

Kleine Anfrage der Fraktion der CDU vom 20. Mai 2014**Antibiotikaresistente Keime im Land Bremen**

In deutschen Krankenhäusern werden jährlich rund 18 Mio. Patienten behandelt. Die Versorgung liegt dabei auf höchstem medizinischem und pflegerischem Niveau. Das gilt auch für das Land Bremen und seine Krankenhäuser. Trotz der qualitativ hohen Versorgung ist es in den letzten Jahren zu einem vermuteten Anstieg von Infektionen gekommen. Derzeit erkranken schätzungsweise zwischen 400 000 und 600 000 Patienten an einer zumeist durch antibiotikaresistente Keime (Methicillin-resistente Staphylococcus aureus [MRSA]) verursachten Krankenhausinfektion. Zwischen 7 500 und 15 000 Erkrankte sterben infolge vermutlich jährlich daran. Erste Untersuchungen gehen davon aus, dass durch MRSA-Keime jährlich bis zu 90 Mio. € Mehrkosten für das deutsche Gesundheitssystem anfallen. Multiresistente Keime sind zudem häufig auch in Praxen, in denen ambulante Eingriffe durchgeführt werden, Dialysepraxen, in Alten- und Pflegeheimen, Rettungswachen und anderen medizinischen Einrichtungen verbreitet.

Multiresistente Keime sind schwer therapierbar. Sie fordern eine lange Behandlungsdauer und vielfach ist nach einer Infektion eine Sanierung mit Folgeeingriffen verbunden. Dadurch entstehen deutlich häufig höhere Behandlungskosten für die Kostenträger und damit auch für die Beitragszahler. Die Infektionsraten liegen in Deutschland signifikant höher als in den Einrichtungen vergleichbarer Gesundheitssysteme (nord-)europäischer Nachbarländer. In den nord- und westdeutschen Bundesländern sind wiederum die Infektionszahlen deutlich höher als in Ost- und Süddeutschland.

Im Land Bremen sind nach dem Keimskandal auf der Frühgeborenenstation des Klinikums Bremen-Mitte (KBM) eine Reihe von Maßnahmen eingeleitet worden, um Patienten im Land Bremen besser vor multiresistenten Keimen zu schützen. Diese sind für den stationären Bereich im „Landesaktionsprogramm Krankenhaushygiene“ zusammengefasst. Darüber hinaus sind auch Empfehlungen des Untersuchungsausschusses „Krankenhauskeime“ umgesetzt worden. Insbesondere im ambulanten Bereich und bei der Transparenz für Patienten und ihre Angehörigen besteht allerdings noch Nachsteuerungsbedarf.

Vor diesem Hintergrund fragen wird den Senat:

1. Wie viele Fälle von multiresistenten Keiminfektionen und -besiedlungen wurden dem Senat 2011 bis 2013 im Rahmen der gesetzlichen Meldepflichten jeweils bekannt? Welche unterschiedlichen Keime lagen dabei vor? In wie vielen Fällen kam es zu einem gehäuften Auftreten von Infektionen (bitte aufgeschlüsselt nach Stadtgemeinden)?
2. Welche Ergebnisse hat die erste anonymisierte Auswertung der Abfrage bei den Krankenhäusern bezüglich des Auftretens von multiresistenten Keimen im Rahmen des MRE-Netzwerkes Bremen (multiresistente Erreger) 2012 ergeben? Wo und für wen sind die Ergebnisse einsehbar? Ist im Rahmen des Netzwerkes geplant, diese Ergebnisse zu veröffentlichen?
3. Welche Fortschritte hat die Einbeziehung des ambulanten Sektors in das MRE-Netzwerk Bremen bisher gemacht? Welche Fortschritte sind bei der Vernetzung des Bremer MRE-Netzwerkes mit Niedersachsen erzielt worden? Seit wann ist der MRSA-Übergabebogen in Bremen in Gebrauch, und welche Fortschritte sind durch seinen Einsatz bisher gemacht worden?

