

Mitteilung des Senats vom 27. September 2016

Kampf gegen antibiotikaresistente Keime im Land Bremen?

Die Fraktion der CDU hat unter Drucksache 19/689 eine Große Anfrage zu obigem Thema an den Senat gerichtet.

Der Senat beantwortet die vorgenannte Große Anfrage wie folgt:

1. a) Wie viele Fälle von multiresistenten Keiminfektionen und -besiedlungen wurden dem Senat 2014 bis 2016 im Rahmen der gesetzlichen Meldepflichten jeweils bekannt?

Für Einzelfälle von Infektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) besteht nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) keine allgemeine gesetzliche Meldepflicht. Eine Ausnahme bildet die gesetzliche Meldepflicht für Labore beim Nachweis von methicillinresistenten *Staphylococcus aureus* (MRSA) aus Blut oder Hirnwasser (Liquor).

Infektionen und Besiedlungen mit bestimmten multiresistenten Erregern sind erst seit Inkrafttreten der IfSG-Meldepflicht-Anpassungsverordnung vom 18. März 2016 in besonderen Fällen (Nachweis der Gattungen *Enterobacteriaceae* und *Acinetobacter* mit einer sogenannten Carbapenem-Resistenz) meldepflichtig.

Demnach wurden in den Jahren 2014 bis 2016 folgende Infektionen im Land Bremen gemeldet und über das Landeskompetenzzentrum (LKZ) am Gesundheitsamt Bremen (GAB) an das Robert Koch-Institut (RKI) übermittelt:

Bremen

	MRSA (Blut und Liquor)	Citrobacter freundii ESBL	Klebsiella pneumoniae 3 MRGN	Klebsiella pneumoniae 4 MRGN	Enterobacter cloacae 4 MRGN	Citrobacter freundii 4 MRGN	Serratia marcescens 4 MRGN
2014	15	2 ^{a)}	2a)	0	0	0	0
2015	19	0	0	0	0	0	0
2016*)	6	0	0	1	2b)	1	3c)

*) Stand 29. August 2016.

a) In zeitlichem und räumlichem Zusammenhang (entsprechend der Definition für eine Häufung gemäß IfSG).

b) Davon eine als Aufnahmegrund für Hospitalisierung (keine Häufung gemäß IfSG).

c) Davon zwei in zeitlichem und räumlichem Zusammenhang (entsprechend der Definition für eine Häufung gemäß IfSG).

Bremerhaven

	MRSA (Blut und Liquor)	Acineto- bacter baumannii 4 MRGN	Pseudo- monas 4 MRGN
2014	0	0	0
2015	2	0	0
2016*)	1	1	1

*) Stand 29. August 2016.

- b) Welche unterschiedlichen Keime lagen dabei vor?

Siehe Antwort zu Frage 1a

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

Als gehäuftes Auftreten wird gemäß IfSG das Vorliegen von zwei oder mehr Infektionen im zeitlichen und räumlichen Zusammenhang verstanden.

Ein gehäuftes Auftreten von Infektionen mit multiresistenten Erregern wurde in den Jahren 2014 bis 2016 in drei Fällen gemeldet (alle Stadtgemeinde Bremen), bei denen jeweils zwei Patienten betroffen waren (siehe Tabelle, Antwort 1a) mit Fußnoten).

2. a) Welche Krankenhäuser im Land Bremen nehmen bisher ein freiwilliges Aufnahmescreening welcher Patientengruppen in welchen Abteilungen vor einer stationären Aufnahme vor?

Freiwilliges Aufnahmescreening der Krankenhäuser

Alle bremischen Krankenhäuser sind Mitglied im MRE-Netzwerk Land Bremen und haben sich seit 2009 freiwillig verpflichtet, im Rahmen der Aufnahme von Patientinnen und Patienten ein MRSA-Screening gemäß den Anforderungen des MRE-Netzwerks festzulegen. Daten zum Screening werden jährlich von den Krankenhäusern dem Qualitätsbüro Bremen bei der Bremischen Krankenhausgesellschaft (HBKG) übermittelt und dort ausgewertet. Die MRSA-Screening-Anforderungen für teilnehmende Krankenhäuser sind schriftlich festgelegt. Sie basieren auf einer Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) und gehen in Details darüber hinaus oder sind auf bremische Verhältnisse angepasst. Die Daten werden krankenhauses- und nicht abteilungsbezogen erhoben.

