

**Bericht des Untersuchungsausschusses Aufklärung der Umstände der Infektionswelle und der Todesfälle von frühgeborenen Kindern auf der neonatologischen Intensivstation im Klinikum Bremen Mitte sowie der damit in Zusammenhang stehenden mutmaßlichen Missachtung von Vorschriften der Krankenhaushygiene, der Nichtbeachtung von Meldevorschriften sowie struktureller, personeller und organisatorischer Mängel hinsichtlich der Einhaltung von Hygienevorschriften und Notwendigkeiten und Möglichkeiten von Verbesserungen in diesem Bereich**

Die Bremische Bürgerschaft (Landtag) hat mit Beschluss vom 18. November 2011 einen parlamentarischen Untersuchungsausschuss zur Aufklärung der Umstände der Infektionswelle und der Todesfälle von frühgeborenen Kindern auf der neonatologischen Intensivstation im Klinikum Bremen Mitte sowie der damit in Zusammenhang stehenden mutmaßlichen Missachtung von Vorschriften der Krankenhaushygiene, der Nichtbeachtung von Meldevorschriften sowie struktureller, personeller und organisatorischer Mängel hinsichtlich der Einhaltung von Hygienevorschriften und Notwendigkeiten und Möglichkeiten von Verbesserungen in diesem Bereich mit der Kurzbezeichnung „Krankenhauskeime“ eingesetzt. Der Untersuchungsausschuss legt hiermit seinen Bericht nach § 20 Abs. 1 des Untersuchungsausschussgesetzes (UAG) vor.

Die Minderheitenvoten der Fraktion der CDU und der Fraktion DIE LINKE wurden dem Bericht angefügt.



Antje Grotheer  
- Vorsitzende -

|                                                                                      |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1. Einsetzung und Verfahren des Untersuchungsausschusses.....</b>                 | <b>8</b>  |
| 1.1. Einsetzung des Untersuchungsausschusses und Untersuchungsauftrag.....           | 8         |
| 1.2. Konstituierung des Untersuchungsausschusses und Verfahrensüberblick.....        | 13        |
| 1.3. Rechtsgrundlagen und Verfahrensregeln des Untersuchungsausschusses.....         | 13        |
| 1.3.1. Verfahren hinsichtlich der Niederschriften über die Beweisaufnahme .....      | 14        |
| 1.3.2. Beweisaufnahmeverfahren .....                                                 | 15        |
| <b>2. Kontext des Keimausbruchs: Das öffentliche Gesundheitswesen in Bremen.....</b> | <b>17</b> |
| 2.1. Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit .....                        | 17        |
| 2.2. Gesundheitsamt Bremen .....                                                     | 18        |
| 2.3. Gesundheit Nord gGmbH.....                                                      | 19        |
| 2.4. Klinikum Bremen-Mitte gGmbH.....                                                | 20        |
| <b>3. Ausbruchsgeschehen.....</b>                                                    | <b>23</b> |
| 3.1. ESBL-bildende Klebsiellen im Jahr 2005.....                                     | 24        |
| 3.2. ESBL-bildende Klebsiellen in den Jahren 2009 und 2010 .....                     | 26        |
| 3.3. ESBL-bildende Klebsiellen im Jahr 2011.....                                     | 27        |
| 3.3.1. ESBL-bildende Klebsiellen im Juni 2011 .....                                  | 28        |
| 3.3.2. ESBL-bildende Klebsiellen im Juli 2011.....                                   | 28        |
| 3.3.3. ESBL-bildende Klebsiellen im August 2011 .....                                | 28        |
| 3.3.4. ESBL-bildende Klebsiellen im September 2011 .....                             | 29        |
| 3.3.5. ESBL-bildende Klebsiellen im Oktober 2011 .....                               | 30        |
| 3.3.6. ESBL-bildende Klebsiellen im November 2011 .....                              | 32        |
| 3.3.7. ESBL-bildende Klebsiellen im Dezember 2011.....                               | 36        |
| 3.4. ESBL-bildende Klebsiellen im 2012 .....                                         | 36        |
| 3.4.1. ESBL-bildende Klebsiellen im Januar 2012 .....                                | 36        |
| 3.4.2. ESBL-bildende Klebsiellen im Februar 2012 .....                               | 37        |

|           |                                                                                 |           |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 3.4.3.    | ESBL-bildende Klebsiellen im Mai 2012.....                                      | 39        |
| <b>4.</b> | <b>Medizinischer Hintergrund.....</b>                                           | <b>40</b> |
| 4.1.      | Klebsiella pneumoniae.....                                                      | 42        |
| 4.2.      | ESBL-Bildner .....                                                              | 43        |
| 4.3.      | Nosokomiale Infektionen bei Frühgeborenen .....                                 | 45        |
| 4.4.      | Herkunft des Keims und Übertragungswege .....                                   | 47        |
| 4.4.1.    | Herkunft des Keims .....                                                        | 47        |
| 4.4.1.1.  | Möglicher Eintrag von einer anderen Station des Klinikums<br>Bremen-Mitte ..... | 48        |
| 4.4.1.2.  | Desinfektionsmitteldosiergerät als mögliche Keimquelle .....                    | 49        |
| 4.4.2.    | Mögliche Übertragungswege .....                                                 | 52        |
| 4.5.      | Zusammenfassung.....                                                            | 54        |
| <b>5.</b> | <b>Hygienemanagement.....</b>                                                   | <b>55</b> |
| 5.1.      | Rechtliche Grundlagen .....                                                     | 55        |
| 5.2.      | Personelle Anforderungen.....                                                   | 60        |
| 5.2.1.    | Krankenhaushygienikerin/Krankenhaushygieniker .....                             | 61        |
| 5.2.1.1.  | Rechtliche Vorgaben .....                                                       | 61        |
| 5.2.1.2.  | Institut für Allgemeine Hygiene, Krankenhaushygiene und<br>Umwelthygiene.....   | 66        |
| 5.2.1.3.  | Qualifikation des Krankenhaushygienikers am Klinikum Bremen-<br>Mitte           | 68        |
| 5.2.1.4.  | Erfordernis einer Vollzeitstelle am Klinikum Bremen-Mitte .....                 | 69        |
| 5.2.1.5.  | Sichtweise der senatorischen Behörde .....                                      | 71        |
| 5.2.2.    | Hygienebeauftragte Ärzte.....                                                   | 72        |
| 5.2.2.1.  | Vorgaben .....                                                                  | 73        |
| 5.2.2.2.  | Hygienebeauftragte Ärzte am Klinikum Bremen-Mitte .....                         | 76        |
| 5.2.3.    | Hygienefachkräfte.....                                                          | 76        |
| 5.2.3.1.  | Vorgaben .....                                                                  | 77        |
| 5.2.3.2.  | Hygienefachkräfte am Klinikum Bremen-Mitte .....                                | 80        |
| 5.2.3.3.  | Hygienebeauftragte in der Pflege .....                                          | 81        |
| 5.3.      | Organisation .....                                                              | 82        |
| 5.3.1.    | Organisatorische Einbindung des Hygienepersonals .....                          | 82        |