4. Wie beurteilt der Senat die Einführung von Hygienesiegeln für Akutkrankenhäuser oder Alten- und Pflegeeinrichtungen, wie sie von anderen MRE-Netzwerken in Norddeutschland verliehen werden?
5. Welche Erkenntnisse hat der Senat aus dem INTERREG IV A-Projekt EurSafety Health-Net gewonnen? Besteht zur Übernahme von Best-Practice-Beispielen eine Kooperation mit den Krankenhäusern in Oldenburg oder Delmenhorst?
6. Wie viele verpflichtende Hygieneaudits sind bisher im Land Bremen in welchen Häusern durchgeführt worden? Welche Ergebnisse liegen dazu vor? Wann plant der Senat diese Ergebnisse wie angekündigt zu veröffentlichen? Wann plant der Senat die bisherigen Regelbegehungen durch die Gesundheitsämter wie angekündigt durch die Hygieneaudits zu ersetzen?
7. In welchen Krankenhäusern im Land Bremen ist derzeit ein Krankenhaushygieniker in Vollzeit beschäftigt? Welche weiteren Hygienefachkräfte sind in den Kliniken im Land Bremen derzeit mit welchem Beschäftigungsumfang tätig? Welcher organisatorische Rahmen ist bisher vom Senat zum Austausch aller Krankenhaushygieniker in Bremen geschaffen worden?
8. Welche Praxen, in denen im Land Bremen ambulante Eingriffe vorgenommen wurden, welche ambulanten OP-Zentren, Dialysepraxen und Rettungswachen wurden seit März 2012 wie oft vom Gesundheitsamt begangen? Welche Konsequenzen wurden durch eventuell festgestellte Mängel von behördlicher Seite gezogen? Wie oft plant der Senat zukünftig Begehungen von Praxen, in denen ambulante Eingriffe durchgeführt werden, von ambulanten OP-Zentren, von Dialysepraxen und von Rettungswachen durchzuführen?
9. Wie bewertet der Senat die Einführung einer Beweislastumkehr zugunsten der Kostenträger und Patienten, wenn nach einem ambulanten bzw. stationären Eingriff Folgebehandlungen durch eine multiresistente Infektion notwendig werden?
10. Wie bewertet der Senat die Bündelung und Vernetzung bisher bestehender Aktivitäten zur Eindämmung von multiresistenten Keiminfektionen, wie es im Rahmen der niedersächsischen Antibiotikastrategie geschieht? Plant der Senat, eine eigene Antibiotikastrategie einzuführen? Welche Kooperation besteht bisher mit Niedersachsen bei der Bekämpfung von multiresistenten Keimen?
11. Welche Möglichkeiten sieht der Senat im Rahmen einer Datenbank/eines Internetportals über den Krankenhausbereich hinaus alle Ausbrüche zu dokumentieren, zu bündeln und sie der Öffentlichkeit zugänglich zu machen, um so für mehr Transparenz zu sorgen?
12. Welche Maßnahmen hat der Senat bisher getroffen, um die Öffentlichkeit auf die Gefahren von multiresistenten Keimen und verstärktem Antibiotikaeinsatz hinzuweisen? Wie werden niedergelassene Ärzte, Mitarbeiter von Alten- und Pflegeeinrichtungen und von Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen sowie Mitarbeiter ambulanter Pflegedienste und Rettungs- und Krankentransportdienstleistern für das Themenfeld sensibilisiert? Liegen Informationen für Patienten und deren Angehörige, wie in anderen Bundesländern, in verschiedenen Sprachen vor? Welche Informationen sind in den schulischen Lehrplänen zum Thema multiresistente Keime vorgesehen?

Rainer Bensch, Wilhelm Hinnens, Silvia Neumeyer,
Thomas Röwekamp und Fraktion der CDU

D a z u

Antwort des Senats vom 1. Juli 2014

1. a) Wie viele Fälle von multiresistenten Keiminfektionen und -besiedlungen wurden dem Senat 2011 bis 2013 im Rahmen der gesetzlichen Meldepflichten jeweils bekannt?

Für Einzelfälle von Infektionen mit multiresistenten Erregern besteht nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) keine gesetzliche Meldepflicht. Eine Ausnahme bildet die gesetzliche Meldepflicht für Labore beim Nachweis von MRSA aus Blut oder Liquor. Besiedlungen mit multiresistenten Erregern sind generell nicht meldepflichtig.

Demnach wurden in den Jahren 2011 bis 2013 folgende MRSA-Infektionen (Nachweis aus Blut und Liquor) im Land Bremen gemeldet und über das Landeskompetenzzentrum (LKZ) an das Robert-Koch-Institut (RKI) übermittelt:

MRSA-Fälle

	2011	2012	2013
Bremen	17	16	3
Bremerhaven	4	9	12

Die Anzahl der gemeldeten MRSA-Nachweise ist abhängig von der Häufigkeit veranlasster (Kontroll-)Untersuchungen.

- b) Welche unterschiedlichen Keime lagen dabei vor?

Es gibt keine gesetzliche Meldepflicht für Einzelnachweise von multiresistenten Erregern mit Ausnahme von MRSA (siehe Antwort zu Frage 1 a).

- c) In wie vielen Fällen kam es zu einem gehäuften Auftreten von Infektionen (bitte aufgeschlüsselt nach Stadtgemeinden)?

Ein gehäuftes Auftreten von Infektionen (sogenannte Ausbrüche) wurde den Gesundheitsämtern in den Jahren 2011 bis 2013 wie folgt gemeldet (siehe Tabellen für MRSA und andere nosokomiale Erreger):

Ausbrüche MRSA

	2011	2012	2013
Bremen	1	3 (12 Fälle)	0
Bremerhaven	nicht ermittelbar (n. e.)	1 (3 Fälle)	1 (3 Fälle)

Ausbrüche anderer nosokomialer Erreger (nicht MRSA, nur teilweise mit erhöhter Antibiotikaresistenz)

Eine Darstellung der Ausbrüche (nicht MRSA) ist nur für die Stadt Bremen möglich. Zum Zeitpunkt der Datenabfrage war eine Mitteilung aus Bremerhaven aufgrund eines krankheitsbedingten Personalausfalls nicht möglich.

	2011	2012	2013
Bremen	5	13	5
Bremerhaven	n. e.	n. e.	n. e.

Nachgewiesene Erreger:

Acinetobacter

Klebsiella pneumonia

Pseudomonas

Serratia marcescens

Citrobacter freundii

Enterobacter faecium

Enterobacter cloacae ESBL

Candida albicans

E.coli ESBL

Klebsiella oxytoca

Stenotrophomonas maltophilia

Keratoconjunktivitis epidemica

Der vorübergehende Anstieg der Ausbruchsmeldungen der Stadtgemeinde Bremen in 2012 ist am ehesten durch eine erhöhte Meldehäufigkeit von kleinsten Häufungen von Infektionen, insbesondere des Klinikums Bremen Mitte (KBM), nach dem ESBL-Ausbruch auf der Frühchenstation 2011 erklärbar. Dafür spricht auch, dass in 2014 in der Stadtgemeinde Bremen bisher insgesamt nur zwei Ausbrüche mit nosokomialen Erregern gemeldet wurden.

