traten im Zeitraum zwischen 2008 und 2018 in bayerischen Altenpflegeeinrichtungen auf?**
- b) **Welche multiresistenten Keime traten im Zeitraum zwischen 2008 und 2018 in bayerischen öffentlichen Altenpflegeeinrichtungen auf?**
- c) **Welche multiresistenten Keime traten im Zeitraum zwischen 2008 und 2018 in bayerischen privaten Altenpflegeeinrichtungen auf?**

Das IfSG regelt die Meldepflicht von Erregern und Krankheiten durch die in § 8 IfSG aufgeführten Personen sowie die Erfassungspflicht von nosokomialen Erregern und Erregern mit besonderen Resistenzen für Krankenhäuser und weitere Einrichtungen nach § 23 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 bis 3. Der Geltungsbereich der MedHygV umfasst die in § 1 Abs. 2 MedHygV genannten Einrichtungen der medizinischen Versorgung. Einrichtungen der stationären Pflege sind hiervon nicht umfasst. Daher liegen keine Meldedaten zum Auftreten von multiresistenten Erregern vor.

3. Welche Maßnahmen zur Vermeidung von Infektionen mit multiresistenten Keimen werden, nach Kenntnis der Staatsregierung, in öffentlichen Kliniken im Freistaat Bayern angewendet?

Gemäß § 23 Abs. 3 IfSG haben die Leiter der dort aufgeführten Einrichtungen sicherzustellen, dass die nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft erforderlichen Maßnahmen getroffen werden, um nosokomiale Infektionen zu verhüten und die Weiterverbreitung von Krankheitserregern, insbesondere solcher mit Resistenzen, zu vermeiden. Die Einhaltung des Standes der medizinischen Wissenschaft auf diesem Gebiet wird vermutet, wenn jeweils die veröffentlichten Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut (KRINKO) und der Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie beim Robert Koch-Institut (ART) beachtet worden sind. Entsprechende Vorgaben sind auch in § 2 MedHygV normiert.

Jede medizinische Einrichtung legt ihre Präventionsstrategie nach einer einrichtungsspezifischen Risikoanalyse auf Grundlage der KRINKO-Empfehlungen „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“ und „Empfehlung zum Kapazitätsumfang für die Betreuung von Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen durch Krankenhaushygieniker/innen“ fest. Wichtige Parameter sind dabei unter anderem die Art der Eingriffe und Behandlungen, die in der medizinischen Einrichtung durchgeführt werden, das Risikoprofil der betreuten Patienten sowie die Häufigkeit der verschiedenen MRE in der Einrichtung.

4. Hat die Staatsregierung Kenntnis, ob in Bayern das Verfahren der universellen Patientenwaschung bezüglich multiresistenter Keime angewandt wird (vgl. Niederlande)?

Grundsätzlich legt jede medizinische Einrichtung ihre eigene MRE-Präventionsstrategie fest (siehe Antwort zu Frage 3). Die innerbetrieblichen Verfahrensanweisungen zur Infektionshygiene sind von den Leitern der in § 23 Abs. 5 IfSG genannten Einrichtungen in Hygieneplänen festzulegen. Dies findet sich ebenso normiert in § 3 MedHygV.

Die universelle Patientenwaschung mit Antiseptika stellt eine von verschiedenen Maßnahmen dar, die in Risikobereichen (wie z. B. Intensivstationen und hämatologisch-onkologische Stationen) oder auch im Rahmen von Ausbrüchen im Krankenhaus zur Prävention von Kolonisationen oder Infektionen durch MRE eingesetzt werden kann.

Daten zur Anzahl der bayerischen Kliniken, die die universelle Patientenwaschung anwenden, liegen dem Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMGP) nicht vor.

5. Wie sind die KISS-Zahlen (KISS = Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System) im Bereich MRSA (Methicillin-resistente Staphylococcus-aureus-Stämme, MRSA-KISS-Reha, SARI (Surveillance der Antibiotikaaanwendung und Resistenzsituation auf Intensivstationen), VARIA, IST-KISS (siehe Robert Koch-Institut/Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen) für die öffentlichen Kliniken in Bayern (bitte pro Haus detailliert auflisten)?

Die Leiter von medizinischen Einrichtungen nach § 23 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 bis 3 IfSG sind intern zur Erfassung und Bewertung nosokomialer Infektionen und von Erregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen gemäß § 23 Abs. 4 IfSG verpflichtet. Gemäß § 10 Abs. 2 MedHygV hat die Surveillance mit geeigneten Verfahren, z. B. dem Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) zu erfolgen. KISS wird vom Nationalen Referenzzentrum für die Surveillance von nosokomialen Infektionen (NRZ) bundesweit angeboten. Die Teilnahme der Krankenhäuser an KISS erfolgt auf freiwilliger Basis, es besteht keine Verpflichtung, dieses zu nutzen.

Die Erfassung, Auswertung und Schlussfolgerung aus der Aufzeichnung der Erreger mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen erfolgt krankenhausesintern. Es besteht abgesehen von der Meldepflicht nach § 6 Abs. 3 IfSG im Rahmen eines epidemischen Zusammenhangs keine gesetzliche Pflicht zur Weitergabe der Daten an das zuständige Gesundheitsamt. Es liegen dem StMGP demzufolge keine entsprechenden Daten vor.

Die Daten von KISS werden anonymisiert auf der Internetseite des NRZ veröffentlicht. Es werden die Anzahl der jeweils teilnehmenden Häuser, die Gesamtanzahl der Patienten, die mittlere Häufigkeit des jeweiligen Erregers oder der jeweiligen Infektion bezogen auf die Anzahl der Patienten oder Krankenhaustage sowie das erste und dritte Quartil und der Median angegeben. Zum Teil werden noch detailliertere Auswertungen veröffentlicht.

Die Leiter der einzelnen Einrichtungen bekommen ihr einrichtungsbezogenes Ergebnis intern mitgeteilt und können sich mit dem Durchschnitt der anderen teilnehmenden medizinischen Einrichtungen vergleichen und daraus für ihre Einrichtung Schlussfolgerungen ziehen.

Vonseiten des NRZ werden keine Bundesländer-bezogenen oder einrichtungsbezogenen KISS-Daten veröffentlicht. Somit liegen diese dem StMGP nicht vor.