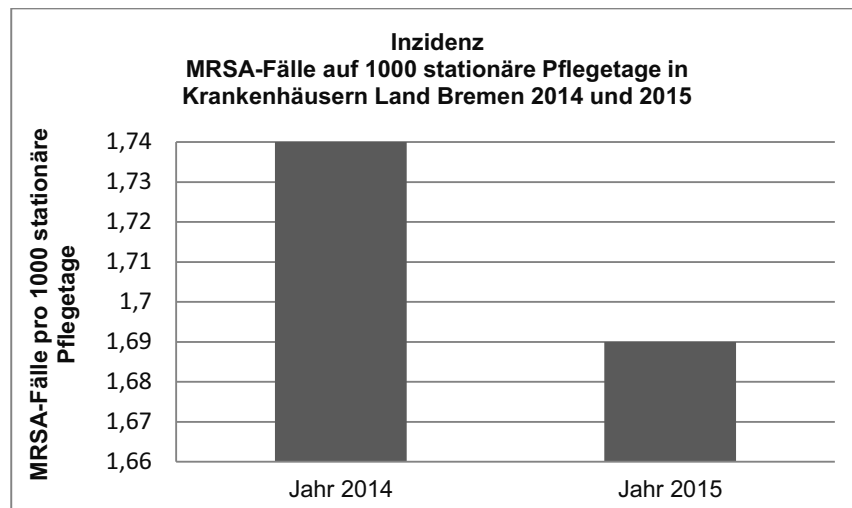
Ambulantes Screening vor stationärer Aufnahme

Dem Senat ist eine weitere freiwillige MRSA-Screening-Initiative des Roten Kreuz Krankenhauses (RKK) zur ambulanten Behandlung (Sanierung) von Patientinnen und Patienten mit MRSA, die Träger von MRSA-Keimen sind und die ein künstliches Gelenk oder eine Gefäßprothese eingesetzt bekommen sollen, bekannt. Über dieses noch laufende Pilotprojekt hinaus sind nach Angaben der HBKG keine weiteren Projekte bekannt.

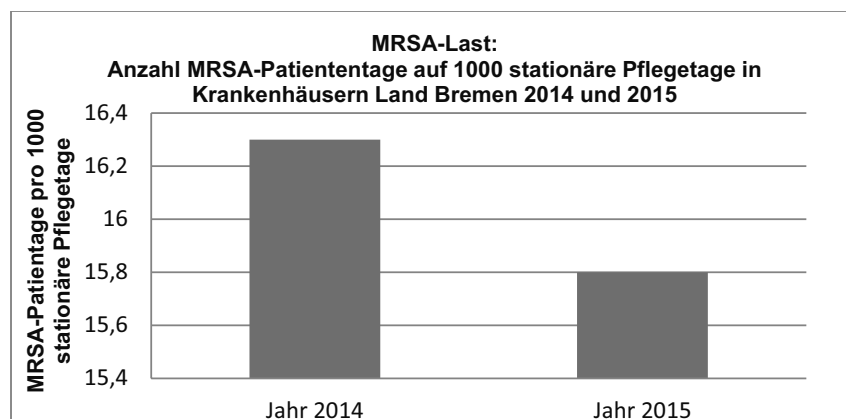
- b) Welche Ergebnisse haben diese freiwilligen Untersuchungen vor der Aufnahme in die Krankenhäuser seit 2014 erbracht?

Ergebnisse aus dem freiwilligen Aufnahmescreening der Krankenhäuser

Im Vergleich zu 2014 ist in 2015 in den Krankenhäusern des Landes Bremen die Anzahl der identifizierten MRSA-Fälle (Inzidenz) von 1,74 pro 1 000 stationärer Pflegetage auf 1,69 gesunken. Das bedeutet, dass im Land Bremen in 2015 tendenziell eher weniger MRSA-Patienten stationär aufgenommen bzw. behandelt wurden.



Zur MRSA-Last, also der Anzahl der MRSA-Patiententage auf 1 000 stationäre Pfl egetage, wurden ebenfalls Daten von Bremer Krankenhäusern übermittelt. Die MRSA-Last in 2015 ist im Vergleich zu 2014 entsprechend von 16,3 auf 15,8 im Jahr 2015 gefallen. Daraus lässt sich schließen, dass die Krankenhäuser in 2015 weniger Pfl egetage mit MRSA-Patienten zu verzeichnen hatten.



Ergebnisse aus dem ambulanten Screening vor stationärer Aufnahme (RKK) liegen dem Senat bisher nicht vor.

- c) Wie viele Nasenabstriche wurden gemacht?

Gemäß den Angaben der Bremer Krankenhäuser wurden für 2014 75 982 Nasenabstriche durchgeführt, 2015: 85 084; damit sind im Vergleich zu 2014 knapp 11 % mehr Abstriche auf MRSA durchgeführt worden.

- d) Wie viel Prozent der Patientinnen und Patienten wurden davon erfasst?

Die Information über eine relative Rate zu den Nasenabstrichen liegt nicht vor.

- e) Wie viel Prozent der gescreenten Personen waren vor Aufnahme in die Kliniken jeweils „positiv“ (bitte aufgeschlüsselt nach Kliniken)?

Diese Informationen werden im Rahmen des MRSA-Netzwerks nicht erhoben und liegen dem Qualitätsbüro Bremen nicht vor.

Obwohl die Krankenhäuser vermehrt Nasenabstriche durchführen, ist keine proportionale Zunahme der MRSA-Fälle zu verzeichnen.

3. a) In welchen Häusern stehen in welchen Abteilungen jeweils wie viele Isolationsbetten zur MRSA-Sanierung und -Isolation zur Verfügung?

