

## **KLEINE ANFRAGE**

**der Abgeordneten Christel Weißig, Fraktion der BMV**

**Ausbreitung von nosokomialen Infektionen in den Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen Mecklenburg-Vorpommerns**

**und**

## **ANTWORT**

**der Landesregierung**

1. Wie viele nosokomiale Infektionen traten in den Jahren 2014 bis 2017 in den Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen in Mecklenburg-Vorpommern auf, für die laut Infektionsschutzgesetz eine Meldepflicht besteht (bitte nach Anzahl und Jahren und Infektionsart aufschlüsseln)?

Die im Zeitraum 2014 bis 2017 für Mecklenburg-Vorpommern entsprechend den Vorgaben des § 6 Absatz 3 des Infektionsschutzgesetzes gemeldeten Fälle innerhalb nosokomialer Erkrankungshäufungen sind in der nachfolgenden Tabelle dargestellt.

	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
Campylobacter	6	3		
Clostridium difficile	8	8		
Enterobacteriaceae				4
Influenza	2	69	48	55
Methicillin-resistenter Staphylococcus	6	2	1	4
Norovirus	67	133	96	133
Rotavirus	99	93	127	32

Quelle: Landesamt für Gesundheit und Soziales M-V (LAGuS)

2. Gab es Einrichtungen, in denen in den Jahren 2014 bis 2017 diese nosokomialen Infektionen gehäuft auftraten?  
 Wenn ja, welche?  
 (Bitte nach Einrichtung, Jahr und Infektionsart aufschlüsseln.)

Eine Häufung liegt nach dem Infektionsschutzgesetz dann vor, wenn zwei oder mehr Infektionen im epidemiologischen Zusammenhang auftreten. In der nachfolgenden Übersicht sind die Häufungen des Auftretens nosokomialer Infektionen nach Jahr, Infektionserreger sowie Einrichtungsart aufgezeigt.

### Anzahl der Nosokomialen Häufungen

Erreger	Krankenhaus	Reha- Einrichtung	Medizinische Behand- lungseinrichtung	Alten-/ Pfleheim
<b>2014</b>				
Clostridium diff.	1			
Influenza	1			
Norovirus	9	1		
Rotavirus		2		1
Gastrointestinale Erkrankun- gen (ohne Erregernachweis)		5		
<b>2015</b>				
Clostridium diff.	1			
E. coli	1			
Influenza	3	1	1	
Norovirus	10	3	2	1
Rotavirus	2	4		1
Gastrointestinale Erkrankun- gen (ohne Erregernachweis)		15		1
<b>2016</b>				
Acinteobacter		1		
Clostridium diff.	2			
Influenza	8		1	1
MRSA	1			
Norovirus	17	8	7	2
Rotavirus		1		
Gastrointestinale Erkrankun- gen (ohne Erregernachweis)		4	3	1
Varizellen		1		

Erreger	Krankenhaus	Reha- Einrichtung	Medizinische Behand- lungseinrichtung	Alten-/ Pfleheim
<b>2017</b>				
Enterobacteriaceae	3			
Influenza	11	1		
MRSA	1	1		
Norovirus	38		2	
Rotavirus	6			
Gastrointestinale Erkran- kungen (ohne Erregernachweis)	3	5		2

Quelle: LAGuS

3. Wie viele Fälle von nosokomialen Infektionen in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen endeten in den Jahren 2014 bis 2017 tödlich?

Angaben zu tödlich verlaufenden nosokomialen Infektionen liegen der Landesregierung nicht vor.

4. Welche Präventionsmaßnahmen kommen bei der Bekämpfung der nosokomialen Infektionen zum Einsatz?  
Wie kann deren Erfolg gewertet werden?

Wichtige Infektionspräventionsstrategien in Einrichtungen des Gesundheitswesens sind unter anderem die Händedesinfektion, die Einhaltung hygienischer Standardmaßnahmen, Isolierungsmaßnahmen bei Feststellung spezieller Erreger, Desinfektion und Sterilisation, Surveillance nosokomialer Infektionen, regelmäßige Aus- und Weiterbildung zu infektionspräventiven Themen und das Impfen des medizinischen Personals.

Durch gesetzliche Vorschriften wie das Infektionsschutzgesetz und die Verordnung zur Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen (MedHygVO M-V) werden verbindliche Anforderungen für Hygieneparameter in medizinischen Einrichtungen vorgegeben. Gesetzlich festgeschrieben ist unter anderem, welches und wieviel Hygienefachpersonal für die Erfüllung der Aufgaben auf dem Gebiet der Hygiene zur Verfügung stehen müssen. Der Vollzeitanteil für dieses Hygienefachpersonal richtet sich nach den Berechnungen, die die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) des Robert-Koch-Institutes in seinen Empfehlungen „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“ (2009) und „Kapazitätsumfang für die Betreuung von Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen durch Krankenhaushygienikerinnen/Krankenhaushygieniker“ (2016) vorgeben.

Für jede medizinische Einrichtung ist ein Hygieneplan zu erstellen, der jährlich zu aktualisieren ist. Auch sind jährliche Fortbildungen auf dem Gebiet der Hygiene vorgeschrieben, sodass sichergestellt ist, dass das Hygienepersonal über einen aktuellen Wissenstand verfügt. Darüber hinaus besteht gemäß § 23 des Infektionsschutzgesetzes die gesetzliche Forderung, dass es fortlaufende Aufzeichnungen zu Ausbrüchen nosokomialer Infektionen sowie zu Erregern mit besonderen Resistenzen und Multiresistenzen geben muss, die regelmäßig zu bewerten sind. Des Weiteren ist der Antibiotikaverbrauch zu erheben. Dies dient in Abgleich mit der Resistenzlage der Klärung der Frage, ob beispielsweise die aktuell gültigen Antibiotika-Standards noch wirksam sind. Ein leitliniengerechter Einsatz von Antibiotika ist essentiell bei der Prävention der Entstehung und Bekämpfung multiresistenter Erreger.

