

ERGÄNZUNGSANTRAG Stadträtin Sabine Zürn (Die Linke) Stadtrat Niko Fostiropoulos (Die Linke) vom 18. Oktober 2013	Gremium: Termin: Vorlage Nr.: TOP:	54. Plenarsitzung Gemeinderat 22.10.2013 2013/0140 9 öffentlich
Neubaumaßnahmen Städtisches Klinikum Karlsruhe: Erweiterung des Klinikums um eine MRE-Ambulanz zur Verhinderung der epidemischen Verbreitung nosokomialer Infektionen		

Wir beantragen:

1. die Erweiterung des Klinikums um eine MRE-Ambulanz.
2. die Einführung eines MRSA-Screenings für die erweitert definierte Risikogruppe (siehe Anlage 1) und das Pflegepersonal.
3. die Etablierung einer unabhängigen Instanz zur Kontrolle der Umsetzung präventiver Maßnahmen.

Sachverhalt/Begründung:

Die Gesamtzahl nosokomialer Infektionen beläuft sich deutschlandweit, laut einer Statistik der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene, auf über eine Million jährlich. Von 18 Millionen Menschen, die jedes Jahr aus deutschen Kliniken entlassen werden, sterben 30-40.000 Personen an multiresistenten Erregern. Aufgrund zu eng definierter Risikogruppen und zu geringen Isolationsmöglichkeiten, sind die bislang durchgeführten Maßnahmen oft unzureichend. In den Niederlanden konnte man dagegen durch strikte Präventions- und Kontrollmechanismen MRSA-Erkrankungen auf unter ein Prozent senken. Nach niederländischem Vorbild konnte das Universitätsklinikum Greifswald zeigen, dass PCR-Screenings einer eng definierten Risikogruppe, räumliche Isolierung sowie strenge Kontrollmechanismen zu einer um 50 % reduzierten MRSA-Infektionsrate führen. Aufgrund der hohen Mortalitäts- und Übertragungsraten durch MRSA sowie der zunehmenden Entwicklung problematischer Antibiotikaresistenzen, muss eine sofortige Eindämmung der Übertragungswege nosokomialer Infektionen erfolgen. Dies wäre mit der Erweiterung des Klinikums durch den Bau einer MRE-Ambulanz möglich. Mithilfe von Screenings bei der Patientenaufnahme und der Schaffung von Räumlichkeiten zur unmittelbaren Isolierung der Träger können Ansteckungen durch multiresistente Erreger verhindert und Menschenleben gerettet werden. Es wäre

denkbar, mit einer unabhängigen Kontrollinstanz die Umsetzung der Maßnahmen zu sichern.

Unterzeichnet von:

Sabine Zürn

Niko Fostiropoulos

1 Anlage

Methicillin-resistente Staphylococcus aureus (MRSA)

1. Einführung in den Begriff und die Problematik MRSA

Die menschliche Haut ist durchschnittlich von etwa einer Billion Bakterien besiedelt. In feuchten Regionen der Haut befinden sich mehrere Milliarden Bakterien und Pilzsporen pro Quadratzentimeter.¹ Diese Bakterien und Pilze bieten dem gesunden Körper einen natürlichen Schutz vor gefährlichen Keimen. Die bloße Oberflächenbesiedlung von Keimen ist für den Menschen völlig ungefährlich.

Bei kranken Patienten jedoch, können die Keime schwerwiegende Infektionen verursachen.² Die Mehrzahl an Infektionen werden derzeit noch erfolgreich durch den Einsatz von Antibiotika behandelt.³ Bei MRSA ist dieser Therapieansatz jedoch unwirksam. Die Staphylokokken sind antibiotikaresistent und werden daher vom Institut für Umweltmedizin und Krankenhaushygiene als „Problemkeime“ eingestuft, die zu „schwer behandelbaren“ gesundheitlichen Folgen führen können.⁴ Nach Angaben des Europäischen Zentrums für Krankheitskontrolle und Prävention

1 Sagan, Dorion, Margulis, Lynn: Garden of Microbial Delights: A Practical Guide to the Subvisible World. Kendall/Hunt Publishing Company, Dubuque, Iowa 1993.