|                                                                                                  |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 5.3.1.1. Hygieneverantwortlichkeit in der Geschäftsführung des Klinikums Bremen-Mitte .....      | 82         |
| 5.3.1.2. Einflussmöglichkeiten des Krankenhaushygienikers .....                                  | 85         |
| 5.3.2. Hygienekommission .....                                                                   | 86         |
| 5.4. Hygieneplan .....                                                                           | 90         |
| 5.5. Dokumentation .....                                                                         | 93         |
| 5.5.1. Dokumentation nosokomialer Infektionen .....                                              | 93         |
| 5.5.2. Dokumentation des Antibiotikaverbrauchs .....                                             | 95         |
| 5.5.3. Patienten- und Pflegedokumentation .....                                                  | 96         |
| 5.6. Routinescreening .....                                                                      | 97         |
| 5.7. Hygieneverhalten .....                                                                      | 100        |
| 5.7.1. Händehygiene .....                                                                        | 100        |
| 5.7.2. Schutzkleidung .....                                                                      | 108        |
| 5.8. Krankenhauseinrichtung .....                                                                | 109        |
| 5.9. Elternaufklärung .....                                                                      | 110        |
| 5.10. Zusammenfassung .....                                                                      | 112        |
| <b>6. Ausstattung mit medizinischem Personal .....</b>                                           | <b>115</b> |
| 6.1. Bedeutung der Personalausstattung für die Hygiene .....                                     | 115        |
| 6.2. Qualifikation des Personals .....                                                           | 116        |
| 6.2.1. Vorgaben .....                                                                            | 117        |
| 6.2.2. Qualifikation der Pflegekräfte in der Neonatologie .....                                  | 118        |
| 6.2.3. Qualifikationen im ärztlichen Bereich .....                                               | 119        |
| 6.3. Quantitative Personalausstattung .....                                                      | 120        |
| 6.3.1. Sanierungskonzept der Gesundheit Nord .....                                               | 120        |
| 6.3.1.1. Zuständigkeit für Personalentscheidungen .....                                          | 123        |
| 6.3.1.2... Einbindung der Aufsichtsräte der Gesundheit Nord und des Klinikums Bremen-Mitte ..... | 129        |
| 6.3.1.3. Personalentwicklung .....                                                               | 131        |
| 6.3.2. Quantitative Besetzung der Neonatologie im Jahr 2011 .....                                | 133        |
| 6.3.2.1. Empfehlungen .....                                                                      | 133        |
| 6.3.2.2. Situation in der Pflege im Klinikum Bremen-Mitte .....                                  | 135        |
| 6.3.2.3. Überlastungsanzeigen des Pflegepersonals .....                                          | 138        |

|                                                                                                        |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 6.3.2.4. Ärztlicher Bereich .....                                                                      | 140        |
| 6.3.3. Personalsituation der Station 4027 im Jahr 2012 .....                                           | 146        |
| 6.4. Ursächlichkeit einer schwankenden Personalbesetzung für die Keimübertragung? .....                | 146        |
| 6.5. Zusammenfassung.....                                                                              | 148        |
| <b>7. Reinigung und Desinfektion.....</b>                                                              | <b>150</b> |
| 7.1. Vorgaben.....                                                                                     | 150        |
| 7.1.1. Empfehlung der KRINKO .....                                                                     | 150        |
| 7.1.2. Hygieneplan und Desinfektionspläne .....                                                        | 151        |
| 7.2. Ausführung der Reinigungsarbeiten.....                                                            | 153        |
| 7.2.1. Organisation der Reinigung .....                                                                | 153        |
| 7.2.2. Grundlagen der Reinigung .....                                                                  | 155        |
| 7.2.3. Quantitative Anforderungen an die Reinigung .....                                               | 156        |
| 7.2.4. Einarbeitung und Schulung des Reinigungspersonals .....                                         | 159        |
| 7.2.5. Qualitätsüberprüfungen .....                                                                    | 161        |
| 7.3. Kritik an den Reinigungs- und Desinfektionsleistungen .....                                       | 162        |
| 7.3.1. Interne Kritik .....                                                                            | 163        |
| 7.3.2. Externe Kritik .....                                                                            | 167        |
| 7.3.2.1. Deutsches Beratungszentrum für Hygiene Freiburg.....                                          | 167        |
| 7.3.2.2. Bericht des Desinfektors.....                                                                 | 176        |
| 7.3.2.3. Weitere Kritikpunkte an der Reinigung im Klinikum Bremen-Mitte                                | 178        |
| 7.4. Zusammenfassung.....                                                                              | 181        |
| <b>8. Ausbruchsmanagement .....</b>                                                                    | <b>183</b> |
| 8.1. Vorbereitende Phase.....                                                                          | 183        |
| 8.1.1. Festlegung von Auslöseereignissen.....                                                          | 184        |
| 8.1.2. Strukturierung der erforderlichen Abläufe.....                                                  | 185        |
| 8.1.3. Festlegung von Zuständigkeiten und Kommunikationswegen ....                                     | 192        |
| 8.1.4. Sicherstellung von Untersuchungskapazitäten.....                                                | 193        |
| 8.1.5. Festlegung der Abläufe zur Information und Kooperation mit dem zuständigen Gesundheitsamt ..... | 194        |
| 8.1.6. Festlegung der Öffentlichkeitsarbeit.....                                                       | 194        |