Nach Angaben der Bremischen Krankenhausgesellschaft (HBKG) verfügen alle Mitgliedshäuser über ein bis zwei Zimmer in den Abteilungen, die primär als Einzelzimmer konzipiert sind. Diese werden bevorzugt für die Isolierung von Patienten mit multiresistenten Erregern belegt. Hierbei handelt es sich aber nicht ausschließlich um MRSA-Patienten.

Sollte darüber hinaus die Notwendigkeit bestehen, MRSA-Patienten zu isolieren, werden die entsprechenden Patienten einzeln in einem Zwei- bzw. Drei-Bett-Zimmer isoliert. Es können in allen Krankenhäusern die Isoliermöglichkeiten jederzeit dem Bedarf angepasst werden.

Bei diesem Vorgehen richten sich alle befragten Krankenhäuser streng nach den geltenden Empfehlungen der KRINKO und des MRE-Netzwerks Bremen.

- b) Wie ist in den jeweiligen Häusern die Auslastung dieser Betten zu beurteilen (bitte aufgeschlüsselt nach Kliniken)?

Isolierbetten bzw. -zimmer werden je nach Bedarf vorbereitet bzw. zur Verfügung gestellt.

Zur Auslastung sind keine Daten verfügbar (siehe auch Antwort zu Frage 3a).

4. a) Welche Konsequenzen ergeben sich nach einer „positiven“ Testung auf MRSA für die Patientinnen und Patienten?

Bei Nachweis von MRSA erfolgen durch die Krankenhäuser Maßnahmen gemäß der relevanten RKI-Empfehlung im Sinne einer bestmöglichen Isolierung der Patienten bis hin zur gegebenenfalls erforderlichen Sperrung von Betten (siehe auch Antwort zu Frage 3a) und b)). Für die Information Betroffener und Angehöriger stehen in den Krankenhäusern Informationsbroschüren des Netzwerks zur Verfügung, die in die Aufklärungsarbeit eingebunden werden.

- b) Wie erfolgt in der Regel wo die Sanierung, und wer trägt dafür die Kosten?

Die MRSA-Sanierung wird in der Regel im Krankenhaus begonnen und bis zur Entlassung fortgesetzt. Nach der Entlassung kann die Sanierung im ambulanten Bereich abgeschlossen bzw. Sanierungsmaßnahmen können wiederholt durchgeführt werden. Dazu hat das bremische Netzwerk das sogenannte Bremer Sanierungsschema (u. a. Sanierungsplan für den behandelnden Arzt) erarbeitet und zur Verfügung gestellt. Die im Krankenhaus begonnene Sanierung wird dem Krankenhaus lediglich im Rahmen der DRG-Fallpauschalen (diagnosebezogene Fallgruppen) vergütet. Im niedergelassenen Bereich erhalten MRSA-zertifizierte Ärzte über eine spezielle Vergütungsvereinbarung eine Kostenerstattung für die ärztlich erbrachte Leistung einschließlich der Diagnostik außerhalb des Budgets. Die Kosten für die MRSA-Sanierungskits werden nach Kenntnis des Senats bundesweit in der Regel nicht von Krankenkassen übernommen.

- c) Wie werden nahe Angehörige auf die Gefahr hingewiesen, dass sie ebenfalls besiedelt sein könnten (bitte aufgeschlüsselt nach Kliniken)?

Patientinnen und Patienten und deren nahe Angehörige werden in der Regel durch Krankenhauspersonal über die Bedeutung der Erreger, z. B. mit Unterstützung der Broschüren für Betroffene und Angehörige des MRE-Netzwerks, informiert. Einige der Krankenhäuser haben dazu die MRSA-Broschüre des Netzwerks mit einem zusätzlichen Einband versehen oder individuell ergänzende Merkblätter bzw. Hinweise erstellt. Aufgrund der unterschiedlichen Patientenstruktur der bremischen Krankenhäuser und der speziellen Situation des Patienten erfolgen die Hinweise für Angehörige recht individuell. Deshalb liegen keine nach Kliniken aufgeschlüsselten Informationen vor. Nahe Angehörige, die Patientenbesuche im Krankenhaus vornehmen, werden bereits vor Betreten der Patientenzimmer hinsichtlich der erforderlichen Verhaltensmaßnahmen informiert.

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

Vertreterinnen und Vertreter der Ärztekammer Bremen und der KV Bremen sind zu den regelmäßig stattfindenden Sitzungen des runden Tisches des MRE-Netzwerks eingeladen. Weiterhin nehmen Vertreterinnen und Vertreter dieser Institutionen bedarfsorientiert zur Einbindung des ambulanten Sektors an Sitzungen des Lenkungsausschusses teil.

