



Region Hannover

Der Regionspräsident

01.05 Stabsstelle Krankenhäuser

► **Nr. 3201 (III) AaA**

Hannover, 3. August 2016

Antwort auf Anfragen

öffentlich

Gremium	geplant für Sitzung am	Be-schluss		Abstimmung		
		Laut Vor-schlag	abwei-chend	Ja	Nein	Ent-hal-tung

Ausbreitung von Multiresistenten Erregern (MRE) Anfrage der Gruppe Linke und Piraten vom 2. Juni 2016

Sachverhalt:

Mehrfach Resistente Erreger (MRE), gegen die Antibiotika nicht mehr wirken, sind weltweit auf dem Vormarsch. Allgemein bekannt ist der Erreger MRSA (Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus). Zu den Keimen mit dem häufigsten Vorkommen zählen außerdem die den Darm besiedelnden:

- VRE (Vancomycin-resistente Enterokokken)
- ESBL (Beta-Lactamase produzierende Enterobakterien)
- Clostridium difficile (Hospitalkeim)

ESBL beispielsweise produzieren Enzyme, die sie gegen die meisten Antibiotika-Klassen resistent machen. Neben MRSA lösen ESBL die schwersten Fälle von bakteriellen Infektionen in Krankenhäusern aus. Bisherige Einschätzungen gingen davon aus, dass in Deutschland jährlich zwischen 7.500 bis zu 15.000 Menschen an Infektionen mit mehrfachresistenten Erregern (MRE) sterben.

Recherchen von ZEIT ONLINE, DIE ZEIT, der Funke Mediengruppe sowie eine aktuelle Langzeituntersuchung vom Recherchebüro CORRECT!V offenbaren: „dass Ärzte bei Kliniktoten jedes Jahr mehr als 30.000 Mal die Diagnose oder Behandlung eines der drei meistverbreiteten multiresistenten Keime wie MRSA, ESBL oder VRE abrechnen.“ Dies

geht aus einer Auswertung der Abrechnungsdaten aller deutschen Krankenhäuser aus dem Jahr 2014 hervor.

Fachleute von Krankenkassen gingen davon aus, dass selbst diese Zahl viel zu niedrig sei, da nicht jede Infektion für die Abrechnung relevant sei. Vermutlich könnten die Kassen nur ein Drittel der tatsächlichen Infektionen erkennen. Walter Popp, der Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene, spricht sogar von "mindestens einer Million Infektionen und mehr als 30.000 bis 40.000 Todesfällen". Gleichzeitig warnt die WHO vor einer 'post-antibiotic era', einer Post-Antibiotika-Ära, in welcher gewöhnliche Infektionen und geringe Verletzungen wieder tödlich enden können.

VRE wurde im Jahr 2014 von deutschen Krankenhäusern mehr als 33.000 Mal abgerechnet. Dazu zählen sowohl Besiedelungen als auch Infektionen. Seit 2010 ist die Zahl der VRE-Fälle um 40 Prozent gestiegen. Die Gruppe der ESBL-Keime rechnet die Krankenhäuser sogar fast 120.000 Mal ab. Innerhalb von vier Jahren weist das Vorkommen dieser Keim eine Steigerung von mehr als 50% auf.

Aus der Gruppe der drei häufigsten MRE müssen dem zuständigen Robert-Koch-Institut aber weiterhin nur die Daten zu MRSA offiziell gemeldet werden.

- **In der Region Hannover gab es im Jahr 2013 laut DRG-Statistik des Robert-Koch-Instituts (RKI) 2.284 MRE-Fälle bei 242.124 Krankenhauspatienten.**

Laut Tim Eckmanns vom RKI ist es unklar, warum die mehrfach resistenten Keime immer häufiger auftreten: "Eventuell gelangen diese Keime über die Nahrung in den menschlichen Körper". ESBL finden sich beispielsweise häufig auf Hühnchen in Supermärkten. Das Thema müsse auch von der Veterinärmedizin angegangen werden.

Der inflationäre Gebrauch von Antibiotika sowie der flächendeckende Einsatz in der Massentierhaltung ist die eine Seite. Die andere Seite ist die ständige Einsparung von Krankenhauspersonal und die daraus resultierende, mangelnde Umsetzung von Hygienestandards.