|             |                                                                                                                        |            |
|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>8.2.</b> | <b>Reaktive Phase 2005 .....</b>                                                                                       | <b>195</b> |
| <b>8.3.</b> | <b>Reaktive Phase 2011 .....</b>                                                                                       | <b>197</b> |
| 8.3.1.      | Feststellen des Auslöseereignisses.....                                                                                | 197        |
| 8.3.2.      | Einberufung eines Ausbruchsteamteams .....                                                                             | 200        |
| 8.3.3.      | Meldung.....                                                                                                           | 204        |
| 8.3.3.1.    | Meldung durch das Klinikum Bremen-Mitte.....                                                                           | 204        |
| 8.3.3.2.    | Übermittlung durch das Gesundheitsamt .....                                                                            | 213        |
| 8.3.4.      | Erste krankenhaushygienische Ortsbegehung und Festlegung des akuten Handlungsbedarfs .....                             | 216        |
| 8.3.4.1.    | Durchführung der Maßnahmen .....                                                                                       | 216        |
| 8.3.4.2.    | Qualität der Maßnahmen .....                                                                                           | 218        |
| 8.3.5.      | Festlegung von ersten Interventionsmaßnahmen zur Verhütung der Weiterverbreitung der Keime .....                       | 221        |
| 8.3.5.1.    | Screening-Untersuchungen der Patientinnen und Patienten ...                                                            | 222        |
| 8.3.5.2.    | Kohortierung .....                                                                                                     | 224        |
| 8.3.5.3.    | Aufnahmestopp .....                                                                                                    | 227        |
| 8.3.6.      | Ermittlung der Infektionsquelle .....                                                                                  | 230        |
| 8.3.6.1.    | Tätigkeit des Robert Koch-Instituts.....                                                                               | 231        |
| 8.3.6.2.    | Tätigkeit des Deutschen Beratungszentrums für Hygiene .....                                                            | 233        |
| 8.3.6.3.    | Personalscreening .....                                                                                                | 234        |
| 8.3.7.      | Bewertung der erhobenen Befunde und Festlegung gezielter Interventionsmaßnahmen nach den Ereignissen im Jahr 2011..... | 237        |
| 8.3.8.      | Information der Öffentlichkeit.....                                                                                    | 243        |
| 8.3.9.      | Entlassung von Herrn Professor Dr. Huppertz .....                                                                      | 245        |
| 8.3.10.     | Wiedereröffnung der Station.....                                                                                       | 247        |
| <b>8.4.</b> | <b>Reaktive Phase Februar 2012 .....</b>                                                                               | <b>252</b> |
| 8.4.1.      | Feststellen des Auslöseereignisses.....                                                                                | 252        |
| 8.4.2.      | Einberufung des Ausbruchmanagementteams .....                                                                          | 253        |
| 8.4.3.      | Meldung .....                                                                                                          | 253        |
| 8.4.4.      | Erste krankenhaushygienische Ortsbegehung und Festlegung von Interventionsmaßnahmen .....                              | 254        |
| 8.4.5.      | Ermittlung der Infektionsquelle .....                                                                                  | 255        |

|            |                                                                                                       |            |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 8.4.6.     | Information der Öffentlichkeit.....                                                                   | 258        |
| 8.4.7.     | Freistellung von Herrn Dr. Hansen und Herrn Dr. Kappler .....                                         | 259        |
| 8.5.       | Reaktive Phase Mai 2012 .....                                                                         | 259        |
| 8.6.       | Zusammenfassung.....                                                                                  | 260        |
| <b>9.</b>  | <b>Kontrolle und Aufsicht .....</b>                                                                   | <b>262</b> |
| 9.1.       | Gesellschaftsrechtliche Einflussmöglichkeiten der Gesundheit Nord auf das Klinikum Bremen-Mitte ..... | 262        |
| 9.1.1.     | Gesellschaftsrechtliche Struktur der Klinikum Bremen Mitte gGmbH 262                                  |            |
| 9.1.2.     | Aufsichtspflichten von Aufsichtsrat und Gesellschafterin der Klinikum Bremen-Mitte gGmbH .....        | 264        |
| 9.1.3.     | Das Eltern-Kind-Zentrum .....                                                                         | 268        |
| 9.1.4.     | Gesellschaftsrechtliche Rolle der Gesundheit Nord gGmbH Klinikverbund Bremen.....                     | 270        |
| 9.1.4.1.   | Beteiligungsmanagement .....                                                                          | 272        |
| 9.1.4.2.   | Umsetzung .....                                                                                       | 273        |
| 9.2.       | Behörden .....                                                                                        | 275        |
| 9.2.1.     | Senat und für Gesundheit zuständiges Senatsmitglied .....                                             | 275        |
| 9.2.3.     | Gesundheitsamt Bremen .....                                                                           | 282        |
| 9.2.3.1.   | Landeskompetenzzentrum für Infektionskrankheiten.....                                                 | 288        |
| 9.2.3.2.   | Zuständigkeit für Schutzmaßnahmen und Bußgeldverfahren nach dem Infektionsschutzgesetz .....          | 291        |
| 9.2.3.3.   | Verpflichtung zur fortlaufenden Überarbeitung der Krankenhaushygieneverordnung .....                  | 293        |
| 9.2.4.     | Zusammenfassung .....                                                                                 | 294        |
| <b>10.</b> | <b>Gesetz über das Leichenwesen .....</b>                                                             | <b>296</b> |
| 10.1.      | Benachrichtigung an das Institut für Rechtsmedizin .....                                              | 296        |
| 10.2.      | Erfordernis einer qualifizierten Leichenschau .....                                                   | 298        |
| <b>11.</b> | <b>Zusammenarbeit mit Krankenkassen.....</b>                                                          | <b>302</b> |
| 11.1.      | Ambulante Behandlung von Patienten mit antibiotikaresistenten Keimen.....                             | 302        |
| 11.2.      | Kosten der Krankenhaushygiene.....                                                                    | 303        |

