

Kleine Anfrage

der Abg. Carola Wolle und Bernhard Eisenhut AfD

und

Antwort

des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration

Hygiene in Krankenhäusern verbessern

Kleine Anfrage

Wir fragen die Landesregierung:

1. Wie viele Infektionen und Todesfälle durch nosokomiale Infektionen und andere Infektionen sind in baden-württembergischen Krankenhäusern in den letzten drei Jahren dokumentiert worden (bitte aufschlüsseln nach Krankenhaus, Menge, Vorfall, ob z. B. durch Katheter, Ernährungssonden, künstliche Beatmung oder minimalinvasive Operationen)?
2. In wie vielen Fällen konnte die Herkunft der nosokomialen und anderen Infektion nicht geklärt werden?
3. Welche weiteren optimierenden Maßnahmen zur Verhütung, Erkennung, Erfassung und Bekämpfung von nosokomialen und anderen Infektionen und Krankheitserregern mit Resistenzen wurden ergriffen?
4. Wie hoch ist Anzahl der Ansteckungen des Krankenhauspersonals mit den im Krankenhaus erworbenen Infektionen (nosokomiale, influenzaartige, SARS-CoV-2-Infektionen und andere)?
5. Wie beurteilt die Landesregierung die Einführung einer Meldepflicht für alle Fälle von im Krankenhaus erworbenen Infektionen an das Gesundheitsamt?
6. Welche Vor- und Nachteile sieht die Landesregierung in der Erstellung und flächendeckenden Umsetzung eines Landes-Sepsisplans für Baden-Württemberg?
7. Wie beurteilt die Landesregierung das Errichten eines Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen für baden-württembergische Krankenhäuser?
8. Von wem und wie wird die Reinigungsqualität geprüft und dokumentiert?

9. Wie viele und welche Beanstandungen bezüglich der Reinigungsqualität wurden in den letzten fünf Jahren dokumentiert?
10. Welche Anforderungen an die externen Reinigungsunternehmen bezüglich Personal, Qualität und Umfang an Reinigungszeit für eine ordnungsgemäße Reinigung eines Patientenzimmers oder eines OP-Saals werden gestellt?

28.6.2021

Wolle, Eisenhut AfD

Begründung

Jährlich infizieren sich tausende Menschen während ihres Krankenhausaufenthalts mit Bakterien und Viren, die aufgrund strengerer Hygienestandards vermeidbar wären. In Deutschland treten jährlich 400.000 bis 600.000 Krankenhausinfektionen auf. Lungenentzündungen, Harnwegsinfektionen, Wundinfektionen, Infektionen mit dem Krankenhauskeim *Clostridium difficile* und Blutstrominfektionen haben zusammen einen Anteil von 80 Prozent an den in Krankenhäusern erworbenen Infektionen. Zwischen 10.000 bis 15.000 Patienten sterben jährlich an diesen Infektionen. Nach Angaben der Fachverbände sind rund ein Drittel der Krankenhausinfektionen durch eine verbesserte Hygiene vermeidbar. Die effektivsten Mittel zur Vermeidung von Krankenhausinfektionen sind die konsequente Umsetzung von Präventionsmaßnahmen, die Infektionskontrolle.

Antwort*)

Mit Schreiben vom 6. August 2021 Nr. 51-0141.5-017/413 beantwortet das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration die Kleine Anfrage wie folgt:

- 1. Wie viele Infektionen und Todesfälle durch nosokomiale Infektionen und andere Infektionen sind in baden-württembergischen Krankenhäusern in den letzten drei Jahren dokumentiert worden (bitte aufschlüsseln nach Krankenhaus, Menge, Vorfall, ob z. B. durch Katheter, Ernährungs sonden, künstliche Beatmung oder minimalinvasive Operationen)?*

Dem Landesgesundheitsamt (LGA) liegen nur nach Infektionsschutzgesetz (IfSG) von den Gesundheitsämtern übermittelte Informationen vor. Mitteilungen über die jeweils betroffenen Krankenhäuser und Aufschlüsselungen nach Krankenhäusern und Ursachen gibt es nicht. In der folgenden *Tabelle 1* ist die Anzahl der nosokomialen Ausbrüche im Zeitraum von 2018 bis 2020 aufgeführt.

*) Der Überschreitung der Drei-Wochen-Frist wurde zugestimmt.