- **Laut BMG wären 20-30 % der im Rahmen einer medizinischen Behandlung gezogenen Infektionen und Todesfälle mit einer konsequenten Durchführung der Hygienemaßnahmen vermeidbar.**

Wie gehen Krankenhäuser mit multiresistenten Keimen und Hygiene um? Eine Undercover-Recherche des Zeit.de Journalisten Benedict Wermter in Europas größtem Universitätsklinikum der Charité in Berlin zeigt: auch renomierten Krankenhäusern kann man hierin kein Vertrauen schenken. Und freiwillig wird eine mangelnde Umsetzung von Hygienestandards nicht eingestanden.

Aus der Gastroenterologie der Charité berichtet Benedict von überlastetem Pflegepersonal, das MRSA-infizierte Patienten nicht konsequent isoliert, häufig die Desinfektion der Hände unterlässt, keinen Mundschutz und keine Schutzkleidung trägt und damit selbst zur Übertragungsquelle wird.

Vor diesem Hintergrund fragt die Gruppe LINKE & PIRATEN:

1. In der Region Hannover gab es im Jahr 2013 laut DRG-Statistik des Robert-Koch-Instituts (RKI) 2.284 MRE-Fälle bei 242.124 Krankenhauspatienten. Wie viele davon ereigneten sich im KRH?

2. Wieviele Pflegekräfte beschäftigt das KRH insgesamt (in allen Häusern) und wie hoch ist die durchschnittliche Anzahl von Patienten (in allen Häusern)? Auch eine „von-bis-Angabe“ wäre hier in Ordnung.
3. Das DRK-Krankenhaus Clementinenhaus fordert von zahlreichen Patienten vor geplanten Operationen MRSA-Tests. Patienten, bei denen MRSA nachgewiesen wurde, dürfen nicht (oder nur in Notfällen) aufgenommen werden. Darüber hinaus werden sie mit einem speziellem Waschset für Zuhause ausgestattet. Erst wenn die Keime nachweislich eingedämmt sind, wird die OP angesetzt. Dies ist einem Artikel der HAZ vom 4. Mai 2016 zu entnehmen. Das Clementinenhaus gibt darin auch die Zahl der 2014 mit MRSA-Keimen Patienten an, die aufgenommen werden mussten, weil es Notfälle waren. In der Bilanz hatte das Clementinenhaus 2014 nur eine meldepflichtige Infektion. Gibt es im KRH eine entsprechende Praxis, bei der vor Operationen ein Test von OP-Patienten eingefordert wird?
4. Unter welchen Voraussetzungen werden Patienten / Neuzugänge und Personal im Klinikum der Region Hannover auf VRE und ESBL getestet? Wird überhaupt auf diese Erreger getestet?
 - 4.1. Wird das Vorkommen von Besiedlungsfällen und Infektionsfällen mit VRE und EBSL dokumentiert?
 - 4.2. Wenn ja, wie wird dokumentiert? Bitte um differenzierte Aufschlüsselung, welche Angaben in die Dokumentation einfließen.
 - 4.3. Werden dokumentierte Daten zu Besiedlungs- und Infektionsfällen zur Erfassung der Zahlen an das Robert Koch Institut weiter gegeben?
5. Wird die Einhaltung von gebotenen Hygienestandarts kontrolliert?
 - 5.1. Wenn ja, wer kontrolliert wie oft und nach welchen Kriterien wird dies gemacht?
 - 5.2. Findet in allen Häusern des Klinikum der Region Hannover eine solche Kontrolle statt?
6. Gibt es in den Häusern des KRH ein anonymes Fehlermeldesystem, in dem Mitarbeiter Probleme und Mißstände In Bezug auf MRE anzeigen können? Gemeint ist hier z.B. die Vernachlässigung des Tragens von vollständiger Schutzkleidung, der konsequenten Isolation besiedelter / infizierter Patient_innen, das Screening von Risikopatienten und risikobehaftetem Kontaktpersonal.
 - 6.1. Falls Nein, ist die Einrichtung eines solchen Fehlermeldesystems geplant?
 - 6.2. Beabsichtigt die Regionsverwaltung, sich für die Einrichtung eines Fehlermeldesystems einzusetzen?
7. Führt das KRH eine Morbiditätsstatistik, um ein ungewöhnliches Ansteigen von Todesraten durch MRE-Infektionen bei KRH-Patienten schneller zu erfassen? Falls Ja, beinhaltet diese Statistik eine Aufschlüsselung nach Todesursachen? Und sind hierbei die Fälle Sterbefällen von Patienten mit einer MRE-Infektion benannt?