2. a) Welche Ergebnisse hat die erste anonymisierte Auswertung der Abfrage bei den Krankenhäusern bezüglich des Auftretens von multiresistenten Keimen im Rahmen des MRE-Netzwerkes Bremen 2012 ergeben?

Im MRE-Netzwerk wurden die Daten aus allen teilnehmenden Krankenhäusern (n = 13) für das Jahr 2012 vom Qualitätsbüro Bremen erfasst. Die Daten wurden vom Qualitätsbüro am runden Tisch im August 2013 vorgestellt. Eine behördlich geleitete Arbeitsgruppe des Netzwerks hat die Daten bewertet. Die Ergebnisse zeigen einen hohen Durchdringungsgrad bei der Umsetzung des MRSA-Screenings. Die Anzahl der gemeldeten Nasenabstriche hat um etwa 38 % gegenüber 2011 zugenommen (2011 = 42 051 Abstriche, 2012 = 58 258 Abstriche) während die Anzahl der MRSA-Fälle im Vergleichszeitraum nur noch um etwa 3 % (2011 = 2 426 Fälle; 2012 = 2 502 Fälle) zunahm.

- b) Wo und für wen sind die Ergebnisse einsehbar?

Alle Krankenhäuser haben die Ergebnisse vom Qualitätsbüro vor der Präsentation am runden Tisch erhalten. Aus der Darstellung ist für das jeweilige Krankenhaus ersichtlich, wie es sich in 2012 und in den vorangegangenen Jahren auch im Vergleich zu den anderen Krankenhäusern (diese sind anonymisiert dargestellt) entwickelt hat. Somit ist ein internes (eingeschränktes) Benchmarking möglich.

Die anonyme Behandlung und Darstellung der Daten sichern das Vertrauen der Krankenhäuser bei Offenlegung der Ergebnisse. Der Beitritt der Krankenhäuser zum Netzwerk erfolgte nur unter der Voraussetzung, dass die Daten anonymisiert verwendet werden, sodass kein Rückschluss auf einzelne Krankenhäuser möglich ist.

Gegenwärtig ist keine Veröffentlichung der Ergebnisse auf der MRE-Netzwerk Webseite geplant, weil die Webseite mehr für den Bürger (allgemeine Information zu MRSA und MRE) bzw. zum Download von Dokumenten für Netzwerkmitglieder und -aspiranten gedacht ist. Die Darstellung der Ergebnisse bedarf einer sorgfältigen Interpretation, um Fehldeutungen zu vermeiden.

- c) Ist im Rahmen des Netzwerkes geplant, diese Ergebnisse zu veröffentlichen?

Es ist nicht geplant, diese Ergebnisse über den bisherigen Rahmen hinaus zu veröffentlichen (siehe auch Antwort zu Frage 2 b).

3. a) Welche Fortschritte hat die Einbeziehung des ambulanten Sektors in das MRE-Netzwerk Bremen bisher gemacht?

Nach Beitritt der Krankenhäuser wurde ab 2010 damit begonnen, verstärkt den ambulanten Sektor mit in die Netzwerkaktivitäten einzubinden. Dazu fanden zahlreiche Fortbildungsveranstaltungen für die Gewinnung von ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen statt. Annähernd 80 ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen sind seit 2010 sukzessive dem Netzwerk beigetreten.

Die niedergelassenen Ärzte werden ebenfalls in das Netzwerk eingebunden. Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen, der Ärztekammer Bremen, des Hausärzterverbandes und auch Ärzte nehmen regelmäßig an Sitzungen des runden Tisches sowie an Arbeitsgruppen teil.

In den vergangenen Jahren wurde diverse Fortbildungsveranstaltungen zur angesprochenen Thematik für den ambulanten Sektor durch das Netzwerk oder Partner angeboten.

In Zusammenarbeit mit Laborarztpraxen und der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen wurden niedergelassene Ärzte zu MRSA (einschließlich der Sanierungsmöglichkeiten von MRSA sowie zu Abrechnungsfragen) fortgebildet. Diese Fortbildung ist eine Voraussetzung zur Zertifizierung durch die Kassenärztliche Vereinigung Bremen, die zu Abrechnung ausgewählter Leistungen (MRSA-Tests und -Sanierungsmaßnahmen) berechtigt.

Das Netzwerk stellt auf seiner Webseite den Ärzten des stationären und ambulanten Bereichs ein entsprechendes Behandlungs- und Aufzeichnungsschema (Bremer Sanierungsschema) zur Verfügung.

- b) Welche Fortschritte sind bei der Vernetzung des Bremer MRE-Netzwerkes mit Niedersachsen erzielt worden?