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der senatorischen Dienststelle und der Gesundheitsämter haben in Informationsveranstaltungen, z. B. für sogenannte bremische Ärztenetze, Symposien und Foren zu MRSA und Antibiotikaresistenz viele niedergelassene Ärzte fortgebildet. Eine verstärkte Einbeziehung des niedergelassenen Sektors wird mit Unterstützung der Ärztekammer und der niedergelassenen Ärzte geplant. Auch die in Bremen tätigen Fachärzte für Laboratoriumsmedizin sind ausnahmslos mit ihren Laboratorien Mitglied im bremischen Netzwerk und vermitteln für ihre niedergelassenen Kunden in Form von Fachfortbildungen die Thematik. Da bundesweit die finanziellen Anreize für den niedergelassenen Sektor nicht ausreichend sind, ist das Interesse an umfangreichen Fachfortbildungen in dieser Zielgruppe beschränkt. Bremen hat sich deshalb nachhaltig als Mitantagsteller in der Gesundheitsministerkonferenz 2016 für diese Thematik eingesetzt (Titel des Antrags, der einstimmig angenommen wurde: „Probleme und Hindernisse bezüglich der Etablierung verbindlicher, bundesweiter Screening-Untersuchungen auf multiresistente Krankenhaus-erreger im ambulanten und stationären Bereich“).

- b) Welche konkreten Vereinbarungen wurden wann geschlossen?

Seitens des Bremer Netzwerks und somit auf regionaler Ebene wurden keine konkreten Vereinbarungen getroffen. Für zertifizierte Vertragsärzte besteht vereinbarungsgemäß seit April 2014 die Möglichkeit, ausgewählte Leistungen im Zusammenhang mit der MRSA-Sanierung und Testung abzurechnen. Seit dem 1. Juli 2016 gibt es in Fortführung der bestehenden Regelungen eine neue Qualitätssicherungsvereinbarung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zur Abrechnung von MRSA-Leistungen, sodass die Vergütung wie bisher zu festen Preisen und extrabudgetär erfolgt.

- c) Hat sich das Landesgremium nach § 90a bisher mit Fragen der besseren Zusammenarbeit zwischen ambulanten und stationären Versorgern im Land Bremen befasst, und wenn ja, mit welchen Ergebnissen und konkreten Empfehlungen?

Speziell bezogen auf das Thema „antibiotikaresistente Keime“ hat sich das Landesgremium nach § 90a bisher nicht mit Fragen der besseren Zusammenarbeit zwischen ambulanten und stationären Versorgern im Land Bremen befasst. Die Thematik wird bereits im MRE-Netzwerk von kompetenten Akteuren im Rahmen der Sitzungen des Lenkungsausschusses Krankenhäuser und am runden Tisch behandelt (siehe oben).

- d) Wie wurden diese Empfehlungen gegebenenfalls umgesetzt?

Da sich das Landesgremium nicht mit der Thematik befasst hat, liegen auch keine dementsprechenden Empfehlungen vor.

6. a) Welche Fortschritte sind bei der Vernetzung des Bremer MRE-Netzwerks mit Niedersachsen erzielt worden?

Da in der Region von Bremen in einigen niedersächsischen Gebieten keine regionalen MRSA- bzw. MRE-Netzwerke gebildet wurden, sind mittlerweile drei Krankenhäuser (Ameos Klinikum Seepark [Geestland], Klinik Lilienthal – Artemed Gruppe – [Lilienthal], Kreiskrankenhaus Osterholz [Osterholz-Scharmbeck]) durch Abgabe einer Selbstverpflichtungserklärung dem als Vorbild geltenden Bremer MRE-Netzwerk beigetreten und nehmen regelmäßig an Fachveranstaltungen (u. a. runder Tisch, Lenkungsausschuss Krankenhäuser) teil. Gelegentlich nehmen auch Vertreter der umliegenden niedersächsischen Gesundheitsämter an Sitzungen des runden Tisches teil.

Hierbei ist zu beachten, dass die niedersächsischen Krankenhäuser hinsichtlich der fachlichen Aufsicht niedersächsischen Behörden unter Anwendung niedersächsischen Landesrechts unterstehen. Die Erweiterung des Netzwerks um drei niedersächsische Krankenhäuser musste auch hinsichtlich der Datenmeldung und Auswertung sehr sensibel erfolgen. Auch hier gilt das Prinzip der anonymisierten Auswertung, sodass Rückschlüsse auf einzelne niedersächsische Häuser nicht möglich sind.

Die Zusammenarbeit in einem gemeinsamen Netzwerk über die Landesgrenzen hinaus innerhalb einer Region ist sehr sinnvoll und kommt durch den Informationsaustausch allen Versorgern und damit den Patienten in der gemeinsamen Region zugute.

Die Zusammenarbeit mit weiteren Netzwerken wird überregional durch das RKI anlässlich unregelmäßiger Treffen der Netzwerkkoordinatoren unterstützt. Im Rahmen weiterer Fachfortbildungen (z. B. Hygieneforen in Göttingen, Oldenburg oder Bremen) erfolgt ein Austausch insbesondere mit Kollegen aus benachbarten Netzwerken. Regelmäßige Kontakte bestehen zum niedersächsischen Landesgesundheitsamt (NLGA). Das NLGA betreibt in Niedersachsen ein „Metanetzwerk“ in Ergänzung zu mehreren kleineren regionalen Netzwerken. Dabei stehen insbesondere die länderübergreifende Zusammenarbeit und gegenseitige Einladung zu Fortbildungsveranstaltungen im Vordergrund.

