

**Kleine Anfrage zur schriftlichen Beantwortung
gemäß § 46 Abs. 1 GO LT
mit Antwort der Landesregierung**

Anfrage des Abgeordneten Stephan Bothe (AfD)

Antwort des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung namens der Landesregierung

Bekämpfung von multiresistenten Erregern - Wie steht es um Niedersachsen?

Anfrage des Abgeordneten Stephan Bothe (AfD), eingegangen am 25.02.2020 - Drs. 18/5962
an die Staatskanzlei übersandt am 28.02.2020

Antwort des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung namens der Landesregierung vom 03.04.2020

Vorbemerkung des Abgeordneten

Wie eine Auswertung der europäischen Seuchenschutzbehörde ECDC aus dem Jahr 2018 zeigte, nehmen Todesfälle durch antibiotikaresistente Bakterien wie den multiresistenten *Staphylococcus aureus* (MRSA), multiresistente gramnegative *Escherichia coli*-Stämme (MRGN) und Vancomycin-resistente Enterokokken (VRE) zu. Insgesamt werden jährlich 670 000 derartige Infektionen gemeldet. Laut der Organisation führen die resistenten Keime bei etwa 25 000 Menschen pro Jahr zum Tod. Dabei erweisen sich die *Escherichia coli*-Stämme als besonders folgenschwer. Fast 10 000 Todesfälle pro Jahr resultieren hieraus, dicht gefolgt von den multiresistenten *Staphylococcus aureus*. An diesen starben insgesamt mehr als 7 000 Menschen. In Deutschland sterben den Daten zufolge nahezu 2 400 Menschen jährlich an einer Infektion mit einem Superkeim. Vor allem für Altersschwache, Schwerkranke oder Neugeborene können die multiresistenten Erreger (MRE) tödliche Infektionen hervorrufen. Ungefähr zwei Drittel der insgesamt 670 000 Infektionen mit Superkeimen ereignen sich in Krankenhäusern oder Praxen.¹ Diese Angaben aus dem oben genannten Bericht der *Süddeutschen Zeitung* vom 6. November 2018 stehen dem entgegen, was noch im Juni 2017 durch die damalige niedersächsische Gesundheitsministerin, Cornelia Rundt, am Rande einer Fachtagung der MRE-Netzwerke in Niedersachsen als „richtiger guter Weg“ bezeichnet wurde. Die HAZ berichtete damals: „Niedersachsen verzeichnet im Kampf gegen multiresistente Keime erste Erfolge“. Und berichtete weiter: „Die Zahl der Infizierten in Krankenhäuser ist in den vergangenen Jahren deutlich zurückgegangen“. Demnach sei 2010 noch bei 25 % aller Patienten, bei denen im Krankenhaus eine bakterielle Infektion festgestellt wurde, der multiresistente Erreger MRSA diagnostiziert worden. 2015 waren es nur noch 18 %.²

Vorbemerkung der Landesregierung

Die von der HAZ zitierten Zahlen weisen eine Unschärfe auf. Sie beziehen sich auf das Antibiotika-Resistenz-Monitoring in Niedersachsen (ARMIN). Dieses Surveillancesystem erfasst seit dem Jahr 2006, wie viele bakterielle Infektionserreger in den an ARMIN teilnehmenden Laboren gegenüber ausgewählten Antibiotika resistent getestet wurden. Im Jahr 2010 wurden 25 % der in ARMIN enthaltenen *Staphylococcus aureus* resistent gegenüber der Substanz Methicillin getestet. Ob der Erreger *Staphylococcus aureus* von einem Patienten während des stationären Aufenthaltes erworben wurde, kann aus den ARMIN-Daten nicht ermittelt werden. Der Anteil der MRSA unter den *Staphylococcus aureus* in den ARMIN-Daten sank von 25 % im Jahr 2010 auf 18 % im Jahr 2015 und noch

¹ SZ vom 07.11.2018, www.sz.de/1.4199105

² Der Norden, 22.06.2017, <https://www.haz.de/Nachrichten/Der-Norden/uebersicht/infektionen-mit-klinikerinnen-in-niedersachsen-gehen-zurueck>

weiter auf 13 % im Jahr 2018 (Daten für 2019 liegen in ARMIN noch nicht vor). Maßnahmen gegenüber MRSA zeigen somit durchaus Erfolg. Dies zeigen auch die Meldedaten gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG; siehe Frage 1).