|                                                                                               |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 11.3. Netzwerke zur Bekämpfung antibiotikaresistenter Keime.....                              | 306        |
| <b>12. Der Umgang mit multiresistenten Erregern in den<br/>Niederlanden.....</b>              | <b>309</b> |
| 12.1. Verbreitung von multiresistenten Erregern in den Niederlanden .....                     | 309        |
| 12.2. Strategien zur Reduktion von Antibiotikaresistenzen .....                               | 310        |
| 12.2.1. Das Prinzip „search“ .....                                                            | 311        |
| 12.2.2. Das Prinzip „restrict“ .....                                                          | 312        |
| 12.2.3. Das Prinzip „contain“ .....                                                           | 313        |
| 12.2.4. Das Prinzip „follow“ .....                                                            | 314        |
| 12.3. Unterschiede zwischen dem niederländischen und dem deutschen<br>Gesundheitssystem ..... | 315        |
| 12.3.1. Arts Microbioloog .....                                                               | 315        |
| 12.3.2. Hygienefachkräfte.....                                                                | 316        |
| 12.3.3. Inspectie voor de Gezondheidszorg.....                                                | 317        |
| 12.3.4. Organisation der ambulanten und klinischen Versorgung.....                            | 318        |
| 12.4. Zusammenfassung.....                                                                    | 319        |
| <b>13. Zusammenfassende Bewertung .....</b>                                                   | <b>320</b> |
| <b>14. Empfehlungen des Untersuchungsausschusses Klinikkeime<br/>.....</b>                    | <b>325</b> |
| <b>Verzeichnis der Anlagen.....</b>                                                           | <b>334</b> |
| <b>Anlage 1 .....</b>                                                                         | <b>335</b> |
| <b>Anlage 2 .....</b>                                                                         | <b>340</b> |
| <b>Anlage 3 .....</b>                                                                         | <b>362</b> |
| <b>Anlage 4 .....</b>                                                                         | <b>368</b> |
| <b>Anlage 5 .....</b>                                                                         | <b>373</b> |
| <b>Anlage 6 .....</b>                                                                         | <b>383</b> |
| <b>Abkürzungsverzeichnis .....</b>                                                            | <b>385</b> |
| <b>Minderheitenvotum der CDU-Fraktion</b>                                                     |            |
| <b>Minderheitenvotum der Fraktion DIE LINKE.</b>                                              |            |

## 1. Einsetzung und Verfahren des Untersuchungsausschusses

Anfang November 2011 wurde in der Öffentlichkeit bekannt, dass im Klinikum Bremen-Mitte seit August 2011 drei frühgeborene Kinder an einer Infektion mit multiresistenten Darmkeimen gestorben waren. Bei weiteren Kindern wurden multiresistente Darmkeime nachgewiesen, bei einigen dieser Kinder hatten die Keime bereits zu einer Erkrankung geführt. Zunächst wurde ein Aufnahmestopp für die betroffene neonatologische Station verhängt, sie wurde dann einige Tage später vollständig geräumt. Die Staatsanwaltschaft Bremen leitete, nachdem zunächst gegen Unbekannt ermittelt worden war, am 21. November 2011 ein Ermittlungsverfahren wegen fahrlässiger Tötung und fahrlässiger Körperverletzung gegen den Direktor der Professor-Hess-Kinderklinik und der Klinik für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin ein.<sup>1</sup>

### 1.1. Einsetzung des Untersuchungsausschusses und Untersuchungsauftrag

Am 18. November 2011 beantragten die Fraktion der CDU, der Abgeordnete Jan Timke (BIW), die Fraktionen der SPD, Bündnis 90/DIE GRÜNEN und DIE LINKE die Einsetzung eines parlamentarischen Untersuchungsausschusses.<sup>2</sup>

Aufgrund des vorgenannten gemeinsamen Antrags setzte die Bürgerschaft (Landtag) am 18. November 2012<sup>3</sup> einen parlamentarischen Untersuchungsausschuss mit folgendem Auftrag ein:

*"Die Bremische Bürgerschaft (Landtag) setzt einen aus 12 Mitgliedern und 12 stellvertretenden Mitgliedern bestehenden parlamentarischen Untersuchungsausschuss mit dem Auftrag ein, im Rahmen der verfassungsmäßigen Zuständigkeit des Landes zu untersuchen, ob und inwieweit die Nichtbeachtung von Vorschriften der Krankenhaushygiene, strukturelle, personelle und/oder organisatorische Mängel innerhalb des Klinikums Bremen-Mitte, des*

---

<sup>1</sup> Vermerk von Frau Staatsanwältin Günther vom 21. November 2011, Band 17, S. 116.

<sup>2</sup> Drucksache 18/132.

<sup>3</sup> Protokoll der 9. (außerordentlichen) Sitzung der Bremischen Bürgerschaft, S. 396 und Beschlussprotokoll der 9. Sitzung der Bremischen Bürgerschaft Nr. 18/128.

