



Kleine Anfrage

des Abgeordneten Christian Dirschauer (SSW)

und

Antwort

**der Landesregierung - Minister für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie
und Senioren**

Krankenhausinfektionen in Schleswig-Holstein

Vorbemerkung des Fragestellers:

Laut aktuellem Barmer-Krankenhausreport kam es von 2017 bis 2019 durchschnittlich bei rund 5,6 Prozent der Patientinnen und Patienten zu einer Infektion, die erst im Laufe des Klinikaufenthalts auftrat. Zu Beginn der Pandemie ist der Wert dieser sogenannten nosokomialen Infektionen jedoch auf 6,8 Prozent gestiegen.

1. Trifft es zu, dass mit diesem Anstieg um 1,2 Prozent hochgerechnet auf alle Patientinnen und Patienten in Schleswig-Holstein von 1000 zusätzlichen Infektionen und 40 Toten allein in den Kalenderwochen 13 bis 50 des Jahres 2020 ausgegangen werden muss?

Antwort:

Im Barmer-Krankenhausreport 2021 wurden die Auswirkungen der COVID-19 Pandemie auf nosokomiale Infektionen im Krankenhausbereich untersucht. Grundlage für die Auswertung waren die Daten der Barmer-Versicherten. Zusätzlich wurde die Analysestichprobe durch weitere Auswahlkriterien (z. B. Verweildauer von mind. 3 Tagen) eingeschränkt.

Bei der Ergebnisdarstellung wird angenommen, dass die Barmer-Versicherten repräsentativ für die Bevölkerung Deutschlands sind.

Mit den der Landesregierung zur Verfügung stehenden Informationen für die Herleitung ist jedoch kein Rückschluss darauf möglich, ob die Daten auch für Schleswig-Holstein repräsentativ sein können.

Der Landesregierung liegen keine weiterführenden Daten vor, um diese statistische Berechnung zu überprüfen.

2. Welche konkreten Ursachen werden für einen Anstieg nosokomialer Infektionen verantwortlich gemacht?

Antwort:

Wesentlich für die Prävention nosokomialer Infektionen ist die tägliche Anwendung der erforderlichen Hygienemaßnahmen in den Einrichtungen. Diese werden durch das Hygienefachpersonal der Einrichtungen begleitet. Die adäquate Ausstattung mit Hygienefachpersonal ist ein zentraler Aspekt bei der Prävention nosokomialer Infektionen. Nur dort, wo Hygienefachpersonal vorhanden ist, können Bewertungen vorgenommen und die richtigen Konsequenzen für das Hygienemanagement abgeleitet werden. Aus diesem Grund gibt es in Schleswig-Holstein die Landesverordnung über die Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen, die die strukturellen und personellen Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen regelt.

Informationen zu Anforderungen an die medizinischen Einrichtungen finden sich unter www.schleswig-holstein.de > [Infektionsschutz](#) > [Infektions- und Krankenhaushygiene](#) > [medizinische Einrichtungen](#).

Die Gesundheitsämter überprüfen die strukturellen und personellen Voraussetzungen und punktuell die Umsetzung der Maßnahmen. Die tägliche Umsetzung der Hygienemaßnahmen entsprechend der [Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention \(KRINKO\) beim RKI](#) muss jedoch in den Einrichtungen gelebt werden.

3. Seit wann hat die Landesregierung grundsätzlich Kenntnis über einen Anstieg nosokomialer Infektionen im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie?

Antwort:

Nosokomiale Infektionen sind nicht meldepflichtig. Daher liegen der Landesregierung keine detaillierten Erkenntnisse hierzu vor. Die Erfassung nosokomialer Infektionen in den Krankenhäusern erfolgt auf Basis der Regelungen im Infektionsschutzgesetz (IfSG) in § 23 Absatz 4 und Absatz 4a:

„Die Leiter von Einrichtungen nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 bis 3 haben sicherzustellen, dass die nach Absatz 4a 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. (...)