- b) Welche Häuser aus Niedersachsen sind Mitglieder des MRE-Netzwerks?

Siehe Antwort zu Frage 6a).

- c) Wie erfolgt die Zusammenarbeit mit anderen Netzwerken?

Siehe Antwort zu Frage 6a).

7. a) Wie viele verpflichtende Hygiene-Audits sind seit 2014 im Land Bremen in welchen Häusern durchgeführt worden?

Seit 2014 sind im Land Bremen folgende Hygiene-Audits durchgeführt worden:

2014

1. Rotes-Kreuz-Krankenhaus (Probeaudit)	13. bis 14. Mai 2014
2. DIAKO (Probeaudit)	21. bis 24. Oktober 2014

2015

1. St.-Joseph-Stift	12. bis 14. Januar 2015
2. Klinikum Bremen-Nord	17. bis 20. März 2015
3. Roland-Klinik	20. bis 22. Mai 2015
4. Klinikum Bremen-Mitte	21. bis 25. September 2015
5. Klinikum Bremen-Ost	19. bis 22. Oktober 2015
6. AMEOS-Klinikum St. Joseph Bremerhaven	8. bis 10. Dezember 2015
7. AMEOS-Klinikum am Bürgerpark, Neonatologie, Standort Bremerhaven-Reinkenheide	16. Dezember 2015

2016

1. AMEOS-Klinikum Dr. Heines	4. bis 5. Februar 2016
2. Paracelsus-Klinik	25. bis 26. April 2016
3. AMEOS-Klinikum am Bürgerpark Bremerhaven	30. Mai bis 1. Juni 2016
4. Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide	29. August bis 1. September 2016

Anmerkung: Im Jahr 2013 haben bereits Probeaudits im Klinikum Links der Weser, im Rote-Kreuz-Krankenhaus und Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide stattgefunden.

- b) Welche Ergebnisse liegen dazu vor?

Die betroffenen Krankenhäuser haben im Rahmen des Auditabschlussgesprächs jeweils eine erste Rückmeldung über die Ergebnisse erhalten. Es wurden unkritische Abweichungen benannt, aus denen erforderliche Korrekturmaßnahmen resultieren. Kritische Abweichungen, die zu einem Nachaudit geführt hätten, wurden nicht ausgesprochen.

Die Ergebnisse wurden den Häusern in Form eines strukturierten Auditberichts vorgelegt. In diesen Berichten werden Empfehlungen ausgesprochen, die zur kontinuierlichen Verbesserung führen sollen. Die Umsetzung der Korrekturmaßnahmen und Empfehlungen wird dem Gesundheitsamt in einer strukturierten Checkliste berichtet.

In allen Fällen kann bestätigt werden, dass die Hygienegrundsätze im Sinne des Bremischen Krankenhausgesetzes eingehalten werden.

- c) Wann plant der Senat, diese Ergebnisse wie angekündigt wo 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. Eine allgemeine Berichterstattung des Gesundheitsamts an die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz über den ersten Auditzyklus ist in Vorbereitung. Die erste Veröffentlichung durch die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz ist für 2017 vorgesehen.

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

Seit der Änderung und Erweiterung der Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen (HygInfVO) in 2012 wurde die Beschäftigung von Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygienikern erheblich ausgeweitet. Nach Angaben der Bremischen Krankenhausgesellschaft (HBKG) werden in allen Krankenhäusern im Land Bremen entsprechend den Vorgaben der HygInfVO Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker eingesetzt.

Aufgrund des nach wie vor bestehenden bundesweit bekannten Engpasses von Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygienikern kommt es allerdings weiterhin zu Schwierigkeiten bei der Besetzung offener Stellen, aus diesem Grund wird in einigen Fällen noch auf Beratungsleistungen externer Hygienikerinnen und Hygieniker zurückgegriffen.

Vor diesem Hintergrund wird es nach Darstellung der HBKG schwierig sein, die in der HygInfVO vorgesehene Quote der Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker vollumfänglich bis zum 31. Dezember 2016 zu erreichen. Alle Länder haben aufgrund des allgemeinen Fachkräftemangels Probleme, genügend Hygienefachpersonal in medizinisch relevanten Einrichtungen wie Krankenhäusern, Tageskliniken, Rehaeinrichtungen und anderen einzustellen. Deshalb hat der Bund bereits reagiert und im IfSG die Frist entsprechend auf 31. Dezember 2019 verlängert.

Der Senat wird entsprechend eine Anpassung der Frist in der HygInfVO vornehmen.

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

Nach Angabe der HBKG ist die Anzahl der beschäftigten Hygienefachkräfte im Lauf der letzten Jahre deutlich angestiegen. Es werden in jedem Krankenhaus entsprechend der HygInfVO Hygienefachkräfte in einem Umfang von insgesamt ca. 30 Vollzeitkräften beschäftigt. Zum Vergleich: Vor Inkrafttreten der HygInfVO waren lediglich etwa 15 Hygienefachkräfte in den Krankenhäusern im Land Bremen eingesetzt.