- 1. Wie viele MRE-Fälle wurden in den letzten zehn Jahren bis heute tatsächlich in niedersächsischen Krankenhäusern, Arztpraxen und Pflegeeinrichtungen registriert, und um welche genauen Erreger handelte es sich dabei (bitte aufschlüsseln nach Jahreszahl, Region, Art der Einrichtung, Art des Erregers, Gesamtzahl der Erkrankten)?**

Seit dem Jahr 2009 besteht eine Meldepflicht für den direkten Nachweis von MRSA in Blut oder in Liquor, seit 2016 außerdem für den direkten Nachweis von Enterobacteriaceae und Acinetobacter spp. mit Carbapenem-Nichtempfindlichkeit oder bei Nachweis einer Carbapenemase-Determinante. Der Nachweis der Carbapenem-Nichtempfindlichkeit bezieht sich sowohl auf Kolonisationen als auch Infektionen. Eine Aufschlüsselung nach Art der Einrichtung ist aus den Meldedaten nicht möglich. Die regionale Aufschlüsselung der Meldedaten bezieht sich auf den Wohnort der Patientin bzw. des Patienten, nicht auf den Standort der Einrichtung, in der der Nachweis geführt wurde.

Der sprunghafte Anstieg der gemeldeten Enterobacteriaceae und Acinetobacter von 2016 auf 2017 erklärt sich vor allem dadurch, dass die technischen Voraussetzungen für die Einführung der neuen Meldekategorie in die Meldesoftware teilweise nicht rechtzeitig gegeben waren und Gesundheitsämter aus verwaltungstechnischen Gründen erst verspätet auf neue Software-Versionen umstellen konnten.

Einzelheiten sind den **Tabellen** am Ende des Dokuments zu entnehmen.

- 2. Wie viele dieser MRE-Infektionen endeten mit Bezug auf Frage 1. unter Berücksichtigung der Krankengeschichten der jeweiligen Patienten tödlich (bitte aufschlüsseln nach Jahreszahl, Art und Ort der Einrichtung, Art des Erregers, Todesfall mit Angaben zur jeweiligen Krankengeschichte)?**

Einzelheiten sind den Tabellen am Ende des Dokuments zu entnehmen. Eine Aufschlüsselung nach Art der Einrichtung sowie Angaben zur Krankengeschichte ist aus den Meldedaten nicht möglich.

- 3. Gibt es neben der Vielzahl an Informations- und Schulungsmaterialien, welche über das MRE-Netzwerk und weitere Institutionen des Gesundheitswesens zur Verfügung gestellt werden, auch ganz konkrete Maßnahmen, die in den niedersächsischen Kliniken, Arztpraxen und Pflegeeinrichtungen praktische Anwendung finden, und um welche Maßnahmen handelt es sich hierbei im Einzelnen?**

- a) Wie ist ihre Funktionsweise (bitte Aufschlüsselung der Maßnahmen mit Beschreibung ihrer Funktions- und Wirkungsweisen, Angabe des Einführungsdatums und Angabe der Einrichtungen, in denen sie eingesetzt wurden und/oder im Einsatz sind, sowie genaue Angaben zur Kontroll- und Überprüfungssituation)?**
- b) Wie und von wem werden sie kontrolliert und evaluiert, um ihre nachhaltige Wirksamkeit zu überprüfen? (Bitte Aufschlüsselung der Maßnahmen mit Beschreibung ihrer Funktions- und Wirkungsweisen, Angabe des Einführungsdatums und Angabe der Einrichtungen, in denen sie eingesetzt wurden und/oder im Einsatz sind, sowie genaue Angaben zur Kontroll- und Überprüfungssituation).**

Antibiotika-Ratgeber des NLGA

Die zweite Auflage des Ratgebers „Rationale orale Antibiotikatherapie für Erwachsene im niedergelassenen Bereich“ wurde im April 2018 veröffentlicht. Es wurden bisher knapp 7 000 Exemplare vertrieben. Eine weitere Evaluation des Einsatzes ist nicht möglich.

WASA-Projekt

Im Rahmen des Projektes „Wirksamkeit von Antibiotikaschulungen in der niedergelassenen Ärzteschaft“ (WASA) wurden Ärztinnen und Ärzte geschult. Die Evaluation, wie wirksam diese Schulungen waren, ist derzeit in Arbeit und wird im Laufe des Jahres 2020 erwartet.

