

19. Wahlperiode

Schriftliche Anfrage

des Abgeordneten Florian Kluckert (FDP)

vom 08. Juni 2022 (Eingang beim Abgeordnetenhaus am 09. Juni 2022)

zum Thema:

Multiresistente Erreger (MRE) und MRE-Siegel in Berlin

und **Antwort** vom 22. Juni 2022 (Eingang beim Abgeordnetenhaus am 23. Juni 2022)

Senatsverwaltung für Wissenschaft,
Gesundheit, Pflege und Gleichstellung

Herrn Abgeordneten Florian Kluckert (FDP)

über

den Präsidenten des Abgeordnetenhauses von Berlin

über Senatskanzlei - G Sen -

A n t w o r t

auf die Schriftliche Anfrage Nr. 19/12120

vom 08.06.2022

über Multiresistente Erreger (MRE) und MRE-Siegel in Berlin“

Im Namen des Senats von Berlin beantworte ich Ihre Schriftliche Anfrage wie folgt:

Zu einzelnen Fragen liegen dem Senat keine ausreichenden Informationen vor, er ist gleichwohl um weitestmögliche Beantwortung Ihrer Anfrage bemüht. Daher wurden die Gesundheitsämter von Charlottenburg-Wilmersdorf und Tempelhof-Schöneberg, Charité und Vivantes sowie das Landesamt für Gesundheit und Soziales um Zuarbeit gebeten und deren Auskunft wörtlich wiedergegeben. Für die Fragen 2-3 / 4, 16-17 / 6, 9 / 7, 8 sowie 14, 15 erfolgt eine Beantwortung im Zusammenhang.

1. Welche konkreten Kriterien muss eine/ein Berliner Klinik/Krankenhaus erfüllen, um ein MRE-Siegel zu erhalten und wie oft werden die Anforderungen überprüft?

Zu 1.:

Die Kriterien sind vielschichtig, betreffen die krankenhaushygienischen Aspekte bei der Versorgung von Patienten und werden unter Leitung der Gesundheitsämter Tempelhof-Schöneberg und Charlottenburg-Wilmersdorf mit Krankenhaushygieniker:innen aus Berlin erarbeitet und regelmäßig evaluiert. Grundlage für die Kriterien sind sowohl die Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention

(KRINKO) beim Robert Koch-Institut (RKI) als auch weitere europäische und internationale Empfehlungen des European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), der Centers for Disease Control and Prevention (CDC) und der Weltgesundheitsorganisation (WHO).

Die Teilnahme am MRE-Siegel-Verfahren ist für die Krankenhäuser freiwillig, die Überprüfungen der Kriterien fanden durch die für die Krankenhäuser zuständigen Gesundheitsämter bis zu Beginn der Corona-Pandemie jährlich statt und sollen mit dem Rückgang der Pandemie-bedingten Belastung wieder aufgenommen werden. Die konkreten Kriterien finden sich z.B. unter: <https://www.berlin.de/ba-tempelhof-schoeneberg/politik-und-verwaltung/aemter/gesundheitsamt/artikel.623227.php>

2. Welche konkreten Kliniken/Krankenhäuser haben in Berlin ein solches MRE-Siegel?

3. Haben die Charité Universitätsmedizin Berlin und die Vivantes Krankenhäuser ein solches Siegel? Falls nein, warum konkret haben die entsprechenden Häuser die Anforderungen nicht erfüllt (bitte je Haus nicht erfüllte Anforderungen angeben)?

Zu 2. und 3.:

Die Teilnahme am MRE-Siegel ist freiwillig und die Kliniken können mit dem Siegel werben. Eine Statistik wird nicht geführt, daher hat der Senat keine Kenntnis über ein eventuell an die genannten Krankenhäuser vergebenes Siegel.

4. Welche Bestrebungen des Senats bestehen, dass diese Häuser ein MRE-Siegel erhalten? Welche konkreten Maßnahmen wurden bereits umgesetzt und sind in Planung?

16. Welche konkreten Pläne hat der Senat bisher umgesetzt, nosokomiale Infektionen in Berliner Kliniken und Krankenhäusern zu verhindern oder zu reduzieren?

17. Welche konkreten Pläne hat der Senat darüber hinaus, um zukünftig nosokomiale Infektionen in Berliner Kliniken und Krankenhäusern zu verhindern oder zu reduzieren?

