

Antrag

der Abgeordneten Harald Weinberg, Dr. Martina Bunge, Inge Höger, Dr. Ilja Seifert, Kathrin Senger-Schäfer, Kersten Steinke, Kathrin Vogler und der Fraktion DIE LINKE.

Krankenhausinfektionen vermeiden – tödliche und gefährliche Keime bekämpfen

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Im Krankenhaus erworbene Infektionen sind die mit Abstand häufigste Form von ernsthaften Infektionskrankheiten in Deutschland und zugleich eine der häufigsten Todesursachen. Nach Schätzungen der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene sterben daran in Deutschland deutlich mehr Menschen als an den Folgen von Verkehrsunfällen, illegalen Drogen, AIDS und Selbsttötungen zusammen. Im epidemiologischen Bericht der EU über Infektionskrankheiten von 2010 wird die Zunahme von Krankenhausinfektionen als wichtigste Gefahr noch vor der Bedrohung durch pandemische Influenza und HIV eingeordnet. Verlaufen die Infektionen nicht tödlich, können sie trotzdem schwerwiegende Schädigungen an verschiedenen Organen hervorrufen. Bleibende Behinderungen und Amputationen können die Folge sein. Dieser Zustand ist nicht tolerierbar, deshalb müssen dringende Maßnahmen ergriffen werden, um diese gefährlichen Keime zu bekämpfen und Infektionen in Krankenhäusern zu vermeiden.

Durch unsachgemäßen und zu häufigen Einsatz von Antibiotika entstehen vermehrt Resistenzen gegen die verwendeten Wirkstoffe. Falls die üblichen Antibiotika nicht mehr wirksam sind, spricht man von multiresistenten Keimen. Als der wichtigste dieser Keime gilt der Staphylococcus aureus, gegen den das Antibiotikum Methicillin nicht mehr wirksam ist (MRSA). Aber auch andere Bakterien spielen hier eine Rolle, zum Beispiel ESBL- (Extended-Spectrum-Betalaktamase) bildende Stämme von Klebsiella, Escherichia coli und anderen gramnegativen Bakterien. Laut Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System hat sich die Zahl dieser Infektionen bei Intensiv-Patientinnen und -Patienten in Deutschland von 2003 bis 2009 verfünffacht. Insbesondere Menschen mit schwachem Immunsystem, Kinder und Ältere sowie Menschen mit offenen Wunden sind gefährdet.

Eine umfassende Strategie zur Bekämpfung von multiresistenten Keimen umfasst sowohl die Vermeidung von Resistenzbildungen als auch die Vorbeugung und Bekämpfung von Infektionen. Deshalb muss der Kampf gegen multiresistente Keime in allen Bereichen des Gesundheitssystems erfolgen. Für die Resistenzbildung ist zu beachten, dass rund 80 Prozent der Antibiotika im niedergelassenen Bereich und nur 20 Prozent im Krankenhausbereich eingesetzt werden. In der Infektionsbekämpfung nehmen Krankenhäuser durch die Konzentration von Patientinnen und Patienten einen herausragenden Platz ein. Hier können die neu aufgenommenen Patientinnen und Patienten auf eine Kolonisation gecheckt werden – unabhängig von Krankheitssymptomen. Allerdings ist die Behandlung ein langfristiger Prozess, der im niedergelassenen Bereich weiter begleitet werden muss. Da Mitarbeitende in

Krankenhäusern auch Keime übertragen können, muss auch das Krankenhauspersonal – im umfassenden Sinne – regelmäßig überprüft werden.

Erfahrungen aus dem Ausland weisen darauf hin, dass ein großer Teil der Infektionen durch bekannte, teils einfache Maßnahmen vermeidbar ist. Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass diese Maßnahmen auch für Krankenhäuser wie für das Solidarsystem zu Einsparungen bzw. Minderausgaben führen können.