Antibiotic-Stewardship (ABS) Schulungen des NLGA

Das NLGA hat zwischen 2013 und 2017 viermal einen dreitägigen Basiskurs Antibiotikatherapie für stationär tätige Ärztinnen und Ärzte durchgeführt. Der Kurs wurde 2019 zu einem 40-stündigen Wochenkurs gemäß dem im Jahr 2016 erschienenen Curriculum der Bundesärztekammer ausgebaut und fand 2020 bereits zum zweiten Mal statt. Mit den Kursen wurden bisher insgesamt über 200 stationär tätige Ärztinnen und Ärzte geschult. Eine weitere Quantifizierung ist nicht möglich.

Schulungen der Ärztinnen und Ärzte und Pflegekräfte sowie Gesundheitsämter durch das NLGA

Die im Rahmen dieser Kurse ausgebildeten Hygienebeauftragten sollen im Wesentlichen die Betreiberinnen bzw. Betreiber und Entscheidungsträgerinnen bzw. Entscheidungsträger von Alten- und Pflegeeinrichtungen bei der Wahrnehmung hygienerelevanter Aufgaben unterstützen und innerhalb der Einrichtung eine Mediatorfunktion einnehmen. Die niedersächsischen Pflegeeinrichtungen und Pflegedienste nehmen dieses Angebot sehr gerne wahr, obwohl keine rechtliche Verpflichtung dazu besteht.

Niedersächsisches Hygienesiegel für Alten- und Pflegeheime

Das Niedersächsische Hygienesiegel wurde vom (NLGA) in Verbindung mit MRSA-Netzwerke Niedersachsen konzipiert und realisiert. Dies erfolgte unter Anlehnung an das EurSafety Health-Net Qualitäts- und Transparenzsiegel für Pflegeeinrichtungen, welches seit 2013 in der Ems-Dollart-Region Anwendung findet. Ziel ist die Verbesserung der Hygienequalität in Altenpflegeeinrichtungen.

MRE- und Infektionssurveillance in Krankenhäusern und ambulanten Operationseinrichtungen

Gemäß § 23 des Infektionsschutzgesetzes haben die Leiterinnen bzw. Leiter von Einrichtungen nach Absatz 3 Satz 1 Nrn. 1 bis 3 sicherzustellen, dass die nach Absatz 4 a festgelegten nosokomialen Infektionen und das Auftreten von Krankheitserregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen fortlaufend in einer gesonderten Niederschrift aufgezeichnet, bewertet und sachgerechte Schlussfolgerungen hinsichtlich erforderlicher Präventionsmaßnahmen gezogen werden und dass die erforderlichen Präventionsmaßnahmen dem Personal mitgeteilt und umgesetzt werden. Die Krankenhäuser Niedersachsens kommen dem durch eine hauseigene Surveillance nach oder/und nehmen zur der internen Qualitätssicherung am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des Nationales Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen teil.

Antibiotika-Surveillance in Krankenhäusern und ambulanten Operationseinrichtungen

Gemäß § 23 des Infektionsschutzgesetzes haben die Leiterinnen bzw. Leiter von Einrichtungen nach Absatz 3 Satz 1 Nrn. 1 bis 3 Daten zu Art und Umfang des Antibiotika-Verbrauchs fortlaufend in zusammengefasster Form aufzuzeichnen, unter Berücksichtigung der lokalen Resistenzsituation zu bewerten und sachgerechte Schlussfolgerungen hinsichtlich des Einsatzes von Antibiotika zu ziehen und sicherzustellen, dass die erforderlichen Anpassungen des Antibiotikaeinsatzes dem Personal mitgeteilt und umgesetzt werden. Die Krankenhäuser Niedersachsens kommen dem durch eine hauseigene Surveillance nach oder beteiligen sich an überregionalen Surveillance-Systemen wie die Antibiotika-Verbrauchs-Surveillance (AVS) des Robert Koch-Institutes oder der Antiinfektiva-Surveillance des Bundesverbandes Deutscher Krankenhausapotheker (ADKA-if-DGI-Projekt).