Tabelle 1: Nosokomiale Ausbrüche nach Meldejahr und Infektionskrankheit/-erreger von 2018 bis 2020 (Quelle: Meldedaten nach IfSG, Stand 7. Juli 2021)

Meldepflichtige Erkrankung/ Erreger	2018			2019			2020		
	Anzahl Ausbrüche	Anzahl Fälle	Anzahl Verstorbene	Anzahl Ausbrüche	Anzahl Fälle	Anzahl Verstorbene	Anzahl Ausbrüche	Anzahl Fälle	Anzahl Verstorbene
Acinetobacter MRGN	0	0	0	3	8	0	0	0	0
Cl. difficile	0	0	0	1	3	0	0	0	0
COVID-19	0	0	0	0	0	0	628	14.142	1.691
Influenza	68	570	3	43	447	2	22	231	1
MRSA	1	4	0	0	0	0	0	0	0
Masern	1	35	0	0	0	0	1	16	0
Norovirus	133	1.280	2	174	1.283	3	68	788	0
Rotavirus	3	48	0	3	14	0	0	0	0
Salmonellose	0	0	0	1	34	0	0	0	0
Varizellen	2	14	0	1	4	0	0	0	0
Sonstige infektiöse Gastroenteritis	20	434	0	20	248	0	9	126	0
Weitere bedrohliche Infektionskrankheiten	6	30	1	4	25	0	2	7	0
Gesamt	234	2.415	6	250	2.066	5	730	15.310	1.692

Weitere Datenquellen stellen im bundesweiten Kontext das Nationale Referenzzentrum für die Surveillance von nosokomialen Infektionen am Hygiene-Institut der Charité Berlin, die Daten des einrichtungübergreifenden stationären Qualitätssicherungsverfahrens MRE (multiresistente Erreger) nach § 112 SGB V Baden-Württemberg und der Qualitätsreport des Gemeinsamen Bundesausschusses dar. Eine Aufschlüsselung der Daten bis auf Krankenhausebene ist jedoch nicht erhältlich.

2. In wie vielen Fällen konnte die Herkunft der nosokomialen und anderen Infektion nicht geklärt werden?

Hierzu liegen dem Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration keine Daten vor, da diese nicht nach IfSG übermittlungspflichtig sind.

3. Welche weiteren optimierenden Maßnahmen zur Verhütung, Erkennung, Erfassung und Bekämpfung von nosokomialen und anderen Infektionen und Krankheitserregern mit Resistenzen wurden ergriffen?

In der Verordnung des Sozialministeriums über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen (MedHygVO) hat Baden-Württemberg die erforderlichen Maßnahmen zur Verhütung, Erkennung, Erfassung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen und Krankheitserregern mit Resistenzen in medizinischen Einrichtungen (nicht nur in Krankenhäusern) geregelt. Darin wurden die Aufgaben, die Anforderungen an die Qualifikation sowie die erforderliche personelle Ausstattung bzgl. des Hygienefachpersonales festgeschrieben. Auch wurden die Krankenhäuser verpflichtet, Bauvorhaben hinsichtlich der hygienischen Anforderungen fachlich bewerten zu lassen und das zuständige Gesundheitsamt vor ihrer Beantragung oder vor ihrer Durchführung zu informieren. Das ganze Spektrum der krankenhaushygienischen Aufgaben dient der Reduktion der nosokomialen Infektionen von Patienten und der berufsbedingten Infektionen beim Personal. In jedem Krankenhaus ist spezifisch in der Hygiene fort- bzw. weitergebildetes Personal verfügbar. Zudem existieren obligat vorzuhaltende Hygienepläne in den Einrichtungen, die durch die Hygienefachkräfte der Kliniken fortlaufend beim Personal geschult sowie im Gefolge von vereinzelten Infektionsausbrüchen und der Bewertung hauseigener Infektionsraten durch die Hygiene-

kommission aktualisiert werden. Neben den vertraglich verpflichteten Krankenhaushygienikern steht auch der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) hierbei beratend zur Verfügung, zusätzlich zu den Aufgaben der infektiologischen Überwachung nach § 23 Absatz 6 IfSG.

