

Antwort

der Landesregierung

auf die Kleine Anfrage Nr. 837

der Abgeordneten Sabine Barthel (AfD-Fraktion) und Birgit Bessin (AfD-Fraktion)

Drucksache 7/2162

Krankenhaushygiene, Krankenhauskeime und multiresistente Keime im Land Brandenburg und ihre Folgen

Namens der Landesregierung beantwortet der Minister für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz die Kleine Anfrage wie folgt:

Vorbemerkung der Fragesteller: Laut der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH) stellen im Krankenhaus erworbene Infektionen (nosokomiale Infektionen) mit mindestens 50 000, eher 100 000 Toten in Europa noch vor den Gefahren einer pandemischen Influenza und HIV-Infektionen die größte Bedrohung dar¹.

Zur Vermeidung dieser Infektionen beschäftigt zum Beispiel das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf „hygienebeauftragte Ärzte“, „Hygiene-Mentoren“, „Fachärzte als Krankenhaushygieniker“ und „Hygienefachkräfte“².

Beim Robert Koch-Institut ist die „Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention“ (KRINKO) angesiedelt, die Empfehlungen zur Prävention nosokomialer Infektionen sowie zu betrieblich-organisatorischen und baulich-funktionellen Maßnahmen der Hygiene in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen erstellt. Diese Empfehlungen sind eine verbindliche Grundlage für die erforderlichen Maßnahmen der Krankenhäuser und anderen medizinischen Einrichtungen³.

Vom Nationalen Referenzzentrum für die Surveillance von nosokomialen Infektionen wird das Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) betrieben⁴, das seit 1997 nosokomiale Infektionen in deutschen Krankenhäusern erfasst. Gemeldet wird von mehr als 1000 Krankenhäusern teils für einzelne der gesondert beobachteten Risikobereiche (Module) Patienten auf Intensivstationen, operierte Patienten, Frühgeborene auf neonatologischen Intensivstationen, Patienten nach Knochenmarktransplantation, ambulant operierte Patienten, Methicillin-resistente Staphylococcus aureus (MRSA), nosokomiale Clostridium difficile Fälle (CDAD), nosokomiale Infektionen auf Normalstationen, Surveillance des Händedesinfektionsmittelverbrauchs.

¹ https://www.krankenhaushygiene.de/pdfdata/presse/2008/pm_hygiene.pdf

² https://www.focus.de/gesundheit/news/hamburg-40-000-tote-pro-jahr-der-kampf-gegen-die-killerkeime_id_9794114.html

³ https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/KRINKO/krinko_node.html

⁴ <https://www.nrz-hygiene.kde/surveillance/kiss/>

Die Überwachung findet einerseits eigenverantwortlich durch die Krankenhäuser statt, welche nosokomiale Infektionen und das Auftreten von Erregern mit speziellen Resistenzen fortlaufend zu erfassen und zu bewerten haben und entsprechende Gegenmaßnahmen einzuleiten haben. Darüber hinaus bestehen Meldepflichten für Ärzte und Labore. Die infektiionshygienische Überwachung erfolgt durch die Gesundheitsämter⁵.

Hieraus ergeben sich Fragen für das Land Brandenburg.

Anmerkung: Wenn im Nachfolgenden von „Landkreisen“ die Rede ist, schließt dies auch die kreisfreien Städte und das Land Brandenburg insgesamt mit ein. Wenn von „Jahren“ die Rede ist, schließt dies auch alle erfragten Jahre insgesamt mit ein. Generell gilt: Eine erfragte Aufschlüsselung bedeutet nicht, dass die übergeordneten, zusammengefassten Zahlen/Ebenen nicht von Interesse wären.

Frage1: Wie viele Personen sind im Land Brandenburg während der letzten zehn Jahre an Krankenhauskeimen, also an Erregern, mit welchen sie sich (erst) im Krankenhaus infizierten, verstorben? Bitte aufschlüsseln nach Jahren, Landkreisen, Krankenhausstandorten (konkrete Krankenhäuser), Krankenhausabteilungen, Geschlecht der Verstorbenen, Altersgruppen der Verstorbenen (unter 18 Jahre, 18 bis 35 Jahre, 36 bis 49 Jahre, 50 bis 65 Jahre und älter als 65 Jahre) und dem Erreger, ggf. der Multiresistenz und der durch ihn ausgelösten Erkrankung.

