

Hände waschen ist nicht alles, aber viel

8. Plattform Gesundheit des IKK e.V.

(gid) Krankenhauskeime: Schicksal oder ignorierte Gefahr? Unter diesem Titel diskutierten am 14. März in Berlin Experten aus Politik und Krankenhaus auf Einladung des IKK e.V. über das Problem von Krankenhausinfektionen. Wenige Tage vor der Bekanntgabe eines 55-Millionen-Euro Hygieneprogramms durch die Bundesregierung hatte der Veranstalter den Zeitpunkt für sein Forum gut gewählt. Und gut **20 Monate nach der Novellierung des Infektionsschutzgesetzes** ist die Frage erlaubt: Sind wir nun auf dem richtigen Weg?

Der Titel der Veranstaltung hätte auch lauten können: Krankenhauskeime: Schicksal **und** ignorierte Gefahr? Denn **zwei Drittel aller Krankenhausinfektionen sind nicht vermeidbar**. Aber das letzte Drittel. Etwa 80.000 bis 180.000 Krankenhausinfektionen bedeuten schwere Einzelschicksale, 1.500 bis 4.000 vermeidbare Todesfälle und unnötig hohe Kosten. Besondere Probleme bereiten die **multiresistenten Erreger**. Zehn Prozent aller Erreger von Krankenhausinfektionen sind gegen Methicillin und die meisten anderen Antibiotika resistent; MRSA (**M**ethicillin **r**esistenter **S**taphylococcus **a**ureus) ist der bekannteste. Durchschnittlich 10.000 Euro pro Patient kostet die Behandlung eines einzigen Falles. 2011 gab es in Deutschland knapp 45.000 MRSA-Fälle. Allerdings sinkt die Inzidenz von MRSA. Soweit die gute Nachricht.

Die schlechte Nachricht: Die anderen Erreger (unter anderem Escherichia coli, Klebsiella pneumoniae, Pseudomonas aeruginosa) sind zum Teil weniger bekannt, werden aber häufiger **gegen das letzte noch wirkende Antibiotikum Carbapenem resistent**. Die Situation hinsichtlich dieser „gramnegativen multi-resistenten Erreger“ hat sich in den letzten zehn Jahren deutlich verschlechtert. Dies erhöht den Druck auf die Prävention von Nosokomialinfektionen. Und es erhöht den Druck auf die forschende pharmazeutische Industrie. Nach Professor Petra **Gastmeier**, Leiterin des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen an der Charité in Berlin werden **neue Therapieprinzipien gebraucht**. Die Industrie müsse sich wieder verstärkt daran machen, innovative Antibiotika zu entwickeln. 1990 hätte es noch 18 Firmen gegeben, die in diesem Bereich geforscht hätten. 2011 nur noch vier.

Da in den deutschen Krankenhäusern die baulichen Voraussetzungen zur vorsorglichen Isolierung von MRSA-Trägern häufig nicht gegeben seien, bleibe zur **Prävention nur die Hygiene**. Um die Transmission multiresistenter Erreger zu reduzieren, sei viel bereits mit regelmäßigem Händewaschen bewirkt. Zwei Minuten Handdesinfektion senke die Keimbelastung von 100.000 auf weniger als eins. Gastmeier ist auch **Leiterin der Kampagne „Saubere Hände“**, die 2008 ins Leben gerufen wurde, jetzt aber an der fehlenden Weiterfinanzierung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) leidet. Ziel der Aktion sei es, Arzt- und Pflegepersonal in den Kliniken für die **Notwendigkeit der Handdesinfektion** zu sensibilisieren. Im eigenen Haus lese sich der Erfolg am kontinuierlich gestiegenen Handdesinfektionsmittelverbrauch, insbesondere auf der Intensivstation, ab.

Ein Hygienebewusstsein tue Not, weiß auch Cornelia **Prüfer-Storcks**, Senatorin für Gesundheit in Hamburg. Sie habe den Eindruck, insbesondere Ärzte schienen oft zu glauben, mit ihrer Approbation eine Grundsterilität erworben zu haben. Dem sei aber nicht so. Kampagnen allein reichen aber nicht. Gebraucht würden ausgebildete Hygienekräfte – und die seien noch rar. Daneben müsse das Thema Hygiene in der **Aus- Fort- und Weiterbildung von Ärzten und Pflegekräften** einen höheren Stellenwert bekommen. Hygiene sei eine Kette, in der es auf jeden einzelnen ankomme. Hier müsse jeder Bescheid wissen.

Neben einer besseren Hygiene sei ein sachgerechter Antibiotika-Einsatz erforderlich. Ein besonderes Problem stelle dar, dass heute quasi eine „**antibiotische Grundversorgung**“ der Menschen mit der Nahrungsaufnahme erfolge. Die große Masse von Antibiotika wird in der Veterinärmedizin eingesetzt. Letztlich gelangten über das Tierfutter mehr antibiotische Substanzen in den menschlichen Körper als durch die Medikation. Neben mehr Zurückhaltung beim Verbrauch helfe hier nur die **strikte Trennung von Human- und Veterinärantibiotika**. Der überwiegende Teil der Human-Antibiotika-Vergabe erfolge im ambulanten Bereich. Und es gebe viele unterschiedliche Präparate mit unterschiedlichen Einsatz- und Wirkprinzipien. Hier fehle Wissen. In der Folge würden Breitband Antibiotika unreflektiert verordnet und **Resistenzen herangezüchtet**. Was für die Hygiene gelte, gelte auch hier. Der sachgerechte Umgang mit Antibiotika müsse in der Aus-, Fort und Weiterbildung der Ärzte stärker vermittelt werden.