Am Bremer runden Tisch nehmen wiederholt Vertreter aus Gesundheitsämtern bzw. Krankenhäusern umliegender Landkreise (z. B. Landkreis Cuxhaven, Landkreis Osterholz, Landkreis Verden) teil, da es diesen bisher kaum gelungen ist, ein lokales Netzwerk zu gründen bzw. einem anderen Netzwerk beizutreten. Dies drückt sich u. a. dadurch aus, dass bereits zwei Krankenhäuser aus Niedersachsen (Seepark Klinik Debestedt und das Kreiskrankenhaus Osterholz) dem Bremer Netzwerk im ersten Quartal 2014 durch Abgabe einer Selbstverpflichtungserklärung beigetreten sind. Das Bremer Netzwerk ist weiterhin offen für den Beitritt anderer Akteure aus der Region.

Das Bremer Netzwerk gilt als vorbildlich, weil es mit pragmatischen Ansätzen auch den Bedürfnissen der Akteure des Einzugsbereichs entgegenkommt. Das Bremer Netzwerk unterscheidet sich von anderen Netzwerken dadurch, dass unabhängig von der Teilnahme am runden Tisch eine Mitgliedschaft für Krankenhäuser, Laboratorien und Pflegeeinrichtungen mit der Abgabe einer Selbstverpflichtungserklärung verbunden ist. Es ist das Ziel, dass die Mitglieder über das branchenübliche normale Maß hinaus sich zur Einhaltung zusätzlicher Maßnahmen verpflichten. Dieser Mehrwert kommt dabei allen Mitgliedern aber auch Akteuren des Bremer Netzwerks zugute.

- c) Seit wann ist der MRSA-Übergabebogen in Bremen in Gebrauch, und welche Fortschritte sind durch seinen Einsatz bisher gemacht worden?

Der „Übergabebogen multiresistente Erreger“ wurde 2010 unter Einbeziehung der Fachöffentlichkeit entwickelt, mit Stand 5. Oktober 2010 verabschiedet und mit Schreiben (an die Krankenhausleitungen) vom 2. November 2010 allen bremischen Krankenhäusern (= alle Mitgliedskrankenhäuser des Netzwerkes) zum verbindlichen Einsatz übermittelt und wird kontinuierlich fortgeschrieben.

Aufgrund der auch bundesweit steigenden Bedeutung der multiresistenten gramnegativen Stäbchenbakterien (MRGN) wurde der Übergabebogen nach letztmaliger Aktualisierung den bremischen Krankenhäusern mit Schreiben vom 31. Januar 2014 bekannt gemacht.

Die anderen Akteure des Netzwerkes wurden jeweils am runden Tisch bzw. durch den Versand der Sitzungsprotokolle informiert. Der Übergabebogen steht auf der Webseite des Netzwerkes zum Download bereit.

Im Rahmen der Hygieneaudits in den Krankenhäusern wurde stichprobenartig geprüft, inwieweit im Entlassungsmanagement der Übergabebogen verwendet wird. Dabei zeigte sich, dass der Bogen grundsätzlich verwendet wird. Die Verwendung des Bogens leistet einen Beitrag zur erforderlichen Transparenz im Umgang mit MRE.

4. Wie beurteilt der Senat die Einführung von Hygienesiegeln für Akutkrankenhäuser oder Alten- und Pflegeeinrichtungen, wie sie von anderen MRE-Netzwerken in Norddeutschland verliehen werden?

Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen verfügen in der Regel schon heute über eine Vielzahl von Hygienesiegeln bzw. Zertifikaten, die u. a. das Thema Hygiene beinhalten (z. B. KTQ-Zertifizierung, ISO 9001:2008 – Zertifizierung). Ei-

nige wenige Netzwerke vergeben Qualitätssiegel, deren Wertigkeit infrage zu stellen ist, weil nicht immer konkret nachvollziehbare Anforderungen zum Erwerb bzw. zum Erhalt der Zertifizierung zu erfüllen sind.

Die behördlich in den bremischen Krankenhäusern durchgeführten Hygieneaudits führen zu einer Bestätigung (vergleichbar einer Zertifizierung) nach § 29 Bremisches Krankenhausgesetz (BremKrhG) in Verbindung mit § 5 Abs. 1 Nr. 6 BremKrhG. Danach sind die Krankenhäuser gehalten, bestimmte Hygienegrundsätze einzuhalten und die Einhaltung dieser Grundsätze nachzuweisen. Im Rahmen der durchgeführten Hygieneaudits wird den Krankenhäusern im Auditbericht bestätigt, dass – soweit es die Ergebnisse des Audits zulassen – die Krankenhäuser die Hygienegrundsätze einhalten.

Unabhängig von den für eine Zertifizierung benötigten zusätzlichen Ressourcen werden das Hygieneaudit- bzw. das Begehungssystem durch die Gesundheitsämter als voll ausreichend betrachtet. Weiterhin sind die Einrichtungen durch Teilnahme an Sitzungen und Arbeitsgruppen des Netzwerks kontinuierlich eingebunden.

Die Senatorin für Soziales, Kinder, Jugend und Frauen ist mit den Leistungsanbietern u. a. im Bereich der Alten- und Pflegeheime im Gespräch über die Umsetzung des § 9 Abs. 4 Bremisches Wohn- und Betreuungsgesetz (BremWoBeG). In dem nach dieser Regelung vorgesehenen und noch zu erarbeitenden Verzeichnis sollen verschiedene Leistungs- und Qualitätsaspekte aufgenommen werden. Es wird geprüft, ob den Verbraucherinnen und Verbrauchern auf diesem Wege auch gesicherte und nachvollziehbare Anhaltspunkte für die Qualität der Hygienesicherung in der jeweiligen Einrichtung zur Verfügung gestellt werden können. Vor Abschluss dieser Vereinbarungen wird davon abgeraten, ein damit nicht in direkter Verbindung stehendes Qualitätssiegel in die Diskussion zu bringen. Leistungsanbieter würden dies wahrscheinlich zu Recht als zusätzliche bürokratische Belastung verstehen.

