

**Die Senatorin für Bildung, Wissenschaft
und Gesundheit**

Bremen, 27.04.2012

Bearbeitet von Matthias Christelsohn

Tel.: 361 - 59104

Lfd. Nr. L-39-18

**Vorlage
für die Sitzung
der staatlichen Deputation
für Gesundheit
am 8.05.2012**

Umsetzungsstand des Landesaktionsprogramms „Krankenhaushygiene“

A. Problem

In der Sitzung der staatlichen Deputation für Gesundheit vom 6.12.2011 wurde ein Konzept zur Initiierung des Landesaktionsprogramms Krankenhaushygiene vorgestellt. Das Landesaktionsprogramm umfasst 6 Maßnahmen, zu deren Umsetzungsstand hier berichtet wird.

B. Lösung

Erweiterung des MRSA-Netzwerkes

Weltweit ist eine stetige Zunahme von Resistenzen gegen Antibiotika festzustellen. Multiresistente Erreger breiten sich auch in Deutschland vor allem in Krankenhäusern und im ambulanten Bereich der medizinischen Versorgung aus. Besonders kritisch sind dabei Infektionen durch MRSA (Methicillin-resistente Staphylococcus aureus), für die es nur noch wenige Möglichkeiten der Antibiotikatherapie gibt. Bremen hat als eines der ersten Länder im Jahr 2008 mit dem Aufbau eines MRSA-Netzwerkes begonnen. Die Arbeit des „MRSA Netzwerk Land Bremen“ soll im Rahmen des in der Deputation am 6.12.2011 vorgestellten Landesaktionsprogramms

„Krankenhaushygiene“ auf andere relevante nosokomiale Infektionen ausgedehnt werden. Zudem ist „[...] neben der Betrachtung des stationären Sektors die Vernetzung mit dem ambulanten Sektor und den Einweisern, auch aus Niedersachsen, weiterzuentwickeln, um Träger von Antibiotika-resistenten Keimen möglichst frühzeitig aufzuspüren und Infektionsketten so bereits vor Klinikaufnahme vorzubeugen bzw. zu unterbinden.“ (Vorlage für die staatliche Deputation für Gesundheit am 6.12.2011, S.2)

Eine Unterarbeitsgruppe des Runden Tisches MRSA wird im 2. Quartal 2012 Vorgaben für die Ausweitung des MRSA-Netzwerks auf andere Erreger erarbeiten. Im Vordergrund steht die Fragestellung, welche weiteren Keime für die Bearbeitung durch das Netzwerk relevant und welche Maßnahmen geeignet sind, das Auftreten dieser Keime einzudämmen. In der Folge werden Informationsschriften für die Fachöffentlichkeit, Betroffene und Angehörige erarbeitet.

Zahlreiche Patientinnen bzw. Patienten aus den umliegenden Landkreisen werden in bremischen Krankenhäusern behandelt. Insofern ist die räumliche Erweiterung des bremischen Netzwerks sehr sinnvoll. Die Gesundheitsämter der Landkreise Osterholz und Diepholz haben Interesse an einer Kooperation mit dem bremischen Netzwerk bekundet. Erste Gespräche mit den Gesundheitsämtern haben stattgefunden.

Beteiligung der Krankenkassen an den Behandlungskosten für nosokomiale Infektionen im ambulanten Bereich

Mit Ergänzung des § 87 SGB V wurde auf Bundesebene zum 1. April 2012 eine Vergütungsvereinbarung für die ärztliche Leistungsabbildung bei der Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie von MRSA-besiedelten und MRSA-infizierten Patientinnen bzw. Patienten sowie Risikopatientinnen bzw. Risikopatienten neu eingeführt. Damit konnte zwar eine wesentliche Lücke bei der Bekämpfung von MRSA-Infektionen geschlossen werden, allerdings erfolgt die Kostenübernahme durch die Krankenkassen nur unter eingeschränkten Bedingungen und nicht alle notwendigen Maßnahmen werden im erforderlichen Umfang finanziert. So dürfen einige der Gebührenordnungspositionen nur von Ärztinnen bzw. Ärzten berechnet werden, denen eine Genehmigung nach zertifizierter Fortbildung erteilt wurde. Eini-

ge der Leistungen sind nur bei MRSA-Risikopatientinnen bzw. Risikopatienten abrechnungsfähig, die zuvor in den letzten 6 Monaten an mindestens 4 aufeinanderfolgenden Tagen stationär behandelt wurden.

Die neuen Vergütungsvereinbarungen für Leistungen zur Prävention, Diagnostik und Behandlung von Infektionen mit MRSA sind zunächst bis zum 31. März 2014 befristet. Der Gesetzgeber hat für das Jahr 2014 eine Evaluierung der Maßnahmen vorgesehen.

Ein positives Beispiel für Bremen ist in diesem Kontext das am 21. März 2012 von der AOK Bremen / Bremerhaven in Zusammenarbeit mit dem Rote Kreuz Krankenhaus Bremen angekündigte einjährige Pilotprojekt. Die AOK Bremen / Bremerhaven hatte in den vergangenen Monaten unter Regie des MRSA Netzwerkkoordinators Gespräche u.a. mit der KVHB mit dem Ziel der Beteiligung an den Behandlungskosten geführt. Jetzt haben die AOK Bremen / Bremerhaven und das Rote Kreuz Krankenhaus Bremen im Rahmen einer bilateralen Vereinbarung die Kostenübernahme zur Sanierung von MRSA-Patientinnen bzw. -Patienten, die ein künstliches Gelenk oder eine Gefäßprothese erhalten sollen, auf den Weg gebracht. Wird ein MRSA-Keim bereits vor Aufnahme ins Krankenhaus nachgewiesen, erfolgt eine ambulante Keim-Sanierung. Die betroffenen Patientinnen bzw. Patienten erhalten dazu ein für sie kostenloses MRSA-Sanierungsset. Soweit dieses Pilotprojekt erste Erfolge zeigt, ist zu hoffen, dass weitere Krankenkassen und Krankenhäuser diesem Beispiel folgen werden.

Überprüfung der Meldewege

Es liegen mittlerweile ausführliche Berichte über die Mitteilungs- und Meldewege vor. So sind die Mitteilungs- und Meldewege im Infektionsschutzgesetz, welches im August 2011 in Kraft trat, dezidiert geregelt. Ebenso gehen die Berichte von Staatsrat Prof. Stauch zum Ausbruch von ESBL bildenden Klebsiella Pneumoniae und der Zwischenbericht des Robert-Koch-Instituts auf die Meldepflicht und deren Einhaltung ausführlich ein. Die Empfehlungen dieser Berichte sowie die Erkenntnisse aus dem Bremer Parlamentarischen Untersuchungsausschuss „Krankenhauskeime“ werden in Bezug auf offene Fragen im Kontext der Mitteilungs- und Meldewege ausgewertet.

Die Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit überarbeitet derzeit die Verordnung über die zuständigen Behörden nach dem Infektionsschutzgesetz. Diese Änderung ist u.a. durch die Änderung des Infektionsschutzgesetzes erforderlich geworden. In diesem Zusammenhang wird auch die Zuständigkeit des beim Gesundheitsamt verorteten Landeskompetenzzentrums explizit geregelt und es werden erneut sämtliche Mitteilungs- und Meldewege festgelegt.

Novelle der Krankenhaushygieneverordnung

Die Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen (HygInfVO) trat als Nachfolgeregelung zur KrankenhaushygieneVO am 5. April 2012 in Kraft. Die staatliche Deputation für Gesundheit hatte sich in ihrer Sitzung vom 13. März 2012 damit befasst.

Verpflichtendes Hygieneaudit für alle Krankenhäuser

Das verpflichtende Hygiene-Audit für Bremer Krankenhäuser ist Bestandteil der neu erlassenen Hygieneverordnung (HygInfVO) und wird als prioritäre Maßnahme für 2012 betrachtet. Gegenwärtig wird seitens des Ressorts nach einem Experten gesucht, der die Entwicklung des systematischen Hygieneaudits als Instrument des Qualitätsmanagements übernehmen kann. Die staatliche Deputation für Gesundheit wird zeitnah über die Entwicklung in Kenntnis gesetzt.

Überprüfung der krankenhaushygienischen Aufsicht der Gesundheitsämter

Zur Überprüfung der krankenhaushygienischen Aufsicht wurde ein externer Spezialist beauftragt. Der Arzt für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie und ehemalige Leiter des Kölner Gesundheitsamtes, Herr Dr. Jan Leidel, hat nach Gesprächen mit beiden Gesundheitsämtern und der Auswertung relevanter Akten seinen „Bericht über die Prüfung der krankenhaushygienischen Aufsicht durch die bremischen Gesundheitsämter vom 21. März 2012“ vorgelegt. Der Bericht kommt insgesamt zu dem Schluss, dass beide Gesundheitsämter die infektionshygienische Überwa-

chung ordnungsgemäß wahrnehmen und gibt einige Hinweise auf Verbesserungspotentiale. An mehrere Stellen wird auf die knappen bzw. zu knapp bemessenen Personalressourcen in den Gesundheitsämtern hingewiesen und deshalb eine Prüfung der Personalausstattung in beiden Gesundheitsämtern angeregt.

Herr Dr. Leidel ist als Gast für die Sitzung der staatlichen Deputation für Gesundheit zum 8. Mai 2012 eingeladen und steht als Experte zur Beantwortung von Fragen zur Verfügung.

C. Alternativen

Eine Alternative zum Umsetzungsbericht gibt es nicht.

D. Beteiligungen / Abstimmung

Bei der weiteren Umsetzung des Aktionsprogramms werden die entsprechenden Institutionen des Gesundheitswesens beteiligt.

E. Finanzielle Auswirkungen / Genderrelevanz

Folgende Sachverhalte erfordern eine Bewertung des derzeitigen und zukünftigen Personalbedarfs in den Gesundheitsämtern und im Ressort:

- Für die Entwicklung des Hygieneaudits entstehen Gutachter- bzw. Beratungskosten, die aus dem laufenden Haushalt zu finanzieren sind. Das zukünftige Audit durch die Gesundheitsämter im Land Bremen wird für die Krankenhäuser gebührenpflichtig, ebenso die eventuell daraus erwachsenden Nachkontrollen.
- Das Leidel-Gutachten regt eine Prüfung der Personalausstattung für die krankenhaushygienische Überwachung durch die Gesundheitsämter Bremen und Bremerhaven an.
- Aus der Umsetzung der am 5. April 2012 in Kraft gesetzten Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen (HygInfVO)

werden voraussichtlich personelle Mehrbedarfe entstehen. Diese wurden vom Gesundheitsamt Bremen mit mindestens einer Vollzeitarztstelle und 1,5 Vollzeitstellen für Gesundheitsaufsehr/-innen und vom Gesundheitsamt Bremerhaven mit 0,5 Vollzeitarztstelle und 0,5 Vollzeitstelle Gesundheitsaufseher/-innen bzw. Hygieneinspektor/in beziffert. In der senatorischen Behörde ergibt sich gleichfalls personeller Mehrbedarf im Bereich des Infektionsschutzes.