Im Text angeführte Links:

Informationen zu VRE: <http://www.labor-imbach.de/Vancomycin-resistent.434.0.html>

CORREKTIV: <https://correctiv.org/recherchen/keime/>

Zeit.de: <http://www.zeit.de/wissen/gesundheit/2014-11/multiresistente-keime-mrsa-antibiotika-massentierhaltung-keimkarte>

Undercover-Recherche von Zeit.de: <http://www.zeit.de/wissen/gesundheit/2014-11/charite-multiresistente-keime-krankenhaus-hygiene>

BMG: <http://www.bmg.bund.de/themen/praevention/krankenhausinfektionen/antibiotika-resistenzstrategie.html>

WHO: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/antibiotic-resistance/en/>

Vorbemerkung:

Da für die Resistenzentwicklung von bakteriellen Erregern ein multifaktorielles Geschehen verantwortlich zu machen ist, wurde bereits am 19.03.2009 das heute bestehende MRSA-Plus-Netzwerk der Region Hannover gegründet. Zielsetzung des Netzwerks war es, durch die Bündelung von Fachkompetenz, eine umfassende Kooperation und die Entwicklung gemeinsamer Strategien langfristig die MRSA-Prävalenz, aber auch die der MRE-Prävalenz sowie insbesondere der hierdurch bedingten (nosokomialen) Infektionen zu kontrollieren und zu senken.

Am Netzwerk beteiligt sind – vertreten durch entsandte Expertinnen und Experten – alle Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung sowie der Maximalversorgung in der Region Hannover (KRH Klinikum Region Hannover, Diakovere, Medizinische Hochschule Hannover, Vinzenz-Krankenhaus, DRK-Krankenhaus Clementinenhaus) sowie die Ärztekammer Niedersachsen, Apothekerkammer Niedersachsen, Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen, Techniker Krankenkasse Niedersachsen und als zusätzlicher Partner das Niedersächsische Landesgesundheitsamt. Die Koordination des Netzwerks erfolgt durch den Fachbereich Gesundheit, Allgemeiner Infektionsschutz und Umweltmedizin. Damit ist der Fachbereich Gesundheit unmittelbar in die Erarbeitung der Konzepte involviert.

Die vom MRSA-Plus-Netzwerk entwickelten Strategien zu MRSA (wie z. B. Erfassung von Risikofaktoren, Frühwarnsystem, Screening, Sanierung, Therapie, Hygienemaßnahmen, Informationsflyer für Patientinnen und Patienten) sind in den Krankenhäusern in der Region Hannover inzwischen umfassend etabliert. Geeignete Kommunikationsstrukturen zur Weitergabe wichtiger Informationen bei Verlegung oder Entlassung von Patientinnen und Patienten in Form von standardisierten Informationsbögen („Überleitbögen“) wurden entwickelt und sind eingeführt.

Dass neben MRSA die Bedeutung anderer multiresistenter Erreger zunehmen würde, wurde bereits 2009 vermutet und spiegelt sich in der Namensgebung im Zusatz „Plus“ wieder.

Die in den Krankenhäusern der Region Hannover durchgeführte kontinuierliche und differenzierte Erfassung spezifischer Erreger (insbesondere multiresistenter Erreger) ermöglicht die Beobachtung und Bewertung der krankenhauseigenen Resistenzsituation und damit auch die der nicht nur in der Region Hannover, sondern der generell zunehmenden Bedeutung von anderen multiresistenten Erregern (z. B. Vancomycin resistente Enterokokken (VRE) und Multiresistente gram-negative Erreger (MRGN), einschließlich ESBL) sowie von sporenbildenden Darmerregern wie Clostridium difficile. Dem Fachbereich Gesundheit obliegt im Rahmen seiner infektionshygienischen Überwachung die Einsicht in insoweit vorliegenden Daten.

Die zunehmende Bedeutung der vorstehend aufgeführten Erreger wurde frühzeitig in die Bewertung und Strategieentwicklung des MRSA-Plus-Netzwerks einbezogen. Die bestehende Kooperation der Akteure des Netzwerks wurde genutzt, um weitere erregerbezogene Konzepte zu erarbeiten. Die für den Umgang mit MRSA-Trägern bereits geltenden Hygienestandards konnten wegen der weitgehenden Übereinstimmung der zu ergreifenden Hygienemaßnahmen im Wesentlichen auch hier genutzt werden, so dass den Einrichtungen die erforderlichen Maßnahmenpläne zur Verfügung stehen.