In den Niederlanden werden bei Aufnahme in das Krankenhaus effektive Tests auf multiresistente Keime durchgeführt und Menschen mit unsicherem Status vorerst isoliert. Patientinnen und Patienten aus Deutschland gelten in niederländischen Kliniken immer als Risiko und werden solange isoliert untergebracht, bis ein negatives Untersuchungsergebnis auf multiresistente Keime vorliegt.

Eine wesentliche Ursache für das hohe Niveau der Krankenhausinfektionsrate in Deutschland ist die erhebliche Arbeitszeitverdichtung in den Krankenhäusern. Den Beschäftigten fehlt häufig die Zeit, um die bekannten Richtlinien und Empfehlungen der Fachgesellschaften einhalten zu können. Die zunehmende Privatisierung der stationären Gesundheitsversorgung und Outsourcing erhöhen den Druck, nicht nur wirtschaftlich, sondern profitabel arbeiten zu müssen. Dass zunehmend geringer qualifiziertes Personal eingesetzt wird, verstärkt darüber hinaus das Problem.

Zu beklagen ist in den letzten Jahren ein Abbau der Lehrstühle für Hygiene und Umweltmedizin um über die Hälfte. Für die empfohlenen Maßnahmen werden damit nur ein Viertel der erforderlichen Fachkräfte ausgebildet. Der 113. Ärztetag von 2010 bemängelte, dass damit die Wissenschaftlichkeit des Faches Hygiene verlorengehe und die Vermittlung fachlicher Inhalte der Hygiene in der universitären Lehre des Ärztenachwuchses insgesamt so nicht mehr realisiert werden könne.

Auch wenn das Bundesministerium für Bildung und Forschung im Mai 2010 – nach dringenden Appellen in einer Expertenanhörung zu einem Antrag der Fraktion DIE LINKE im Ausschuss für Gesundheit am 25.03.2009 – innerhalb des Wettbewerbs um die „Gesundheitsregionen der Zukunft“ ein Forschungskonzept „Aktionsbündnis gegen multiresistente Keime“ aufgelegt hat, sind dringend effektive Maßnahmen von Seiten des Bundesgesetzgebers und der Landesgesetzgeber geboten, um Verpflichtungen und Anreize zur Senkung von nosokomialen Infektionen zu schaffen.

Eine beim Robert-Koch-Institut (RKI) angesiedelte Kommission nach § 23 Abs. 2 Infektionsschutzgesetz (IfSG) hat bereits weitreichende Richtlinien aufgestellt. Allerdings ist die Einhaltung dieser Richtlinien weder vorgeschrieben noch die Nichteinhaltung mit Sanktionen belegt.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

durch Änderung des Infektionsschutzgesetzes, einschlägiger Finanzierungsregelungen und weiterer Gesetze sowie durch eine Kooperation mit den Ländern die hohe Zahl von Krankenhausinfektionen und daraus resultierende Krankheits- und Todesfälle mit der möglichst umfassenden Umsetzung der folgenden Maßnahmen zu verringern:

1. Um den von der Kommission für Krankenhaushygiene beim RKI aufgestellten Richtlinien zur flächendeckenden Umsetzung zu verhelfen, erhält das Bundesministerium für Gesundheit den Auftrag, sich für die Schaffung bundeseinheitlicher, wirksamer Sanktionen einzusetzen. Die Gesundheitsämter überwachen weiterhin die Einhaltung der RKI-Richtlinien und verhängen bei Verstößen diese Sanktionen.
2. Es ist grundsätzlich eine Meldepflicht für Infektionen mit multiresistenten Keimen einzuführen. Zu den Einzelheiten soll die RKI-Kommission dem Bundesministerium für Gesundheit regelmäßig und öffentlich Vorschläge nach Maßgabe der Häufigkeit, der Gefährlichkeit (Mortalität, Grad der Multiresistenz) und nach Art der Besiedlung unterbreiten.