Sämtliche nosokomialen Infektionen werden von der hauseigenen Klinikhygiene erfasst, aufgearbeitet und bewertet. Bereits bei früheren Aufenthalten als Träger multiresistenter Erreger (MRE) identifizierte Patientinnen und Patienten werden bei Neuaufnahme auf aktuelle Besiedelung, ferner bei Vorliegen definierter Risikofaktoren und bei Erregernachweis untergebracht und versorgt. Gleiches gilt bei einem Nachweis im Rahmen des Routinescreenings bei Patienten der Intensivmedizin, Hämatologie und Onkologie. Bei Ausbruchereignissen werden Übertragungsketten durch Umgebungsuntersuchungen dargestellt. Erreger der gleichen Spezies werden im Labor als Bestandteil der Übertragungsketten identifiziert. In Absprache mit dem Gesundheitsamt werden Konsequenzen für die Verhinderung weiterer Erregerübertragungen gezogen und umgesetzt.

4. Wie hoch ist die Anzahl der Ansteckungen des Krankenhauspersonals mit den im Krankenhaus erworbenen Infektionen (nosokomiale, influenzaartige, SARS-CoV-2-Infektionen und andere)?

Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege BGW listet für Baden-Württemberg in 2017 17 Fälle, in 2018 41 Fälle, in 2019 33 Fälle und in 2020 unter dem Einfluss der Pandemie 1.046 Fälle auf. Analog berichtet die Unfallkasse Baden-Württemberg bezüglich der Meldungen beruflich bedingter Infektionen von Krankenhauspersonal in Kliniken kommunaler und landeseigener Trägerschaft über 124 gemeldete Infektionskrankheiten in 2017, 140 Fälle in 2018, 93 Fälle in 2019 und 2.309 Fälle in 2020 (2.134-mal COVID-19).

5. Wie beurteilt die Landesregierung die Einführung einer Meldepflicht für alle Fälle von im Krankenhaus erworbenen Infektionen an das Gesundheitsamt?

Der Begriff „Nosokomiale Infektionen“ bezeichnet Infektionen, die sich ein Mensch in einer Einrichtung des Gesundheitswesens zuzieht – vor allem im Krankenhaus, weshalb auch teilweise von Krankenhausinfektionen gesprochen wird. Laut Definition werden alle Infektionen, die 72 Stunden oder später nach Aufnahme in die Klinik festgestellt werden, als nosokomial eingestuft. Der Anteil der vermeidbaren Krankenhausinfektionen wird dabei auf ca. 20 bis 30 % geschätzt. Dies würde bedeuten, dass 70 bis 80 % der Meldungen an die Gesundheitsämter zwar eine Ermittlungstätigkeit, aber keine Konsequenzen zur Verbesserung der Situation nach sich ziehen würden. Die bereits oben beschriebene Kontrolle durch krankenhauseigenes Hygienefachpersonal ist somit die zielführendere Variante, da vor Ort auch deutlich effizienter Verbesserungspotentiale erkannt werden können.

6. Welche Vor- und Nachteile sieht die Landesregierung in der Erstellung und flächendeckenden Umsetzung eines Landes-Sepsisplans für Baden-Württemberg?

Es wurde bereits durch die Stiftung Sepsis ein Nationaler Sepsisplan formuliert. Vonseiten der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) wurde bereits ein Beschluss gefasst, dass das Bundesministerium für Gesundheit gebeten werden solle, eine Expertengruppe am RKI zur Erarbeitung eines Nationalen Aktionsplans einzurichten, welcher die notwendigen bedarfsgerechten Maßnahmen zur Umsetzung der Forderungen der WHO hinsichtlich einer Verbesserung der Prävention, Diagnostik und des klinischen Managements der Sepsis berücksichtigt. Dies wurde durch die Gesundheitsministerkonferenz aufgegriffen. Die Erstellung eines landeseigenen Sepsisplans hält die Landesregierung nicht für zielführend, da viele der Strategien auf ein bundeseinheitliches Vorgehen und eine Vernetzung von übergeordneten Strukturen abzielen. Eine Abstimmung der Bundesländer zum weiteren Vorgehen in diesem Bereich steht aktuell noch aus.

7. Wie beurteilt die Landesregierung das Errichten eines Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen für baden-württembergische Krankenhäuser?