*Klinikverbundes Gesundheit Nord (GeNo), des Gesundheitsamtes bzw. der senatorischen Behörde für Gesundheit sowie die Nichtbeachtung der Meldevorschriften für die Infektion von mindestens 23 Kindern mit dem Keim Klebsiella pneumoniae und den Tod von mindestens drei frühgeborenen Kindern ursächlich waren und ob Infektionen und Todesfälle vermeidbar gewesen wären.*

*Über das Ergebnis der Untersuchungen und die sich daraus ergebenden Konsequenzen ist der Bremischen Bürgerschaft (Landtag) Bericht zu erstatten.*

*Der Untersuchungsauftrag erstreckt sich auf folgende Themenkomplexe:*

☐ *Erforschung der möglichen Ursachen für die Klebsiellen-Infektion in der Neonatologie im Klinikum Bremen-Mitte auch vor dem Hintergrund der Erfahrungen mit ähnlichen Vorfällen in anderen großen Kliniken wie in Mainz oder in Hamburg.*

☐ *Kontrolle und Aufsicht über die Einhaltung der Vorschriften zur Krankenhaushygiene in den bremischen Kliniken, insbesondere im Klinikum Bremen-Mitte durch die Krankenhäuser selbst bzw. deren Beauftragten oder Bevollmächtigten, die Gesundheit Nord sowie die zuständigen Aufsichtsbehörden.*

☐ *Art und Umfang der Meldevorschriften und deren Beachtung sowie die Information der Öffentlichkeit durch die Behörde der Senatorin für Gesundheit im vorliegenden und allgemein das vorgesehene Reaktionssystem im Krisenfall.*

☐ *Auswirkungen des Zentrenkonzeptes der Gesundheit Nord im Bereich der Neonatologie unter Einbeziehung von Krankenhausentwicklungskonzepten anderer vergleichbarer Großstädte.*

☐ *Umsetzung und Einhaltung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern.*

☐ *Steuerungsprozesse und Entscheidungsstrukturen im Klinikum Mitte, im Klinikverbund Gesundheit Nord, in der senatorischen*

*Behörde und in deren nachgeordneten Dienststellen, in den Bereichen Hygiene, Infektionsschutz und Meldepflichten.*

☐ *Die politische und administrative Verantwortung des Senats, insbesondere der Senatorin für Gesundheit als Senatorin und Vorsitzende des Aufsichtsrates der Gesundheit Nord.*

☐ *Konsequenzen aus dem zu untersuchenden Sachverhalt für die Verbesserung und Weiterentwicklung der Krankenhaushygiene im Land Bremen sowie der Meldevorschriften innerhalb des Gesundheitsressorts, seiner nachgeordneten Dienststellen und zwischen diesen Behörden.*

*Dabei sollen insbesondere folgende Sachverhalte untersucht werden:*

☐ *Art und Umfang der geltenden bundes- und landesrechtlichen Vorschriften zur Krankenhaushygiene.*

☐ *Umsetzung der geltenden Hygienevorschriften in der Neonatologie, im Klinikum Bremen-Mitte und im Klinikverbund Gesundheit Nord.*

☐ *Personelle Verantwortung für die Umsetzung der Hygiene- und Meldevorschriften in der Neonatologie und im Klinikum Bremen-Mitte.*

☐ *Personelle Ausstattung und Qualifikation in den Bereichen Krankenhaushygiene und Neonatologie im Klinikverbund Gesundheit Nord, auch im Vergleich zu Kliniken anderer Großstädte.*

☐ *Zusammenarbeit mit den Krankenkassen im Zusammenhang mit der Einhaltung der Vorschriften zur Krankenhaushygiene.*

☐ *Eingeleitete Maßnahmen des Klinikums Bremen-Mitte, der Gesundheit Nord, des Gesundheitsamtes und des Gesundheitsressorts seit Beginn der Infektionen im konkreten Krisenfall.*

☐ *Auswirkung der Zusammenführung der Neonatologie von den Kliniken Links der Weser und Bremen-Nord am Klinikum Bremen-Mitte im Hinblick auf den konkreten Krisenfall und im Hinblick auf die Gesundheitsversorgung insgesamt.*

☐ Zeitpunkt und Umfang der Untersuchung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Neonatologie und des Klinikums Bremen-Mitte auf den in Rede stehenden Keim.

☐ Art und Umfang der vorgeschriebenen Meldewege und tatsächlicher Ablauf im zu untersuchenden Sachverhalt.

☐ Innerbetriebliche Abläufe und Strukturen im Klinikum Mitte und dem Klinikverbund, die ein frühzeitiges Erkennen der Krisensituation beeinflusst haben.

☐ Hygienemanagement und Meldesystem im Vergleich zur Praxis an anderen Kliniken im Bundesgebiet oder darüber hinaus.

☐ Zeitpunkt der Information des medizinischen Personals in der betroffenen Klinik, der Angehörigen von Betroffenen und neu eingewiesenen Patienten sowie der Öffentlichkeit.

☐ Anzeige und Einleitung strafrechtlicher Ermittlungen.

☐ Untersuchung der Konsequenzen, die nach den durch vergleichbare Infektionen verursachten Zwischenfällen in anderen Kliniken für notwendig gehalten wurden und deren Bewertung durch Hygienesachverständige.

☐ Einhaltung der in Deutschland geltenden medizinischen Hygienestandards im Land Bremen durch Hygienepläne einschließlich der Hygienekontrollen sowie deren Dokumentation, auch im Vergleich zu den Kliniken anderer Großstädte.