3. Es sind die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass alle Krankenhäuser mit ausreichend personellen Kapazitäten ausgestattet werden können. Nur so lässt sich die Arbeitszeitverdichtung und der Qualifikations- bzw. Fachkompetenzverlust an den Krankenhäusern, die zu einem Mangel an Versorgungsqualität im Allgemeinen und hygienischen Mängeln im Besonderen führen, abbauen.
4. Krankenhäuser müssen die Betreuung durch Ärztinnen und Ärzte für Hygiene (bzw. durch Fachärztinnen und -ärzte anderer Richtungen mit Zusatzbezeichnung Krankenhaushygieniker) und durch Hygienefachkräfte sicherstellen. Hygienefachkräfte müssen zumindest eine Zusatzqualifikation entsprechend der RKI-Richtlinie besitzen. Die erforderliche Anzahl von Ärztinnen und Ärzten wie Fachkräften ist nach dem Kalkulationsschlüssel der RKI-Richtlinie differenziert nach dem Gesamtspektrum einer Einrichtung zu ermitteln. Ausnahmen von dieser Regel können nur in einem Übergangszeitraum von 5 Jahren gewährt werden und nur solange ein Mangel an entsprechend ausgebildeten Ärztinnen und Ärzten herrscht.
5. Im Zusammenwirken mit den Ländern ist darauf hinzuwirken, dass Lehrstühle für Hygiene an den Universitäten erhalten bzw. wieder auf- und ausgebaut werden. Nur so können neueste wissenschaftliche Erkenntnisse in der erforderlichen Breite generiert und das erforderliche Fachpersonal in Zukunft gesichert werden. Ergebnisse der Hygieneforschung müssen umgehend in die ärztliche Aus- und Fortbildung einfließen. Auch Fachpersonal an Gesundheitsämtern kann dadurch personell auch mit Hygienikern aufgestockt werden, damit sie ihrer Aufsichtspflicht qualifiziert nachkommen können.
6. Die Vergütungsregelungen und Investitionszuschläge sind so auszugestalten, dass keine Anreize zum Umgehen der Richtlinien nach 1. gegeben werden. Damit soll bewirkt werden, dass die Einführung und dauerhafte Durchführung von wirksamen Präventionsstrategien und -maßnahmen gegen Krankenhausinfektionen für die Krankenhäuser auch betriebswirtschaftlich sinnvoll sind. Nach der Behandlung von mit multiresistenten Keimen infizierten Patientinnen und Patienten im Krankenhaus ist auch im ambulanten Bereich die Weiterbehandlung und die Erstattung von dafür erforderlichen Leistungen durch die Krankenkassen zu gewährleisten.
7. Um neue Resistenzbildungen bei Mikroorganismen zu minimieren, sind Antibiotika in der ambulanten und stationären Versorgung kontrolliert einzusetzen. Dazu erstellt eine geeignete Koordinierungsstelle (z.B. das RKI) möglichst unter Zuhilfenahme der medizinischen Fachgesellschaften Leitlinien zur richtigen Antibiotikaaanwendung.
8. Die Antibiotikaverwendung in der kommerziellen Tierhaltung ist auf das tiermedizinisch notwendige Maß zu beschränken. Ein intensives Monitoring der multiresistenten Keime, die bei Nutztieren bzw. bei Humanerkrankungen im Umfeld der Nutztierhaltungen auftreten, muss auf ein Frühwarnsystem ausgerichtet sein, das die epidemiologische Verbindung zu multiresistenten Keimen in Krankenhäusern erfasst. Dazu muss die Forschung und Entwicklung zu präventiven Strategien und von Ersatztherapien zur Antibiotikaaanwendung in der Veterinärmedizin ausgebaut und gefördert werden. Gleichzeitig ist zu prüfen, ob eine Wirkstofftrennung für Antibiotikatherapien in der Human- und Veterinärmedizin durchgängig vollzogen werden kann. Hierbei ist die Behandlung von Haustieren zu berücksichtigen. Weiterhin ist EU-weit die strikte Reglementierung von Antibiotika, die über Futtermittel verabreicht werden, erforderlich.
9. Bei der Auswahl der geeigneten Maßnahmen, z.B. eines umfassenden Screenings bei der Aufnahme ins Krankenhaus, sind auch die Beispiele erfolgreicher europäischer Nachbarländer, wie beispielsweise der Niederlande oder Dänemark, heranzuziehen.
10. Über die Finanzierung der erforderlichen Maßnahmen setzt sich die Bundesregierung mit den Ländern ins Benehmen. Für etwaige finanzielle Mehrbelastungen der Kommunen ist ein finanzieller Ausgleich vorzusehen.