- Weiterhin ist absehbar, dass das Infektionsschutzgesetz im Rahmen eines Gesetzes zur Durchführung der Internationalen Gesundheitsvorschriften und zur Änderung anderer Gesetze erneut novelliert wird. Der Gesetzbeschluss befindet sich gegenwärtig im Vermittlungsverfahren. Das Inkrafttreten ist für den 15. Juli 2012 vorgesehen. Der Gesetzentwurf sieht die Einführung der Meldepflicht für weitere Infektionserreger sowie eine Verkürzung der Mitteilungs- bzw. Meldepflichten vor, die sowohl für die Gesundheitsämter als auch das Landeskompetenzzentrum im Gesundheitsamt Bremen einen weiteren Personalmehrbedarf begründen.

Die dargestellten Empfehlungen gelten für Frauen und Männer gleichermaßen.

F. Beschluss

Die staatliche Deputation für Gesundheit nimmt die Vorlage zur Kenntnis und bittet die Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit, die personellen Mehrbedarfe, die sich aus den zusätzlichen Aufgaben ergeben, zu ermitteln.

Anlage

„Bericht über die Prüfung der krankenhaushygienischen Aufsicht durch die bremischen Gesundheitsämter“ vom 21. März 2012 , Dr. Jan Leidel, Köln

Dr. Jan Leidel

Arzt für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie,
Arzt für Öffentliches Gesundheitswesen

**Bericht über die Prüfung der krankenhaushygienischen Aufsicht durch die
bremischen Gesundheitsämter**

Vorgelegt im Auftrag
der Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit der Freien Hansestadt Bremen

Köln, den 21. März 2012

Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung und Anlass	S. 3
II. Datengrundlage	S. 4
III. Rechtsgrundlagen	S. 5
IV. Grundsätze der krankenhaushygienischen Überwachung	S. 10
V. Praxis der krankenhaushygienischen Überwachung durch das Gesundheitsamt Bremen	S. 12
V.1. Organisatorische Anbindung	S. 12
V.2. Der Überwachung unterliegende medizinische Einrichtungen in Bremen	S. 13
V.3. Umsetzung der krankenhaushygienischen Überwachung	S. 14
V.4. Fazit	S. 21
VI. Praxis der krankenhaushygienischen Überwachung durch das Gesundheitsamt Bremerhaven	S. 22
VI.1. Organisatorische Anbindung	S. 22
VI.2. Der Überwachung unterliegende medizinische Einrichtungen in Bremerhaven	S. 23
VI.3. Umsetzung der krankenhaushygienischen Überwachung	S. 23
VI.4. Fazit	S. 27

I. Vorbemerkung und Anlass

Aufgrund eines Hygienezwischenfalls in der Frühgeborenenstation des Klinikums Bremen-Mitte legte die Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit der staatlichen Deputation für Gesundheit in deren Sitzung am 06. Dezember 2011 eine Vorlage zur

Initiierung eines Landesaktionsprogramms „Krankenhaushygiene“

vor.

Dieses Aktionsprogramm soll zunächst folgende Maßnahmen umfassen:

1. Erweiterung des MRSA-Netzwerkes

Die bisher erfolgreiche Arbeit des MRSA-Netzwerkes in Bremen ist auf andere relevante nosokomiale Infektionen auszudehnen. Dabei ist neben der Betrachtung des stationären Sektors die Vernetzung mit dem ambulanten Sektor und den Einweisern, auch aus Niedersachsen, weiterzuentwickeln, um Träger von Antibiotika-resistenten Keimen möglichst früh aufzuspüren und Infektionsketten so bereits vor Klinikaufnahme vorzubeugen bzw. zu unterbinden.

2. Beteiligung der Krankenkassen an den Behandlungskosten für nosokomiale Infektionen im ambulanten Bereich

Im Rahmen des bestehenden Netzwerkes ist mit den Krankenkassen im Land Bremen und der kassenärztlichen Vereinigung über eine Übernahme von Sanierungskosten, die für Patienten im ambulanten Bereich bei einer Besiedlung mit MRSA und anderen Antibiotika-resistenten Keimen notwendig sind, diskutiert worden. Die hierbei anfallenden Kosten sind bisher in der ambulanten Versorgung (im Gegensatz zur stationären Versorgung) nicht im erforderlichen Umfang durch die Krankenversicherungen abgedeckt. Ihre anfängliche Bereitschaft haben wesentliche Krankenkassen (bis auf die AOK Bremen) zurückgezogen mit der Begründung, auf eine bundesweite Entwicklung, die durch das neue SGB V (§87) ermöglicht wird, warten zu wollen.

Es sollen erneut Gespräche mit den Krankenkassen und der kassenärztlichen Vereinigung aufgenommen werden, mit dem Ziel, dass diese ihre zurückhaltende Position im Bezug auf die Sanierung von ambulanten Keimträgern aufgeben und wie die AOK Bremen/Bremerhaven ihre Bereitschaft zur Kostenübernahme unabhängig von noch ausstehenden Bundesregelungen vornehmen.

3. Überprüfung der Meldewege

Das Robert-Koch-Institut (RKI) soll gebeten werden, die Meldewege übergreifend zwischen den Kliniken, den niedergelassenen Ärzten, den medizinischen Laboratorien, den Gesundheitsämtern, dem im GA Bremen angesiedelten Landeskompetenzzentrum, der senatorischen Behörde und dem RKI zu evaluieren und gegebenenfalls Verbesserungsvorschläge vorzulegen.

4. Novelle der Krankenhaushygieneverordnung

Die Bremische Krankenhaushygieneverordnung soll unter Berücksichtigung der jüngsten Änderungen des Infektionsschutzgesetzes, des Bremischen Landeskrankenhausesgesetzes und der weiteren Erkenntnisse zeitnah aktualisiert werden und spätestens bis zum 30.03. 2012 überarbeitet in Kraft treten.

5. Überprüfung der krankenhaushygienischen Aufsicht der Gesundheitsämter

Die krankenhaushygienische Aufsicht, Kontrolle und Beratung der Gesundheitsämter soll unter Hinzuziehung eines externen Spezialisten überprüft werden.

6. Verpflichtendes Hygieneaudit für alle Krankenhäuser

Darauf aufbauend soll ein systematisches Hygieneaudit als Instrument des Qualitätsmanagements durch die Gesundheitsämter für sämtliche Krankenhäuser im Land Bremen entwickelt werden. Dieses Audit wird verpflichtend im Bremischen Landeskrankenhausgesetz festgeschrieben. Es ist vorgesehen, dass sich die Krankenhäuser alle 2 Jahre diesem Audit zu unterziehen haben. Hinzu kommen zwischenzeitliche Nachkontrollen bei Bedarf. Die Ergebnisse der Audits sollen in geeigneter Form veröffentlicht werden. Auch dazu ist eine Rechtsgrundlage zu schaffen.

Der hiermit von mir vorgelegte Bericht stellt die Umsetzung von Punkt 5 dieses Aktionsprogramms dar. Dabei umfasst der mir erteilte Auftrag die „Evaluation der krankenhaushygienischen Aufsicht, Kontrolle und Beratung der Gesundheitsämter der Stadt Bremen und der Stadt Bremerhaven auf der Grundlage der einschlägigen Paragraphen des Infektionsschutzgesetzes (IfSG).“¹

Nicht zu meinem Auftrag gehört die Untersuchung des o.g. Hygienezwischenfalls selbst bzw. die Klärung der Rolle der Gesundheitsämter in diesem Zusammenhang: „Ziel des jetzigen Werkvertrages ist die systemische Betrachtung der krankenhaushygienischen Aufsichten durch die Gesundheitsämter und nicht die Einzelfallbetrachtung in Bezug auf die ESBL-Infektionen im Klinikum Bremen-Mitte. Ob und inwiefern eine Relevanz zu den Untersuchungen des Parlamentarischen Untersuchungsausschusses gegeben ist, kann z. Zt. nicht mit Sicherheit gesagt werden. An sich sollte jedoch die Ausrichtung des Werkvertrages von Herrn Dr. Leidel genereller Art und nicht spezieller Art sein.“²

II. Datengrundlage

Mein Bericht fußt auf einem Vorgespräch am 4. Januar bei Herrn Abteilungsleiter Dr. Gruhl, sowie auf Gesprächen mit den fachlich zuständigen Mitarbeitern der beiden Ämter am 16., 17., 26. und 27. Januar sowie am 21. Februar.

Zusätzlich waren mir verschiedene Akten der Gesundheitsämter Bremen und Bremerhaven zur Auswertung zur Verfügung gestellt worden. Im Einzelnen:

Bremen:

- Krankenhäuser im Land Bremen, Verzeichnis und Wegweiser, Ausgabe 2009
- Organigramm der Abteilung 3, Gesundheit und Umwelt,
- Produktsystematik der Abteilung 3,
- Leistungsberichte der Abteilung 3 für die Jahre 2009 und 2010,

¹ Werkvertrag vom 04.01.2012

² Protokoll des Treffens mit Herrn Dr. Leidel zur Umsetzung von TOP 5 des Landesaktionsprogramms Krankenhaus-
hygiene

- eine Übersicht über die der infektionshygienischen Überwachung durch das Gesundheitsamt unterliegenden Einrichtungen in der Stadtgemeinde Bremen,
- 17 Protokolle von Krankenhausbegehungen aus dem Jahr 2011,
- 2 Begehungsprotokolle von ambulanten OP-Zentren aus dem Jahr 2011,
- die Niederschrift einer außerplanmäßigen Sitzung der Hygienekommission eines Krankenhauses wegen des Verdachts auf einen MRSA-Ausbruch,
- Materialien zum MRSA-Netzwerk des Landes Bremen,
- Begehungschecklisten aus dem Jahr 2011,
- eine Aufstellung krankenhaushygienischer Maßnahmen seitens des Gesundheitsamtes Bremen von 2008 bis 2011.

Bremerhaven:

- Informationen zu Bremerhaven, dem Gesundheitsamt Bremerhaven und der Abteilung 53/3,
- Organisationsdiagramm des Amtes,
- Stellenbeschreibungen der drei mit der infektionshygienischen Überwachung betrauten Mitarbeiter,
- Jahresberichte der Abteilung für die Jahre 2007, 2009, 2010,
- Aufstellung der Bremerhavener Krankenhäuser,
- Liste der zur Durchführung ambulanter Operationen berechtigten Ärzte von 2005,
- Aufstellungen der krankenhaushygienischen Aktivitäten des Gesundheitsamtes von 1996 bis 2011,
- diverse Besprechungsniederschriften, Stellungnahmen, Sachstandsberichte u. ä.