Eine Überprüfung der Einhaltung der Eigenverantwortung von Gesundheitseinrichtungen erfolgt regelmäßig durch die Gesundheitsämter im Rahmen der infektionshygienischen Überwachungen. Eine Evaluation und Quantifizierung durch die Landesregierung ist nicht vorgesehen.

- 4. Welche anderweitigen Hilfsmittel und/oder Methoden zur Sterilisierung und keimfreien Reinigung kommen in stationären und/oder ambulanten Einrichtungen des Gesundheitswesens in Niedersachsen bereits zum Einsatz (bitte genaue Angaben zu den Methoden/Hilfsmitteln, die zur Sterilisierung / zur keimfreien Reinigung verwendet werden, mit Angabe des Einführungsdatums und des/der medizinischen Versorgungs-/Pflegeeinrichtung, in denen sie eingesetzt wurden und/oder im Einsatz sind)?**

Der Landesregierung liegen dazu keine detaillierten Angaben vor. Die Methoden zur Desinfektion und Sterilisation richten sich nach den Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert Koch-Institut. Sie unterliegen der Eigenverantwortung der Leitungen von Gesundheitseinrichtungen.

- 5. Bezugnehmend auf Frage 4: Welche Maßnahmen zur weiteren Bekämpfung von MRE-Keimen und weiteren antibiotikaresistenten Erregern in niedersächsischen Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der ambulanten Gesundheitsversorgung sind noch geplant, und bis wann sollen sie eingeführt werden (bitte aufschlüsseln nach Art der Maßnahmen, Einführungszeitraum, Einsatzort und errechneten Kosten)?**

Siehe Antwort zu Frage 4.

Anlage

Tabelle 1: Anzahl der gemeldeten Fälle von und gemeldeten Todesfälle an MRSA in den Kreisen und kreisfreien Städten Niedersachsens, 2010 bis 2019. (Daten: NLGA, SurvNet, 11. März 2020)