In diesem Bereich wird daher von allen Krankenhäusern im Land Bremen laut Angabe der HBKG die HygInfVO vollumfänglich erfüllt.

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

Die in bzw. für bremische Krankenhäuser(n) tätigen Krankenhaushygieniker nehmen aktiv am runden Tisch des MRE-Netzwerks unter der Leitung der Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz teil und berichten in Fachvorträgen und -beiträgen über aktuelle Entwicklungen. Eine weitere fachliche Zusammenkunft der Krankenhaushygieniker erfolgt in 2016 von der Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz initiierten Lenkungsausschuss. Dort sind die Krankenhaushygieniker aller Krankenhäuser aus Bremen vertreten, tauschen sich aus und erörtern die Thematik mit den ärztlichen Leitungen und/oder Hygienefachpersonal (z. B. Hygienefachkräfte oder hygienebeauftragte Ärzte) der Krankenhäuser. In einer weiteren von einem Krankenhaushygieniker geleiteten Arbeitsgruppe des MRE-Netzwerks werden konkrete Hygienemaßnahmen oder -empfehlungen entwickelt bzw. abgesprochen.

- d) Hält der Senat die bestehende Personaldecke in diesem Bereich für ausreichend?

Siehe auch Antwort zu Frage 8a).

Nein. Bereits 2012 vor Inkrafttreten der Regelungen im Infektionsschutzgesetz war absehbar, dass die geforderte personelle Ausstattung aufgrund eines Fachkräftemangels voraussichtlich nicht zeitnah umgesetzt werden kann. Daher wurde mit einer Übergangsregelung bis 31. Dezember 2016 ermöglicht, fachlich geeignetes Personal einzusetzen, das die geforderte Qualifikation noch nicht erworben hat. Bremen hatte diese Fristen in der HygInfVO seinerzeit übernommen. Nun wurde diese Übergangsvorschrift

zur Gewinnung und Qualifizierung von Hygienefachpersonal im Infektionsschutzgesetz bis zum 31. Dezember 2019 verlängert, da, wie prognostiziert, die Bedarfszahlen bundesweit an ausgebildetem Fachpersonal noch lange nicht erreicht werden. Auch in Bremen steht trotz nachhaltiger Bemühungen noch nicht in allen Einrichtungen ausreichend Hygienefachpersonal mit geeigneter Qualifikation zur Verfügung. Dabei hat die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz die Schaffung bzw. Ausweitung von Qualifizierungsmaßnahmen unterstützt und auch insbesondere die Krankenhäuser haben sich in vielen Fällen nachweislich bemüht, die erforderlichen Zielzahlen zu erreichen.

Da die Zielzahlen noch nicht erreicht sind und somit die Personaldecke noch nicht in allen Bereichen und Häusern ausreichend ist, ist beabsichtigt, die Befristung in der HygInfVO den Vorgaben des IfSG in gleicher Weise anzupassen.

9. a) Welche Praxen, in denen im Land Bremen ambulante Eingriffe vorgenommen wurden, welche ambulanten OP-Zentren, Dialysepraxen und Rettungswachen wurden seit Juni 2014 wie oft vom Gesundheitsamt begangen?

Die Gesundheitsämter Bremen und Bremerhaven haben seit Juni 2014 Praxen für ambulantes Operieren, Rettungswachen und Dialysepraxen gemäß folgender Aufstellung begangen:

Bremen

	Ambulantes Operieren (Routine)	Ambulantes Operieren (anlassbezogen)	Dialysepraxen	Rettungswachen
2014	9	2	4	2
2015	9	0	1	2
2016*)	10	1	0	0

*) Stand 29. August 2016.

Bremerhaven

	Ambulantes Operieren (Routine)	Ambulantes Operieren (anlassbezogen)	Dialysepraxen	Rettungswachen
2014	0	1	0	1
2015	0	2	0	0
2016*)	3	0	0	0

*) Stand 29. August 2016.

Neben den geplanten Routinebegehungen erfolgten anlassbezogene Begehungen (Bauplanungen und -abnahmen bzw. wesentliche Änderungen).

- b) In wie vielen Fällen wurden Mängel festgestellt?
Siehe Antwort zu Frage 9c).
- c) Welche Konsequenzen wurden durch eventuell festgestellte Mängel von behördlicher Seite gezogen?
Bei den Begehungen der Gesundheitsämter Bremen und Bremerhaven wurden in Form strukturierter Berichte in allen Fällen unkritische Abweichungen benannt und Empfehlungen ausgesprochen, aus denen erforderliche Korrekturmaßnahmen resultieren.
- d) Wie wurde wann die Abstellung dieser Mängel und die Umsetzung von Empfehlungen kontrolliert?

Die Umsetzung der Korrekturmaßnahmen und Empfehlungen wird den Gesundheitsämtern von den begangenen Einrichtungen zurückgemeldet. Nachbegehungen waren nicht erforderlich.