2 Vgl. Das MRSA-Informationspapier des Universitätsklinikums Freiburg, hrsg. vom Institut für Umweltmedizin und Krankenhaushygiene, April 2011.

3 Das vermehrte Auftreten antibiotikaresistenter Erreger macht jedoch auch diese Form der Therapie in naher Zukunft hinfällig.

4 Multidrug antibiotic resistance increasing in Europe, hrsg. vom European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), Stockholm, November 2012.

(ECDC), ist eine MRSA-Kolonisation der Haut bei 30 % aller Menschen gegeben.⁵ Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) konstatiert darüber hinaus, dass sich inzwischen Antibiotikaresistenzen bei über 50 % der in Europa verbreiteten Bakterien nachweisen lassen.⁶ „Die Ausbildung von Resistenzen ist ein [...] genetischer Prozess. [...] Unnötige, nicht ausreichend gezielte oder ungenügende Antibiotikagabe ist eine häufige Ursache für die Häufung von Resistenzen.⁷ Man hat im Vergleich verschiedener Länder zeigen können, dass der Verbrauch von Antibiotika und die Resistenzhäufigkeit in einem direkten Verhältnis zueinander stehen.“⁸

So stufen sowohl die ECDC als auch die WHO, MRSA als ein „globales Problem der öffentlichen Gesundheit“ ein.⁹ Auch das Bundesinstitut für Risikobewertung sieht die Ausbreitung von MRSA als kritisches Problem.

So seien Infektionen mit MRSA, „am häufigsten in Krankenhäusern“ nachzuweisen. „Insbesondere auf Intensivstationen“ erfolgten Ansteckungen mit dem antibiotikaresistenten Erreger. „Der unmittelbare Kontakt mit MRSA-tragenden Personen und der indirekte Kontakt über gemeinsam genutzte Gegenstände, zum Beispiel Handtücher, oder mangelnde Hygiene“, seien die „Hauptübertragungswege für MRSA“, so das Bundesinstitut für Risikobewertung.¹⁰

So liegt die Hauptproblematik bei einer Infektion mit MRSA in der „Unwirksamkeit der Standard-Antibiotika“ sowie der unzureichenden präventiv durchgeführten Maßnahmen. Das Bundesinstitut für Risikobewertung warnt daher, dass „durch das erforderliche Ausweichen auf [...] Alternativtherapien [...], MRSA-Infektionen zu verlängerten Krankenhausaufenthalten und erhöhten Todesraten führen“ können.¹¹

Da in Deutschland nicht jeder Patient bei der Aufnahme in ein Krankenhaus auf Keimbesiedlungen untersucht wird, ist oft unbekannt, wer Träger eines multiresistenten Keims und Verursacher von Neuinfektionen ist. So könnten selbst Mediziner und Pflegenpersonal, „ohne es zu wissen, zu Überträgern der gefährlichen Keime werden“, konstatiert der Westdeutsche Rundfunk.¹²

⁵ European challenges on antimicrobial resistance from a one health perspective. Danish EU Presidency meeting, hrsg. vom European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), Copenhagen, March 2012.

⁶ Multidrug antibiotic resistance increasing in Europe, hrsg. vom European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), Stockholm, November 2012.

⁷ Hierzu zählt auch die inflationäre Gabe von Antibiotika in der industrialisierten Massentierhaltung.

⁸ Krankenhausinfektionen, hrsg. vom Verband der Diagnostica-Industrie e.V., November 2011.

⁹ Ebenda.

¹⁰ Fragen und Antworten zu Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA), hrsg. vom Bundesinstitut für Risikobewertung, Juli 2012.

¹¹ Fragen und Antworten zu Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA), hrsg. vom Bundesinstitut für Risikobewertung, Juli 2012.

¹² Tödliche Keime. Gefahr aus dem Krankenhaus, Skript zur wdr-Sendereihe Quarks&Co, hrsg. vom Westdeutschen Rundfunk Köln, Mai 2009.