Landkreis / kreisfreie Stadt	2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018		2019	
	Fälle	davon Todes- fälle	Fälle	davon Todes- fälle	Fälle	davon Todes- fälle	Fälle	davon Todes- fälle	Fälle	davon Todes- fälle	Fälle	davon Todes- fälle	Fälle	davon Todes- fälle	Fälle	davon Todes- fälle	Fälle	davon Todes- fälle	Fälle	davon Todes- fälle
LK Ammerland	4	0	9	1	2	0	3	0	9	0	1	1	2	0	1	0	0	0	0	0
LK Aurich	6	1	5	0	8	0	13	0	7	1	5	0	8	0	2	0	1	0	3	0
LK Celle	12	0	20	0	12	0	17	0	6	0	12	0	11	2	6	0	9	1	7	0
LK Cloppenburg	11	2	10	0	15	1	17	0	8	0	10	0	7	2	4	0	6	1	1	0
LK Cuxhaven	7	1	5	0	11	1	14	3	7	0	9	1	8	2	6	1	3	0	4	0
LK Diepholz	8	1	14	1	13	0	14	0	8	0	14	1	10	0	7	1	4	0	5	0
LK Emsland	10	1	5	0	6	3	10	1	10	1	19	1	16	0	12	0	14	2	13	1
LK Friesland	3	0	2	0	6	0	16	0	3	0	8	0	7	1	10	0	2	0	1	1
LK Gifhorn	12	4	8	1	11	1	3	1	6	0	7	2	2	0	5	0	6	0	4	0
LK Goslar	18	2	21	0	25	1	37	3	28	4	28	0	18	1	12	0	8	2	16	1
LK Göttingen*	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	16	2	23	0	11	2
LK Göttingen (alt) *	7	1	8	2	15	0	7	1	7	0	3	0	4	0	0	0	0	0	0	0
LK Grafschaft Bentheim	7	0	4	0	4	0	3	0	2	0	0	0	0	0	2	1	4	0	1	0
LK Hameln-Pyrmont	16	1	28	1	10	1	34	0	23	0	8	0	14	0	11	0	13	0	26	0
LK Harburg	10	0	7	1	7	0	7	0	13	3	9	2	3	0	5	0	1	0	2	0
LK Heidekreis	4	0	4	0	4	1	7	0	6	0	7	0	4	0	3	0	5	0	3	0
LK Helmsstedt	2	0	2	1	4	0	1	1	2	0	8	0	1	0	9	1	5	0	3	0
LK Hildesheim	39	6	42	3	32	5	21	3	39	4	20	6	21	1	2	0	16	0	18	0
LK Holzminden	13	1	22	2	14	2	24	2	18	1	15	2	9	1	5	1	6	2	2	0
LK Leer	7	0	8	0	1	0	5	1	6	1	6	1	3	1	0	0	0	0	0	0
LK Lüchow-Dannenberg	3	0	3	0	2	0	4	0	3	0	3	0	5	1	4	0	1	0	0	0
LK Lüneburg	3	0	7	0	8	1	5	0	6	0	7	0	3	0	3	0	2	1	0	0
LK Nienburg (Weser)	14	0	23	0	17	0	14	0	15	0	16	0	10	0	11	0	5	0	0	0
LK Northeim	20	3	22	5	16	0	27	2	21	3	13	1	21	1	19	1	26	4	3	0
LK Oldenburg	8	2	9	1	10	5	5	0	6	0	3	0	4	0	1	0	4	0	4	0
LK Osnabrück	16	0	25	0	15	0	19	0	22	0	12	0	24	0	13	0	14	0	16	1
LK Osterholz	0	0	5	1	1	0	4	0	1	0	1	0	1	0	0	0	3	1	0	0
LK Osterode am Harz*	15	5	3	1	12	1	9	0	9	1	9	0	10	0	0	0	0	0	0	0
LK Peine	14	4	21	2	22	2	20	1	20	1	19	1	20	2	12	1	8	2	9	1
LK Rotenburg (Wümme)	2	0	5	0	8	0	5	0	7	0	4	0	3	0	2	0	5	0	3	1
LK Schaumburg	9	1	18	0	12	0	11	1	20	0	8	1	13	0	11	1	4	0	8	0
LK Stade	1	0	6	1	4	0	4	0	7	1	5	0	0	0	1	1	0	0	1	0
LK Uelzen	12	1	5	0	9	0	9	0	4	0	8	0	9	2	5	1	6	1	0	0
LK Vechta	7	0	6	0	5	0	12	1	4	0	6	0	2	0	0	0	5	0	5	0
LK Verden	3	0	4	0	5	0	8	0	3	0	4	0	6	1	12	1	3	0	3	0
LK Wesermarsch	4	0	6	1	5	0	5	1	12	0	2	0	4	0	2	0	6	0	0	0
LK Wittmund	1	0	2	0	1	0	4	0	3	0	1	0	3	0	2	0	2	0	0	0
LK Wolfenbüttel	6	1	8	2	13	4	9	0	18	1	6	0	16	2	7	1	11	0	6	0
Region Hannover	125	1	106	8	86	3	56	2	66	3	82	5	84	0	71	0	77	0	50	1
SK Braunschweig	20	0	21	1	20	0	23	0	33	2	26	0	19	0	7	0	4	0	0	0
SK Delmenhorst	4	3	4	0	3	1	8	1	11	1	4	0	5	1	2	0	2	0	0	0
SK Emden	2	0	1	0	2	0	3	0	2	0	1	0	0	0	3	0	1	0	0	0
SK Oldenburg	10	1	7	0	5	0	3	0	8	1	3	0	3	0	3	0	4	0	0	0
SK Osnabrück	3	0	13	0	7	0	3	0	11	0	11	0	8	0	7	1	6	0	7	0
SK Salzgitter	4	0	6	1	6	0	2	0	5	1	10	0	5	0	11	0	7	3	7	1
SK Wilhelmshaven	7	0	8	2	4	0	5	0	9	2	8	1	3	0	8	0	7	1	4	0
SK Wolfsburg	5	0	2	1	1	0	4	1	8	2	3	1	10	1	0	0	1	1	0	0
Gesamt	514	43	570	40	499	33	534	26	542	34	464	27	441	22	335	15	340	22	246	10

*Zusammenlegung von Stadt Göttingen und Landkreis Osterode am Harz zum Landkreis Göttingen im Jahr 2016

Tabelle 2: Anzahl der gemeldeten Fälle von Acinetobacter und Enterobacteriaceae mit einer Resistenz gegenüber Carbapenemen oder mit Nachweis einer Carbapenemase-Determinante in den Kreisen und kreisfreien Städten Niedersachsens, 2016 bis 2019. (Daten: NLGA, SurvNet, 11. März 2020)