III. Rechtsgrundlagen

Die Überwachung der Hygiene in Einrichtungen des Gesundheitswesens wird in der Bundesrepublik Deutschland sowohl durch landes- als auch durch bundesrechtliche Regelungen den Gesundheitsämtern übertragen. Für die bremischen Gesundheitsämter sind dies

- **§ 25 Abs. 1 und 2 des Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Lande Bremen (Gesundheitsdienstgesetz – ÖGDG)** (Stand 27.12.2011) sowie
- **§ 23 Abs. 6 des Gesetzes zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz – IfSG)** (zuletzt geändert 28.7.2011);

Beide Gesetzesparagrafen sind im Folgenden vollständig wiedergegeben:

ÖGDG Bremen Abs. 1 und 2: Gesundheitliche Überwachung von Einrichtungen

„(1) Die Gesundheitsämter überwachen die Einhaltung der Anforderungen der Hygiene in Einrichtungen, bei denen aufgrund der vorliegenden Erkenntnisse ein besonderes Hygienearisiko besteht. Eine Überwachung ist insbesondere dann durchzuführen, wenn Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass die Anforderungen der Hygiene nicht eingehalten werden.“

(2) Bei der Überwachung der Hygiene in den in Absatz 1 genannten Einrichtungen wirken die Gesundheitsämter auch auf die Herstellung von strukturellen, organisatorischen und personellen Voraussetzungen für hygienisches Handeln hin, um gesundheitsgerechte Bedingungen zu fördern. Die Gesundheitsämter sind insbesondere bei der Bauplanung für Gemeinschaftseinrichtungen und Praxen zu beteiligen.“

§ 23 IfSG: Nosokomiale Infektionen; Resistenzen; Rechtsverordnungen durch die Länder

„(1) Beim Robert Koch-Institut wird eine Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention eingerichtet. Die Kommission gibt sich eine Geschäftsordnung, die der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit bedarf. Die Kommission erstellt Empfehlungen zur Prävention nosokomialer Infektionen sowie zu betrieblich-organisatorischen und baulich-funktionellen Maßnahmen der Hygiene in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen. Die Empfehlungen der Kommission werden unter Berücksichtigung aktueller infektionsepidemiologischer Auswertungen stetig weiterentwickelt und vom Robert Koch-Institut veröffentlicht. Die Mitglieder der Kommission werden vom Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit den obersten Landesgesundheitsbehörden berufen. Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit, der obersten Landesgesundheitsbehörden und des Robert Koch-Institutes nehmen mit beratender Stimme an den Sitzungen teil.

(2) Beim Robert Koch-Institut wird eine Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie eingerichtet. Die Kommission gibt sich eine Geschäftsordnung, die der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit bedarf. Die Kommission erstellt Empfehlungen mit allgemeinen Grundsätzen für Diagnostik und antimikrobielle Therapie, insbesondere bei Infektionen mit resistenten Krankheitserregern. Die Empfehlungen der Kommission werden unter Berücksichtigung aktueller infektionsepidemiologischer Auswertungen stetig weiterentwickelt und vom Robert Koch-Institut veröffentlicht. Die Mitglieder der Kommission werden vom Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit den obersten Landesgesundheitsbehörden berufen. Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit, der obersten Landesgesundheitsbehörden, des Robert Koch-Institutes und des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte nehmen mit beratender Stimme an den Sitzungen teil.

(3) Die Leiter folgender Einrichtungen haben sicherzustellen, dass die nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft erforderlichen Maßnahmen getroffen werden, um nosokomiale Infektionen zu verhüten und die Weiterverbreitung von Krankheitserregern, insbesondere solcher mit Resistenzen, zu vermeiden:

1. Krankenhäuser,
2. Einrichtungen für ambulantes Operieren,
3. Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, in denen eine den Krankenhäusern vergleichbare medizinische Versorgung erfolgt,
4. Dialyseeinrichtungen,
5. Tageskliniken,
6. Entbindungseinrichtungen,
7. Behandlungs- oder Versorgungseinrichtungen, die mit einer der in den Nummern 1 bis 6 genannten Einrichtungen vergleichbar sind,
8. Arztpraxen, Zahnarztpraxen und

9. Praxen sonstiger humanmedizinischer Heilberufe.

Die Einhaltung des Standes der medizinischen Wissenschaft auf diesem Gebiet wird vermutet, wenn jeweils die veröffentlichten Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut und der Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie beim Robert Koch-Institut beachtet worden sind.

(4) Die Leiter von Krankenhäusern und von Einrichtungen für ambulantes Operieren haben sicherzustellen, dass die vom Robert Koch-Institut nach § 4 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe b 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. Darüber hinaus haben die Leiter sicherzustellen, dass die nach § 4 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe b festgelegten Daten zu Art und Umfang des Antibiotika-Verbrauchs fortlaufend in zusammengefasster Form aufgezeichnet, unter Berücksichtigung der lokalen Resistenzsituation bewertet und sachgerechte Schlussfolgerungen hinsichtlich des Einsatzes von Antibiotika gezogen werden und dass die erforderlichen Anpassungen des Antibiotikaeinsatzes dem Personal mitgeteilt und umgesetzt werden. Die Aufzeichnungen nach den Sätzen 1 und 2 sind zehn Jahre nach deren Anfertigung aufzubewahren. Dem zuständigen Gesundheitsamt ist auf Verlangen Einsicht in die Aufzeichnungen, Bewertungen und Schlussfolgerungen zu gewähren.

(5) Die Leiter folgender Einrichtungen haben sicherzustellen, dass innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Infektionshygiene in Hygieneplänen festgelegt sind:

1. Krankenhäuser,
2. Einrichtungen für ambulantes Operieren,
3. Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen,
4. Dialyseeinrichtungen,
5. Tageskliniken,
6. Entbindungseinrichtungen und
7. Behandlungs- oder Versorgungseinrichtungen, die mit einer der in den Nummern 1 bis 6 genannten Einrichtungen vergleichbar sind.

Die Landesregierungen können durch Rechtsverordnung vorsehen, dass Leiter von Zahnarztpraxen sowie Leiter von Arztpraxen und Praxen sonstiger humanmedizinischer Heilberufe, in denen invasive Eingriffe vorgenommen werden, sicherzustellen haben, dass innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Infektionshygiene in Hygieneplänen festgelegt sind. Die Landesregierungen können die Ermächtigung durch Rechtsverordnung auf andere Stellen übertragen.

(6) Einrichtungen nach Absatz 5 Satz 1 unterliegen der infektionshygienischen Überwachung durch das Gesundheitsamt. Einrichtungen nach Absatz 5 Satz 2 können durch das Gesundheitsamt infektionshygienisch überwacht werden (Hervorhebung J. L.).

(7) Die mit der Überwachung beauftragten Personen sind befugt, zu Betriebs- und Geschäftszeiten Betriebsgrundstücke, Geschäfts- und Betriebsräume, zum Betrieb gehörende Anlagen und Einrichtungen sowie Verkehrsmittel zu betreten, zu besichtigen sowie in die Bücher oder sonstigen Unterlagen Einsicht zu nehmen und hieraus Abschriften, Ablich-

tungen oder Auszüge anzufertigen sowie sonstige Gegenstände zu untersuchen oder Proben zur Untersuchung zu fordern oder zu entnehmen, soweit dies zur Erfüllung ihrer Aufgaben erforderlich ist. § 16 Absatz 2 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend.

(8) Die Landesregierungen haben bis zum 31. März 2012 durch Rechtsverordnung für Krankenhäuser, Einrichtungen für ambulantes Operieren, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, in denen eine den Krankenhäusern vergleichbare medizinische Versorgung erfolgt, sowie für Dialyseeinrichtungen und Tageskliniken die jeweils erforderlichen Maßnahmen zur Verhütung, Erkennung, Erfassung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen und Krankheitserregern mit Resistenzen zu regeln. Dabei sind insbesondere Regelungen zu treffen über

1. hygienische Mindestanforderungen an Bau, Ausstattung und Betrieb der Einrichtungen,
2. Bestellung, Aufgaben und Zusammensetzung einer Hygienekommission,
3. die erforderliche personelle Ausstattung mit Hygienefachkräften und Krankenhaushygienikern und die Bestellung von hygienebeauftragten Ärzten einschließlich bis längstens zum 31. Dezember 2016 befristeter Übergangsvorschriften zur Qualifikation einer ausreichenden Zahl geeigneten Fachpersonals,
4. Aufgaben und Anforderungen an Fort- und Weiterbildung der in der Einrichtung erforderlichen Hygienefachkräfte, Krankenhaushygieniker und hygienebeauftragten Ärzte,
5. die erforderliche Qualifikation und Schulung des Personals hinsichtlich der Infektionsprävention,
6. Strukturen und Methoden zur Erkennung von nosokomialen Infektionen und resistenten Erregern und zur Erfassung im Rahmen der ärztlichen und pflegerischen Dokumentationspflicht,
7. die zur Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben erforderliche Einsichtnahme der in Nummer 4 genannten Personen in Akten der jeweiligen Einrichtung einschließlich der Patientenakten,
8. die Information des Personals über Maßnahmen, die zur Verhütung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen und Krankheitserregern mit Resistenzen erforderlich sind,
9. die klinisch-mikrobiologisch und klinisch-pharmazeutische Beratung des ärztlichen Personals,
10. die Information von aufnehmenden Einrichtungen und niedergelassenen Ärzten bei der Verlegung, Überweisung oder Entlassung von Patienten über Maßnahmen, die zur Verhütung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen und von Krankheitserregern mit Resistenzen erforderlich sind.

Die Landesregierungen können die Ermächtigung durch Rechtsverordnung auf andere Stellen übertragen.“

§ 23 IfSG ist durch das **Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze vom 28. Juli 2011** geändert wurden. Hierdurch wurden die hygienischen Anforderungen in medizinischen Einrichtungen erhöht, was wiederum Auswirkungen auf Umfang und Bedeutung der infektionshygienischen Überwachung und Beratung durch die Gesundheitsämter hat. Zuvor

fand sich die Verpflichtung zur infektionshygienischen Überwachung der entsprechenden Einrichtungen des Gesundheitswesens in § 36 Abs. 1 des Gesetzes.

Damit ist die infektionshygienische Überwachung der Krankenhäuser, Einrichtungen für ambulantes Operieren, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, Dialyseeinrichtungen, Tageskliniken und Entbindungseinrichtungen sowie solcher Behandlungs- oder Versorgungseinrichtungen, die mit den vorgenannten vergleichbar sind, eine Pflichtaufgabe der Gesundheitsämter. Die sich hierauf beziehenden Tätigkeiten der bremischen Gesundheitsämter sind Gegenstand meiner Untersuchung und meines Berichts, wobei der Schwerpunkt auf der Hygieneüberwachung der Krankenhäuser liegt.

Als freiwillige Aufgabe können die Gesundheitsämter darüber hinaus Zahnarztpraxen sowie Arztpraxen und Praxen sonstiger humanmedizinischer Heilberufe, in denen invasive Eingriffe vorgenommen werden, in infektionshygienischer Hinsicht überwachen.

Die Umsetzung der auf § 36 IfSG fußenden Trinkwasserverordnung in Bezug auf Krankenhäuser und andere medizinische Einrichtungen wurde nur am Rande in die Untersuchung einbezogen und nur soweit, wie hierdurch infektionshygienische Aspekte unmittelbar berührt werden.

Der Vollständigkeit halber sei darauf hingewiesen, dass gemäß § 36 Abs. 1 IfSG auch Gemeinschaftseinrichtungen nach § 33 IfSG (Einrichtungen, in denen überwiegend Säuglinge, Kinder oder Jugendliche betreut werden), Einrichtungen nach § 1 Absatz 1 bis 5 des Heimgesetzes, hiermit vergleichbare Einrichtungen sowie Obdachlosenunterkünfte, Gemeinschaftsunterkünfte für Asylbewerber, Spätaussiedler und Flüchtlinge, sonstige Massenunterkünfte und Justizvollzugsanstalten der hygienischen Überwachung durch das Gesundheitsamt unterliegen. Die Wahrnehmung dieser Aufgaben wurde von mir nicht untersucht.