Während im Jahr 2012 515 Menschen an HIV starben und die Deutsche Aidshilfe eine AIDS-Neuinfektionsrate von 3.400 Personen jährlich angibt¹³, stehen dieser Zahl 800.000 nosokomiale Neuinfektionen und 30.000 MRSA-Tote pro Jahr gegenüber.¹⁴ Laut einer Schätzung des Robert Koch-Instituts, „sterben in Deutschland mindestens vier Menschen täglich unnötigerweise an einer Krankenhausinfektion.“¹⁵ Auch wenn „im Einzelfall Missklassifikationen“ möglich seien, könne „am Ausmaß der MRSA-Epidemie kaum zu zweifeln“ sein, so das deutsche Ärzteblatt.¹⁶

Tabelle : Hochrechnung der Gesamtzahl nosokomialer Infektionen (NI) auf der Basis publizierter Prävalenzraten für das Jahr 2011.

Studie	Prävalenzrate (%)	Gesamtzahl NI für 2011 berechnet
Zahl der vollstationären Patienten 2011: 18.774.027		
DKG (1990)	6,3 (Diagnose ab Tag 2)	1.182.763
	5,7 (Diagnose ab Tag 3)	1.070.120
NIDEP 1 (1994)	3,5	657.091
– KH mit eigenem Labor	5,08	953.720
– KH mit Labor in anderer Stadt	2,88	540.692
NIDEP 2 (1995–1998)	6,9	1.295.408
ECDC (2012)	7,1 (Durchschnitt aller teilnehmenden Länder)	-
ECDC (Deutsche Daten, 2012)	4,99	936.824

[Quelle: Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene]¹⁷

Nach Angaben der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene infizieren sich von 18 Millionen Patienten, die jedes Jahr aus Kliniken entlassen werden, sogar bis zu eine Million Menschen jährlich in deutschen Krankenhäusern mit multiresistenten Keimen.¹⁸

Angesichts der enorm hohen Infektions- und Sterberaten durch MRSA ist es daher von unabdingbarer Notwendigkeit, nicht nur die Ursachen der Multiresistenzbildung zu verhindern, sondern es ist darüber hinaus sowohl

13 Vgl. die Statistik der deutschen Aidshilfe unter der URL: <http://www.aidshilfe.de/de/infotek/hiv-zahlen/deutschland>

14 „Die bislang häufig kommunizierten Angaben über ca. 400.000 nosokomialer Infektionen (NI) und die damit assoziierte[n] 10.000 bis 15.000 Todesfälle, sind daher im Hinblick auf ihre Validität kritisch zu hinterfragen. Realistisch erscheinen Gesamtzahlen von ca. 1 Million NI pro Jahr, was einer Rate von ca. 5,5 % entspricht. Nicht nur die für Deutschland erhobenen bzw. geschätzten Daten zur Häufigkeit von NI müssen als wesentlich unterschätzt bewertet werden. Auch die bisher immer wieder genannte Aussage, dass nur 30 % aller NI durch krankenhaushygienische Maßnahmen verhütbar seien, muss kritisch in Frage gestellt werden. Es muss im Gegenteil wahrscheinlich davon ausgegangen werden, dass der zu erreichende präventive Anteil bei bestimmten NI deutlich höher einzuschätzen ist. Bei einigen wesentlichen Infektionen wie den Gefäßkatheter-assoziierten Blutstrom-Infektionen, bei neurochirurgischen Shunt-Anlagen oder bei einigen postoperativen Wundinfektionen dürfte der verhütbare Anteil theoretisch sogar bei nahezu 100 % liegen.“ Zitiert nach: Peter Walger, Walter Popp, Martin Exner: Stellungnahme der DGKH zu Prävalenz, Letalität und Präventionspotenzial nosokomialer Infektionen in Deutschland 2013, hrsg. von der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene e. V., Berlin 2013.

15 Zitiert nach: Hackenbroch, Veronika: Suchen und Zerstoren, in: DER SPIEGEL, vom 30.10.2010, 44/2010, S. 132ff.

16 Online Ausgabe des deutschen Ärzteblatts. Online abrufbar unter der URL: <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/30163/USA-19-000-Tote-durch-MRSA-auch-Pneumokokken-werden-multiresistent>

17 Walger, Peter, Popp, Walter, Exner, Martin: Stellungnahme der DGKH zu Prävalenz, Letalität und Präventionspotenzial nosokomialer Infektionen in Deutschland 2013, hrsg. von der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene e. V., Berlin 2013.