Zu Frage 1: Es besteht keine gesetzliche Meldepflicht von Todesfällen mit sog. „Krankenhauskeimen“ im Rahmen nosokomialer Infektionen. Nosokomiale Infektionen sind im Rahmen von Ausbrüchen nach § 6 Infektionsschutzgesetz (IfSG) meldepflichtig. Darüber hinaus können nosokomiale Infektionen auch durch Erreger ausgelöst werden, die außerhalb von Kliniken auftreten z. B. wie aktuell SARS-CoV 2, Noro- oder Influenzaviren. Daher liegen der Landesregierung keine belastbaren Daten zu dem angefragten Sachverhalt vor.

Frage 2: Wie viele Personen haben sich während der letzten zehn Jahre im Land Brandenburg mit Krankenhauskeimen, insbesondere mit multiresistenten Erregern, infiziert, aber überlebt? Bitte aufschlüsseln nach Jahren, Landkreisen, Krankenhausstandorten (konkrete Krankenhäuser), Krankenhausabteilungen, Geschlecht der Infizierten, Altersgruppen der Infizierten (unter 18 Jahre, 18 bis 35 Jahre, 36 bis 49 Jahre, 50 bis 65 Jahre und älter als 65 Jahre) und dem Erreger, ggf. der Multiresistenz und der durch ihn ausgelösten Erkrankung.

Zu Frage 2: Einige multiresistente Erreger sind nach IfSG meldepflichtig. Meldungen zu multiresistenten Erregern (MRE) erfolgen auf der Basis des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) § 6 und § 7. Einrichtungsbezogene Einzelfallmeldungen erfolgen nicht.

Der Nachweis von Methicillin-resistenten-Staphylokokkus aureus (MRSA) Isolaten aus Blutkulturen und Liquor Proben ist seit 2009 meldepflichtig. Es handelt sich dabei um eine Labormeldepflicht. Dies bedeutet, dass nicht jeder Nachweis von MRSA in Blutkulturen gleich zu setzen ist mit einer klinisch manifesten Infektion. Eine sekundäre Kontamination z.B.: bei MRSA Kolonisation auf der Haut ist möglich. Es bedarf der klinischen Anamnese zum Abschluss bzw. Bestätigung einer Infektion.

⁵ <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/antibiotika-resistenzen/institutionen-und-massnahmen.html>

Seit 2016 sind Carbapenem-resistente Acinetobacter spp. und Enterobacteriaceae meldepflichtig (Infektionen und Kolonisationen). Bei diesen Meldungen handelt es sich ebenfalls um den labortechnischen Nachweis in Untersuchungsproben. Bei diesen Labormeldungen wird daher nicht differenziert zwischen Infektion und Besiedlung (Kolonisation). Eine ergänzende Meldepflicht zum Tod an einer Infektion mit multiresistenten Erregern (MRE) gibt es nicht. Auf dieser Basis gemeldete MRE- Nachweise sind nachfolgenden Übersichten zu entnehmen:

MRSA:

Tab.1.: Anzahl übermittelter **MRSA**-Nachweise aus Blut- u/o Liquor Kulturen, Fall mit MRSA Nachweis mit dem Status **verstorben**, 2010-2020*, Land Brandenburg, nach Gebiet und Meldejahr

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020*	2010-2020*
LK Barnim		3	1		2	2	2	2	1	1	1	15
LK Dahme-Spreewald		1			2	1		1				5
LK Elbe-Elster							1			1		2
LK Havelland		2	3		2	3	2	1	1	1	2	17
LK Märkisch-Oderland	1	1		1								3
LK Oberhavel		1				2	3	2		1		9
LK Oberspreewald-Lausitz		4			2			1	1	2		10
LK Oder-Spree		2	3	2	1			3		1		12
LK Ostprignitz- Ruppin	2	1	1	1	1	1			1			8
LK Potsdam-Mittelmark	1	3	1		1		2		1			9
LK Prignitz		1								1		2
LK Spree-Neiße							2			1		3
LK Teltow-Fläming			3	1	3						1	8
LK Uckermark			2					1	1	1		5
SK Brandenburg a.d.Havel						1						1
SK Cottbus						1	1	1				3
SK Frankfurt (Oder)		2				1						3
SK Potsdam	4		2	1		1	3					11
Land Brandenburg, gesamt	8	21	16	6	14	13	16	12	6	10	4	126