Die Umsetzung wird im Zuge der nächsten Routinebegehung überprüft.

- e) 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?

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 abgefragt und inhaltlich erörtert. Dieses Verfahren hat sich bewährt und wird auch zukünftig beibehalten.

10. Welche Möglichkeiten sieht der Senat, im Rahmen einer benutzerfreundlichen Datenbank/eines Internetportals über den Krankenhausbereich hinaus alle Ausbrüche und Informationen über die Prävention und Bekämpfung von MRSA-Keimen patientenfreundlich zu dokumentieren, zu bündeln und sie der Öffentlichkeit zugänglich zu machen, um so für mehr Transparenz zu sorgen?

Die bremischen Krankenhäuser haben in den vergangenen Jahren Software zum Einsatz gebracht oder vergleichbare Maßnahmen ergriffen, die die Statistik und Analyse für alle Fragen der modernen Epidemiologie und Krankenhaushygiene betreffen. Unabhängig von Funktionen, die das Meldewesen nach dem IfSG unterstützen, verfügen die meisten dieser Programme über eine automatische Überwachung von Patienten mit kritischen Keimen.

Über den Krankenhausbereich hinaus veröffentlicht der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) Daten zu meldepflichtigen Infektionskrankheiten. Diese speziellen Informationen der Gesundheitsberichterstattung für meldepflichtige Infektionskrankheiten (u. a. auch zu MRSA-Infektionen) stehen beispielsweise zum Download auf der Webseite des Gesundheitsamts Bremen bereit. Die Gesundheitsämter in Bremen und Bremerhaven erstellen darüber hinaus Jahresberichte, die ebenfalls auf der jeweiligen Webseite der Gesundheitsämter einsehbar sind.

Der Senat beabsichtigt gegenwärtig nicht, eine Datenbank bzw. ein besonderes Internetportal für diese Fragestellung einzurichten, da die bisherigen Informationsmöglichkeiten als ausreichend betrachtet werden.

11. a) Welche Maßnahmen hat der Senat seit 2014 getroffen, um die Öffentlichkeit auf die Gefahren von multiresistenten Keimen und verstärktem Antibiotikaeinsatz hinzuweisen?

Die Seiten der Homepage des MRE-Netzwerks Bremen werden regelmäßig ergänzt und aktualisiert. Hier haben die Bremer Bürgerinnen und Bürger Gelegenheit, sich über den Umgang der bremischen Krankenhäuser und anderer Einrichtungen mit MRSA und anderen multiresistenten Erregern (MRE), insbesondere zum Screening, zu Hygienemaßnahmen und zu Sanierungsmöglichkeiten, zu informieren. Darüber hinaus gibt es in zahlreichen gedruckten und elektronischen Medien regelmäßig Informationen und neue Erkenntnisse zu MRSA und anderen MRE.

- 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?

Alle genannten Berufsgruppen sind am halbjährlich stattfindenden runden Tisch des MRE-Netzwerks Bremen vertreten. Hier werden neue Entwicklungen und Empfehlungen transportiert und in breiter Runde diskutiert. Der runde Tisch ist damit ein wichtiges Forum zum Austausch aller Beteiligten. In offenen Arbeitsgruppen werden berufsgruppen- und berufsfeldspezifische Themen zu MRE vertieft, die im Lenkungsausschuss in eine Empfehlung oder verbindliche Vereinbarung des Netzwerks münden. Das MRE-Netzwerk ist ein dynamisches Gremium, das fortlaufend neue Entwicklungen im Umgang mit MRE aufgreift und bearbeitet. Darüber hinaus werden die genannten Berufsgruppen im Rahmen der Überwachungstätigkeit für das Themenfeld sensibilisiert.

Bezüglich der regelmäßigen Schulungen für im Rettungsdienst Tätige sei auf die verpflichtende, mindestens dreijährliche Belehrung (Infektions-

schutzgesetz) gemäß Bremer Hilfeleistungsgesetz (§ 30 Abs. 3) verwiesen. Die geforderten Unterweisungsprotokolle liegen dem ärztlichen Leiter Rettungsdienst von einzelnen Leistungserbringern vor. Zusätzlich ist das Thema Hygiene im Stundenplan von Fortbildungen eingeschlossen.

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

Nach Angaben der Senatorin für Kinder und Bildung (siehe auch Antwort auf die Kleine Anfrage der Fraktion der CDU vom 20. Mai 2014) wird das Thema „Multiresistente Keime“ kontinuierlich in den Bildungsgängen der allgemeinbildenden sowie der berufsbildenden Schulen laut entsprechenden Lehrplänen behandelt. In der Fachoberschule (FOS) im Jahrgang 11 werden die Schülerinnen und Schüler entsprechend vorbereitet, da sie ihr Praktikum in Krankenhäusern und Altenheimen absolvieren. Auch 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 Hygiene- fortbildung.