Tatsächlich ist die Überwachung zumindest der Krankenhäuser schon sehr viel länger eine Pflichtaufgabe der Gesundheitsämter. Sie findet sich bereits in der Dritten Durchführungsverordnung (3. DVO) vom 30. März 1935 zum Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 3. Juli 1934. Dieses Gesetz stellte mit seinen Durchführungsverordnungen nach Rechtsbereinigung als fortgeltendes Landesrecht in der Bundesrepublik die Rechtsgrundlage der Gesundheitsämter dar, bis es in den Bundesländern durch neue Landesgesundheitsdienstgesetze abgelöst wurde. Dabei hat sich allerdings die Ausgestaltung dieser Pflichtaufgabe seit den 1930er-Jahren verständlicherweise erheblich geändert:

In der 3. DVO ging es noch um eine Überwachung in „gesundheitspolizeilicher Hinsicht“, bei der im Rahmen jährlicher Begehungen auch Aspekte von Einrichtung und Ausstattung, der allgemeinen medizinischen Qualifikation von Ärzten und Pflegepersonal, Aktenführung und vieles andere mehr zu kontrollieren waren. Demgegenüber konzentriert sich heute der Auftrag an die Gesundheitsämter auf die Einhaltung der Infektionshygiene und versteht sich als externe Ergänzung der internen Kontrollmaßnahmen der Krankenhäuser und medizinischen Einrichtungen.³

³ Heudorf U: Überwachung der Infektionshygiene im stationären und ambulanten medizinischen Bereich durch Gesundheitsämter – Strategien, Ziele und Zielerreichung. Gesundheitswes. 2009, 71:87-93

IV. Grundsätze der krankenhaushygienischen Überwachung

Der seit der 3. DVO erfolgte Paradigmenwechsel bei der gesundheitlichen Überwachung von Einrichtungen des Gesundheitswesens entspricht auch dem Grundgedanken des IfSG. In § 1, in dessen erstem Absatz als Zweck des Gesetzes bezeichnet wird, übertragbaren Krankheiten beim Menschen vorzubeugen, Infektionen frühzeitig zu erkennen und ihre Weiterverbreitung zu verhindern, heißt es in Abs. 2:

„Die hierfür notwendige Mitwirkung und Zusammenarbeit von Behörden des Bundes, der Länder und der Kommunen, Ärzten, Tierärzten, Krankenhäusern, wissenschaftlichen Einrichtungen sowie sonstigen Beteiligten soll entsprechend dem jeweiligen Stand der medizinischen und epidemiologischen Wissenschaft und Technik gestaltet und unterstützt werden. **Die Eigenverantwortung der Träger und Leiter von Gemeinschaftseinrichtungen, Lebensmittelbetrieben, Gesundheitseinrichtungen sowie des Einzelnen bei der Prävention übertragbarer Krankheiten soll verdeutlicht und gefördert werden** (Hervorhebung J. L.).“

Einem modernen Verständnis von behördlichem Handeln entsprechend setzt das IfSG somit auf Mitwirkung und Zusammenarbeit sowie auf die Verdeutlichung und Förderung von Eigenverantwortung.

In § 23 Abs. 3-5 IfSG ist dargelegt, wie diese Eigenverantwortung von den der Überwachung durch die Gesundheitsämter unterliegenden Einrichtungen wahrzunehmen ist. So haben die jeweiligen Leiter sicherzustellen, dass die nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft erforderlichen Maßnahmen zur Verhütung nosokomialer Infektionen (Infektionen in zeitlichem Zusammenhang mit einer stationären oder ambulanten medizinischen Maßnahme) und zur Vermeidung der Weiterverbreitung von Krankheitserregern getroffen werden. Die Einhaltung des Standes der medizinischen Wissenschaft wird vermutet, wenn jeweils die veröffentlichten Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut (§ 23 Abs. 1 IfSG) und der Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie (ART) beim Robert Koch-Institut (§ 23 Abs. 2 IfSG) beachtet worden sind. Außerdem haben die Leiter der Einrichtungen sicherzustellen, dass bestimmte nosokomiale Infektionen und das Auftreten von Krankheitserregern mit bestimmten Resistenzen fortwährend aufgezeichnet und bewertet werden. Schließlich haben sie auch sicherzustellen, dass innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Infektionshygiene in Hygieneplänen festgelegt werden.

Während klare gesetzliche Vorgaben bestehen, welche Einrichtungen von den Gesundheitsämtern infektionshygienisch zu überwachen sind, existieren keine solchen Vorgaben hinsichtlich der Häufigkeit und inhaltlichen Ausgestaltung dieser Überwachung. Im Kommentar zum IfSG von Bahles, Baumann und Schnitzler werden die Richtlinien der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut als Grundlage für die Überwachung der Gesundheitsämter genannt⁴. Diese Grundlage würde aus heutiger Sicht durch die Empfehlungen der Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie (ART) beim Robert Koch-Institut zu ergänzen sein, wenngleich deren Empfehlungen stärker die Diagnostik und Therapie im Krankenhaus betreffen. Die Bedeutung der Richtlinien dieser beiden Kommissionen sowohl für

⁴ Bahles S, Baumann HG, Schnitzler N: Infektionsschutzgesetz. Kommentar und Vorschriftensammlung. Stuttgart, Berlin, Köln: Verlag Kohlhammer; 2003

die eigenverantwortliche Sicherstellung der Infektionshygiene durch die Krankenhäuser und entsprechende Einrichtungen als auch für die Überwachung durch die Gesundheitsämter ist durch die Rechtsgrundlage in § 23 Abs. 1 und 2 IfSG, insbesondere auch durch die gesetzliche Vermutung nach Abs. 3, zusätzlich verdeutlicht worden.

Im Übrigen wird im zitierten Kommentar ausgeführt, dass Umfang und Zeitabstände bei der Wahrnehmung der Überwachungsaufgabe im pflichtgemäßen Ermessen der Gesundheitsämter stehen. Dies bedeutet vor allem, dass angesichts einer sehr knapp bemessenen Personalausstattung auf der Grundlage von Risikoabschätzungen Prioritäten bei der Aufgabenwahrnehmung gesetzt werden müssen. Zu dieser Situation hat nicht unwesentlich beigetragen, dass durch Inkrafttreten des IfSG im Jahr 2001 die Zahl der als Pflichtaufgabe zu überwachenden Einrichtungen deutlich vergrößert wurde. Diese Aufgabenausweitung führte im Allgemeinen nicht zu einer entsprechenden Zusetzung personeller Ressourcen⁵. Auch die am 4. August in Kraft getretene Änderung von § 23 IfSG durch das Gesetz vom 28. Juli 2011 hatte, soweit ich sehe, keine Auswirkungen auf die Personalausstattung der Gesundheitsämter.

Von zentraler Bedeutung für die infektionshygienische Überwachung ist die gute Kenntnis der entsprechenden Einrichtungen. Dies bezieht sich nicht nur auf bauliche und technische Gegebenheiten, sondern auch auf Betriebsabläufe, das Vorhandensein von Fachpersonal für Hygiene und Infektionsprävention, die Erfüllung der Dokumentations- und Bewertungsverpflichtungen nach § 23 IfSG sowie auf weitere hygienerelevante Aspekte. Zum einen wird diese Kenntnis durch Begehungen der jeweiligen Einrichtung oder bestimmter Teilbereiche erworben, die nach Möglichkeit jährlich erfolgen sollte. Von nicht minderer Bedeutung ist aber auch ein ständiger vertrauensvoller Informationsaustausch zwischen Gesundheitsamt und den zu überwachenden Einrichtungen.

Schließlich sind als Instrument der infektionshygienischen Überwachung noch die anlassbezogenen Begehungen zu nennen. Diese erfolgen nicht turnusmäßig, sondern aus einem konkreten Anlass (z. B. einer Patientenbeschwerde, der Abnahme baulicher Veränderungen oder dgl.).

⁵ Heudorf U: a. a. O.

V. Praxis der krankenhaushygienischen Überwachung durch das Gesundheitsamt Bremen

V.1. Organisatorische Anbindung

Die Aufgabe der krankenhaushygienischen Überwachung wird im Gesundheitsamt Bremen in der Abteilung 3, „Gesundheit und Umwelt“ wahrgenommen und obliegt als Teil des Produkts 3.2.1 „Hygienische Überwachung medizinischer und anderer relevanter Einrichtungen“ dem Referat 30 – „Infektionsepidemiologie“. Aufgaben im Zusammenhang mit den Regelungen nach den §§ 37 und 38 IfSG bzw. der darauf fußenden Trinkwasserverordnung (TVO) fallen in technischer Hinsicht im Rahmen der Wasser-, Boden- und Lüfthygiene in die Zuständigkeit von Referat 31, die medizinische Bewertung erhobener Befunde ist dann wieder Aufgabe von Referat 30. Die Zusammenarbeit wird von den beteiligten Personen als unproblematisch und kollegial geschildert. Der Leiter der Abteilung 3 steht als Ansprech- und Diskussionspartner beratend zur Verfügung, wird jedoch in der krankenhaushygienischen Überwachung nicht operativ tätig.

Nach der Produktsystematik des Amtes ist das Referat 30 insgesamt verantwortlich für die folgenden Produktgruppen und Produkte:

Produktgruppe 3.1: Personenbezogener Infektionsschutz

- 3.1.1 Fallbezogene Infektionshygiene: Bearbeitung meldepflichtiger Infektionskrankheiten, Beratung und Untersuchung der betroffenen Personen, Veranlassung von Tätigkeitsverboten, Aufklärung, Beratung und Untersuchung der Kontaktpersonen. Prävention und Beratung in Gemeinschaftseinrichtungen, Weiterleitung der Meldungen an das LKZ.
- 3.1.2 Landeskompetenzzentrum für Infektionskrankheiten: Schnittstelle zwischen dem Robert Koch-Institut (RKI) und den kommunalen Gesundheitsämtern im Lande Bremen.
- 3.1.3 Belehrung und Bescheinigungen für Beschäftigte im Lebensmittelbereich: Aufklärung und Informationen für Beschäftigte im Lebensmittelbereich zu infektionshygienischen Fragen.

Produktgruppe 3.2: Objektbezogener Infektionsschutz

- 3.2.1 Hygienische Überwachung medizinischer und anderer relevanter Einrichtungen: Begehungen von Krankenhäusern, Einrichtungen für ambulantes Operieren, Rettungsstationen, Justizvollzugsanstalten, Gemeinschaftseinrichtungen für behinderte und/oder alte Menschen, Tattoo-Studios etc., Beratung der Einrichtungen.
- 3.2.2 Orts- und Wohnungshygiene: Anlassbezogene Begehungen von Plätzen, Gebäuden, Wohnungen, Erstellung von Stellungnahmen, offene Bürgerberatung zur Schädlingsbekämpfung.
- 3.2.3 Stellungnahmen in Bauplanungs- und Genehmigungsverfahren: Stellungnahmen in Planungs- und Genehmigungsverfahren mit hygienischer Relevanz.