☐ Die medizinisch wünschenswerten und realisierbaren Möglichkeiten der Verbesserung der Krankenhaushygiene und laufende Einbeziehung von externem Sachverstand.“

Die Bürgerschaft (Landtag) wählte folgende Abgeordnete als Mitglieder und stellvertretende Mitglieder des parlamentarischen Untersuchungsausschusses zur Aufklärung der Umstände der Infektionswelle und der Todesfälle von frühgeborenen Kindern auf der neonatologischen Intensivstation im Klinikum Bremen-Mitte sowie der damit in Zusammenhang stehenden mutmaßlichen Missachtung von Vorschriften der Krankenhaushygiene, der Nichtbeachtung von Meldevorschriften sowie struktureller, personeller und organisatorischer Mängel hinsichtlich der Einhaltung von Hygienevorschriften und Notwendigkeiten und Möglichkeiten von Verbesserungen in diesem Bereich:

| <u>Mitglieder</u>                             | <u>Stellvertretende Mitglieder</u>                 |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| Böschen, Sybille (SPD)                        | Gürlevik, Aydin (SPD)                              |
| Gottschalk, Arno (SPD)                        | Hiller, Ulrike (SPD)                               |
| Grotheer, Antje (SPD)                         | Holsten, Reiner (SPD)                              |
| Peters-Rehwinkel, Insa (SPD)                  | Mahnke, Manuela (SPD)                              |
| Ryglewski, Sarah (SPD)                        | Weigelt, Helmut (SPD)                              |
| Fecker, Björn (Bündnis 90/<br>DIE GRÜNEN)     | Schmidtman, Dirk (Bündnis 90/<br>DIE GRÜNEN)       |
| Neddermann, Linda (Bündnis 90/<br>DIE GRÜNEN) | Schön, Silvia (Bündnis 90/<br>DIE GRÜNEN)          |
| Saffe, Jan (Bündnis 90/<br>DIE GRÜNEN)        | Dr. Schierenbeck, Anne (Bündnis 90/<br>DIE GRÜNEN) |
| Bensch, Rainer (CDU)                          | Piontkowski, Gabriela (CDU)                        |
| Hinners, Wilhelm (CDU)                        | Rohmeyer, Claas (CDU)                              |
| Dr. Mohr-Lüllmann, Rita (CDU)                 | Timke, Jan (BIW)                                   |
| Bernhard, Claudia (DIE LINKE)                 | Rupp, Klaus-Rainer (DIE LINKE)                     |

Die Bürgerschaft (Landtag) wählte die Abgeordnete Antje Grotheer zur Vorsitzenden und den Abgeordneten Björn Fecker zum stellvertretenden Vorsitzenden.

Im Laufe seiner Untersuchung stellte der parlamentarische Untersuchungsausschuss fest, dass auf der neonatologischen Intensivstation des Klinikums Bremen-Mitte bereits im Jahr 2005 bei zumindest sechs frühgeborenen Kindern multiresistente Keime der Art *Klebsiella pneumoniae* nachgewiesen worden waren. Entsprechend dem Antrag der Fraktionen der CDU, der SPD und Bündnis 90/DIE GRÜNEN<sup>4</sup> beschloss die Bürgerschaft (Landtag) unter Zustimmung aller Fraktionen in ihrer Sitzung am 23. Februar 2012,<sup>5</sup> den Untersuchungsauftrag zu erweitern und den parlamentarischen Untersuchungsausschuss auch mit der Untersuchung der Vorgänge über nachgewiesene Klebsiellen-Keime in der Neonatologie im Klinikum Bremen-Mitte im Jahr 2005 zu beauftragen.

---

<sup>4</sup> Drucksache 18/274.

<sup>5</sup> Protokoll der 15. Sitzung der Bremischen Bürgerschaft, S. 845.

## **1.2. Konstituierung des Untersuchungsausschusses und Verfahrensüberblick**

Der parlamentarische Untersuchungsausschuss trat am 18. November 2011 zu seiner konstituierenden Sitzung zusammen. Er gab sich die Kurzbezeichnung "Untersuchungsausschuss Krankenhauskeime" und verabschiedete eine Verfahrensordnung.<sup>6</sup>

Dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss standen gemäß Art. 105 Abs. 5 der Landesverfassung der Freien Hansestadt Bremen (BremLV)<sup>7</sup> eine Mitarbeiterin und ein Mitarbeiter der Bürgerschaftskanzlei, eine Richterin am Verwaltungsgericht sowie ein Richter am Amtsgericht, die in die Bürgerschaftskanzlei abgeordnet worden waren, als Ausschussassistenten und den Fraktionen Mittel für jeweils eine Fraktionsassistentin oder einen Fraktionsassistenten zur Verfügung. Die Fraktion DIE LINKE beschäftigte aus ihren Mitteln zwei Mitarbeiter als Fraktionsassistenten.

Der parlamentarische Untersuchungsausschuss hielt in der Zeit vom 18. November 2011 bis 18. Oktober 2012 insgesamt 49 interne Sitzungen ab. Die Beweisaufnahme erfolgte in 34 öffentlichen Beweisaufnahmen, 9 nicht-öffentlichen Beweisaufnahmen sowie einer Inaugenscheineinnahme.

Der vorliegende Bericht wurde am 27. November 2012 mehrheitlich mit den Stimmen der Vertreterinnen und Vertreter der Fraktionen der SPD und Bündnis 90/DIE GRÜNEN und gegen die Stimmen der Vertreterinnen und Vertreter der Fraktionen der CDU und DIE LINKE beschlossen. Die Minderheitenvoten der Fraktionen der CDU und DIE LINKE sind dem Bericht beigelegt.

## **1.3. Rechtsgrundlagen und Verfahrensregeln des Untersuchungsausschusses**

---

<sup>6</sup> Anlage 1.

<sup>7</sup> Vom 21. Oktober 1947, Brem.GBl. S. 251, zuletzt geändert durch Gesetz vom 17. Juli 2012, Brem.GBl. S. 354.