Die Wirksamkeit eines speziellen Hygienesiegels zur Verbesserung hygienischer Zustände wird eher als gering eingeschätzt. Hygienische Mängel entstehen oft spontan und entwickeln sich schnell, und sind daher von Zertifizierungen zur Verleihung eines Siegels nur bedingt zu erfassen. Entsprechende Zertifizierungen würden gegebenenfalls in größeren Intervallen stattfinden, als die Prüfungen der Bremischen Wohn- und Betreuungsaufsicht nach dem BremWoBeG und des Gesundheitsamtes nach dem Infektionsschutzgesetz.

Die Bremische Wohn- und Betreuungsaufsicht prüft in ihren jährlichen Prüfungen nach § 12 Abs. 2 Nr. 11 auch die Qualität des vorbeugenden Infektionsschutzes und der Hygieneanforderungen. Sie arbeitet bei diesen Prüfungen mit dem Fachdienst des Gesundheitsamtes zusammen. Das Gesundheitsamt nimmt auf Grundlage des Infektionsschutzgesetzes auch eigenständige Prüfungen der Hygiene vor. Aus hiesiger Sicht wird von einem Hygienesiegel keine Sicherheit erwartet, die darüber hinausgeht.

Hingegen wird mit der Aufnahme der Hygiene in das eingangs erwähnte Verzeichnis die Übersicht der Verbraucher über die verschiedenen Qualitätsaspekte verbessert.

Den Einrichtungen steht es aber selbstverständlich frei, Zertifizierungsorganisationen anderer Anbieter oder Netzwerke in Anspruch zu nehmen.

5. a) Welche Erkenntnisse hat der Senat aus dem INTERREG IV A-Projekt EurSafety Health-Net gewonnen?

Das INTERREG IV „EurSafety Health-Net“-Projekt wie auch die Vorgängerprojekte sind dem Senator für Gesundheit bekannt. Das Bremer Netzwerk hat sich seit 2008/2009 an diesen Projekten orientiert und dabei ausgewählte Aktivitäten bzw. Maßnahmen in Bremen berücksichtigt. Mitarbeiter aus dem öffentlichen Gesundheitsdienst in Bremen nehmen regelmäßig an Fortbildungsveranstaltungen in Niedersachsen (z. B. Oldenburger Hygiene- und Infektiologietagung, Göttinger Forum – Krankenhaus- und Kommunalhygiene) die u. a. von EurSafety Health-Net organisiert werden, teil. Dadurch ist ein guter Informationsaustausch gewährleistet.

- b) Besteht zur Übernahme von Best-Practice-Beispielen eine Kooperation mit den Krankenhäusern in Oldenburg oder Delmenhorst?

Nein, es besteht keine Kooperation mit den Krankenhäusern in Oldenburg und Delmenhorst (siehe Antwort zu Frage 3 b).

6. a) Wie viele verpflichtende Hygieneaudits sind bisher im Land Bremen in welchen Häusern durchgeführt worden?

Drei jeweils mehrtägige (Probe-)Hygieneaudits haben in den Krankenhäusern Klinikum Links der Weser (26. bis 27. Juni 2013), Klinikum Bremerhaven Reinkenheide (14. bis 15. November 2013) und im Rotes Kreuz Krankenhaus (13. bis 14. Mai 2014) stattgefunden.

- b) Welche Ergebnisse liegen dazu vor?

Die betroffenen Krankenhäuser haben im Rahmen des Auditabschlussgesprächs eine erste Rückmeldung über die Ergebnisse erhalten. Die Ergebnisse werden in Form eines strukturierten Auditberichts vorgelegt. In diesem Bericht werden gegebenenfalls Empfehlungen benannt, die zur kontinuierlichen Verbesserung führen sollen. Gegebenenfalls werden Abweichungen vorgetragen, die zu erforderlichen Korrekturmaßnahmen führen.

In den drei bisherigen Hygieneaudits wurden Empfehlungen ausgesprochen. Bislang festgestellte Abweichungen wurden als unkritisch eingestuft. In allen Fällen konnte bzw. kann bestätigt werden, dass die Hygienegrundsätze im Sinne § 29 Bremisches Krankenhausgesetz eingehalten werden.

- c) Wann plant der Senat, diese Ergebnisse wie angekündigt zu veröffentlichen?

Die Auditergebnisse werden den jeweiligen Krankenhäusern nach erster Rückmeldung im Auditabschlussgespräch in Form eines strukturierten Auditberichts zur Verfügung gestellt. Diese bisher geübte und auch in anderen Auditsystemen übliche Verfahrensweise stellt sicher, dass die erforderliche und auf Vertraulichkeit basierende Offenheit während des Audits vor Ort geschaffen wird und erhalten bleibt. Siehe auch die Antwort zu Frage 2 b.

Der Senat plant eine zusammenfassende Darstellung der Auditergebnisse nach Durchlauf eines kompletten Auditzyklus. Dies wird voraussichtlich erstmals in 2016 erfolgen.

- d) Wann plant der Senat die bisherigen Regelbegehungen durch die Gesundheitsämter wie angekündigt durch die Hygieneaudits zu ersetzen?