Für die hygienische Überwachung medizinischer Einrichtungen stehen (nach Angaben der Abteilung) im Umfang von ca. 5 Stunden wöchentlich eine Gesundheitsaufseherin und ebenfalls anteil-

lig der Referatsleiter (Vollzeitstelle Arzt für Innere Medizin und Öffentliches Gesundheitswesen mit zusätzlicher infektionsepidemiologischer Fortbildung) und dessen Stellvertreterin (bislang 0,5 Stelle, ab 01. März 2012 wieder 0,75 Stelle Ärztin für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie) zur Verfügung. Eine Organisationsuntersuchung gehört ebenso wenig zu meinem Auftrag wie die Durchführung einer Personalbemessung. Es sei mir jedoch der Hinweis gestattet, dass angesichts der vielfältigen Aufgaben des Referatsleiters und seiner Vertreterin die personellen Ressourcen sehr knapp bemessen erscheinen.

Damit korrespondiert, dass in der Beantwortung einer Umfrage des „Nationalen Referenzzentrums für die Surveillance von nosokomialen Infektionen“ vom Dezember 2011 zum Thema „ÖGD und Krankenhaushygiene“ der erforderliche wöchentliche Zeitaufwand für diese Aufgabe vom Bremer Gesundheitsamt auf 16 Arztstunden und 15 Stunden Gesundheitsaufseher/in geschätzt wird, während der tatsächlich mögliche Zeitaufwand nur mit 6 bzw. 5 Stunden angegeben wird. Auch ohne die Möglichkeit einer exakten Nachprüfung scheinen mir diese Angaben plausibel.

Die organisatorische Anbindung der Aufgabe halte ich für sachgerecht und vernünftig, die fachliche Qualifikation derjenigen, die die Aufgabe wahrnehmen, ist als sehr gut zu bezeichnen. Insbesondere der Referatsleiter genießt nach meiner Kenntnis über Bremen hinaus einen exzellenten Ruf als infektionshygienischer Fachmann. Dies macht ihn zu einem gefragten Ansprechpartner für Bevölkerung und Medien und führt dazu, dass er häufig um die Mitwirkung an Fortbildungsveranstaltungen und dgl. gebeten wird. Ich erwähne dies, weil dies zwar einerseits zusätzlichen Arbeitsaufwand bedeutet, andererseits hierdurch aber ein den Aufwand lohnender wesentlicher Beitrag zur fachlichen Akzeptanz und zur Netzwerkbildung geleistet wird. Dies sind Faktoren, die für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit und eine erfolgreiche Wahrnehmung der Kontrollfunktion im Sinne des IfSG von hoher Bedeutung sind.

V.2. Der Überwachung unterliegende medizinische Einrichtungen in Bremen

2.1 Krankenhäuser

1. Aneos Klinikum Dr. Heines,
2. DIAKO – Diakonie Krankenhaus,
3. Klinikum Bremen-Mitte,
4. Klinikum Bremen-Links der Weser,
5. Klinikum Bremen-Nord,
6. Klinikum Bremen-Ost,
7. Paracelsus Kurfürstenklinik,
8. Rehaklinik am Sendesaal,
9. Rolandklinik,
10. Rotes Kreuz-Krankenhaus,
11. St. Josephstift.

2.2 Einrichtungen für ambulante Operationen

2.2.1 Zentren, die wegen der Möglichkeit zur Übernachtung als „Klinik“ konzessioniert sind

1. Ambulantes OP-Zentrum Universitätsallee,
2. Augenklinik Dr. Lucke,
3. Aestheticum-Praxisklinik.

2.2.2 OP-Zentren ohne Übernachtungsmöglichkeit

4. Medicum Schwachhauser Heerstr.
5. Praxis Am Herzogenkamp
6. Praxis An der Weide
7. OP-Zentrum Bremen-Nord
8. Sternklinik,
9. Tagesklinik Sonneberger Str.

2.2.3 19 weitere Praxen, in denen ambulante Operationen erfolgen

2.3. Rettungswachen

1. NEF (Notarzt Einsatzfahrzeug)-Wache am Klinikum HB-Ost
2. Rettungswache Schwachhausen
3. Rettungswache Gröpelingen
4. Rettungswache Blumenthal
5. Rettungswache Arsten
6. Medicent-Wache
7. Rettungswache Rennplatz
8. Promedica-Wache

V.3. Umsetzung der krankenhaushygienischen Überwachung

Meine Untersuchung erstreckt sich auf die Zeit von Januar 2008 bis Januar 2012 mit einem Schwerpunkt auf dem Jahr 2011. In diese Zeit fielen zwei Ereignisse, die mit erheblichen zusätzlichen Belastungen für die Gesundheitsämter einhergingen:

- die Pandemie durch Influenza A (H1N1) (sog. „Schweinegrippe“) von April 2009 bis März 2010,
- der EHEC-Ausbruch, der in der Zeit von Mai bis Oktober 2011 Schleswig-Holstein, Hamburg und auch Bremen in besonderem Maße betroffen hat.

Schließlich sind in diesem Zeitraum zusätzlich erhöhte krankheitsbedingte Ausfälle zu verzeichnen gewesen, die aber von mir nicht im Detail erfasst wurden.

Eine vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen überwachter Institution und Behörde ist Voraussetzung für eine erfolgreiche Durchführung der infektionshygienischen Überwachung⁶. Die infektionshygienische Überwachung insbesondere der Krankenhäuser ist in Bremen (wie auch in Bremerhaven) eingebettet in über Jahre gewachsene Strukturen für einen von fachlicher Akzeptanz und Kooperationsbereitschaft getragenen Informationsaustausch. Dies ergibt sich für mich aus Gesprächen und Unterlagen vor allem für die Ebene Hygienefachkräfte – Gesundheitsamt. Eine der Grundlagen hierfür ist der monatlich stattfindende Hygienearbeitskreis, die sog. „Montagsrunde“, zu der vom Leiter des Instituts für Allgemeine Hygiene, Krankenhaushygiene und Umwelt-hygiene am Klinikum Bremen-Mitte eingeladen wird und an der u. a. Hygienefachkräfte der Bremer und Bremerhavener Krankenhäuser sowie Vertreter der Gesundheitsämter teilnehmen. Weitere Beiträge zu dieser Kommunikationskultur leisten die bereits angesprochene Vortrags- und Lehrtätigkeit des zuständigen Referatsleiters am Bremer Gesundheitsamt. Schließlich wirkt sich das offensichtlich gut funktionierende MRSA-Netzwerk zusätzlich positiv aus.

Krankenhäuser:

Die Begehungen der Krankenhäuser erfolgen weitgehend standardisiert. Soweit es sich nicht um anlassbezogene Begehungen aufgrund einer Beschwerde oder eines aufgetretenen Hygienemissstandes handelt, wird die Begehung zwei bis vier Wochen vor dem Termin schriftlich angekündigt. In diesem Schreiben wird auch mitgeteilt, welche Funktionsträger der Klinik seitens des Gesundheitsamtes um eine Teilnahme gebeten werden. Hauptsächlich handelt es sich dabei um die ärztliche Direktion, die Klinikleitung, die Geschäftsführung, die Pflegedienstleitung sowie die zuständige Hygienefachkraft. Weitere Funktionsträger werden bei Bedarf hinzugezogen. Nicht angekündigt wird, welche Stationen konkret begangen werden sollen.

Die Begehung besteht aus zwei Teilen: einem ausführlichen Vorgespräch und der eigentlichen Begehung mit Inaugenscheinnahme der vorgesehenen Stationen. Ein schriftlich fixierter „Leitfaden“ dient der Strukturierung des Vorgesprächs. Er umfasst m. E. alle wesentlichen Aspekte und ist grundsätzlich gut dafür geeignet, einen umfassenden Überblick über die krankenhaushygiene-sche Situation zu gewinnen. Nach der Änderung von § 23 IfSG mit der nunmehr noch größer gewordenen Bedeutung der Empfehlungen von KRINKO und ART, würde ich jedoch empfehlen, die standardisierte Grundlage für das Vorgespräch künftig stärker an diesen Empfehlungen auszurichten.

In den Begehungsniederschriften finden sich gelegentlich Aussagen zu Hygieneplänen. Dem entnehme ich, dass auch die Hygienepläne Gegenstand der Vorgespräche sind. Ich empfehle aber, die Hygienepläne zu einem eigenen Punkt des Leitfadens bzw. der Checkliste zu machen. Der Leitfaden, der je nach den Gegebenheiten des konkreten Krankenhauses modifiziert wird, umfasst die folgenden Bereiche:

A. allgemeine Infektionshygiene

- Hygienepersonal
- Hygienekommission, etwaige außerplanmäßige Sitzungen

⁶ Lafontaine J, Heudorf U: Überwachung der Krankenhaus- und Praxishygiene durch das Gesundheitsamt, in: Kramer A, Assadian O, Exner M, Hübner N-O, Simon A: Krankenhaus- und Praxishygiene, Urban & Fischer, 2011

- Ausbrüche nosokomialer Infektionen gemäß § 6 IfSG
- Aufzeichnung und Bewertung nosokomialer Infektionen und spezieller Resistenzen und Multiresistenzen gem. § 23 IfSG
- Beteiligung am Infektions Surveillance Systems (KISS) des RKI
- MRSA-Problematik
- Probleme mit anderen resistenten Bakterien
- Umgang mit Ausbrüchen durch Noroviren
- Salmonellen-Problematik
- berufliche Tätigkeitsverbote im Sinne von § 31 IfSG
- Legionellen-Problematik, Wasserhygiene
- Monitoring von Schädlingen

B Versorgung/Entsorgung

- Speisen
- Wäsche
- Reinigungsdienst
- Bettenaufbereitung
- Arzneiversorgung, Zytostatikaherstellung, Herstellung von Desinfektionsmitteln
- Sterilisation und Desinfektion

C Ärztlicher bzw. Pflegerischer Bereich

- Betten- bzw. Patientenzahl insgesamt und nach Fachbereichen
- Teilstationäre Betreuung
- Durchführung ambulanter Operationen
- Bereitschaftsdienste
- Betten für Beleg- bzw. Konsiliarärzte

D Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

- Fortbildung der Mitarbeiter in Hygienefragen
- Betriebsarzt/-ärztin
- Schutzimpfungen des Personals

E Umbaumaßnahmen

- In den letzten 2 Jahren durchgeführt
- In den nächsten 5 Jahren geplant

Nach dem umfänglichen Vorgespräch erfolgt dann die eigentliche Begehung der vorgesehenen Stationen und Bereiche. Auch hierfür verwendet das Gesundheitsamt Bremen einen „Leitfaden“, der allerdings sehr knapp gehalten ist. Hier möchte ich empfehlen, künftig eine aussagekräftigere Checkliste zu verwenden. Vorlagen und Muster dafür finden sich im Internet in größerer Zahl

(z. B. auf der Website des Landesentrums Gesundheit NRW
http://www.lzg.gc.nrw.de/service/download/pub_krkhs/index.html)

Ich habe Niederschriften über die Begehung unterschiedlicher Krankenhäuser bzw. Krankenhausbereiche zur Kenntnis nehmen und auswerten können. Dabei habe ich den Eindruck gewonnen, dass die Begehungen kompetent und sorgfältig erfolgen. Das Gesundheitsamt widmet seine Aufmerksamkeit allgemeinen Hygieneaspekten wie der Möglichkeit und Durchführung zur Händehygiene, dem Umgang mit angebrochenen Mehrdosenampullen, dem Umgang mit Desinfektionsmitteln, der Lagerung dieser Mittel, der Lagerung von Sterilgut, den Kontaminationsmöglichkeiten von „reinen“, aufbereiteten Betten usw. durch benutzte „unreine“ Materialien usw.