Die Einsetzung sowie die Befugnisse des parlamentarischen Untersuchungsausschusses im Land Bremen finden ihre Rechtsgrundlage in Art. 105 Abs. 5 BremLV. Dieser lautet:

*„Die Bürgerschaft hat das Recht und auf Antrag eines Viertels ihrer Mitglieder die Pflicht, parlamentarische Untersuchungsausschüsse einzusetzen. Diese Ausschüsse und die von ihnen ersuchten Behörden können in entsprechender Anwendung der Strafprozessordnung alle erforderlichen Beweise erheben, auch Zeugen und Sachverständige vorladen, vernehmen, vereidigen und das Zeugniszwangsverfahren gegen sie durchführen. Das Brief-, Post-, Telegraf- und Fernsprecheheimnis bleibt jedoch unberührt. Die Gerichts- und Verwaltungsbehörden sind verpflichtet, dem Ersuchen dieser Ausschüsse auf Beweiserhebung Folge zu leisten. Die Akten der Behörden sind ihnen auf Verlangen vorzulegen. Der Senat stellt den Untersuchungsausschüssen auf Ersuchen das zu ihrer Unterstützung erforderliche Personal zur Verfügung. Die Untersuchungsausschüsse haben das Recht, das Personal im Einvernehmen mit dem Senat auszuwählen.“*

Maßgeblich für die Arbeit eines parlamentarischen Untersuchungsausschusses ist weiter das Gesetz über Einsetzung und Verfahren von parlamentarischen Untersuchungsausschüssen.<sup>8</sup>

Im Rahmen der Verfahrensordnung legte der Untersuchungsausschuss u.a. Regelungen zur Vertraulichkeit und zum Datenschutz fest. Soweit die vom Senat der Freien Hansestadt Bremen übersandten Akten als „vertraulich“ gekennzeichnet wurden, galten sie nach Ziffer 14 b der Verfahrensordnung des parlamentarischen Untersuchungsausschusses als mit einem Vertraulichkeitsbeschluss gemäß § 7 Abs. 5 Untersuchungsausschussgesetz versehen.

### **1.3.1. Verfahren hinsichtlich der Niederschriften über die Beweisaufnahme**

---

<sup>8</sup> Vom 15. November 1982, Brem.GBl. S. 329, zuletzt geändert durch Gesetz vom 18. Oktober 2005, Brem.GBl. S. 547.

Die Aussagen der vor dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss im Rahmen der öffentlichen und der nicht öffentlichen Beweisaufnahmen vernommenen Zeuginnen und Zeugen und Sachverständigen wurden digital aufgezeichnet und sodann als schriftliche Wortprotokolle niedergelegt. Der parlamentarische Untersuchungsausschuss übersandte den Zeuginnen und Zeugen und Sachverständigen Abschriften der ihre Aussagen betreffenden Vernehmungsprotokolle für eventuelle Einwendungen gegen die Richtigkeit der Übertragung vom Tonträger oder Richtigstellungen in der Sache, die dem entsprechenden Protokoll als Anlage beigelegt wurden.

### **1.3.2. Beweisaufnahmeverfahren**

Insgesamt erstreckte sich die Beweisaufnahme auf 221 Akten. Die aktenführenden Stellen übersandten insgesamt 186 Akten. Die erste Aktenübersendung erfolgte am 1. Dezember 2011, die letzte am 2. Oktober 2012.

Die Beiziehung der Akten verlief nicht immer so umfänglich und zügig, wie es sich der Ausschuss gewünscht hätte. Teilweise musste der Ausschuss explizit Unterlagen benennen, die er für die Untersuchung benötigte.

Darüber hinaus beantragte der parlamentarische Untersuchungsausschuss beim Amtsgericht Bremen die Durchsuchung der Räumlichkeiten der Stationen 4027 und 4028 des Klinikums Bremen-Mitte, des Instituts für Allgemeine Hygiene, Krankenhaus- und Umwelthygiene sowie des Verwaltungssitzes der Gesundheit Nord sowie die Sicherstellung von Unterlagen, die im Zusammenhang mit dem Untersuchungsgegenstand standen. Dies wurde erforderlich, da der Ausschuss erfahren hatte, dass beim Klinikum Bremen-Mitte Unterlagen über weitere Keimbefunde vorlagen, die dem gleichen Untersuchungsgeschehen zuzuordnen waren, dem Ausschuss allerdings nicht zur Verfügung gestellt worden waren. Mit Beschlüssen vom 2. März 2012 (Aktenzeichen: 92 Gs 315/12, 92 Gs 318/12 und 92 Gs 319/12) ordnete das Amtsgericht Bremen die Durchsuchung und Sicherstellung an. Bei den mit Amtshilfe der Polizei am 2. und am 5. März 2012 erfolgten Durchsuchungen stellte der parlamentarische Untersuchungsausschuss zahlreiche Akten sicher. Außerdem stellte er eine Vielzahl elektronischer Daten vorläufig sicher. Die endgültige Sicherstellung von Teilen dieser elektronischen Daten aufgrund konkreter Suchbegriffstreffer erfolgte mit Beschlüssen des parlamentarischen

Untersuchungsausschusses vom 22. und 31. Mai 2012. Insgesamt umfassten die beschlagnahmten Akten schließlich 35 Bände.

Der parlamentarische Untersuchungsausschuss fasste zur Durchführung der Beweisaufnahme insgesamt 32 Beweisbeschlüsse.<sup>9</sup> Er vernahm insgesamt 85 Zeuginnen und Zeugen sowie Sachverständige.<sup>10</sup> Soweit für die Zeuginnen und Zeugen beamtenrechtlich oder aus sonstigen Gründen Aussagegenehmigungen erforderlich waren, wurden diese in jedem Fall erteilt.

Erheblich erschwert wurde die Arbeit des parlamentarischen Untersuchungsausschusses dadurch, dass eine Vielzahl von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Klinikums Bremen-Mitte unter Berufung auf ein umfassendes Auskunftsverweigerungsrecht gegenüber dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss keine Angaben zur Sache gemacht haben. Der parlamentarische Untersuchungsausschuss hat darauf verzichtet, ein Ordnungsgeld beim Amtsgericht Bremen gegen die Zeuginnen und Zeugen zu beantragen.

