**Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales**

Der Senator

Berlin

Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales
Oranienstr. 106, 10969 Berlin

Paracelsus Report
Fulton Akademie GmbH
Steinsdorfstr. 2 RG

80538 München

Geschäftszeichen (bei Antwort bitte angeben)
I F 26
Bearbeiter/in:
Dr. Henry Malach
Zimmer:
5095
Telefon:
(030) 9028 (Intern: 928) 1339
Telefax:
(030) 9028 (Intern: 928)
Datum:
11.07.2012

**Ihre Anfrage „Maßnahmen gegen Killerkeime in deutschen Krankenhäusern" des „Paracelsus Report, Magazin für freie Therapie" und der „Verbände VUH, VFP und VDT" vom 04.07.2012**

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für Ihr Schreiben vom 04.07.2012.
Zu Ihren Fragen (jeweils kursiv) nehme ich wie folgt Stellung:

*Warum existiert in Deutschland keine Meldepflicht für Killerkeime?*
Ich gehe davon aus, dass Sie sich auf **Erreger mit multiplen Resistenzen** gegenüber einer antibiotischen Behandlung (MRE) beziehen. Hier ist zunächst zwischen Besiedlung (Kolonisation) und Infektion zu unterscheiden. MRE sind nicht per se aggressiver, wenn es jedoch zu einer Infektion mit diesen Keimen kommt, ist diese oft schwieriger zu behandeln.

Die bisher in Deutschland etablierten Surveillance-Elemente lassen sich wie folgt gliedern:

**Meldepflicht für Häufungen nosokomialer Infektionen**
Einzelne Erkrankungen oder -Besiedlungen durch MRE sind nicht meldepflichtig. Gemäß § 6 Abs. 3 Bundes-Infektionsschutzgesetz ist jedoch das gehäufte Auftreten nosokomialer Infektionen, bei denen ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet wird, unverzüglich dem Gesundheitsamt als Ausbruch zu melden. Dies erstreckt sich auf alle Arten von Krankheitserregern, ob diese nun Antibiotikaresistenzen aufweisen oder nicht.

**Meldepflicht für den MRSA-Nachweis aus Blut oder Liquor**
Das Bundes-Infektionsschutzgesetz verpflichtet in Verbindung mit der Labormeldepflicht-Anpassungsverordnung vom 26. Mai 2009 auch zur Meldung eines Nachweises von MRSA aus Blut oder Liquor.
Hierzu hielt das Robert Koch-Institut fest:
"Wie aus Surveillance-Systemen für Krankenhausinfektionen wie dem KISS bekannt ist, kommt durchschnittlich ein durch MRSA verursachter Sepsis-Fall auf zehn andere durch MRSA verursachte Infektionen. Damit ist der Nachweis von MRSA aus Blutkulturen auch ein Surrogatmarker für gehäuftes Auftreten von MRSA. Zu erwähnen ist auch, dass diese Meldepflicht als Labor-Meldepflicht eingeführt wird. Aufgrund der Schwere des Krankheitsbildes

ist bei der Diagnose der Sepsis oder der Meningitis immer eine mikrobiologische Untersuchung geboten. Daher kann davon ausgegangen werden, dass ein großer Anteil der entsprechenden MRSA-bedingten Fälle auch tatsächlich erfasst wird." (Epidemiologisches Bulletin Nr. 26 vom 29. Juni 2009, S. 253)

**Pflicht zur Aufzeichnung des Auftretens von MRE**
Nach § 23 Absatz 4 haben die Leiter von Krankenhäusern und von Einrichtungen für ambulantes Operieren sicherzustellen, dass "die vom Robert Koch-Institut nach § 4 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe b festgelegten nosokomialen 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 erforderlichen Präventionsmaßnahmen dem Personal mitgeteilt und umgesetzt werden."