18 Ebenda.

medizinische als auch politische Pflicht, eine Übertragung in Kliniken, mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln, zu verhindern.

2. Vergleich zu den Niederlanden

„Weltweit stellen MRSA-Infektionen ein eskalierendes Problem“ in Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen und Pflegeheimen dar. In Japan, den USA, Spanien, Italien und Frankreich zeigt sich eine „kaum noch beherrschbarer MRSA-Situation“ mit einer MRSA-Übertragungsquote von 20 bis 60 %. Demgegenüber sind diejenigen „Länder hervorzuheben, die infolge strikter Kontroll- und Präventionsstrategien ihre MRSA-Inzidenzen auf wenige Prozent beschränken konnten.“ Die Niederlande und die skandinavischen Länder gelten hier als Vorzeigebispiel für die erfolgreiche Bekämpfung von MRSA durch Präventions- und Kontrollmechanismen.¹⁹ So liegt der Anteil an MRSA-Erkrankungen „in den Niederlanden und Dänemark [...] seit vielen Jahren stabil unter einem Prozent.“²⁰

So soll im Folgenden am Beispiel der Niederlande gezeigt werden, dass strikte Maßnahmen zu einer signifikanten Verringerung von Neuinfektionen und Sterberaten durch MRSA führen und ein Maßnahmentransfer im Rahmen des bundesdeutschen Gesundheitssystems problemlos möglich ist.

Unter dem Motto „search and destroy“ wird in den Niederlanden seit den 1980er Jahren eine „Anti-MRSA-Politik“ betrieben. Während in Deutschland erst nach einer nosokomialen Infektion Maßnahmen ergriffen werden, verfolgt man in den Niederlanden eine präventive Strategie.²¹

Zudem sind die Niederlande auch beispielgebend für den restriktiven Umgang mit Antibiotika: „Kein europäisches Land [hat] außerhalb des Krankenhauses einen derart niedrigen Antibiotika-Verbrauch“, konstatiert die Frankfurter Allgemeine Zeitung. Eine Verordnung von bestimmten Antibiotika-Sorten erfolgt nur in Absprache mit einem Mikrobiologen. Neben der eingeschränkten Gabe von Antibiotika zur Eindämmung von Multiresistenzen, setzen die Niederlande darüber hinaus auf eine frühzeitige Identifizierung und Isolierung der MRSA-infizierten

¹⁹ Ebenda.

²⁰ Bartels, Claus; Ewert, Ralf; Steinmetz, Ivo; Kramer, Axel: Methicillin-Resistente Staphylokokken: Frühes Screening senkt die Zahl der Infektionen, in: Deutsches Arzteblatt 105(13) 2008, S.18.

Patienten. Das deutsche Ärzteblatt sieht daher die Niederlande als medizinisches Vorbild für die Bundesrepublik und spricht sich auch für eine „rasche Identifizierung“, Isolierung und Behandlung „MRSA-positiver Patienten“ in deutschen Kliniken aus. So kommt letztlich auch die Landesgesundheitskonferenz Nordrhein-Westfalen zu dem Schluss, dass "eine Orientierung an den in den Niederlanden getroffenen Maßnahmen [...] für Deutschland hilfreich sei [...].“

„Hauptreservoir für MRSA im Krankenhaus“ ist der „kolonisierte oder infizierte MRSA-Patient.“²²

Von dieser Erkenntnis ausgehend, betreiben die Niederlande das folgende strikte Konzept zur Identifizierung von MRSA-Trägern:

Search

Bei der Patientenaufnahme wird zunächst jeder MRSA-Risikopatient isoliert behandelt. Unmittelbar nach der Aufnahme erfolgt ein Kontrollabstrich zur Identifizierung einer möglichen MRSA-Trägerschaft. Bis zum Ergebnis des Screenings bleibt der Patient in Sicherheitsquarantäne. Darüber hinaus wird das gesamte medizinische Personal, das mit einem Träger Kontakt hatte, mit einem Direktscreening auf MRSA getestet.