Auch die bauliche Situation ist Gegenstand der Betrachtung, soweit sie Auswirkungen auf die Hygienesituation haben kann: sind Flächen und Einrichtungsgegenstände leicht zu reinigen und zu desinfizieren, ist die bauliche Gestaltung aus hygienischer Sicht funktional (Schleusen, Bereichstrennung, Wege von Patienten und Personal), besteht Platzmangel mit Folgen für die Möglichkeit, Materialien gemäß den Anforderungen der Hygiene zu lagern usw. Schließlich werden auch Arbeitsabläufe unter Hygienegesichtspunkten bewertet.

Im Rahmen seiner Beratungs- und Kontrollfunktion scheint es mir wichtig, dass das Gesundheitsamt gem. § 25 Abs. 2 ÖGDG in den Krankenhäusern die Weiterentwicklung von Hygienestrukturen als wichtigen Voraussetzungen für die Prozessqualität in der Krankenhaushygiene durch entsprechende Forderungen unterstützt⁷. Hierzu gehören insbesondere die Dokumentationspflichten der Krankenhäuser über nosokomiale Infektionen und das Auftreten von Erregern mit bestimmten Resistenzen gem. § 23 Abs. 4 wie auch die Einhaltung der Empfehlungen der KRINKO zu den personellen und organisatorischen Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen⁸.

Die Erfüllung der Dokumentationspflichten gem. § 23 IfSG wird kontrolliert. Eine Auswertung der Dokumentation ist im Rahmen der Begehung allerdings im Allgemeinen nicht möglich. Dazu trägt bei, dass es die derzeitige Praxis der Dokumentation, für die keine gesetzlichen Vorgaben existieren, mitunter erschwert, aus den festgestellten und dokumentierten nosokomialen Infektionen und Resistenzen in ausreichender Weise eindeutige Schlüsse zu ziehen. Dies ist allerdings ein nicht auf Bremen beschränktes Problem einer oft nicht unproblematischen und uneinheitlichen Weise der Erfassung und Bewertung. In diesem Zusammenhang habe ich erfahren, dass eine renommierte krankenhaushygienische Beratungseinrichtung zunächst für das Klinikum Bremen-Mitte eine entsprechende Software entwickeln soll, die bei Bewährung auch in anderen Bremer Krankenhäusern eingesetzt werden könnte. Dies würde m. E. zu einer deutlichen Verbesserung der Situation führen.

Auch das Vorhandensein von hygienischem Fachpersonal wird abgefragt. Eine Erörterung der Frage, ob das vorhandene Fachpersonal ausreicht und ob Qualifikation und organisatorische Stellung den Empfehlungen entsprechen, habe ich in den mir vorliegenden Begehungsniederschriften nicht gefunden. Sicher übersteigt es die Kompetenz des Gesundheitsamtes, Forderungen hinsichtlich der Einstellung von Personal und dessen organisatorischer Zuordnung zu stellen, zumal die Grundlage für derartige Forderungen eine nicht rechtsverbindliche Empfehlung ist. Angesichts der Bedeutung, die das IfSG diesen Themen seit dem vergangenen Jahr zumisst, und der gesetzlichen Formulierung, dass die Erfüllung der Forderungen nach § 23 Abs. 3 IfSG vermutet wird, wenn die

⁷ Lafontaine J, Heudorf U: a. a. O

⁸ Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert Koch-Institut: Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen. Bundesgesundheitsblatt 52 (2009), 951-962

entsprechenden Kommissions-Empfehlungen beachtet wurden, sollten diese Aspekte jedoch vom Gesundheitsamt thematisiert werden. Die geplante Neufassung der Landesverordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen (HygInfVO) wird dafür eine geeignete gesetzliche Grundlage darstellen und die Stellung des Gesundheitsamtes im Vergleich zur bisherigen Situation verbessern.

Vom Gesundheitsamt im Rahmen der Begehung festgestellte Beanstandungen werden nachvollziehbar begründet. Es wird auch entsprechend gewürdigt, wenn Dinge seitens des begangenen Hauses besonders gut geregelt oder gestaltet sind. Mit dem Mittel der Setzung von Fristen für Forderungen des Gesundheitsamtes zur Abhilfe bei Beanstandungen wird nach meinem Eindruck eher zurückhaltend umgegangen. Die Erfahrung des Gesundheitsamtes zeigt jedoch für mich nachvollziehbar, dass die häufiger erwähnte Kooperations- und Kommunikationskultur zwischen Amt und Krankenhäusern auch so zur zeitnahen Umsetzung geforderter Maßnahmen beiträgt.

Die Häufigkeit von Begehungen ist nicht vorgeschrieben. In der wissenschaftlichen Literatur finden sich Angaben, wonach angestrebt werden sollte, dass zumindest Teilbegehungen jährlich stattfinden. Jedoch müssen die Gesundheitsämter im Rahmen ihrer Ressourcen und auf der Basis von Risikoeinschätzungen nach pflichtgemäßem Ermessen selbst Häufigkeit und Umfang dieser Maßnahme festlegen. Die folgende Übersicht zeigt, wann das Gesundheitsamt Ortstermine in den Bremer Krankenhäusern wahrgenommen hat. Dabei sind Begehungen durch Fettdruck hervorgehoben. Bei den anderen Terminen handelt es sich um unterschiedliche Tätigkeiten vor Ort mit infektionshygienischem Hintergrund (Besprechungen, Abnahme baulicher Maßnahmen u. ä.).

Begehungen und andere Ortstermine nach Einrichtungen:

Einrichtung	Datum
Ameos Klinikum Dr. Heines	15.06.11
DIAKO – Diakonie Krankenhaus	29.10.08 04.05.10 25.11.11
Klinikum Bremen-Mitte	28.09.09 07.01.10 11.01.11 28.01.11 07.03.11 31.03.11 13.05.11 18.10.11 28.10.11 07.11.11

	09.11.11
	29.11.11
Klinikum Bremen-Links der Weser	22.01.08 06.06.08 28.04.10 26.08.10 30.11.10 06.04.11 02.12.11
Klinikum Bremen-Nord	14.01.09 04.11.11 17.11.11 30.11.11
Klinikum Bremen-Ost	01.12.09 25.08.10 28.07.11 15.12.11
Paracelsus Kurfürstenklinik	25.04.08 17.08.09 25.01.12
Rehaklinik am Sendesaal	07.04.11
Rolandklinik	01.04.08 09.07.08 29.07.11
Rotes Kreuz-Krankenhaus	29.09.10
St. Josephstift	14.03.08 23.09.08 11.01.12

Praxen mit Genehmigung zum ambulanten Operieren:

Die Begehung der Praxen, in denen ambulante Operationen durchgeführt werden, ließ sich weniger gut erfassen. Nach Angaben des Gesundheitsamtes wurden alle OP-Zentren bzw. Praxen im Zusammenhang mit ihrer Konzessionierung begangen. Danach erfolgten Begehungen in der Regel anlassbezogen. Nach dem Leistungsbericht der Abteilung 3 für das Jahr 2010 wurde im Jahr 2008 nur 1 Praxis für ambulante Operationen begangen, nachdem in drei Jahren zuvor im Rahmen eines Projektes 91 gynäkologische Praxen (unabhängig von der Durchführung ambulanter Operationen)

begangen worden waren. 2009 kam es zur Begehung von 10 Praxen, darunter 4 ambulanten OP-Zentren. 2010 wurden 5 Praxen begangen, darunter wiederum 4 ambulante OP-Zentren. Mir liegen aus dem Jahr 2011 zwei Begehungsprotokolle vor (Aestheticum-Praxisklinik Universitätsallee vom 18.04.2011 und Haar-Praxis-Bremen am 25. Juli 2011). Diese Niederschriften belegen, dass die Begehungen sachgerecht und kompetent durchgeführt werden.

Die geringere Begehungsfrequenz erscheint mir gerade vor dem Hintergrund knapper Ressourcen vertretbar. Tatsächlich unterscheidet sich das Risikoprofil einer Praxis, in der ambulante Operationen durchgeführt werden, von demjenigen eines Krankenhauses sowohl im Hinblick auf die vielfach weniger schwer kranken Patienten als auch (zumindest zumeist) auf die durchgeführten Maßnahmen. Es erscheint daher gerechtfertigt, bei der risikobasierten Prioritätensetzung diesem Bereich eine geringere Priorität beizumessen, zumal unabhängig von der Überwachung durch das Gesundheitsamt weitere Maßnahmen der Qualitätskontrolle z. B. seitens der kassenärztlichen Vereinigung greifen. Allerdings sollte das Gesundheitsamt prüfen, ob es einen vollständigen Überblick über die Zahl entsprechender Praxen hat.

Rettungswachen:

Was vorstehend über das Risikoprofil der Praxen ausgeführt wurde, in denen ambulante Operationen durchgeführt werden, gilt in noch stärkerem Maße für die Rettungswachen und Krankentransportwagen. Gleichwohl gehören Rettungswachen zu den medizinischen Einrichtungen, die das Gesundheitsamt zu überwachen hat. In manchen Bundesländern ergibt sich dies *expressis verbis* aus den Landesgesundheitsdienstgesetzen (z. B. Hessen). In anderen Bundesländern ergibt sich diese Aufgabe indirekt. Im Gesundheitsdienstgesetz des Landes Bremen heißt es in § 25: „Die Gesundheitsämter überwachen die Einhaltung der Anforderungen der Hygiene in Einrichtungen, bei denen aufgrund der vorliegenden Erkenntnisse ein besonderes Hygienerisiko besteht.“ Auch aus § 23 Abs. 6 IfSG ergibt sich die Verpflichtung indirekt: „Einrichtungen nach Absatz 5 Satz 1 unterliegen der infektionshygienischen Überwachung durch das Gesundheitsamt.“ Zwar sind die Rettungswachen und Krankentransportfahrzeuge in Abs. 5 nicht explizit angeführt, aber sie sind unter Ziffer 7 Abs. 5 Satz 1 zu subsummieren: „Behandlungs- oder Versorgungseinrichtungen, die mit einer der in den Nummern 1 bis 6 genannten Einrichtungen vergleichbar sind.“ Das Erfordernis einer infektionshygienischen Überwachung auch der Einrichtungen des Rettungsdienstes und Krankentransports kann inhaltlich-fachlich daraus abgeleitet werden, dass nosokomiale Infektionen bereits bei der präklinischen Versorgung des Patienten erworben werden und nach Hospitalisierung weitere Patienten gefährden können⁹.

Die vom Gesundheitsamt Bremen für die Begehung der Rettungswachen verwendete Checkliste halte ich für sehr gut.