Berlin, den 20. Januar 2011

Dr. Gregor Gysi und Fraktion

Begründung

In Deutschland erleidet etwa jede/r zwanzigste bis dreißigste Patient/in in einem Krankenhaus eine Krankenhausinfektion (nosokomiale Infektion). Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes geht bei 16,9 Millionen (2006) Patientinnen und Patienten von 500.000 bis 800.000 Infektionen jährlich¹ und von etwa 20.000 bis 40.000^{2,3} Toten jedes Jahr aus; das sind mindestens 55, wenn nicht gar 110 Tote pro Tag.

Staphylococcus aureus gilt als der wichtigste im Krankenhaus erworbene Krankheitserreger, der lange Zeit durch Antibiotika zu therapieren war. Über lange Zeit fast immer wirksame Antibiotika waren die Penicilline, z.B. Methicillin. 1990 betrug der Anteil des Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) gegenüber dem Methicillin-sensiblen Staphylococcus aureus (MSSA) an allen Staphylococcus aureus-Isolaten in Deutschland etwa 1,7 Prozent, 10 Jahre später regional bis 15 Prozent und gegenwärtig durchschnittlich 18,5 Prozent⁴. Der Einsatz von Reserve-Antibiotika belastet die Patientinnen und Patienten häufig stärker mit unerwünschten Nebenwirkungen.

30 bis 50 Prozent³ dieser Infektionen sind durch das Einhalten einfacher und bekannter Regeln der Hygiene vermeidbar. Empirische Beispiele aus angrenzenden Staaten – insbesondere aus den Niederlanden – zeigen, dass auch noch deutlich geringere Infektionszahlen erreichbar sind. Nach dem dramatischen Anstieg von 1990 bis 2005 hat sich die Situation in Deutschland bei knapp 20 Prozent MRSA unter allen untersuchten Staphylococcus-aureus-Stämmen stabilisiert. Dennoch finden weiterhin hunderttausende vermeidbare Infektionen jedes Jahr statt.

Krankenhausinfektionen sind mit einem höheren Krankheits- und Sterberisiko, verlängertem Krankenhausaufenthalt und hierdurch bedingten erheblichen Mehrkosten und höheren Kosten für die Antibiotikatherapie verbunden. Bei den infizierten Patientinnen und Patienten verlängert sich der Krankenhausaufenthalt um 5,7 bis 23,7 Tage⁵. Die unzuverlässigen Daten rühren auch daher, dass es bis zum 01.07.2009 gar keine Meldepflicht für MRSA-Infektionen gab. Die jetzt bestehende Meldepflicht ist auf MRSA-Nachweise in Blut und Liquor beschränkt und erfasst daher nur einen kleinen Teil der tatsächlichen Infektionen. Die so erhobenen, lückenhaften Daten können kaum zur Verbesserung des Infektionsschutzes beitragen.

Geht man in einer Beispielrechnung davon aus, dass 400.000 Patienten zehn Tage zusätzlich im Krankenhaus verbleiben, ergibt dies 4 Millionen vermeidbare Pflgetage. Das Robert-Koch-Institut geht von ca. 2 Millionen Pflgetagen aus. Bei mittleren Kosten von 750 Euro pro Tag bedeutet dies also vermeidbare Kosten von 1,5 bis 3 Milliarden Euro pro Jahr.