Die Umsetzung der genannten gesetzlichen Vorschriften wird jährlich durch das LAGuS bei den Überwachungen der Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen kontrolliert. Hierbei werden notwendige Maßnahmen besprochen. Bei Bedarf wird das LAGuS vom Gesundheitsamt oder von der betroffenen Einrichtung in die Ausbruchsuntersuchungen einbezogen. Ausbruchsberichte sind Bestandteil der gesetzlich geforderten Surveillance-Berichte, die das LAGuS jährlich von den Einrichtungen erhält. Die Surveillance-Berichte werden vom LAGuS überprüft und Auffälligkeiten, wie zum Beispiel erhöhte Infektionsraten, ausgewertet, besprochen und protokolliert. Auch werden Maßnahmen festgelegt und deren Umsetzung kontrolliert.

Zum Schutz der Mitarbeitenden und Pflegebedürftigen in Pflege- und Betreuungseinrichtungen des Landes Mecklenburg-Vorpommern erarbeitet und aktualisiert das LAGuS entsprechend der allgemein anerkannten Kriterien und aktueller Erkenntnisse aus der modernen Wissenschaft Informationsmaterial und Hygienegrundsätze als Arbeitsgrundlage für die tägliche Praxis. Dies dient als Empfehlung und als Grundlage für ein gutes Hygienemanagement und somit der Qualitätssicherung in Pflegeeinrichtungen.

Zuständige Behörden für die infektionshygienische Überwachung der Pflege- und Betreuungseinrichtungen sind nach § 36 Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes die Gesundheitsämter der Landkreise und kreisfreien Städte. Zudem werden im Rahmen gemeinsamer und arbeitsteiliger Qualitätsprüfungen nach §§ 114 des Elften Buches Sozialgesetzbuch durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Mecklenburg-Vorpommern (MDK) und den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung (PKV) sowie nach § 8 des Einrichtungsqualitätsgesetzes das Vorliegen eines angemessenen Hygienemanagements, entsprechender Hygienestandards/Verfahrensabläufe zum Umgang mit MRSA, das Vorhalten erforderlicher Arbeitshilfen und der Gesamteindruck der Einrichtung im Hinblick auf Sauberkeit und Ordnung überprüft.

5. Gibt es regelmäßige „Screenings“ des Krankenhauspersonals, um dieses als Übertragungsweg auszuschließen?
  - a) Wenn ja, welche?
  - b) In welcher Regelmäßigkeit?
  - c) Wer trägt die Kosten?

Die Fragen 5, a), b) und c) werden zusammenhängend beantwortet.

Ein generelles beziehungsweise regelmäßiges Screening von Personal gibt es nicht und wird von Fachgesellschaften nicht empfohlen. Das Krankenhauspersonal als Erregerreservoir wird bei einigen Ausbrüchen mit untersucht. Das wird individuell entschieden und vom Verlauf des Ausbruches sowie ursächlichen Erregers abhängig gemacht.

6. Worin sieht die Landesregierung die Hauptursache für die Ausbreitung dieser Infektionen?

Überwiegend treten nosokomiale Ausbrüche in Form von Magen-Darm-Infektionen (MDI) in medizinischen und Gemeinschaftseinrichtungen durch Noro- und Rotaviren bedingt oder als gastrointestinale Erkrankungen ohne Erregernachweis auf und nicht als Ausbrüche der in der Liste der gemäß § 4 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe b in Verbindung mit § 23 Absatz 4 des Infektionsschutzgesetzes zu erfassenden nosokomialen Infektionen und Krankheitserreger mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen.

Die Erreger dieser MDI werden überwiegend über direkten Kontakt beziehungsweise über Tröpfchen übertragen. Schon geringste Mengen erregerhaltigen Materials reichen aus, um einen anderen Menschen anzustecken. Das kann beispielsweise über eine gemeinsame Nutzung von Toiletten, das Angreifen von Türklinken, Bedienelementen in Fahrstühlen, diversen Gegenständen oder auch Gerätschaften geschehen. Infolge solch kleiner Erregermengen sind derartige Ausbrüche kaum zu verhindern. Mit gezielten hygienischen Maßnahmen kann das Ausmaß eines Geschehens eingedämmt werden. In allen Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken des Landes sind Festlegungen zum Ausbruchmanagement getroffen worden und werden umgesetzt.

7. Sieht die Landesregierung das in den Niederlanden übliche Prozedere der Isolation von Neuaufnahmen in Krankenhäusern bis zum Abschluss einer Infektion als relevante Möglichkeit der Prophylaxe gegen die Ausbreitung von nosokomialen Infektionen?

In den Niederlanden besteht die Festlegung, dass jeder Risikopatient auf das Vorliegen ausgewählter multiresistenter Erreger untersucht wird und bis zum Ergebnis der Screening-Untersuchung isoliert wird. Dieses Prozedere ist eine relevante Maßnahme zur Prophylaxe. Patienten ohne Risikofaktoren können jedoch ebenfalls Träger von multiresistenten Erregern sein. Gegebenenfalls wird dies erst im Laufe des Krankenhausaufenthaltes diagnostiziert.

Auch in Deutschland gibt es durch die KRINKO verbindliche Vorgaben zum Screening von Risikopatienten auf multiresistente Erreger und zum entsprechenden Umgang mit Patienten, die mit multiresistenten Erregern besiedelt oder infiziert sind. Die Einhaltung der diesbezüglichen KRINKO-Empfehlungen wird vom LAGuS überwacht.