*Weshalb wird die Bevölkerung nicht systematisch und konkret über die Gefährdung informiert?*
In erster Linie handelt es sich bei diesem Thema um ein fachliches, welches alle Akteure im medizinischen Sektor gemeinsam bewegen müssen. Hierbei geht es z. B. um einen rationalen, gezielten Einsatz der für den jeweiligen Einsatzzweck geeigneten Antibiotika sowie um die fachlich korrekte Datenerfassung und –auswertung von Infektionsraten und somit weniger um Maßnahmen, die die Bevölkerung ergreifen könnte.
Eine Veröffentlichung der Anzahl der in den jeweiligen Krankenhäusern auftretenden nosokomialen Infektionen (wie sie mitunter gefordert wird) würde nicht zu mehr Klarheit führen, da dabei Äpfel mit Birnen verglichen würden. Die Anzahl der nosokomialen Infektionen wird entscheidend von dem in der Einrichtung behandelten Anteil an Risikopatienten und dem Anteil an Risikobereichen (wie OP, Intensivstationen) bestimmt, so dass unterschiedliche Infektionsraten nicht zwangsläufig als Fehler im Hygienemanagement gewertet werden können.

*Warum wird nicht mit administrativen und gesetzlichen Mitteln die Hygiene sofort und umfassend restrukturiert?*
Mit der Novellierung des Bundes-Infektionsschutzgesetzes vom 28. Juli 2011 wurde eine Reihe von Verschärfungen im Bereich der hygienischen Bestimmungen eingeführt. Es wurden Regelungen getroffen, um nosokomialen Infektionen und der Verbreitung von MRE entgegenzutreten.
Berlin hatte bereits in der 2006 erlassenen Krankenhausverordnung Regelungen zur Hygiene erlassen. Mit der Verordnung zur Regelung der Hygiene in medizinischen Einrichtungen (Hygieneverordnung) vom 12. Juni 2012 sind diese weiter ausgebaut worden. Die Neuerungen lassen sich wie folgt gliedern:

**Verbessertes Hygienemanagement** durch Erhöhung der Anforderungen an die Ausstattung mit Hygienepersonal im stationären Bereich. Seit 2006 waren Krankenhaushygieniker in Häusern ab 450 Betten erforderlich, eine Beratung kleinerer Einrichtungen durch Krankenhaushygieniker war sicherzustellen. Neu muss mindestens ein Krankenhaushygieniker in Krankenhäusern und Reha-Kliniken ab 400 Betten beschäftigt, eine Beratung durch Krankenhaushygieniker auch von Reha-Kliniken sichergestellt werden.
2006 hatten Krankenhäuser ab 300 Betten Hygienefachkräfte einzustellen; jetzt müssen alle Krankenhäuser und Reha-Kliniken über mindestens eine Hygienefachkraft verfügen. Nach der Verordnung von 2006 waren ärztliche Hygienebeauftragte für Abteilungen mit hohen Anforderungen an die Hygiene zu bestellen. Jetzt soll jedes Krankenhaus sowie jede Reha-Klinik über mindestens eine oder einen hygienebeauftragte Ärztin bzw. hygienebeauftragten Arzt verfügen.
Im Einzelnen ist der Personalbedarf im Hinblick auf das einrichtungsspezifische Risiko zu ermitteln (gem. Richtlinie des Robert Koch-Instituts) und kann deutlich höher sein als die dargestellten Mindestanforderungen.

**Höhere Standardisierung, mehr fachlichen Austausch und eine bessere Kontrolle** durch Verpflichtung zur Einrichtung von Hygienekommissionen in Krankenhäusern und Reha-Kliniken

. . .

**Berücksichtigung der jeweils neuesten Erkenntnisse und der lokale Resistenzlage** durch Regelungen zur Steuerung und Evaluation von Antibiotikaeinsatz und –Resistenzen: diese tragen dazu bei, dass bei der Auswahl der antibiotischen Substanzen aktuelle und lokale Entwicklungen berücksichtigt werden. So kann der Anteil resistenter Erreger gesenkt und der Therapieerfolg gesteigert werden.

**Konsequente Überwachung der wichtigsten hygienischen Kennzahlen**
mittels Auswertung der Aufzeichnungen zu nosokomialen Infektionen, MRE und Antibiotika-Verbrauch unter Heranziehung standardisiert erhobener Vergleichsdaten

**Verhinderung der Übertragungen von MRE**
Patienten, die mit resistenten Keimen besiedelt sind, sollen durch (ggf. auf Risikogruppen beschränkte) geeignete Maßnahmen (Screening) erkannt und Präventionsmaßnahmen eingeleitet werden.