Hinter diesen Zahlen verbergen sich vor allem aber auch tragische Einzelschicksale. Insbesondere Patienten mit einem relativ schwachen Immunsystem sind betroffen, also oft Neugeborene sowie ältere Menschen. In zahlreichen Bundesländern wurden trotz wiederholter Appelle, immer noch keine Krankenhaushygiene-Verordnungen verabschiedet, die dringend notwendig wären. Die vorliegenden Regeln zur Vermeidung von Infektionen werden im Alltag der Krankenhäuser häufig nicht befolgt.

¹ Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 8, Nosokomiale Infektionen

² Die nosokomiale Infektion als Todesursache. Gesundheitswesen 56 (1994) 122 – 125 Inst., Zastrow KD, Schöneberg I

³ Developing quality of care through information system (Worning, Anne Marie; Mertens, Ralf (WHO/Europe) Journal of healthcare materiel management Jan/Feb 1991

⁴ European Antimicrobial Resistance Surveillance Study

⁵ Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 8, Nosokomiale Infektionen (S. 14)

Die Einsetzung von speziell ausgebildeten Ärzten und von Hygienefachkräften in Krankenhäusern ist erforderlich, um die geeigneten und fortlaufend an die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse anzupassenden Maßnahmen in den Krankenhäusern zu etablieren, zu überwachen und um ein Bewusstsein für die Notwendigkeit der Maßnahmen herzustellen. Ansonsten werden leicht vermeidbare Infektionen weiterhin schwerste Schäden anrichten.

Die Hygienefachkräfte haben die Aufgabe, infektionsprophylaktische Maßnahmen durchzuführen. Insbesondere sollen sie Hygienepläne, die auch Desinfektions-, Sterilisations- und Reinigungspläne enthalten müssen, aufstellen und deren Einhaltung überwachen. Für die möglichst stringente Einhaltung der Hygienerichtlinien haben die verantwortlichen Ärztinnen und Ärzte zu sorgen und damit für ein Zurückdrängen der Infektionen.

Der Erhalt, Auf- und Ausbau von Lehrstühlen für Hygiene an den Universitäten hat Priorität, weil ohne zusätzliche Fachärzte die Situation nicht verbessert werden kann. Unter Anerkennung der Autonomie der Hochschulen und der Verantwortung der Länder für die Bildungs- und Hochschulpolitik muss die Bundesregierung zumindest in der Kultusministerkonferenz unnachgiebig auf die spezielle Gefährdung der öffentlichen Gesundheit durch die Situation der Hygiene-Ausbildung hinweisen und auf Änderung drängen. In den letzten zehn Jahren wurden fünfzehn Institute aufgelöst, lediglich zwölf nehmen heute diese Aufgabe noch wahr⁶. Einzelne Länder, wie beispielsweise Bayern, haben im ganzen Land nicht eine spezielle Ausbildungs- und Forschungsstätte. Zu begrüßen sind vorwärtsweisende Aktivitäten, wie das im Herbst 2010 von den Universitäten Greifswald und Rostock entwickelte Curriculum zum Erwerb der Zusatzqualifikation Krankenhaushygiene für bereits praktizierende Ärztinnen und Ärzte anderer Fachrichtungen.

Einige Regionen in Deutschland machen in Sachen Vermeidung von Krankenhausinfektionen auch Fortschritte: So fand im Saarland kürzlich ein regelhaftes Screening neu aufgenommenen Patienten statt, mit dem Ergebnis, dass etwa jede/r fünfzigste neu aufgenommene Patient/in MRSA-Träger/in war und damit deutlich mehr als erwartet. Das EUREGIO-Netzwerk in Nordrhein-Westfalen mit einer deutsch-niederländischen Kooperation versucht, an die niederländischen Erfolge anzuknüpfen. Auch in Berlin wurde ein Netzwerk zur Vermeidung von MRSA und anderen Krankenhausinfektionen etabliert.