Dass in den Einrichtungen in der Region Hannover die erforderlichen Maßnahmenpläne (Hygienepläne/Präventionspläne) und grundsätzlich auch das Wissen zum adäquaten hygienischen Umgang mit Patientinnen und Patienten mit MRE vorhanden ist, wurde wiederholt stichpunktartig im Rahmen der infektionshygienischen Überwachung der Häuser verifiziert. Die Umsetzung der Maßnahmen und die Konsequenzen im Einzelfall liegen dabei in der Verantwortung der Einrichtungsleitungen.

Für die nachfolgende Beantwortung der einzelnen Fragen war die Regionsverwaltung auf Informationen der Klinikum Region Hannover GmbH angewiesen. Insofern basieren die folgenden Antworten auf von der Klinikum Region Hannover GmbH zur Verfügung gestellten Informationen. Dies vorangestellt werden die Fragen wie folgt beantwortet:

zu 1.)

Eine Beantwortung dieser Frage ist trotz entsprechender Rechercharbeiten nicht möglich, da sowohl die mit der Anfrage verknüpften Zahlen als auch die genannte „DRG-Statistik“ nicht nachvollziehbar sind. Darüber hinaus ist das auf der zitierten Webseite als Quelle angegebene Robert Koch-Institut (RKI) nur einer von mehreren Datenlieferanten und auf der Internetseite des RKI findet sich keine entsprechende „DRG-Statistik“ aus dem Jahr 2013. Es muss davon ausgegangen werden, dass hier seitens ZEIT ONLINE eine eigene Aufbereitung von Daten durchgeführt wurde, deren Berechnungssystematik jedoch nicht transparent ist.

Die Beantwortung der Frage, „wie viele MRE-Fälle sich davon im KRH ereignet haben“ ist auf Basis der vorliegenden Informationen somit nicht möglich. Ohne die Kenntnis der Berechnungslogik ist eine valide Auswertung von Daten auf Krankensebene nicht durchführbar.

zu 2.)

Das KRH hat im Jahr 2015 jahresdurchschnittlich 2.743 Vollzeitäquivalente im Pflege- und Funktionsdienst beschäftigt. Im Jahr 2015 hatte das KRH insgesamt ca. 132.000 stationäre Patienten.

zu 3.)

Sämtliche auch in den Kliniken des KRH geltenden Standards und Maßnahmen im Zusammenhang mit der Vermeidung, Erkennung und Bekämpfung von MRSA-Infektionen basieren auf dem Infektionsschutzgesetz und der Niedersächsischen Verordnung über Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen (NMedHygVO) vom 26. März 2012 sowie ferner auf den jeweiligen Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) des Robert Koch-Institutes, Berlin.

In den Kliniken des KRH wird somit auch das MRSA-Aufnahmescreening nach dem Standard des Robert Koch-Instituts risikoadjustiert durchgeführt. Dabei werden Patienten untersucht, bei denen ein erhöhtes Risiko für das Vorliegen einer MRSA-Kolonisierung bei Aufnahme in das Krankenhaus besteht.

Darüber hinaus besteht die Zielsetzung im u.a. durch das KRH mit weiteren maßgeblichen Akteuren in der regionalen Krankenversorgung gegründeten „MRSA-Netzwerk-Plus“ in der Region Hannover darin, gemeinsam mit dem ambulanten Sektor die MRSA-Infektionen zu senken, so dass diese Risikoprofile des Aufnahmescreenings auch für den prästationär-ambulanten Bereich zu Grunde gelegt werden.

zu 4.)

Wie bereits in der Antwort zu Frage 3 dargestellt erfolgt im KRH die Umsetzung aller hygienischen, infektionspräventiven und mikrobiologischen Maßnahmen auf der Grundlage der jeweils aktuell gültigen Hygienegesetzgebung. Dies gilt ebenso für die Vorgehensweise im Zusammenhang mit den o.g. Erregern, die gleichermaßen den Richtlinien und Empfehlungen des Robert Koch-Institutes, Berlin folgt.

zu 4.1.)