Das Robert Koch-Institut hat entsprechend den jeweiligen epidemiologischen Erkenntnissen die nach Absatz 4 zu erfassenden nosokomialen

Infektionen und Krankheitserreger mit speziellen Resistenzen und Multi-resistenzen sowie Daten zu Art und Umfang des Antibiotikaverbrauchs festzulegen. Die Festlegungen hat es in einer Liste im Bundesgesundheitsblatt zu veröffentlichen. Die Liste ist an den aktuellen Stand anzupassen.“

Die Regelung sieht also vor, dass das in den Einrichtungen vorhandene Hygienefachpersonal die erforderliche Bewertung vornimmt und Konsequenzen für das Hygienemanagement daraus ableitet. Meldepflichtig gemäß § 6 Absatz 3 IfSG sind Ausbruchsgeschehen:

„Nichtnamentlich ist das Auftreten von zwei oder mehr nosokomialen Infektionen zu melden, bei denen ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet wird. (...)“

Hintergrund dieser Meldepflicht ist die Bewertung, ob ggf. Interventionen seitens des jeweils zuständigen Gesundheitsamtes erforderlich sind.

4. Welche Infektionsarten waren jeweils in den Jahren 2018, 2019 und 2020 die häufigsten?

Antwort:

Zu den häufigsten nosokomialen Infektionen zählen Sepsisfälle im Zusammenhang mit zentralen Venenkathetern, beatmungsassoziierte Pneumonien, Blasenkatheter-assoziierte Harnwegsinfektionen und postoperative Wundinfektionen.

5. Wie hoch war der Anteil multiresistenter Erreger (MRE) an der Gesamtzahl aller Infektionen in den Jahren 2018, 2019 und 2020?

Antwort:

Der Nachweis multiresistenter Erreger ist gemäß § 7 Absatz 1 Nummer 52 IfSG nicht generell, sondern nur in bestimmten Fällen, meldepflichtig. Meldepflichten bestehen für Acinetobacter, Enterobacterales und Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus (MRSA).

Diese Meldepflichten bestehen unabhängig davon, ob es sich um nosokomiale Infektionen, oder auf anderem Wege erworbene Infektionen, handelt (zur Meldepflicht nosokomialer Infektionen siehe Frage 3):

- Acinetobacter und Enterobacterales: Es werden alle Isolate bei Infektion oder Besiedlung erfasst, bei denen eine Carbapenem-Unempfindlichkeit und/oder eine Carbapenemase-Expression nachweisbar ist.
- MRSA: Es werden nur diejenigen Isolate erfasst, bei denen eine Resistenz gegen Methicillin/Oxacillin (MRSA) vorliegt und die aus einem primär sterilen Material wie Blut oder Liquor stammen.

IfSG-Meldedaten zu direkten Nachweisen bestimmter multiresistenter Erreger:

	2017	2018	2019	2020	2021
Acinetobacter-Infektion oder -Kolonisation	15	15	18	14	13

Enterobacteriales-Infektion oder Kolonisation	108	59	98	97	78
MRSA, invasive Infektion	82	70	49	32	25

6. Hat die Landesregierung neben den bestehenden gesetzlichen Regelungen Maßnahmen zur Verringerung nosokomialer Infektionen geplant? Wenn ja, spielen hierbei auch zusätzliche externe Überprüfungen, beispielsweise durch einen entsprechend ausgestatteten Öffentlichen Gesundheitsdienst, eine Rolle? Wenn nein, wann ist mit weitergehenden Maßnahmen zu rechnen?

Antwort:

Die Gesundheitsämter haben gemäß IfSG die Aufgabe, die medizinischen Einrichtungen infektionshygienisch zu überwachen. Dazu gehört insbesondere die Überprüfung der Ausstattung mit Hygienefachpersonal, die Einhaltung der in den Hygieneplänen festgelegten Maßnahmen sowie die Kontrolle der baulichen Voraussetzungen zur Einhaltung der Hygienemaßnahmen. Maßstab sind jeweils die [Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention \(KRINKO\)](#) (siehe auch Antwort zu Frage 2).

Die [Überwachung erfolgt risikobasiert auf Basis eines Erlasses des MSGJFS](#). Informationen zur Aufgabe und Durchführung der infektionshygienischen Überwachung finden sich unter www.schleswig-holstein.de > [Infektionsschutz](#) > [Infektions- und Krankenhaushygiene](#) > [infektionshygienische Überwachung](#)

Hier finden sich auch Informationen wie Merkblätter zur Ausstattung mit Hygienefachpersonal, Anforderungen an deren Fortbildung und zur Abgrenzung von Hygienefachpersonal und Hygienebeauftragten.

Ziel der bestehenden Regelungen ist eine Optimierung des Hygienemanagements und eine Verbesserung der Umsetzung.