„Mit der PCR (Polymerase Chain Reaction) ist eine schnelle Diagnose, die den Klinikbetrieb nicht wesentlich beeinträchtigt, innerhalb von vier Stunden möglich.“²³

Patienten müssen die folgenden Merkmale aufweisen, um als Risikogruppe klassifiziert zu werden:

- „Chronische Pflegebedürftigkeit
- Liegender Katheter (Harnblasenkatheter, PEG-Sonde)
- Dialysepflichtigkeit
- Hautulcus/Gangrän/chronischen Wunden/tiefen Weichteilinfektionen
- im Ausland dialysierte oder dort länger als 24 Stunden hospitalisierte beziehungsweise chirurgisch behandelte oder mit Drainage oder Katheter versorgte Patienten (außer Dänemark, die Niederlande, Slowenien)
- Patienten nach Verlegung aus anderen Krankenhäusern und aus Einrichtungen mit wahrscheinlichem endemischen MRSA-Vorkommen
- vorherige stationäre Aufenthalte des Patienten innerhalb der letzten drei Monate in anderen Krankenhäusern (sofern kein Test mit negativem Befund)

²¹Schneider, Andrea: Niederländische Krankenhäuser. Widerstand gegen die Bakterien, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 10.04.2006, Nr. 86, S. 10.

²² Bartels, Claus; Ewert, Ralf; Steinmetz, Ivo; Kramer, Axel: Methicillin-Resistente Staphylokokken: Frühes Screening senkt die Zahl der Infektionen, in: Deutsches Ärzteblatt 105(13) 2008, S.18.

²³ Ebenda.

- Patienten aus Ländern mit hoher MRSA-Prävalenz
- Wiederaufnahme mit bekannter MRSA-Anamnese
- Beschäftigte aus Schweinemastbetrieben²⁴

Destroy

Wenn bei einem Patienten eine nosokomiale Infektion identifiziert werden konnte, wird dieser unmittelbar isoliert mit Dekontaminationsmittel behandelt. Darüber hinaus wird der Träger behutsam mit Antibiotika therapiert.

Neben dem Prinzip „search and destroy“ setzten die Niederlande darüber hinaus auf strenge Hygienevorschriften, deren Umsetzung von einem Hygienebeauftragten und einer unabhängigen zentralen Inspektionsbehörde überprüft werden.²⁵

So kommt MRSA aufgrund der „aktiven Suche“ nach Keimen, der strengen Hygienerichtlinien sowie der „gemäßigte[n] Verwend[ung] von Antibiotika und dem präventiven Isolieren von verdächtigten MRSA-Trägern [...] in den Niederlanden im Vergleich zu anderen Ländern sehr selten vor.“²⁶

3. Studie zur Übertragbarkeit des niederländischen Modells auf Deutschland

Am Universitätsklinikum Greifswald hat man nach niederländischem Muster die folgenden Maßnahmen getroffen, um zu zeigen, dass eine Übertragbarkeit der niederländischen MRSA-Regelungen auf Deutschland gegeben ist:

- „PCR-Screening an verschiedenen Stellen des Körpers bei jeder Neuaufnahme von Risikopatienten und bei allen Neuaufnahmen auf Risikostationen (Intensivtherapie, Neonatologie, Transplantation) mit prophylaktischer virtueller beziehungsweise räumlicher Isolierung bis zum Vorliegen des PCR-Ergebnisses.
- einmaliges Screening von Patienten mit Kontakt zu MRSA-Trägern mit Anlegen einer Kultur
- Screening des Personals vor Neueinstellungen, nach Entlassung von MRSA-Patienten und routinemäßig einmal pro Jahr [...].
- Vorverlegung des Screenings in den Bereich der einweisenden Ärzte bei Risikopatienten

²⁴ Ebenda.