Die 8 Rettungswachen wurden im untersuchten Zeitraum sämtlich begangen:

NEF (Notarzt Einsatzfahrzeug)-Wache am Klinikum HB-Ost:	Begehung am 01.12.09
Rettungswache Schwachhausen:	Begehung am 14.12.10

⁹ Groß R, Kramer A, Heudorf U, Cremer St: Hygiene im Rettungsdienst und Krankentransport sowie im Sanitätsdienst in: Kramer A, Assadian O, Exner M, Hübner N-O, Simon A: Krankenhaus- und Praxishygiene, Urban & Fischer, 2011

Rettungswache Gröpelingen:	Begehung am 14.12.10
Rettungswache Blumenthal:	Begehung am 20.12.10
Rettungswache Arsten:	Begehung am 31.08.11
Rettungswache Rennplatz:	Begehung am 17.10.11
Promedica - Wache:	Begehung am 08.09.11
Medicent - Wache:	Begehungen am 01.10.10 und 09.09.11

Drei Niederschriften über Begehungen von Rettungswachen im Jahr 2011 habe ich ausgewertet. Es fanden sich keinerlei Kritikpunkte.

V.4. Fazit:

Aufgrund meiner Untersuchung komme ich zu dem Schluss, dass die Wahrnehmung der infekti-onshygienischen Überwachung durch das Gesundheitsamt Bremen im Untersuchungszeitraum ordnungsgemäß durchgeführt wurde. Hervorzuheben ist das erfolgreiche Bemühen des Amtes um eine vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen den überwachten Einrichtungen und der Behörde. Dies ist eine wesentliche Voraussetzung für eine erfolgreiche Überwachung. Es stellt aber andererseits auch keine Garantie dafür dar, dass das Gesundheitsamt von allen auftretenden Problemen Kenntnis erhält.

Das Gesundheitsamt nimmt seine notwendigen Prioritätensetzungen auf der Grundlage plausibler Gefährdungsbeurteilungen vor. Ich möchte anregen, dass diese Gefährdungsbeurteilung künftig nach einem standardisierten und schriftlich fixierten Verfahren vorgenommen wird. Hierbei kann die unter 4.1 der KRINKO-Empfehlung „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“¹⁰ dargestellte Vorgehensweise hilfreich sein.

Die Strukturierung der Begehungen folgt gängigen Standards und orientiert sich an den Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert Koch-Institut. Ich empfehle, künftig nicht nur für das Vorgespräch, sondern auch für die Begehung selbst verstärkt Checklisten einzusetzen. Auch schiene es mir sinnvoll, z. B. am Beginn eines Kalenderjahres auf der Grundlage der nach transparenten Gesichtspunkten vorgenommenen Prioritätensetzung eine Planung zu fixieren, welche Einrichtungen wann begangen werden sollen. Hierdurch wird ein planvolles Handeln erleichtert und transparenter. Müssen dann vorgesehene Termine wegen tagesaktueller Ereignisse verschoben werden, ist auch dies leichter zu belegen und zu vertreten.

Die Prüfung der Dokumentation und Bewertung nosokomialer Infektionen und aufgetretener Erreger mit bestimmten Resistenzen sowie die Hinwirkung auf eine empfehlungskonforme Ausstattung der Krankenhäuser mit Hygienefachpersonal sollten intensiviert werden. Sie haben durch die am 4. August 2011 in Kraft getretenen Änderungen des IfSG weiter an Bedeutung gewonnen. Die in Vorbereitung befindliche Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen (HygInfVO) wird dabei eine Verbesserung der Rechtsgrundlage des Gesundheitsamtes darstellen.

¹⁰ s. unter Fußnote 8

Angesichts der Bedeutung, die der Krankenhaushygiene und besonders der Vermeidung nosokomialer Infektionen zukommt, möchte ich empfehlen zu prüfen, ob die hierfür vorhandenen personellen Ressourcen verstärkt werden können. Der Zusammenhang zwischen einer ausreichenden personellen Ausstattung und einer ordnungsgemäßen Aufgabenerfüllung besteht nicht nur in den Krankenhäusern.

VI. Praxis der krankenhaushygienischen Überwachung durch das Gesundheitsamt Bremerhaven

VI.1. Organisatorische Anbindung

Auch im Gesundheitsamt Bremerhaven wird die Aufgabe der infektionshygienischen Überwachung medizinischer Einrichtungen in der Abteilung 3 „Infektionsschutz und umweltbezogener Gesundheitsschutz“ wahrgenommen und zwar im Sachgebiet 32. Es handelt sich um das Produkt mit der Nummer 03.53.1.03 und der Leistungsnummer 02 „Objektbezogener Infektionsschutz“. Die Kurzbeschreibung lautet: „Routinemäßige und/oder anlassbezogene Begehung u. a. von Krankenhäusern, Alten- und Pflegeheimen, Beauty-, Tattoo- und Piercingstudios“.

Für diese Überwachungstätigkeit steht der Leiter des Sachgebiets anteilig zur Verfügung, der zugleich auch Abteilungsleiter sowie Leiter des Sachgebiets Katastrophenschutz in derselben Abteilung ist. Außerdem arbeitet er mit dem größten Teil seiner Arbeitszeit im Amtsärztlichen Dienst und ist am rechtsmedizinischen und polizeiärztlichen Bereitschaftsdienst außerhalb der regulären Dienstzeit maßgeblich beteiligt. Es handelt sich um einen Arzt für Öffentliches Gesundheitswesen mit der Zusatzbezeichnung „Arzt für Umweltmedizin“. Eine recht detaillierte Aufstellung seiner Tätigkeitsfelder ergab, dass er durchschnittlich allenfalls knapp 1 Stunde pro Woche für die „Hygiene in Krankenhäusern und anderen Einrichtungen der medizinischen, pflegerischen und rehabilitativen Versorgung sowie Gemeinschaftseinrichtungen“ gem. § 25 ÖGDG Bremen und IfSG tätig sein kann.

Ihm zur Seite steht – ebenfalls anteilig neben seinen anderen Aufgaben – ein Diplombiologe mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von insgesamt 30 Stunden. Er verfügt über umfangreiche Erfahrungen in molekularer Genetik, in der Bewertung von Innenraumschadstoffen, als Fachkraft für Arbeitssicherheit und als Qualitätsmanager. Er ist für die Gesundheitsverträglichkeitsprüfung im Zusammenhang mit der Umweltverträglichkeitsprüfung (UVP) zuständig sowie für die Trink- und Badewasserhygiene, die Untersuchung und Bewertung von Schadstoffen in öffentlichen, ggf. auch privaten Gebäuden, die Überwachung, Bewertung und Beratung im Zusammenhang mit Strahlung, Lärm, Erschütterungen, Boden-, Abfall- und Abwasserhygiene. Für raumluftechnische und andere mehr technische Aspekte der Hygiene in medizinischen Einrichtungen kann er durchschnittlich etwa 2 Stunden aufbringen.

Schließlich gehört zum Team noch ein Gesundheitsaufseher der bei einer wöchentlichen Arbeitszeit von insgesamt 32 Stunden neben der Hygiene in medizinischen Einrichtungen auch für Fragen der allgemeinen Hygiene, Ermittlungen und Beurteilungen im Zusammenhang mit meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten, Anordnungen von Schutz- und Desinfektionsmaßnahmen, Beratung und Anordnungen bei Schädlingsbefall zuständig ist. Der Anteil, der auf die infektions-

hygienische Überwachung von Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen aufgewendet werden kann, liegt durchschnittlich bei etwa 2 Stunden pro Woche.

Organisatorische Anbindung und Qualifikation des Personals halte ich für der Aufgabe angemessen. Was über die knappe personelle Situation in Bremen gesagt wurde, gilt in Bremerhaven mindestens in gleichem Maße.

VI.2. Der Überwachung unterliegende medizinische Einrichtungen in Bremerhaven

2.1 Krankenhäuser

1. Klinikum Bremerhaven Reinkenheide
2. Klinik am Bürgerpark
3. St. Joseph-Hospital

2.2 Einrichtungen für ambulante Operationen

Nach einer (bislang nicht von der KV Bremen aktualisierten) Aufstellung von 2005 waren zu diesem Zeitpunkt in Bremerhaven 23 Ärztinnen bzw. Ärzte oder Ärztegemeinschaften berechtigt, ambulante Operationen vorzunehmen und über die Kassenärztliche Vereinigung abzurechnen. Diese praktizierten in der Mehrzahl in drei OP-Zentren

1. Tagesklinik am Meer
2. Tagesklinik im Zentrum
3. Tagesklinik Lehe.

Weitere Ärztinnen bzw. Ärzte praktizierten in drei weiteren Arztpraxen oder operierten ambulant in der Klinik am Bürgerpark bzw. dem St. Joseph-Hospital.

2.3 Rettungswachen

Rettungswache der Feuerwehr Bremerhaven

VI.3. Umsetzung der krankenhaushygienischen Überwachung

Die Bewertung der infektionshygienischen Tätigkeit des Gesundheitsamtes Bremerhaven wird dadurch erschwert, dass zahlreiche Akten durch einen ausgedehnten Wasserschaden zwischen Mai und Juli verlorengegangen seien. Die stark verschimmelten Unterlagen seien auf Rat der Arbeitssicherheit (Personalamt) und in Abstimmung mit dem Stadtarchiv zum größten Teil vernichtet worden. Auch eine Rekonstruktion aus in digitaler Form vorliegenden Dateien war offensichtlich nur eingeschränkt möglich.

Wie in Bremen habe ich mich auch in Bremerhaven auf den Zeitraum von Januar 2008 bis Januar 2012 konzentriert. Wie bereits im Zusammenhang mit meiner Untersuchung in Bremen ausgeführt fallen in diese Zeit die Pandemie durch Influenza A (H1N1) von 2009/10 sowie der EHEC-

Ausbruch des vergangenen Jahres, die unabhängig von der ohnehin knappen Personalausstattung die vorhandenen Ressourcen in hohem Maße beansprucht haben.

Auch in Bremerhaven habe ich aufgrund der Unterlagen den Eindruck gewonnen, dass es dem Gesundheitsamt in der Vergangenheit gelungen ist, eine Kultur der vertrauensvollen Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern zu entwickeln. Die Hygienefachkräfte der Bremerhavener Krankenhäuser nehmen ebenso wie das Gesundheitsamt an dem vom Leiter des Instituts für Allgemeine Hygiene, Krankenhaushygiene und Umwelthygiene am Klinikum Bremen-Mitte geleiteten monatlichen Hygienearbeitskreis, der sog. „Montagsrunde“ teil. Dies führt dazu, dass sich die Akteure kennen, neuere Entwicklungen auf dem Gebiet der Hygiene diskutieren und Aspekte, die einzelne Häuser betreffen, besprechen.