Zu 4., 16. und 17.:

Zur Qualitätssicherung in der infektionshygienischen Überwachung der Krankenhäuser wurde in Zusammenarbeit mit den bezirklichen Gesundheitsämtern das indikatorengestützte Benchmarkingsystem geplant. Dieses orientiert sich an den Hauptrisikofaktoren für nosokomiale Infektionen und soll fortlaufend weiterentwickelt werden. Aufgrund der Pandemie konnte bislang keine Umsetzung der Planungen erfolgen. Jedoch soll dieser Pro-

zess wieder aufgenommen werden. Die gesamtstädtische Steuerung wird die für Gesundheit zuständige Senatsverwaltung übernehmen, die fachliche Ausgestaltung wird auf der Fachebene im öffentlichen Gesundheitsdienst erfolgen. Jährliche Schwerpunktthemen werden dabei von der für Gesundheit zuständigen Senatsverwaltung und den Gesundheitsämtern gemeinsam festgelegt. Die Veröffentlichung der Berliner Daten soll zentral erfolgen und der gesamtstädtischen Steuerung sowie der Transparenz für Patientinnen und Patienten dienen.

5. Wie werden nosokomiale Infektionen an Berliner Kliniken/Krankenhäusern erfasst und wohin werden diese Daten weitergeleitet?

Zu 5.:

Die Erfassung in den Krankenhäusern erfolgt nicht einheitlich. Einige nutzen das modulare System KISS (Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System), welches vom Nationalen Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen angeboten wird, andere erfassen nosokomiale Infektionen mittels anderer Systeme. Wird ein meldepflichtiger Erreger im Labor nachgewiesen, erfolgt eine Meldung an das zuständige Gesundheitsamt. Das Gesundheitsamt übermittelt die anonymisierten Daten in der Meldesoftware SurvNet an das Landesamt für Gesundheit und Soziales (LAGeSo), dieses leitet sie ebenfalls über SurvNet an das RKI weiter.

6. Wie viele Fälle nosokomialer Infektionen hat es an Berliner Kliniken/Krankenhäusern in den Jahren 2010 bis 2022 und in den einzelnen Monaten ab dem 01.01.2019 bis heute gegeben?

9. Wie viele Labornachweise von MRSA sind in den Berliner Kliniken/Krankenhäusern erfasst worden? (MRSA-Labornachweise bitte analog zu den Fragen 6 bis 8 angeben)

Zu 6. und 9.:

Unter einer nosokomialen Infektion versteht man nach § 2 Infektionsschutzgesetz (IfSG) eine Infektion mit lokalen oder systemischen Infektionszeichen als Reaktion auf das Vorhandensein von Erregern oder ihrer Toxine, die im zeitlichen Zusammenhang mit einer stationären oder einer ambulanten medizinischen Maßnahme steht, soweit die Infektion nicht bereits vorher bestand.

Dem LAGeSo werden keine Infektionen (ohne Erregernachweis) übermittelt, sondern Nachweise meldepflichtiger Erreger, die auch im nosokomialen Kontext eine Rolle spielen können, sowie Ausbrüche mit nosokomialen Erregern. Der weitaus größte Teil nosokomialer Infektionen wird von viralen Erregern verursacht.

Aufgrund des Themas der Schriftlichen Anfrage, wird im Folgenden auf MRE fokussiert. Gemäß § 7 (3) IfSG sind die folgenden bakteriellen nosokomialen Erreger meldepflichtig: Carbapenem-nicht-empfindliche Enterobacteriaceae und Acinetobacter spp., Methicillin-resistente Staphylococcus aureus (MRSA) und Clostridioides difficile.

Da einige dieser bakteriellen Erreger zur physiologischen Körperflora des Menschen gehören, muss bei ihrem Nachweis zwischen Infektion und Kolonisation (also Besiedlung ohne Infektionszeichen) unterschieden werden. MRSA sind bundesweit meldepflichtig, wenn sie aus klinischem Material nachgewiesen werden, das auf eine invasive Infektion hinweist (z.B. Blut oder Liquor). Ausbrüche dieser Erreger sind unabhängig vom klinischen Bild meldepflichtig.