Die Universität Greifswald hat eine Untersuchung durchgeführt, bei der alle Risikopatientinnen und -patienten sowie alle Patientinnen und Patienten in sensiblen Bereichen auf MRSA getestet wurden. Bis zum Vorliegen eines negativen Ergebnisses wurden alle Patientinnen und Patienten in Isolierstationen untergebracht. Es gab 18 Mal häufiger als erwartet positive Ergebnisse. Bei einem positiven Ergebnis fanden weitere Untersuchungen sowie eine entsprechende Behandlung statt. Die in der Klinik Beschäftigten wurden ebenfalls getestet. Nicht nur die Krankenhausinfektionen konnten reduziert werden, sondern auch finanziell „rechnete“ sich das Programm: „Wir müssen zehn MRSA-Infektionen pro Jahr vermeiden, um nicht drauf zu zahlen. Das erreichen wir leicht“, so Professor Axel Kramer vom Greifswalder Institut für Hygiene und Umweltmedizin⁷. Viele Krankenhausleitungen vermuten, dass eine wirkungsvolle Strategie gegen Krankenhauskeime betriebswirtschaftlich nicht sinnvoll sei und unterlassen diese. Eine regelhafte Untersuchung mit entsprechender Behandlung erfordert räumliche, personelle und materielle Ressourcen. Deshalb wird oft erst gar nicht auf MRSA untersucht und auch nicht entsprechend gehandelt.

Das erwähnte mit Unterstützung der Bundesregierung installierte HIC@RE-Konzept in der Gesundheitsregion Ostseeküste will gegen die Ausbreitung multiresistenter Erreger (MRE) ein „innovatives, bevölkerungsbezogenes, integriertes und evidenzbasiertes MRE-Interventions-Management“⁸ entwickeln. Insofern wird dieses Projekt nicht nur von Krankenhäusern verfolgt, sondern es haben sich neben den Universitätskliniken von Greifswald und Rostock insgesamt 46 Partner im Netzwerk BioCon Valley für dieses Projekt interessiert.

⁶ Prof. Dr. Axel Kramer, Direktor des Instituts für Hygiene und Umweltmedizin der Universität Greifswald

⁷ Ärzte-Zeitung, 06.06.2008

⁸ http://www.hicare.de/hosting/bcv/website.nsf/urlnames/hicare_concept

Diese Projekte sind sehr zu begrüßen und sie können auch neue Impulse bringen. Das Vorgehen gegen vermeidbare Krankenhausinfektionen kann aber nicht allein freiwilligen Projekten vor Ort überlassen werden, sondern der Kampf gegen vermeidbare Infektionen muss bundesweit geführt werden.

Die Vorbilder Dänemark und Niederlande zeigen eindrucksvoll, dass eine national einheitlich durchgesetzte Präventionsstrategie die Ausbreitung von MRSA drastisch zu reduzieren vermag. Aufgrund der praktisch zeitgleichen Durchsetzung ähnlicher Strategien seit Anfang der 1970er Jahre in beiden Ländern konnte das Vorkommen von MRSA jeweils bis zum jetzigen Zeitpunkt auf unter 1 Prozent aller Staphylococcus-aureus-Stämme begrenzt werden.

Resistenzen bilden sich nicht nur durch Antibiotikaaanwendung bei Menschen, sondern auch bei Tieren. So sind durch übermäßigen Antibiotikagebrauch in der Massentierhaltung sehr viele Schweine MRSA-Träger. Laut eines Berichtes der Ärzte-Zeitung sind 28 von 40 untersuchten Betrieben positiv getestet worden⁹. Eine Übertragung von Schwein zu Mensch ist möglich und findet in der kommerziellen Tierhaltung anscheinend häufig statt: Nach demselben Artikel wurden 39 von 122 in der Tierhaltung Beschäftigten positiv auf eine MRSA-Kolonisation getestet und immerhin 7 von 53 Familienangehörigen. Das ist deutlich mehr als im Durchschnitt der Bevölkerung.

⁹ Ärzte-Zeitung, 05.05.2008