*Datenstand 14.10.2020, 11.00 Uhr. Quelle: SurvNet

Tab.2.: Anzahl übermittelter **MRSA**-Nachweise aus Blut- u/o Liquor Kulturen, Fall mit MRSA Nachweis mit dem Status **verstorben**, 2010-2020, Land Brandenburg, nach Geschlecht und Altersgruppe

	männlich	weiblich	gesamt
unter_18	0	0	0
18_bis_34	0	0	0
35_bis_49	2	1	3
50_bis_65	14	7	21
älter als 65	61	41	102
gesamt	77	49	126

*Datenstand 14.10.2020, 11.00 Uhr. Quelle: SurvNet

Tab.3: Anzahl übermittelter **MRSA**-Nachweise aus Blut- u/o Liquor Kulturen, Fall mit MRSA Nachweis mit dem Status **nicht verstorben**, Land Brandenburg nach Gebiet und Meldejahr, 2010-2020*

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020*	2010-2020*
LK Barnim	19	18	14	12	14	8	16	12	12	8	5	138
LK Dahme-Spreewald	8	7	7	6	7	4	5	2	1			47
LK Elbe-Elster	1	1		2	4	3	3	2	4	3	1	24
LK Havelland	6	12	7	9	9	7	4	10	3	2	4	73
LK Märkisch-Oderland	9	13	10	14	13	8	1	2		3		73
LK Oberhavel	16	13	11	12	8	11	7	8	7	7	1	101
LK Oberspreewald-Lausitz	5	10	5	4	3	3	5	4	1	3	2	45
LK Oder-Spree	14	15	9	21	21	24	13	8	4	1	3	133
LK Ostprignitz-Ruppin	4	7	6	7	7	3	4	2	2	1		43
LK Potsdam-Mittelmark	16	15	11	14	12	5	3	1	6	1		84
LK Prignitz	5	10	7	5	8	11	7	5	4	5		67
LK Spree-Neiße	5	3	1	4	3	6	1	5	2	1		31
LK Teltow-Fläming	2	5	8	19	10	5	14	10	7	5	1	86
LK Uckermark	7	9	7	4	4	9	3	8	3	5	2	61
SK Brandenburg a.d.Havel	6	1	1	2	3			1				14
SK Cottbus	2	3		1	1	1	2	3		4	1	18
SK Frankfurt (Oder)	4	1	9	3	6	1	2	1		1		28
SK Potsdam	16	9	10	9	7	11	9	5	6	1	2	85
Land Brandenburg, gesamt	145	152	123	148	140	120	99	89	62	51	22	1151

*Datenstand 14.10.2020, 11.00 Uhr. Quelle: SurvNet

Tab.4.: Anzahl übermittelter **MRSA**-Nachweise aus Blut- u/o Liquor Kulturen, Fall mit MRSA Nachweis mit dem Status **nicht verstorben**, 2010-2020*, Land Brandenburg nach Geschlecht und Altersgruppe

	männlich	weiblich	Gesamt
unter_18	6	1	7
18_bis_34	13	9	22
35_bis_49	26	18	44
50_bis_65	192	86	278
älter als 65	514	286	800
Gesamt	751	400	1151

*Datenstand 14.10.2020, 11.00 Uhr. Quelle: SurvNet

MRGN:

Tab.5: Anzahl übermittelter Nachweise von *Enterobacteriaceae* mit Carbapenem-Nichtempfindlichkeit oder Nachweis einer Carbapenemase-Determinante, Fall mit Erregernachweis und dem Status **verstorben**, Land Brandenburg nach Gebiet und Meldejahr, 2016-2020*