In anderen Bildungsgängen ist das Thema nicht explizit erwähnt. Es findet jedoch auch hier Platz wie etwa in den Bildungsplänen Naturwissenschaften/Biologie, Jahrgänge 9/10, unter „Immunität und Immunisierung“ und „körperfremde Stoffe“ oder es kann auch im Bildungsplan für das Gymnasium, Jahrgänge 7/8, im Themenbereich „Körperleistung und Gesundheitserhaltung“ behandelt werden. Dies obliegt dem vorgesehenen internen Curriculum der Einzelschule. Die privaten Ergänzungsschulen für die Pflegeausbildungen, die außerhalb des Schulrechts sind und in der Zuständigkeit der Senatorin für Soziales (Altenpflege) bzw. der Senatorin für Gesundheit (alle anderen Gesundheitsfachberufe) liegen, behandeln ebenfalls das Thema Ursachen und Umgang mit multiresistenten Keimen.

12. a) Wie bewertet der Senat das Thema MRSA-Keime im Zusammenhang mit dem Zuzug von Flüchtlingen, z. B. aus dem Nahen Osten und aus Nordafrika, wo vielfach ausgeprägtere Resistenzen bestehen?

Nach Informationen des Robert Koch-Instituts (RKI) sind einzelne Berichte zu MRSA bei Asylsuchenden bekannt. Die Häufigkeit von MRSA bei Flüchtlingen liegt dem zufolge bei etwa 2 % und ist somit kaum erhöht im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung.

Allerdings weisen einzelne Publikationen darauf hin, dass die beschriebenen Gruppen von Asylsuchenden im Gegensatz zur Allgemeinbevölkerung in einem signifikant höheren Anteil mit anderen, nämlich mit bestimmten multiresistenten gramnegativen Keimen (MRGN), besiedelt sind. Vermutlich wurden die Erreger in medizinischen Einrichtungen der Herkunftsländer auf die Asylsuchenden übertragen.

Dies spielt vor allem bei der stationären Versorgung der Flüchtlinge eine Rolle. Der Senat hat darauf bereits entsprechend reagiert und im Rahmen des MRE-Netzwerks in 2015 eine Arbeitsgruppe von Infektionsexpertinnen und Infektionsexperten aus Krankenhäusern und Laboren gebeten, auf Basis der Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) im Umgang mit MRGN eine entsprechende Empfehlung für die bremischen Krankenhäuser zu erarbeiten (siehe zweiter Absatz der Antwort zu Frage 12b)).

Ein generelles Screening von Flüchtlingen auf multiresistente Keime bei Aufnahme in einer Unterkunft ist aus Sicht des RKI nach dem derzeitigen Kenntnisstand nicht angezeigt.

- b) Welche Maßnahmen hat der Senat vor diesem Hintergrund seit Beginn des Jahres 2015 getroffen?

Seit 2008 haben sich alle Krankenhäuser des Landes Bremen gegenüber dem MRE-Netzwerk Bremen selbstverpflichtet, ein standardisiertes Aufnahmescreening zum Nachweis von MRSA durchzuführen. Demnach sollen unter anderem alle Patientinnen und Patienten – und somit auch Flücht-

linge – mit einem Krankenhausaufenthalt im Ausland innerhalb der letzten zwölf Monate sowie Patientinnen und Patienten mit bekannter MRSA-Anamnese ein Aufnahmescreening erhalten.

Die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz wird im Rahmen der Netzwerkarbeit den Krankenhäusern zeitnah eine Fachempfehlung zu einem „Stationsschutzaufnahmescreening“ für MRGN zur Verfügung stellen. Dieses Screening verfolgt das Ziel, infektionsgefährdete Patientinnen und Patienten (bestimmter Stationen) zu schützen. Dazu beabsichtigt Bremen, Patientinnen und Patienten aus bestimmten Gebieten bzw. Ländern, in denen MRGN häufig vorkommen, bei der Aufnahme im Krankenhaus zu untersuchen, um entsprechend gezielt geeignete Hygienemaßnahmen anwenden zu können.

- c) Werden Flüchtlinge vor einer stationären Behandlung routinemäßig gescreent?

Siehe Antwort zu Frage 12b).

- d) Liegen Informationen über das Thema MRSA-Keime für Patienten und deren Angehörige wie in anderen Bundesländern in verschiedenen Sprachen vor?

Das Bremer MRE-Netzwerk hat u. a. eine Broschüre „MRSA – Informationen für Betroffene und Angehörige“ in deutscher Sprache erstellt, die in gedruckter Form und online zur Verfügung gestellt wird. Auf ein Angebot in anderen Sprachen wurde bisher in Anbetracht anderer elektronisch verfügbarer Informationsquellen verzichtet. Vergleichbare fremdsprachige Informationen für die MRSA-Thematik werden beispielweise von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in Zusammenarbeit mit dem Bundesverband der Ärztinnen und der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. auf der Webseite www.infektionsschutz.de in zahlreichen Sprachen (u. a. Arabisch und Türkisch) zur Verfügung gestellt. Krankenhausärzte können in diesem Zusammenhang unter bestimmten Voraussetzungen auch auf Videodolmetersysteme zurückgreifen, um Patienten und Angehörige aufzuklären.