**Flächendeckende Hygienemaßnahmen**
durch Verpflichtung zur Aufstellung von Hygieneplänen auch im ambulanten Bereich: es wird mehr Verbindlichkeit für das Hygienemanagement einer großen Zahl an Einrichtungen geschaffen, für die bisher keine Regelungen existierten. So gilt die Verpflichtung zur Aufstellung von Hygieneplänen auch für Zahnarzt- und Arztpraxen sowie Praxen sonstiger humanmedizinischer Heilberufe, in denen invasive Eingriffe vorgenommen werden. Dies können z.B. Heilpraktikerpraxen sein, wenn dort Interventionen wie Aderlass, Neuraltherapie oder Blutegeltherapie durchgeführt werden.

**Weitreichende Regelungen**
Die Berliner Verordnung geht in einigen Punkten über die von den Bundesländern erarbeitete Musterverordnung hinaus, z.B.: Erfassung von Infektionsraten, Möglichkeit der Teilnahme der Gesundheitsämter an den Sitzungen der Hygienekommissionen der Krankenhäuser, Bestellung von hygienebeauftragten Ärztinnen und Ärzten in Einrichtungen für ambulantes Operieren, Dialyseeinrichtungen und Tageskliniken mit hohem Risiko für nosokomiale Infektionen!

*Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker: Müssen hier wirklich 5 Jahre herhalten, ist dies nicht schneller realisierbar?*
Es besteht gegenwärtig ein Defizit an Fachärztinnen und Fachärzten für Hygiene in Deutschland. Um den Kliniken ausreichend Zeit zur Qualifizierung des Personals zu geben, ist eine Übergangsregelung unerlässlich. Dies bedeutet nicht, dass die Kliniken auf die entsprechenden Fachleute verzichten könnten; die Sicherstellung der Mitarbeit bzw. Beschäftigung fachlich geeigneten Personals ist auch in der Übergangszeit vorgeschrieben. Die Bundesärztekammer entwickelt im Übrigen eine strukturierte curriculare Fortbildung zur Krankenhaushygiene, welche durch supervidierte Tätigkeit der in dieser Weiterbildung befindlichen Ärzte durch erfahrene Krankenhaushygienikerinnen und -hygieniker ein hohes fachliches Niveau auch in der Übergangsphase gewährleisten wird.

*Screening: Sind solche Tests nicht auch in deutschen Krankenhäusern möglich und umsetzbar?*
Im Rahmen der juristischen Möglichkeiten verpflichtet die Berliner Hygieneverordnung die Klinikleitungen, "sicherzustellen, dass Patientinnen und Patienten, von denen ein Risiko für die nosokomiale Übertragung von Krankheitserregern, insbesondere solchen mit Resistenzen, ausgeht oder ausgehen kann, frühzeitig erkannt und Schutzmaßnahmen eingeleitet werden." Eine gesetzliche zwingende Verpflichtung auf ein konkretes Vorgehen wäre allein schon deshalb nicht zu rechtfertigen, da der Health Technology Assessment-Bericht des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information in Beurteilung der wissenschaftlichen Arbeiten zu diesem Thema zu dem Ergebnis kommt, dass "die Ergebnisse zur Kosten-Wirksamkeit des Einsatzes von Screeningverfahren (...) insgesamt eine sauber kontrollierte neue Studie [erfordern], bevor ein abschließendes verbindliches Urteil gefällt werden kann". Davon abgesehen bietet das Bundes-Infektionsschutzgesetz keine Grundlage für eine umfassendere Regelung durch eine Rechtsverordnung der Länder.

. . .

*Pflegeheime: Welche Maßnahmen sind hier geregelt oder geplant?*
Im Bundes-Infektionsschutzgesetz sind Pflegeeinrichtungen nicht erfasst, daher fehlt hier die rechtliche Grundlage für eine gesonderte Regelung auf Landesebene. Screening-Untersuchungen des EUREGIO-Netzwerkes (http://www.mrsa-net.org/) deuten aber darauf hin, dass die MRSA-Prävalenz in diesen Einrichtungen als gering einzuschätzen ist.

*Was spricht gegen eine offene Information der Bürger über MRSA-verseuchte Krankenhäuser und -stationen?*
Siehe oben

*Würden Sie eine Initiative unterstützen, die eine (...) Killerkeim-Warn-Homepage mit einer deutschlandweiten Killerkeim-Landkarte plant?*
Nein, aus den oben genannten Gründen.

Ich hoffe, Ihnen mit diesen Angaben weitergeholfen zu haben und verbleibe
mit freundlichen Grüßen

Mario C z a j a