Legende:

Jährliche Anzahl der pro Erreger gemeldeten Nachweise nosokomialer Infektionen in den Berliner Kliniken von 2010-2022

Jahr	Acinetobacter*	Clostridium difficile**	Enterobacteriaceae*	MRSA
2010	0	25	0	285
2011	0	52	0	304
2012	0	69	0	306
2013	0	56	0	321
2014	0	80	0	270
2015	0	128	0	306
2016	5	143	14	257
2017	107	124	302	166
2018	90	163	349	126
2019	72	77	356	66
2020	57	64	240	64
2021	60	48	330	42
2022	37	14	219	23

* Einführung der Meldepflicht in 2016

Legende:

Monatliche Anzahl der pro Erreger gemeldeten Nachweise nosokomialer Infektionen in den Berliner Kliniken aus den Jahren 2010-2022

Jahr	Monat	Acinetobac- ter*	Clostri- dium diffi- cile**	Enterobacteri- aceae*	MRSA
2019	01	4	5	30	4
	02	8	4	26	4
	03	8	9	30	8
	04	6	5	23	7
	05	2	8	19	6
	06	3	4	20	9
	07	7	14	39	5
	08	6	8	35	5
	09	11	5	37	6
	10	4	4	44	6
	11	6	6	33	2
	12	7	5	20	4
2020	01	7	10	35	8
	02	6	6	21	8
	03	2	3	14	5
	04	5	5	17	1
	05	2	10	18	3
	06	3	5	21	7
	07	1	7	20	11
	08	6	2	20	8
	09	5	4	19	2
	10	6	8	15	2
	11	9	3	20	5
	12	5	1	20	4
2021	01	12	7	43	4
	02	3	1	20	1
	03	2	1	25	6
	04	3	3	16	3
	05	2	4	23	5
	06	6	4	19	4
	07	9	5	31	4
	08	6	7	28	3
	09	4	9	40	4
	10	7	4	29	3
	11	2	2	30	4
	12	4	1	26	1
2022	01	1	3	18	3
	02	9	4	32	1
	03	9	1	58	5
	04	6	1	32	2
	05	10	3	65	11

7. Wie viele Fälle nosokomialer Infektionen hat es an Krankenhäusern der Vivantes-Gruppe in den Jahren 2010 bis 2022 und in den einzelnen Monaten ab dem 01.01.2019 bis heute gegeben?
8. Wie viele Fälle nosokomialer Infektionen hat es an Krankenhäusern der Charité Universitätsmedizin Berlin in den Jahren 2010 bis 2022 und in den einzelnen Monaten ab dem 01.01.2019 bis heute gegeben?

Zu 7. und 8.:

Die Empfehlungen der KRINKO beim RKI fordern keine krankenhausspezifische Erfassung der Fälle von nosokomialen Infektionen. Auch gemäß §11 in Verbindung mit §6 (3) IfSG ist eine einrichtungsbezogene Erfassung nicht vorgesehen, daher erfolgt keine Übermittlung an das LaGeSo.

10. Wie viele Menschen sind in Folge einer nosokomialen Infektion verstorben? (Todesfälle infolge nosokomialer Infektionen bitte analog zu den Fragen 6 bis 8 angeben)

Zu 10.:

Legende:

Jährliche Todesfälle infolger nosokomialer Infektionen in den Jahren 2010-2022

Jahr	Acinetobacter*	Clostridium diffi- cile**	Enterobacteri- aceae*	MRSA	
2010	0	17	0	18	
2011	0	27	0	31	
2012	0	35	0	31	
2013	0	24	0	33	
2014	0	36	0	29	
2015	0	58	0	21	
2016	1	53	2	24	
2017	7	60	21	15	
2018	7	52	16	24	
2019	2	22	16	5	
2020	9	22	8	4	
2021	13	10	24	3	
2022	0	6	8	1	

* Einführung der Meldepflicht in 2016

Legende:

Monatliche Todesfälle infolger nosokomialer Infektionen in den Jahren 2010-2022

Jahr	Monat	Acinetobacter*	Clostridium difficile**	Enterobacteriaceae*	MRSA
2019	01	0	1	3	0
	02	0	3	3	1
	03	0	2	1	1
	04	0	2	2	1
	05	0	2	1	1
	06	0	1	0	0
	07	0	3	2	0
	08	1	3	0	1
	09	1	1	0	0
	10	0	1	2	0
	11	0	1	0	0
	12	0	2	2	0
2020	01	0	3	1	0
	02	0	6	0	1
	03	0	2	0	1
	04	1	1	0	0
	05	0	1	1	0
	06	0	0	2	0
	07	0	2	1	0
	08	0	1	1	2
	09	1	2	0	0
	10	2	2	0	0
	11	3	2	0	0
	12	2	0	2	0
2021	01	6	3	2	1
	02	0	0	6	0
	03	1	0	1	0
	04	1	0	1	0
	05	0	2	0	1
	06	1	1	0	0
	07	2	0	1	0
	08	0	0	5	0
	09	0	1	3	0
	10	0	2	3	0
	11	0	1	1	1
	12	2	0	1	0
2022	01	0	1	1	1
	02	0	2	2	0
	03	0	0	1	0
	04	0	0	2	0
	05	0	2	1	0

11. Wird bei einem stationär aufzunehmenden Patienten grundsätzlich auch auf MRSA getestet? Falls nein, weshalb nicht und gibt es Kliniken/Krankenhäuser, die dies dennoch tun? Wenn ja, welche sind das?