In den Niederlanden gebe es zusätzliche Kontrollmechanismen. Professor Jacques **Scheres**, Mikrobiologe an der Universitätsklinik Maastricht, wies darauf hin, dass in seiner Heimat **der direkte Draht zwischen Apotheker und Arzt gepflegt** werde. Es bestehe keine Scheu, bei einer nicht richtliniengetreuen Verordnung zum Telefon zu greifen und das Rezept zu korrigieren. Ohnehin seien in seinem Land die Bedingungen günstiger. Die **Facharztbehandlung findet nahezu ausschließlich in den Krankenhäusern** statt, in denen eine **ständige Fortbildung im Hygienebereich** sichergestellt sei und Experten die Antibiotikavergabe steuerten und überwachten.

In **Bezug auf Arzneimittel** herrsche aber auch ganz grundsätzlich **eine andere Kultur**. Weniger als die Hälfte der Hausarztpatienten gingen überhaupt mit einer Medikamentenverordnung aus der Praxis. Ansonsten sieht Scheres die Niederlande nicht als Musterknaben an. Die Compliance bei der Handhygiene sei auch nicht besser als in Deutschland. Dass sein Land bei MRSA so viel besser abschneide, läge daran, dass es in den Niederlanden immer weniger MRSA-Infektionen gab als beim deutschen Nachbarn. Die Niederlande seien kein Musterknabe, die strukturellen Bedingungen machten aber die Bekämpfung leichter. Bei den **hochproblematischen gramnegativen Erregern sähe es keineswegs besser aus als in Deutschland**. Der Anstieg der multiresisten-

ten Erreger und besonders der gramnegativen multiresistenten Erreger müsse deshalb gemeinsam bekämpft werden.

Falsch sei, dass in den Niederlanden jeder Patient bei Aufnahme in ein Krankenhaus auf **MRSA** gescreent würde. Das sei auch nicht sinnvoll, so die übereinstimmende Meinung von Scheres, Gastmeier und den die Helios-Kliniken beratenden Krankenhaushygieniker Professor Henning **Rüden**. Ein **Screening sei nur dann sinnvoll**, wenn eine Klinik eine hohe Prävalenz aufweise. Daneben unter anderem bei Risiko-Patienten wie ehemals Infizierte, Mütter von voraussichtlichen Frühgeburten oder Patienten mit vorangegangenem Krankenhausaufenthalt in Risikoländern. Offenbar zählten die Niederländer die Bundesrepublik Deutschland aber zu den Risikoländern. Denn jeder deutsche Patient werde auf MRSA gescreent.

Einig waren sich die Diskutanten aber in einem: Die MRSA-Problematik ist angesichts der unterdurchschnittlichen Prävalenz und der rückläufigen Inzidenz tendenziell überbewertet. Dennoch komme ihr eine wichtige Signalfunktion zu, da sie die Aufmerksamkeit auf das Problem der Nosokomialinfektionen insgesamt lenke. Vor diesem Hintergrund ist auch die in Deutschland zum 1. Juli 2009 eingeführte Meldepflicht für MRSA in Blut- und Liquor-Proben zu bewerten. Diese wurde aus Gründen der Verhältnismäßigkeit allerdings auf MRSA beschränkt, obwohl das **eigentliche Problem nach Auffassung der Experten bei anderen Erregern** liegt. Die Ergebnisse dienten zwar der Dokumentation, lieferten aber ein verzerrtes Bild, da sie einseitig auf Blutkulturen basierten. Im Übrigen seien sowohl regionale als auch Daten zur Entwicklung des MRSA-Geschehens vorhanden, zum Beispiel über das seit 2003 bestehende Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS). „*Die Meldepflicht bringt uns nicht voran*“, bringt es Frau Gastmeier auf den Punkt.

Angesichts der anwesenden Politik-Prominenz durfte die eine oder andere politische Botschaft nicht fehlen. So appellierte die Parlamentarische Staatssekretärin des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), Annette **Widmann-Mauz**, an den gastgebenden Krankenkassenverband, aber auch die Krankenhausträger, bei der Krankenhaus-Hygiene nicht zu sparen. „*Hygiene ist eine Investition in Qualität, die sich rechnet.*“ Und lobte, dass die Arbeit der beim Robert Koch-

Institut (RKI) neu eingerichteten Kommission zum Antibiotikaeinsatz (ART) gut angenommen würde.

Auch Frau **Prüfer-Storcks lobte die Überarbeitung des Infektionsschutzgesetzes** als „Gemeinschaftsaktion von Bund und Ländern“. Man hätte aber nicht nur die Krankenhäuser, sondern auch die Pflegeheime mit in das Gesetz einbeziehen sollen. Das müsse einer der nächsten Schritte sein. Und gute Qualität – gerade auch bei der Hygiene – müsse öffentlich gemacht werden. Häuser mit hohen Hygienestandards sollten in Zukunft auch mehr behandeln und mehr abrechnen dürfen.

Dabei kostet Händewaschen kaum Geld. Und der Hygienestandard ist nur so gut wie der schlechteste Mitarbeiter – ob Arzt, Pfleger oder Reinigungskraft. Ein **Bewusstsein für Hygiene zu schaffen**, ist deshalb vielleicht auch die größte Aufgabe. Diesen Eindruck äußert Jürgen **Hohnl**, Geschäftsführer des IKK e.V., zum Schluss der Veranstaltung. Damit mag er Recht haben.

© *gid* 2013