Die bisher durchgeführten Probeaudits sollen nach Fertigstellung des letzten Auditberichts und erfolgter Rückmeldung aus den Krankenhäusern im Juni/Juli 2014 evaluiert werden.

Danach wird die Auditplanung für die Krankenhäuser in Bremen und Bremerhaven für das zweite Halbjahr 2014 und das Kalenderjahr 2015 vom Gesundheitsamt Bremen erstellt. Die ersten regulären Hygieneaudits werden somit im zweiten Halbjahr 2014 stattfinden, sobald die dafür erforderlichen Ressourcen vollständig zur Verfügung stehen.

7. a) In welchen Krankenhäusern im Land Bremen ist derzeit ein Krankenhaushygieniker in Vollzeit beschäftigt?

Aus einer Abfrage von Hygienefachpersonal in den bremischen Krankenhäusern von 2013 ist ersichtlich, dass kein Krankenhaus einen Krankenhaushygieniker in Vollzeit für sich zur Verfügung hat. Den Kliniken der Gesundheit Nord stehen insgesamt ein Krankenhaushygieniker sowie ein Biologe/Mikrobiologe zur Verfügung; beide beraten darüber hinaus weitere Krankenhäuser in Bremen. Ein weiterer Teil der Bremer Krankenhäuser hat aufgrund bisher erfolgloser Stellenausschreibungen Beraterverträge mit externen Krankenhaushygienikern geschlossen; drei dieser Krankenhäuser haben einen Facharzt für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie und ärztlichen Leiter eines großen Bremer Labors unter Vertrag.

- b) Welche weiteren Hygienefachkräfte sind in den Kliniken im Land Bremen derzeit mit welchem Beschäftigungsumfang tätig?

Aus 2013 liegen dem Senat Beschäftigungszahlen weiterer Hygienefachkräfte aller Krankenhäuser gemäß den Empfehlungen der KRINKO vor. Diese liegen in Abhängigkeit der Krankenhäuser zwischen 0,25 bis 4,75 Vollzeitkräften. Nach Erkenntnis des Senators für Gesundheit planten zu diesem Zeitpunkt elf Krankenhäuser weitere Hygienekräfte anzustellen, teilweise befanden sich diese bereits in der Weiterbildung.

Die Feststellung der Anzahl der Hygienefachkräfte je Krankenhaus ist beständiger Prüfinhalt der seit 2013 durchgeführten Hygieneaudits.

Am Bildungszentrum des Klinikums Bremen Mitte (IBF) wird seit 2013 erstmals in Bremen die Weiterbildung zur Hygienefachkraft angeboten. Ende 2014 werden elf Fachkräfte den ersten Kurs (mit vier Modulen) abschließen, 2015 weitere sieben Fachkräfte. Weitere Kurse werden folgen.

- c) Welcher organisatorische Rahmen ist bisher vom Senat zum Austausch aller Krankenhaushygieniker in Bremen geschaffen worden?

Die ortsansässigen Krankenhaushygieniker tauschen sich an dem vom Gesundheitsressort geleiteten runden Tisch des MRE-Netzwerkes aus und sind in Arbeitsgruppen desselben aktiv. Überregional tauschen sie sich in Eigenregie regelmäßig sowie im Rahmen von Fachtagungen und Fortbildungen aus.

8. Welche Praxen, in denen im Land Bremen ambulante Eingriffe vorgenommen wurden, welche ambulanten OP-Zentren, Dialysepraxen und Rettungswachen wurden seit März 2012 wie oft vom Gesundheitsamt begangen? Welche Konsequenzen wurden durch eventuell festgestellte Mängel von behördlicher Seite gezogen? Wie oft plant der Senat zukünftig Begehungen von Praxen, in denen ambulante Eingriffe durchgeführt werden, von ambulanten OP-Zentren, von Dialysepraxen und von Rettungswachen durchzuführen?

Das Gesundheitsamt Bremen hat seit März 2012 drei Praxen für ambulantes Operieren und 20 Rettungswachen begangen. Die Begehung von Dialysepraxen erfolgte anlassbezogen.

Insgesamt 14 Begehungen wurden vom Gesundheitsamt Bremerhaven seit März 2012 in Form von routinemäßigen Begehungen (geplante Hygienekontrolle) und anlassbezogenen Begehungen (Bauplanungen und -abnahmen bzw. wesentliche Änderungen) in Einrichtungen mit ambulanten Eingriffen, Dialysepraxen sowie der Rettungswache durchgeführt.

Bei den Begehungen vom Gesundheitsamt Bremen wurden Empfehlungen ausgesprochen; festgestellte Mängel waren unkritisch. Die betreffenden Einrichtungen wurden mündlich und schriftlich aufgefordert, die Mängel zeitnah zu beheben. Bei Bedarf wurden Nachbegehungen durchgeführt.

Die bei den Begehungen des Gesundheitsamtes Bremerhaven angesprochenen notwendigen Korrekturen gingen dabei über den Charakter einer Empfehlung nicht hinaus.

Die Überwachung von Einrichtungen wird seit 2014 durch ausgewiesene Jahresplanungen der Gesundheitsämter dargestellt und dem Ressort vorgelegt. Die Jahresplanungen werden im Rahmen der Ausübung der Fachaufsicht des Ressorts bei dem vierteljährlich stattfindenden Jour fixe Infektionsschutz mit den Gesundheitsämtern regelmäßig abgefragt und inhaltlich erörtert.