Zu 11.:

Alle Krankenhäuser screenen gemäß den RKI-Empfehlungen.

Das Screening auf Methicillin-resistente Staphylococcus-aureus-Stämme (MRSA) wird durch die Krankenkassen nur bei bestimmten Risikopersonen erstattet. Die Risikogruppen, für welche die Wahrscheinlichkeit eines MRSA-Trägertums hoch sind, wurden durch das RKI wissenschaftlich begründet. Daher wird nicht jeder aufzunehmende Patient auf MRSA untersucht.

12. Wird ein in einer Klinik / im Krankenhaus stationär aufzunehmender Patient grundsätzlich im Einzelzimmer isoliert, bis ein negativer Test auf MRSA oder weitere typische nosokomiale Erreger (z.B. auch COVID-19) vorliegt, sodass dieser in der Testauswertzeit keine weiteren Patienten infizieren kann? Falls nein, weshalb nicht? Gibt es Kliniken/Krankenhäuser, die dennoch so verfahren?

Zu 12.:

Die Testung auf MRSA kann mit Hilfe eines Schnelltestes erfolgen, der innerhalb von wenigen Stunden über das Trägertum Auskunft geben kann. Nicht alle Kliniken verfügen über ein solches Schnelltestsystem, daher werden Personen, bei denen das Risiko für ein MRSA-Trägertum hoch ist, bis zum negativen Ergebnis isoliert. Dies erfolgt teils in Einzelzimmern, teils im Rahmen einer Kohorte.

13. Falls Patienten nicht isoliert werden, wie bewertet der Senat das Risiko der Übertragung von MRSA und weiteren nosokomialen Erregern auf weitere Patienten im Mehrbettzimmer?

Zu 13.:

Die KRINKO hat Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von MRSA in medizinischen Einrichtungen herausgegeben. Darin wird auch die Wirksamkeit einer vorsorglichen Isolierung von Patienten mit hohem MRSA-Risiko bis zum Vorliegen eines Screeningergebnisses anhand von 3 Studien untersucht. In der Gesamtheit zeigten die Studien nicht in allen Fällen einen infektionspräventiven Effekt durch die vorsorgliche Isolierung. Die vorsorgliche Unterbringung in einem Einzelzimmer ist dabei nur als Teil eines Maßnahmenbündels im Rahmen der Basishygiene zu verstehen. Diese Maßnahmen sind im krankenhausinternen Hygienekonzept festgelegt. Dieses kann abhängig von dem im Einzelfall betrachteten Bereich hinsichtlich der Unterbringung variieren. Bei Unterbringung in Mehrbettzimmern greifen jedoch andere Barrieremaßnahmen, um eine Übertragung zu verhindern.

14. Mit welchen konkreten Tests wird in Berliner Krankenhäusern auf eine MRSA-Infektion getestet und wie lange dauert die Testauswertzeit mindestens jeweils?

15. Wird zum Testen auf eine MRSA-Infektion hauptsächlich das Testverfahren mit der geringsten Testauswertzeit verwendet? Falls nein, warum nicht?

Zu 14. und 15.:

Die Umsetzung der krankenhausesinternen Hygienekonzepte betrifft die innerbetriebliche Organisationshoheit der Kliniken. Dies umfasst insbesondere die von den Kliniken verwendeten Testverfahren. Der Senat hat keinen Anspruch auf die Meldung der jeweiligen Testhersteller und kann deswegen über die individuelle Auswertungsgeschwindigkeit keine Aussagen treffen. Es ist seitens der Kliniken nur sicherzustellen, dass in begründeten Verdachtsfällen Tests durchgeführt werden können.

Berlin, den 22. Juni 2022

In Vertretung

Dr. Thomas Götz

Senatsverwaltung für Wissenschaft,
Gesundheit, Pflege und Gleichstellung