	2016	2017	2018	2019	2020*	2016-2020*
LK Barnim				1	4	5
LK Dahme-Spreewald			3	1		4
LK Elbe-Elster			3		1	4
LK Havelland		2	1			3
LK Oder-Spree				1		1
LK Potsdam-Mittelmark		1		2		3
LK Uckermark				2		2
SK Frankfurt (Oder)	1					1
SK Potsdam				4		4
Land Brandenburg, gesamt	1	3	7	11	5	27

*Datenstand 14.10.2020, 11.00 Uhr. Quelle: SurvNet

Tab.6: Anzahl übermittelter Nachweise von *Enterobacteriaceae* mit Carbapenem-Nichtempfindlichkeit oder dem Nachweis einer Carbapenemase-Determinante, Fall mit Erregernachweis und dem Status **verstorben**, Land Brandenburg nach Geschlecht und Altersgruppe, 2010-2020*

	männlich	weiblich	gesamt
unter_18	0	0	0
18_bis_34	0	0	0
35_bis_49	1	1	1
50_bis_65	2	2	4
älter als 65	10	12	22
gesamt	13	15	27

*Datenstand 14.10.2020, 11.00 Uhr. Quelle: SurvNet

Tab.7: Anzahl übermittelter Nachweise von *Acinetobacter spp.* mit Carbapenem-Nichtempfindlichkeit oder dem Nachweis einer Carbapenemase-Determinante, Fall mit Erregernachweis und dem Status **nicht verstorben**, Land Brandenburg nach Gebiet und Meldejahr, 2016-2020*

	2016	2017	2018	2019	2020*	2016-2020*
LK Barnim	1	2	3	7	1	14
LK Dahme-Spreewald			3	1		4
LK Elbe-Elster				1		1
LK Havelland					2	2
LK Märkisch-Oderland				1		1
LK Oberhavel				1	1	2
LK Oberspreewald-Lausitz			3		1	4
LK Oder-Spree			2	1		3
LK Potsdam-Mittelmark		4	3	3		10
LK Spree-Neiße		1				1
LK Teltow-Fläming					1	1
LK Uckermark			1	1	1	3
SK Cottbus		1				1
SK Potsdam		1			2	3
Land Brandenburg, gesamt	1	9	15	16	9	50

*Datenstand 14.10.2020, 11.00 Uhr. Quelle: SurvNet

Tab.8: Anzahl übermittelter Nachweise von *Acinetobacter spp.* mit Carbapenem-Nichtempfindlichkeit oder dem Nachweis einer Carbapenemase-Determinante, Fall mit Erregernachweis und dem Status **nicht verstorben**, Land Brandenburg nach Geschlecht und Altersgruppe, 2016-2020*

	männlich	weiblich	Gesamt
unter_18	2	2	4
18_bis_34	5	2	7
35_bis_49	3	0	3
50_bis_65	9	3	12
älter als 65	17	7	24
Gesamt	36	14	50

*Datenstand 14.10.2020, 11.00 Uhr. Quelle: SurvNet

Infektionszahlen mit multiresistenten Erregern nach Klinikstandorten sind auf der Basis der gesetzlichen Meldepflicht der Landesregierung nicht bekannt.

Frage 3: Was sind laut Ansicht der Landesregierung die konkreten Unterschiede zwischen „hygienebeauftragten Ärzten“ und „Fachärzten als Krankenhaushygienikern“? Was sind laut Ansicht der Landesregierung die konkreten Unterschiede zwischen „Hygiene-Mentoren“ und „Hygienefachkräften“?

Zu Frage 3: In den Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) am RKI - „Personelle und organisatorische Voraussetzungen für die Prävention nosokomialer Infektionen“ (2009), Kapazitätsumfang für die Betreuung medizinischer Einrichtungen durch Krankenhaushygieniker (2016) - sind die Organisation, Berufsbilder und Arbeitsaufgaben des Hygienefachpersonals detailliert beschrieben. Analog sind die Festlegungen und Definitionen in der Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen für das Land Brandenburg (MedHygV: 06.Februar 2012).