Die Jahresplanungen der Gesundheitsämter basieren auf einer risikoadaptierten Einstufung der zu überwachenden Einrichtungen in solche mit hohem, mittlerem und geringem Infektionsrisiko. Die risikoadaptierte Einstufung wurde vom Ressort in Abstimmung mit den Gesundheitsämtern unter Berücksichtigung von Empfehlungen von Fachgremien bzw. der Vorgehensweise anderer Länder (in Ermangelung einer bundeseinheitlichen Empfehlung) erstellt und dient der umsichtigen Einhaltung von Überwachungsaufgaben angesichts knapper werdender Ressourcen. Einrichtungen mit hohem Infektionsrisiko werden entsprechend vorrangig von den Gesundheitsämtern überwacht. Grundsätzlich sind für

die Überwachung je nach Infektionsrisiko Zeitintervalle zwischen zwei und vier Jahren üblich. Unabhängig davon begehen die Gesundheitsämter die Einrichtungen anlassbezogen, z. B. bei Vorliegen von Beschwerden.

Für das Jahr 2014 plant das Gesundheitsamt Bremen unter anderem Begehungen von 30 (von ca. 100) Praxen für ambulantes Operieren, drei (von sechs) Dialysepraxen und fünf (von 17) Rettungswachen.

Das Gesundheitsamt Bremerhaven hat in seiner Jahresplanung für 2014 unter anderem die routinemäßige Begehung von zwei (von fünf) ambulanten OP-Zentren aufgenommen. Die routinemäßige Begehung von Dialysepraxen sind für die Jahresplanung 2015 vorgesehen, wie auch die routinemäßige Begehung der im Jahr 2013 begangenen Rettungswache.

9. Wie bewertet der Senat die Einführung einer Beweislastumkehr zugunsten der Kostenträger und Patienten, wenn nach einem ambulanten bzw. stationären Eingriff Folgebehandlungen durch eine multiresistente Infektion notwendig werden?

Gegen eine allgemeine Beweislastumkehr für Schadensersatzansprüche bei einer Infektion mit multiresistenten Keimen im Krankenhaus sprechen folgende Gründe:

Grundsätzlich ist derjenige, der den Anspruch stellt, hier also der Patient, beweispflichtig für schadensursächliche Behandlungsfehler. Er müsste bei einer solchen Infektion beweisen, dass es in dem Krankenhaus zu schuldhaften Verstößen gegen Hygienestandards gekommen ist, auf denen die Infektion beruht. Nach der Rechtsprechung hat aber der Anspruchsgegner die Darlegungs- und Beweislast dafür, dass ein Verschulden nicht vorliegt, wenn es um Risiken geht, die durch den Klinikbetrieb gesetzt und durch sachgerechte Organisation und Koordinierung des Behandlungsgeschehens objektiv voll beherrschbar sind (Bundesgerichtshof, Urteil vom 20. März 2007 VI ZR 158/06). Bei Infektionen hat dementsprechend der Anspruchsgegner zu beweisen, dass ein Pflichtverstoß nicht vorliegt, wenn feststeht, dass diese Infektion aus einem voll beherrschbaren Bereich herrührt.

Eine weitergehende Beweiserleichterung im Fall von Infektionen hat die Rechtsprechung abgelehnt, weil es absolute Keimfreiheit nicht geben kann und ein absoluter Schutz vor Infektionen nicht möglich ist (OLG Sachsen-Anhalt, Urteil vom 12. Juni 2012 1 U 119/11)

Daher gehören Keimübertragungen, die sich aus nicht beherrschbaren Gründen und trotz Einhaltung der gebotenen Hygienestandards ereignen, zum entschädigungslos bleibenden Risiko des Patienten (BGH a. a. O.).

Diese Rechtsprechung hat nunmehr ihren Niederschlag gefunden in § 630h BGB, eingefügt durch das Patientenrechtegesetz vom 20. Februar 2013 (BGBl. I S. 277), wonach ein Fehler des Behandlenden vermutet wird, wenn sich ein allgemeines Behandlungsrisiko verwirklicht hat, das für den Behandlenden voll beherrschbar war und zu einer Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit geführt hat. In diesen Fällen gibt es also eine Beweislastumkehr zugunsten des Patienten. Liegt ein solcher Fall jedoch nicht vor, trägt der Patient die Beweislast.

Entgegen der Rechtsprechung und des § 630h BGB eine weitergehende Beweislastumkehr bei einer Infektion mit multiresistenten Keimen einzuführen, wäre aus der Sicht des Senats systemwidrig und nach den Grundsätzen der Rechtsprechung, die zu der Regelung des § 630h BGB geführt haben, nicht zu rechtfertigen.

10. a) Wie bewertet der Senat die Bündelung und Vernetzung bisher bestehender Aktivitäten zur Eindämmung von multiresistenten Keiminfektionen, wie es im Rahmen der niedersächsischen Antibiotikastrategie geschieht?