Die letzten turnusmäßigen Begehungen der drei Krankenhäuser in Bremerhaven haben 2008 stattgefunden:

Klinikum Bremerhaven Reinkenheide: 28.02.2008: Chirurgische Intensivstation;
Klinik am Bürgerpark: 21.2.2008 Neubau Aufnahme und Aufwachstation;
St. Joseph-Hospital: 20.02.2008

Diese Begehungen wurden – wie in Bremen - etwa zwei bis vier Wochen zuvor angekündigt. In der Ankündigung werden die Personen bzw. Funktionsträger benannt, um deren Teilnahme das Gesundheitsamt bittet. Die mir zur Verfügung gestellten Niederschriften über die Begehungen der Klinik am Bürgerpark und des St. Joseph-Hospitals sind sehr knapp gehalten. Die im Vorgespräch behandelten „aktuellen Themen“ werden kurz zusammenfassend aufgeführt. Es hat den Anschein, dass über diese aktuellen Themen hinaus das Gesundheitsamt nicht entlang eines Gesprächsleitfadens standardisiert die wesentlichen Aspekte der Krankenhaushygiene erfasst. Insbesondere gehen die Niederschriften (abgesehen von einer kurzen Bemerkung über die Teilnahme eines Krankenhauses am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System KISS) nicht auf die Dokumentationspflicht nach § 23 IfSG oder die Ausstattung mit Hygienefachpersonal ein.

Auch die Niederschriften über die eigentlichen Begehungen sind so knapp gehalten, dass ihnen nicht entnommen werden kann, was im Einzelnen geprüft und bewertet wurde. Hier möchte ich wie schon für Bremen ausgeführt empfehlen, künftig anhand einer vorbereiteten und weitgehend standardisierten Checkliste den Ist-Zustand ausführlicher und besser nachvollziehbar zu beschreiben.

Seitdem fanden Ortstermine und Begehungen in den Krankenhäusern anlassbezogen statt. In den folgenden Tabellen sind die Daten und Anlässe für die drei Krankenhäuser getrennt aufgeführt. Naturgemäß hat es noch weitere Kontakte zwischen dem Gesundheitsamt und den Krankenhäusern gegeben, die aber keine eigentlichen Kontroll- und Beratungstätigkeiten vor Ort umfassten. Zu erwähnen sind in diesem Zusammenhang die zahlreichen Kontakte aufgrund der Influenza-Pandemie 2009/10, aufgrund des EHEC-Ausbruchs von 2011 sowie verstärkte Kontakte mit der Hautklinik im Klinikum Reinkenheide und der Kinderklinik der Klinik am Bürgerpark wegen eines gehäufteten Auftretens von Scabies (Krätze) in Bremerhaven im Herbst 2010.

Auszug aus den krankenhaushygienischen Aktivitäten des Gesundheitsamtes

**in den Jahren 2008 - 2011
Klinikum Bremerhaven Reinkenheide**

Datum	Anlass
07.04.2008	Neubau Zentral-OP, Lüftungsdecke
02.06.2008	Umbau und Sanierung des Zentral-Steri
22.04.2010	Bauabnahme Notfall- und OP-Zentrum
04.05.2010	Nachbegehung nach Mängelbehebung Zentral-OP
21.05.2010	Bauabnahme Unfallambulanz
23.08.2010	Schlussabnahme Zentral-OP
2010	Begehung/Begleitung der Strömungsvisualisierung im Rahmen der Bauabnahme der Lüftungsdecken im Zentral-OP, Bewertung der Ergebnisse
<u>21.12.2010</u>	Termin mit Hygienefachkraft wegen der Erfassung Nosokomialer Infektionen
07.03.2011	Neuausstattung der Radiologie, DSA (digitale Subtraktionsangiographie) in Hybrid-OP
03.2011 – fortlaufend	wiederholte Begehungen und Besprechungen wegen der Durchführung von Kaiserschnittoperationen (Anforderung an OP-Saal, Anwendungsbegrenzung des Notfall-OP für nicht planbare Notfalleingriffe)
Herbst 2011	Mehrfache Gespräche und Begehungen Neonatologie im KBR wg. Aufbereitung der Inkubatoren, Trennung Milchküche/Richten der Medikamente
11.11.2011	Termin mit der ärztlichen Direktorin wg. Aufnahmescreening in Gynäkologie/Neonatologie in Analogie zu Bremen
08.11.2011	Termin mit Hygienefachkraft und ärztlichem Abteilungsleiter wg. Umgang mit infektiösen TBC-Patienten in der Klinik
02.11.2011	Baubesprechung wg. Umbau Intensivstation
17.11.2011	Bauabnahme neugebaute Intensivstation
Seit 20.12.2011 fortlaufend	Gespräche, Begehungen, Beprobungen, Anordnung von Maßnahmen, Meldung ans RKI wg. Kolonisation mit Aspergillus spp. bei 3 Patienten

Gelöscht:

**Auszug aus den krankenhaushygienischen Aktivitäten des Gesundheitsamtes
in den Jahren 1996 - 2011
Klinik am Bürgerpark**

Datum	Anlass
05.02.2008	Sanierung von Stationen sowie der Integration einer MKG-Abteilung ¹¹
21.02.2008	Begehung der Aufnahmestation und des Aufwachraumes
23.07.2008	Stellungnahme wg. Einbau RLT-Anlage im Bereich der Intensivstation
18.03.2009	Stellungnahme zum Bauantrag wg. geplantem Bau eines Ärztehauses
21.07.2009	Stellungnahme zur Einrichtung einer Weaning-Abteilung ¹²
12.2009	Termin wg. Neubauplanung der Kinderklinik
28.01.2010	Termin wg. Umstrukturierung und geplantem Anbau der Kinderklinik
12.2010	Besprechung mit Hygienefachkraft wg. der Erfassung Nosokomialer Infektionen
Herbst 2011	Mehrfache Gespräche und Begehungen Neonatologie im KBR (Chefarzt Kinderklinik, Hygienefachkraft) wg. Aufbereitung der Inkubatoren, Trennung Milchküche/Richten der Medikamente
11.11.2011	Gespräch mit dem ärztlichen Direktor der Kinderklinik wg. Aufnahmescreening in Gynäkologie/Neonatologie in Analogie zu Bremen

**Auszug aus den krankenhaushygienischen Aktivitäten des Gesundheitsamtes
in den Jahren 1996 - 2011
St. Joseph-Hospital**

Datum	Anlass
20.02.2008	Begehung der Aufnahmestation
10.07.2008	Baubesprechung u. Bauabnahme wg. Sanierung chirurgische Station, aktueller Stand der Baumaßnahmen auf der Intensivstation
11.11.2011	Gespräch Laborleiter/ hygienebeauftragter Arzt, Hygienefachkraft wg. Aufnahmescreening in Gynäkologie in Analogie zu Bremen

Bei den hier aufgeführten Ortsterminen und Tätigkeiten handelt es sich z. T. um hochkomplexe Angelegenheiten, die erheblichen Sachverstand und Zeitaufwand erfordern. Ich denke hier insbesondere an die Problematik mit der Lüftungsdecke im OP des Klinikums Bremerhaven Reinikeide oder an die krankenhaushygienische Beurteilung der dortigen räumlichen Gegebenheiten für die Durchführung von Kaiserschnitt-Operationen. Auch Niederschriften und andere Unterlagen im Zusammenhang mit nosokomialen Infektionen und dem Verdacht auf Ausbrüche zeigen,

¹¹ KMG: Kiefer-, Mund-, Gesichtschirurgie

¹² Weaning: Entwöhnung eines beatmeten Patienten von der Beatmung

dass das Gesundheitsamt sorgfältig und kompetent mit krankenhaushygienischen Fragestellungen umzugehen versteht.

Obwohl es - wie mehrfach ausgeführt - keine gesetzlichen Vorgaben gibt, wie häufig und auf welche Art und Weise die Einhaltung der infektionshygienischen Vorschriften sowie der Empfehlungen der einschlägigen Kommissionen am Robert Koch-Institut durch das Gesundheitsamt überwacht werden soll, halte ich die Häufigkeit anlassunabhängiger Begehungen der Krankenhäuser durch das Gesundheitsamt Bremerhaven fachlich für unzureichend. Besonders fällt dies hinsichtlich des St. Joseph-Hospitals auf. In Gesprächen habe ich den Eindruck gewonnen, dass dies wegen schwieriger Umstrukturierungsprozesse in diesem Krankenhaus in gewisser Weise in Kauf genommen wurde. Jedoch reicht das quantitative Ausmaß der Überwachung gerade in diesem Haus keinesfalls aus.

Ein Grund für die unzureichende Wahrnehmung der Regelbegehungen ist nach meiner Ansicht die sehr knappe Personalausstattung des verantwortlichen Bereichs. Hier sollte geprüft werden, ob eine Verbesserung der Situation möglich ist.

VI.4. Fazit

Die Aufgabe der infektionshygienischen Überwachung medizinischer Einrichtungen wird in Bremerhaven mit Sachverstand, aber in zu geringem Umfang wahrgenommen. Dies betrifft vor allem die geringe Häufigkeit von Regelbegehungen der Krankenhäuser. Auch das Gesundheitsamt Bremerhaven sollte sich verstärkt mit den Aufzeichnungen der Krankenhäuser nach § 23 IfSG beschäftigen. Dem zuständigen Gesundheitsamt ist auf Verlangen Einblick in die Aufzeichnungen, Bewertungen und Schlussfolgerungen zu gewähren. Hiervon sollte verstärkt Gebrauch gemacht werden und die Bewertungen und Schlussfolgerungen sollten mit dem Krankenhaus erörtert werden. Ebenfalls sollte die Ausstattung der Krankenhäuser mit Hygienefachpersonal, dessen Qualifikation und Fortbildung sowie seine organisatorische Stellung innerhalb des Hauses auf der Grundlage der mehrfach erwähnten KRINKO-Empfehlung angesprochen werden.

Die drei Krankenhäuser sollten so bald wie möglich in infektionshygienischer Hinsicht begangen werden. Ich empfehle, hierfür einen realistischen Zeitplan aufzustellen und diesen schriftlich zu fixieren. Für die Begehung sollten Checklisten verwendet werden, wie sie im Internet vielfach zum Download bereitstehen (z. B. auf der Website des Landeszentrums Gesundheit NRW http://www.lzg.gc.nrw.de/service/download/pub_krkhs/index.html). Aufgrund der Begehungen sollte in Anlehnung an die Risikobewertung gem. Ziffer 4.1 der genannten KRINKO-Empfehlung eine nachvollziehbare Risikobewertung der verschiedenen Krankenhausbereiche vorgenommen werden, die als Grundlage für die künftige Priorisierung bei den Regelbegehungen verwendet werden kann.

Hinsichtlich etwaiger Begehungen von Praxen, in denen ambulante Operationen durchgeführt werden, habe ich aus dem Untersuchungszeitraum keine belastbaren Unterlagen erhalten. Auch wenn die Überwachung dieser Praxen eine geringere Priorität aufweist als die der Krankenhäuser, sollte auch diesem Bereich wieder mehr Aufmerksamkeit gewidmet werden. Dabei empfehle ich eine Kooperation mit der kassenärztlichen Vereinigung der Hansestadt Bremen, die ihrerseits im

Rahmen ihrer Verpflichtung zur Qualitätssicherung in dieser Hinsicht auch tätig wird. Hier können evtl. Synergieeffekte genutzt werden.

Zu den mir überlassenen Unterlagen gehört eine Checkliste aus dem Jahr 2005, in der das Vorliegen der Voraussetzungen zur Durchführung ambulanter Operationen erfasst wird. Diese ist auch gut als Grundlage von Begehungen zu verwenden.

Schließlich sollte auch die Rettungswache der Bremerhavener Feuerwehr demnächst begangen werden.