Wie bereits in der Beantwortung von Frage 1 beschrieben, existiert mit dem Nationalen Referenzzentrum in Berlin bereits ein System zur Erfassung und Bewertung von nosokomialen Infektionen. Die Schaffung von Parallelstrukturen und eine Änderung der bisherigen Erfassungsmöglichkeiten wird, auch auf der Grundlage, dass eine Erfassung, Bewertung und Einleitung von Maßnahmen direkt in den Kliniken die effizienteste Methode zur Verbesserung der Hygienesituation und somit zur Verhinderung des beeinflussbaren Anteils der nosokomialen Infektionen darstellt, hierbei als nicht zielführend erachtet.

8. Von wem und wie wird die Reinigungsqualität geprüft und dokumentiert?

Gemäß § 5 MedHygVO sind die Leitungen medizinischer Einrichtungen, hierunter fallen auch Krankenhäuser, verpflichtet, nach Maßgabe der §§ 6 bis 8 Hygienefachkräfte und Krankenhaushygienikerinnen oder -hygieniker zu beschäftigen oder zur Beratung hinzuzuziehen sowie hygienebeauftragte Ärztinnen oder Ärzte zu bestellen. Hygienefachkräfte tragen vorwiegend im pflegerischen Bereich zur Umsetzung infektionspräventiver Maßnahmen bei. Sie kontrollieren die Umsetzung empfohlener Hygienemaßnahmen und arbeiten eng in Abstimmung mit der Krankenhaushygienikerin oder dem Krankenhaushygieniker zusammen. Somit wird auch die Reinigungsqualität im Hinblick auf die Einhaltung der Hygienemaßnahmen von den oben genannten Berufsgruppen geprüft und dokumentiert. Die Gesundheitsämter überwachen nach § 10 des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst (Gesundheitsdienstgesetz – ÖGDG) die Einhaltung der Anforderungen. Werden hygienische Mängel festgestellt, so wirkt das Gesundheitsamt darauf hin, dass die erforderlichen Maßnahmen getroffen werden. Somit findet in diesem Rahmen ebenfalls eine Abfrage zu den Hygienemaßnahmen statt. Die DIN 13063, „Krankenhausreinigung – Anforderungen an die Reinigung und desinfizierende Reinigung in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen“ wurde zwar noch nicht verabschiedet, der Entwurf führt jedoch bereits aktuell zur Umsetzung verbesserter Anforderungen an die Reinigung.

9. Wie viele und welche Beanstandungen bezüglich der Reinigungsqualität wurden in den letzten fünf Jahren dokumentiert?

Beanstandungen bezüglich der Reinigungsqualität, welche im Rahmen der beruflichen Tätigkeiten von Hygienefachkräften und Krankenhaushygienikerinnen oder Krankenhaushygienikern dokumentiert werden, finden sich in Begehungsprotokollen und innerbetrieblichen Berichten an die hauseigenen Hygienekommissionen, unterliegen jedoch keiner zentralen Erfassung. Dies gilt auch für die Erkenntnisse, welche Gesundheitsämter im Rahmen ihrer Begehungen gewinnen. Der Landesregierung liegen hierzu keine Daten vor.

10. Welche Anforderungen an die externen Reinigungsunternehmen bezüglich Personal, Qualität und Umfang an Reinigungszeit für eine ordnungsgemäße Reinigung eines Patientenzimmers oder eines OP-Saals werden gestellt?

Die Anforderungen an die Hygiene bei der Reinigung und Desinfektion von Flächen werden in der Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut (RKI) aufgelistet. Zudem hat die Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene e. V. (DGKH) umfangreiche Anmerkungen in ihrer Empfehlung „Hygienische Qualitätskriterien für den Reinigungsdienst“ veröffentlicht. Von der RAL Gütegemeinschaft Gebäudereinigung e. V. wurden zudem Empfehlungen zur Ermittlung von Leistungszahlen in der Unterhaltsreinigung veröffentlicht. Die oben genannten Anforderungen, inklusive der bereits genannten DIN-Norm, können von den Krankenhäusern zur Festlegung der Parameter für den Einsatz eines Reinigungsunternehmens herangezogen werden. Die genauen Angaben sind im Hygiene- sowie im Reinigungs- und Desinfektionsplan der jeweiligen Einrichtung individuell auf das jeweilige Krankenhaus bezogen aufgelistet.

Lucha
Minister für Soziales,
Gesundheit und Integration