Krankenhaushygieniker sind approbierte Humanmediziner, die eine 60-monatige Weiterbildungszeit an zugelassenen Weiterbildungsstellen, davon mindestens 12 Monaten in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung, absolviert haben und nach erfolgreicher Facharztausbildung die Gebietsbezeichnung für Hygiene und Umweltmedizin führen dürfen. Alternativ können Ärzte nach einer 60-monatigen Weiterbildungszeit, davon mindestens 12 Monate in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung und einem Kompetenzerwerb, in der Krankenhaushygiene als Krankenhaushygieniker tätig werden. Um den Bedarf an Krankenhaushygienikern durch die Novellierung des Infektionsschutzgesetzes zu decken, hat die Bundesärztekammer am 18.11.2011 als eine befristete Übergangslösung eine strukturierte curriculare Fortbildung „Krankenhaushygiene“ (200 Stunden Theorie) plus einem praktischen Teil (24 Monate mindestens als 0,5 Vollzeitstelle als hygienebeauftragter Arzt) verabschiedet.

Hygienebeauftragte Ärzte sind für diese zusätzliche Tätigkeit bestellte Fachärzte aus den klinischen Abteilungen eines Krankenhauses, die zur Ausübung dieser Aufgabe einen 40 stündigen Weiterbildungskursus an einer anerkannten Weiterbildungsstelle absolviert haben.

Hygienefachkräfte (HFK) sind Fachgesundheits- und Krankenpfleger/ Pflegerinnen für Hygiene und Infektionsprävention, die eine zusätzliche 2-jährige Fachweiterbildung absolviert haben. Voraussetzung dafür ist der Grundberuf – Gesundheits- und Krankenpfleger/-pflegerin sowie eine 3-jährige Berufserfahrung in diesem Grundberuf.

Hygienebeauftragte in der Pflege sind Pflegekräfte, die diese Funktion im Rahmen einer formalen Benennung wahrnehmen oder im günstigsten Fall eine ergänzende 40- stündige hygienespezifische Fortbildung an einer anerkannten Weiterbildungsstelle absolviert haben. Auf ihren Stationen/ in ihren Arbeitsbereichen unterstützen sie die Arbeit der Hygienefachkräfte und sind Multiplikatoren für Hygienebewusstsein am Arbeitsplatz.

Hygiene-Mentoren sind - analog zu den Hygienebeauftragten Pflegekräften- nach einem ca. 40 stündigen Qualifizierungskursus zur Unterstützung der HFK's und der Krankenhaushygieniker in den Abteilungen/ Stationen im Einsatz.

Frage 4: Welche Initiativen der Landesregierung zur Verbesserung der Krankenhaushygiene gab es während der letzten zehn Jahre im Land Brandenburg und wie beurteilt die Landesregierung deren Wirksamkeit/Erfolg?

Zu Frage 4: Über das Gesundheitsministerium ist mit Verabschiedung der Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen (MedHygV, 6. Februar 2012) in Zusammenarbeit mit anerkannten Bildungsträgern und der Landesärztekammer Brandenburg die Ausbildung von Hygienefachpersonal unterstützt worden. Von 2013-2019 sind in drei Fachweiterbildungsdurchgängen 56 Hygienefachkräfte ausgebildet worden. Von 2012-2019 sind parallel Ausbildungskurse für hygienebeauftragte Ärzte unterstützt worden mit 237 erfolgreichen Abschlüssen. In den Jahren 2013 -2019 haben 19 Fachärzte mit fachlicher Beteiligung des Gesundheitsministeriums die curriculare Weiterbildung Krankenhaushygiene abgeschlossen. Von 2018 bis März 2020 sind in Zusammenarbeit mit der Landesärztekammer Brandenburg 117 Fachärzte zum ABS (Antibiotic-stewardship) -Beauftragten qualifiziert worden. Hygienebeauftragte der Pflege wurden bei unterschiedlichen Bildungsträgern angeboten. Die genaue Zahl der erfolgreichen Abschlüsse sind der Landesregierung nicht bekannt.