²⁵ MRSA. Bedeutung für die verschiedenen Institutionen, hrsg. vom EurSafety Health-Net Projekt. Euroregionales Netzwerk für Patientensicherheit und Infektionsschutz. Online abrufbar unter der URL: <http://www.eursafety.eu/DE/MRSA-Net/institutionen.html>

²⁶ Harbarth S, Pittet D. Methicillin-resistant Staphylococcus Aureus. Lancet Infect, Dissertation 2005. Zitiert nach: <http://www.mrsa-net.nl/de>

- bei positivem Befund Isolierung und Sanierung.“²⁷

Bereits beim Auftreten von nur einem Risikofaktor wurde ein Patient während der Greifswalder Studie auf MRSA gescreent. „Entscheidend für den Präventionserfolg [war] die Isolierung des Patienten bis zum Vorliegen des PCR-Befunds, die rasche Übermittlung des Ergebnisses binnen zwei Stunden und die Einbeziehung des Behandlungsteams in das Screening.“

Die Studie in Greifswald konnte eine „Reduktion der MRSA-Infektionsrate um mehr als 50 Prozent“ zeigen.²⁸

Mit der Studie wird deutlich, dass die Bekämpfung von MRSA nicht als „illusionär“ bezeichnet werden kann, sondern strikte Kontrollmechanismen zu einer nachhaltigen Reduktion von MRSA-Infektionen und zum Erhalt von Menschenleben führen.²⁹

4. Politische Forderung

Gerade aufgrund der hohen Mortalitätsrate durch MRSA fordert DIE LINKE im Karlsruher Stadtrat, in Anlehnung an die Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene, die „Schaffung einer Sicherheitskultur mit dem Ziel, [nosokomiale Infektionen] vollständig im Sinne einer Null-Infektionen-Strategie zu vermeiden“.³⁰ Um dieses Ziel zu erreichen, müssen diejenigen Patienten „frühzeitig erk[annt] [werden], die mit MRSA besiedelt oder infiziert sind. „Nur so können schnell wirkungsvolle Gegenmaßnahmen eingeleitet und eine weitere Verbreitung von MRSA verhindert werden.“³¹

Wir fordern die Umsetzung der folgenden Maßnahmen, die bereits am Universitätsklinikum Freiburg mit Erfolg durchgeführt werden:

- MRSA-Screening [der eng definierten Risikogruppe] bei der Aufnahme.
- Einrichtung einer MRE-Ambulanz zur Betreuung infizierter Patienten.³²

²⁷ Bartels, Claus; Ewert, Ralf; Steinmetz, Ivo; Kramer, Axel: Methicillin-Resistente Staphylokokken: Frühes Screening senkt die Zahl der Infektionen, in: Deutsches Arzteblatt 105(13) 2008, S.18.

²⁸ Cook P P, Catrou P, Gooch M, Holbert D: Effect of reduction in ciprofloxacin use on prevalence of methicillin-resistant staphylococcus aureus rates within individual units of a tertiary care hospital. Journal of Hospital Infection 2006; 64: 348–51.

²⁹ Walger, Peter, Popp, Walter, Exner, Martin: Stellungnahme der DGKH zu Prävalenz, Letalität und Präventionspotenzial nosokomialer Infektionen in Deutschland 2013, hrsg. von der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene e. V., Berlin 2013.

³⁰ Ebenda.

³¹ Vgl. Das MRSA-Informationspapier des Universitätsklinikums Freiburg, hrsg. vom Institut für Umweltmedizin und Krankenhaushygiene, April 2011.

³² Diese Maßnahme wird bereits am Universitätsklinikum Freiburg erfolgreich durchgeführt.

- Etablierung einer unabhängigen Kontrollinstanz zur Prüfung der Umsetzung präventiver Maßnahmen.

Bei 30-40.000 Menschen, die jedes Jahr an einer Krankenhausinfektion sterben, muss es politische Pflicht sein, MRSA-Infektionen einzudämmen, um Menschenleben zu retten.

Daher ist die Erweiterung des Klinikums notwendig und unsere dringende politische Forderung.

unterzeichnet von:

Sabine Zürn

Niko Fostiropoulos

Hauptamt - Ratsangelegenheiten -

21. Oktober 2013