Landkreis / kreisfreie Stadt	Acinetobacter				Enterobacteriaceae			
	Meldefälle				Meldefälle			
	2016	2017	2018	2019	2016	2017	2018	2019
LK Ammerland	0	0	0	0	0	0	0	5
LK Aurich	0	0	0	1	0	1	0	0
LK Celle	0	0	1	2	0	3	1	5
LK Cloppenburg	0	0	0	0	0	0	0	1
LK Cuxhaven	0	0	0	0	0	0	8	13
LK Diepholz	0	0	0	0	0	5	8	7
LK Emsland	0	0	0	0	0	2	4	15
LK Friesland	0	1	0	1	0	1	2	2
LK Gifhorn	0	1	0	1	2	1	5	8
LK Goslar	0	0	0	0	0	0	0	0
LK Göttingen*	0	1	1	3	0	13	13	12
LK Grafschaft Bentheim	0	0	0	1	0	0	1	3
LK Hameln-Pyrmont	0	0	0	1	0	3	2	7
LK Harburg	0	0	1	1	0	2	3	3
LK Heidekreis	0	0	0	1	0	0	1	7
LK Helmstedt	1	2	2	2	2	0	2	0
LK Hildesheim	0	0	2	2	0	0	7	9
LK Holzminden	0	1	0	0	0	3	4	2
LK Leer	0	0	1	0	0	0	1	3
LK Lüchow-Dannenberg	0	0	0	0	0	0	0	1
LK Lüneburg	0	0	0	0	0	0	2	2
LK Nienburg (Weser)	0	0	0	0	0	2	0	0
LK Northeim	0	0	0	0	0	1	5	3
LK Oldenburg	0	2	0	0	0	0	2	1
LK Osnabrück	0	0	0	0	0	0	2	5
LK Osterholz	0	0	1	0	0	0	1	0
LK Peine	0	0	0	2	0	7	4	4
LK Rotenburg (Wümme)	0	0	1	0	0	0	1	2
LK Schaumburg	0	0	1	2	0	2	3	4
LK Stade	0	0	2	0	0	0	0	1
LK Uelzen	0	0	0	1	0	0	0	2
LK Vechta	0	0	0	0	0	0	2	4
LK Verden	0	0	1	1	0	1	5	0
LK Wesermarsch	0	0	1	0	0	0	0	2
LK Wittmund	0	0	1	0	0	1	0	3
LK Wolfenbüttel	0	0	0	1	0	0	0	3
Region Hannover	1	24	12	20	2	60	67	127
SK Braunschweig	0	1	1	1	0	0	4	1
SK Delmenhorst	0	0	2	0	0	0	2	2
SK Emden	0	0	0	0	0	0	0	0
SK Oldenburg	0	0	0	0	0	0	4	0
SK Osnabrück	0	0	0	0	0	0	1	1
SK Salzgitter	0	0	1	0	0	0	5	4
SK Wilhelmshaven	0	0	2	2	0	2	1	5
SK Wolfsburg	0	0	1	0	0	0	1	2
Gesamt	2	33	35	46	6	110	174	281

Für die Jahre 2016 bis 2019 wurden von den gemeldeten Acinetobacter-Fällen fünf Fälle als Verstorben gemeldet (2017: 1 x Stadt Braunschweig, 1 x Region Hannover; 2018: 1 x Stadt Salzgitter; 2019: 1 x Landkreis Helmstedt, 1 x Region Hannover). Von den Enterobacteriaceae-Fällen wurde ein Fall als verstorben gemeldet (Landkreis Cuxhaven, 2018).

Tabelle 3: Anzahl der gemeldeten Enterobacteriaceae mit einer Resistenz gegenüber Carbapenemen oder mit Nachweis einer Carbapenemase-Determinante nach Erregerart, 2016 bis 2019. (Daten: NLGA, SurvNet, 11. März 2020)

Entero- bacteriaceae	2016	2017	2018	2019	2020
Citrobacter	0	16	17	16	4
Enterobacter	4	29	59	57	11
Escherichia	1	20	28	55	8
Klebsiella	1	42	59	133	21
Proteus	0	3	3	1	0
Providencia	0	0	2	0	1
Serratia	0	0	2	14	0
Weitere	0	0	2	5	3
Gesamt	6	110	172	281	48

(Verteilt am 16.04.2020)