Auf der Grundlage des Beschlusses der **79. Gesundheitsministerkonferenz** aus dem Jahr 2006 wurde von der Landesregierung die Empfehlung der Unterarbeitsgruppe MRSA der Arbeitsgruppe Infektionsschutz unterstützt, flächendeckende **Netzwerke zur Prävention von MRSA-Übertragungen** zu etablieren, mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst als regionale Koordinatoren. Die zentrale Koordinierung und fachliche Moderation der MRSA/MRE-Netzwerkarbeit erfolgt über das zuständige Fachreferat für den Infektionsschutz im Gesundheitsministerium.

Aus den amtsärztlichen Begehungen in den medizinischen Einrichtungen zeigte sich durch die Zuführung von Hygienefachpersonal auf der einen Seite und der interaktiven Arbeit in den MRE-Netzwerken auf der anderen Seite u.a. eine deutlich bessere Durchdringung der KRINKO Empfehlungen, der Teilnahme an standardisierten Infektionserfassung-Programmen wie z. B. KISS am nationalen Referenzzentrum für Hygiene, im Patienten/Bewohner Überleitungsmanagement bei Kolonisation mit Multiresistenten Erregern (MRE) und der Teilnahme an Projekten wie „Aktion Saubere Hände“.

Frage 5: Welche Initiativen zur Verbesserung der Krankenhaushygiene plant die Landesregierung?

Zu Frage 5: Die geplante medizinische Hochschule am Klinikstandort Cottbus (Carl Thiem Klinikum) im Rahmen der Strukturförderprogramme in der Lausitzregion eröffnet entsprechende Instituts- und Weiterbildungsmöglichkeiten für Hygienefachpersonal. Im Vorgriff eines solchen umfänglichen Projektes ist von Seiten des Carl Thiem Klinikums und mit Unterstützung durch das Gesundheitsministerium ein Förderantrag zur Ausweitung der vorhandenen Laborstrukturen für ein Institut für Infektiologie, Hygiene und Umweltmedizin eingereicht worden. Dieses Projekt sieht Schnittstellen und Kooperationen mit bereits vorhandenen Strukturen an der BTU aber auch mit der MHB vor.

Frage 6: Hält die Landesregierung das im Bereich der Krankenhaushygiene eingesetzte Personal in quantitativer oder qualitativer Hinsicht für ausreichend oder sieht sie Verbesserungsbedarf? Wenn ja, welche Verbesserungsmöglichkeiten sieht die Landesregierung?

Zu Frage 6: Die Qualität des eingesetzten Hygienefachpersonals ist durch die erfolgreichen Abschlüsse belegt. Weitere Aussagen zur Qualität können von der Landesregierung nicht getroffen werden. Durch die Förderprogramme bezüglich Aus- und Weiterbildung von Hygienefachpersonal und den geänderten gesetzlichen Vorgaben hat in den medizinischen Einrichtungen eine deutliche Aufstockung von Hygienefachpersonal stattgefunden. Dies wird auch durch die jährlichen Abfragen zur Strukturqualität im Bereich Hygiene und den Begehungen in den Krankenhäusern durch die Gesundheitsämter bestätigt. Es ist unstrittig, dass der Mangel an Fachkräften auch im Bereich der Krankenhaushygiene feststellbar ist und in den nächsten Jahren durch altersbedingte Abgänge noch drängender wird.

Frage 7: Wie ist die Position der Landesregierung zur Frage der Errichtung von Lehrstühlen für Hygiene und Umweltmedizin, Mikrobiologie, Virologie, Infektiologie und Infektionsepidemiologie im Land Brandenburg?

Zu Frage 7: Die Landesregierung unterstützt über die geplante medizinische Hochschule in Cottbus am Carl Thiem Klinikum die Errichtung solcher Lehrstühle. Die Medizinische Hochschule Brandenburg hat bereits ein Institut für Mikrobiologie mit Sitz an der BTU.

Frage 8: Sind der Landesregierung aus der infektionshygienischen Überwachungstätigkeit der Gesundheitsämter in den letzten zehn Jahren entsprechende Mängel in Krankenhäusern im Land Brandenburg bekanntgeworden? Wenn ja, welche und wurden diese ggf. abgestellt?