Diese Daten werden gemäß § 23 Infektionsschutzgesetz in einer sog. „separaten Niederschrift von Erregern mit besonderen Resistenzen“ für die klinischen Abteilungen erfasst und von den hygienebeauftragten Ärzten abteilungsweise gesammelt und bewertet.

zu 4.2.)

Diese Niederschrift enthält folgende Angaben: Patientenstammdaten, Angaben zum ein-sendenden klinischen Bereich, Angaben zum eingesandten Material inkl. Labor-Nr., Differenzierung ob Screeningmaterial oder klinisches Material (z.B. intraoperativer Abstrich), Benennung des Erregers und der Schlüsselresistenzdaten. Der hygiene-beauftragte Arzt trägt seine klinische Bewertung ein (Besiedlung / Infektion / Isolationsmaßnahmen etc.).

zu 4.3.)

Nein. Das Infektionsschutzgesetz gibt hierzu vor, dass die o. g. Dokumentationen den Aufsichtsbehörden z. B. im Rahmen von amtlichen Begehungen zur Einsichtnahme zur Verfügung gestellt werden.

zu 5.)

Ja.

zu 5.1.)

Laufend durch Krankenhaushygieniker, Hygienefachkräfte, hygienebeauftragte Ärzte und Hygienebeauftragte in der Pflege.

Dazu gibt es eine Jahresplanung der Hygienefachkräfte z. B. für die laufenden Arbeitsbeobachtungen mit Schwerpunktsetzung nach dem hygienischen Risikoprofil eines Krankenhausbereiches.

Allein die Hygienefachkräfte des KRH koppeln im Rahmen der kontinuierlichen arbeitsbeobachtenden krankenhaushygienischen Begehung aller Krankenhausbereiche mit anlassbezogenen Unterweisungen, Hinweisen und Informationen durchschnittlich zehnmal in der Woche pro Krankenhaus mit den patientenversorgenden Bereichen zurück.

zu 5.2.)

Ja.

zu 6.)

Bisher gibt es Fehlermeldeverfahren in den einzelnen KRH-Kliniken im Rahmen der Reifegrade der jeweiligen Qualitätsmanagementsysteme.

Zusätzlich erfolgt in 2016 die Einführung eines sog. CIRS, „Critical Incidence Reporting System“ als Instrument der weiterentwickelten Fehler- und Sicherheitskultur. Hierzu sind bereits seit 2015 Projektaktivitäten mit einem entsprechenden Konzept abgeschlossen worden.

zu 6.1.)

Siehe Antwort unter Frage 6.

zu 6.2.)

Siehe Antwort unter Frage 6.

zu 7.)

Morbiditätsstatistiken, in denen die Häufigkeiten von Krankheiten erfasst sind, werden von den KRH-Kliniken als Äquivalente der jeweiligen kodierten medizinischen Leistungen und Prozeduren im jährlichen Qualitätsbericht nach SGB V dargelegt und publiziert (Internet, Homepages der Kliniken).

Mortalitätsstatistiken, in denen die Häufigkeiten von Todesfällen erfasst sind, werden seit dem Datenjahr 2007 in einem speziellen Datenbanktool („QS Monitor“) im KRH klinikintern aufbereitet. Über diese Datenbank können die (Chef)Ärzte entsprechende Trendberichte oder auch Einzelfallanalysen aufarbeiten.

Es ist allerdings darauf hinzuweisen, dass eine belastbare Darstellung von Sterbefällen infolge einer MRSA-Infektion wie in der Frage aufgeführt nicht möglich ist. Insbesondere ist eine Kausalität zwischen einer MRSA-Infektion und der Todesfolge kaum herstellbar, mindestens nicht ohne klinische Obduktion.

Allerdings sind seit 2016 in allen KRH-Kliniken verpflichtend Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen durchzuführen und zu dokumentieren, in denen auch der Aspekt multiresistenter Erreger erörtert werden kann.

Im Jahr 2015 ist das KRH des Weiteren der „Initiative Qualitätsmedizin (IQM)“ beigetreten, in deren Rahmen ca. 42 % aller stationären Patientenfälle auf definierte Indikatoren geprüft und statistische Auffälligkeiten aufgezeigt werden. Im Rahmen von Stichprobenverfahren werden Todesfälle durch fachgleiche Chefärzte aus anderen Kliniken auf der Basis der Patientenakte vor Ort diskutiert (sog. Peer Review Verfahren).

Anlage(n):