Eine Bündelung und Vernetzung von Aktivitäten zur Eindämmung von multiresistenten Erregern ist in einem Flächenland wie Niedersachsen eine sinnvolle Maßnahme. Im Land Bremen sind die Aktivitäten durch das MRE-Netzwerk Bremen mit den entsprechenden Vorgaben sowie durch die lan-

desspezifische Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen (HygInfVO) in Verbindung mit den gesetzlichen Forderungen des Infektionsschutzgesetzes ausreichend gebündelt und übersichtlich dargestellt. Diese Maßnahmen werden durch die jährlichen Infektionsberichte der Krankenhäuser einschließlich der Antibiotikaresistenzen für das Gesundheitsamt und die Gesundheitsbehörde gemäß HygInfVO transparent dargestellt und geprüft. Ergänzend können die Gesundheitsämter bei den zweijährlich stattfindenden Hygieneaudits die Berichte und auch aktuelle Infektionsdaten der Kliniken einsehen.

- b) Plant der Senat, eine eigene Antibiotikastrategie einzuführen?

Eine eigene Antibiotikastrategie über die genannten Maßnahmen hinaus ist aus Sicht des Senats nicht notwendig und daher nicht geplant.

- c) Welche Kooperation besteht bisher mit Niedersachsen bei der Bekämpfung von multiresistenten Keimen?

Siehe Antwort zu Frage 3 b).

11. Welche Möglichkeiten sieht der Senat im Rahmen einer Datenbank/eines Internetportals über den Krankenhausbereich hinaus alle Ausbrüche zu dokumentieren, zu bündeln und sie der Öffentlichkeit zugänglich zu machen, um so für mehr Transparenz zu sorgen?

In gebündelter Form erfolgt bereits eine öffentlich zugängliche Berichterstattung durch das jährliche Infoblatt des Gesundheitsamts Bremen. Zuletzt wurde im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung das GBE-Info „Meldepflichtige Infektionskrankheiten in Bremen 2013“ herausgegeben. Das Blatt ist im Internet auf der Webseite des GAB veröffentlicht (http://www.gesundheitsamt.bremen.de/sixcms/media.php/13/3_GBE-INFO_Infektionskrankheiten_2013_gs.pdf).

12. a) Welche Maßnahmen hat der Senat bisher getroffen, um die Öffentlichkeit auf die Gefahren von multiresistenten Keimen und verstärktem Antibiotikaeinsatz hinzuweisen?

Interessierte Bürgerinnen und Bürger haben verschiedene Möglichkeiten, sich über die Gefahren, die von multiresistenten Keimen und verstärktem Antibiotikaeinsatz ausgehen, zu informieren. Erwähnenswert sind in diesem Zusammenhang Broschüren des MRE-Netzwerks zu MRSA bzw. ESBL/MRGN für Betroffene und Angehörige. Auch die Webseite des MRE-Netzwerks bietet Informationen und eine zusätzliche Möglichkeit die Broschüren des Netzwerks einzusehen bzw. herunterzuladen. Das Netzwerk verweist darüber hinaus auch auf Informationen anderer Anbieter (z. B. das Robert-Koch-Institut). Die Krankenhäuser geben zusätzlich eigene Informationen an Patienten und Angehörige aus.

- b) Wie werden niedergelassene Ärzte, Mitarbeiter von Alten- und Pflegeeinrichtungen und von Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen sowie Mitarbeiter ambulanter Pflegedienste und Rettungs- und Krankentransportdienstleistern für das Themenfeld sensibilisiert?

Für (medizinisches) Fachpersonal stehen ebenfalls Broschüren und Handlungsempfehlungen seitens des MRE-Netzwerks bereit. Ärztliche Mitarbeiter des ÖGD und der Netzwerkkoordinator informieren z. B. durch Vorträge das Fachpersonal verschiedener Einrichtungen. In den vergangenen Jahren wurden zahlreiche Fortbildungsveranstaltungen durch das Netzwerk durchgeführt. In den genannten Einrichtungen werden diese sensiblen Themen regelmäßig aufgegriffen und die Erkenntnisse werden in Form auch interner Fortbildungsveranstaltungen vermittelt.

- c) Liegen Informationen für Patienten und deren Angehörige, wie in anderen Bundesländern, in verschiedenen Sprachen vor?

Es liegen keine Informationen in verschiedenen Sprachen vor, da die hierfür notwendigen finanziellen Ressourcen nicht verfügbar sind.

- d) Welche Informationen sind in den schulischen Lehrplänen zum Thema multiresistente Keime vorgesehen?

Das Thema „Multiresistente Keime“ wird in den Bildungsgängen der allgemeinbildenden sowie der berufsbildenden Schulen laut entsprechenden Lehrplänen behandelt. Z. B. werden in der Fachoberschule (FOS) im Jahrgang 11 die Schülerinnen und Schüler entsprechend vorbereitet, da sie ihr Praktikum in Krankenhäusern und Altenheimen absolvieren. Im Rahmen von Vorbereitung von Hygiene und Verhalten im Krankenhausalltag ist das Thema vorgesehen. Einige Krankenhäuser verpflichten die Schülerinnen und Schüler darüber hinaus zu einer jeweils hauseigenen Hygienefortbildung.

In anderen Bildungsgängen ist das Thema nicht explizit erwähnt. Es findet jedoch auch hier Platz, so z. B. in den Bildungsplänen Naturwissenschaften/Biologie, Jahrgang 9/10, unter „Immunität und Immunisierung“ und „körperfremde Stoffe“ oder es kann auch im Bildungsplan für das Gymnasium Jahrgang 7/8 im Themenbereich „Körperleistung und Gesunderhaltung“ behandelt werden. Dies obliegt dem vorgesehenen internen Curriculum der Einzelschule.