Zu Frage 8: Es sind den Gesundheitsämtern bei den Begehungen/Kontrollen insbesondere bei der Besetzung von Stellen mit Fachärzten für Krankenhaushygiene Probleme bekannt geworden. Zum Teil konnten Ärzte gewonnen werden, die die curriculare Weiterbildung Krankenhaushygiene absolviert haben, um fehlende Facharztstellenbesetzungen trotz Ausschreibungen zu besetzen. Teilweise wurde der Facharztmangel in diesem Bereich durch Kooperation mit externen Dienstleistern und/oder mit Aufstockungen bei den hygienebeauftragten Ärzten und Hygienefachkräften versucht zu kompensieren. In besonderen infektiologischen Lagen stehen auch die Gesundheitsämter den medizinischen Einrichtungen insbesondere den Hygienefachkräften und hygienebeauftragten Ärzten beratend zur Seite, können aber den Mangel an Fachärzten für Krankenhaushygiene nur punktuell ersetzen.

Frage 9: Wurden die Empfehlungen der KRINKO in den Krankenhäusern im Land Brandenburg stets umgesetzt und wenn nicht, wurden die Mängel abgestellt?

Zu Frage 9: Die Umsetzung der KRINKO-Empfehlungen oder begründbare Modifikationen der KRINKO-Empfehlungen werden bei den behördlichen Überprüfungen kontrolliert und bei Abweichungen gemeinsam mit den Beteiligten Umsetzungsverfahren diskutiert und festgelegt. Gravierende Abweichungen sind eher die Ausnahme. Routinemäßige Meldungen zu den zahlenmäßigen Abweichungen erfolgen an die Landesregierung nicht.

Frage 10: Mit welchen Maßnahmen durch die Landesregierung mussten bzw. müssen die Krankenhäuser im Land Brandenburg ggf. rechnen, wenn sie die Empfehlungen der KRINKO nicht umsetzen?

Zu Frage 10: Je nach Schwere der Abweichungen von den KRINKO-Empfehlungen erteilen die Gesundheitsämter Auflagen zum Weiterbetrieb. Bei gravierenden Abweichungen und Ausbruchssituationen kann das RKI über die oberste Landesbehörde hinzugezogen werden. Im gesetzlich geregelten Bereich wie z. B. der Medizinproduktaufbereitung werden die entsprechenden Aufsichtsbehörden mit hinzugezogen. Ordnungswidrigkeiten- und Bußgeldverfahren können über die Gesundheitsämter eingeleitet werden. Je nach Schwere der Folgeschäden bei Nichteinhaltung der notwendigen Hygienemaßnahmen kann im Einzelfall eine befristete Schließung von Abteilungen in Absprache mit der obersten Landesbehörde angeordnet werden.

Frage 11: Welche Erkenntnisse hat die Landesregierung zur Frage, ob die Beauftragung externer Dienstleister für die Reinigung in Krankenhäusern qualitative Auswirkungen auf die Krankenhaushygiene hat?

Zu Frage 11: Dazu liegen der Landesregierung keine belastbaren Daten vor. Die Gesundheitsämter prüfen die Reinigungs- und Desinfektionsmaßnahmen anlassbezogen und routinemäßig. Negative Auswirkungen auf die hygienischen Zustände und damit auf die Patientensicherheit werden mit dem zuständigen Gesundheitsamt und den Verantwortlichen direkt vor Ort geklärt.

Frage 12: Welche Erkenntnisse hat die Landesregierung über die Häufigkeit des Auftretens von Infektionen mit multiresistenten Keimen in Pflegeeinrichtungen im Land Brandenburg?

Frage 13: Welche Erkenntnisse hat die Landesregierung über die Häufigkeit des Auftretens von Infektionen mit multiresistenten Keimen außerhalb von Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen im Land Brandenburg?

Zu Frage 12 und 13: Über die Labormeldungen zu multiresistenten Erregern wird nicht differenziert zwischen ambulant erworbenen oder nosokomialen erworbenen Erregern. Darüber hinaus wird bei diesen Meldungen nicht differenziert zwischen Infektion und Kolonisation. Daher liegen der Landesregierung hierzu keine Daten vor.