---

<sup>9</sup> Anlage 2.

<sup>10</sup> Anlage 3.

## **2. Kontext des Keimausbruchs: Das öffentliche Gesundheitswesen in Bremen**

Zum besseren Verständnis der nachfolgenden Schilderung des Ausbruchsgeschehens, soll der Kontext, in dem der Keimausbruch stattgefunden hat, kurz dargestellt werden.

### **2.1. Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit**

Nach der Geschäftsverteilung des Senats vom 5. Juli 2011 ist das Gesundheitswesen einschließlich des gesundheitlichen Verbraucherschutzes dem Ressort der Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit zugeordnet.<sup>11</sup> In der vorangegangenen 17. Wahlperiode war das Gesundheitswesen bei der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales angesiedelt.<sup>12</sup> Nach Art. 120 S. 1 BremLV tragen die Senatsmitglieder innerhalb ihres nach der Geschäftsverteilung des Senats zugewiesenen Geschäftsbereichs die Verantwortung für die einzelnen Verwaltungsbehörden und Ämter. Als Vertreter im Amt und als Mitglied der Verwaltung steht der Senatorin in der laufenden Legislaturperiode ein Staatsrat für die Bereiche Wissenschaft und Gesundheit zur Seite, der politischer Beamter ist.<sup>13</sup>

Die Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit ist oberste Landesbehörde und damit die für diesen Bereich zuständige Aufsichtsbehörde. Sachlich zuständig für die Belange des Gesundheitswesens ist die Abteilung 4 „Gesundheit“. Sie gliedert sich in die Referate

- 40: Rechtsangelegenheiten, Beruferecht, Sozialversicherung
- 41: Landesangelegenheiten Krankenhauswesen, Planung, Förderung, Pflegesatzrecht
- 42: Lebensmittelsicherheit, Veterinärwesen und Pflanzenschutz
- 43: Ärztliche Fragen im Gesundheitswesen, Pflege, Gesundheitsfachberufe, Infektionsschutz, Gesundheitswirtschaft
- 44: Pharmazie, Toxikologie, Gentechnik, Umweltbezogener Gesundheitsschutz
- 45: Gesundheitsplanung, Psychiatrie und Suchtkrankenhilfe
- 46: Arbeitsschutz, technischer Verbraucherschutz, Eichwesen.

---

<sup>11</sup> Geschäftsverteilung im Senat vom 5. Juli 2011, Amtsblatt der Freien Hansestadt Bremen, S. 951 ff.

<sup>12</sup> Geschäftsverteilung im Senat vom 10. Juli 2007, Amtsblatt der Freien Hansestadt Bremen, S. 745 ff.

<sup>13</sup> § 5 Abs. 2 i.V.m. § 37 Bremisches Beamtengesetz.

Die Abteilung nimmt nach Aussage des ehemaligen Abteilungsleiters, Herrn Dr. Gruhl, bezogen auf die Kliniken nur Landesaufgaben wahr und zwar unabhängig davon, ob es sich um städtische Krankenhäuser oder Krankenhäuser in sonstiger Trägerschaft handelt.<sup>14</sup> Eine darüber hinausgehende Aufsichtsfunktion über die städtischen Krankenhäuser komme ihr nicht zu. Die Stelle des Abteilungsleiters ist seit dem 1. Februar 2012 kommissarisch besetzt gewesen. Seit dem 1. Oktober 2012 ist Frau Stroth Abteilungsleiterin. Tatsächlich befand sich der Stelleninhaber aber bereits seit dem 24. Dezember 2011 nicht mehr im Dienst.<sup>15</sup>

Das Referat 02 Beteiligungsmanagement / Angelegenheiten der kommunalen Krankenhäuser in der senatorischen Behörde nimmt in einer Stabsfunktion die Aufgaben des dezentralen Beteiligungsmanagements wahr.<sup>16</sup> Im Wesentlichen berät und unterstützt es die Ressortspitze in der Wahrnehmung ihrer Aufsichtsratsmandate in städtischen Gesellschaften.<sup>17</sup> Es übt jedoch keine medizinisch-fachliche Aufsichtsfunktion aus.

## **2.2. Gesundheitsamt Bremen<sup>18</sup>**

Das Gesundheitsamt Bremen ist eine nachgeordnete Dienststelle der Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit. Nach § 22 Abs. 1 des Gesundheitsdienstgesetzes<sup>19</sup> nehmen die Gesundheitsämter auch die Aufgaben der Infektionshygiene wahr. Dazu gehören insbesondere Aufklärung, Beratung, Verhütung und Eingrenzung von übertragbaren Krankheiten bei einzelnen Personen, bei Bevölkerungsgruppen und in Gemeinschaftseinrichtungen, wozu auch Krankenhäuser gehören. Außerdem überwachen die Gesundheitsämter gemäß § 25 Abs. 1 S. 1 Gesundheitsdienstgesetz die Einhaltung der Anforderungen der Hygiene in Einrichtungen, bei denen aufgrund der vorliegenden Erkenntnisse ein besonderes Hygienierisiko besteht. Zuständig ist das Referat 30, Infektionsepidemiologie, der Abteilung 3 „Gesundheit und Umwelt“ des Gesundheitsamtes.

---

<sup>14</sup> Herr Dr. Gruhl, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 14/1931.

<sup>15</sup> Herr Dr. Gruhl, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 14/1891.

<sup>16</sup> Herr Dr. Gottwald, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 17/2400.

<sup>17</sup> Herr Dr. Gottwald, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 17/2401.

<sup>18</sup> Im Folgenden „Gesundheitsamt“.

<sup>19</sup> Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Lande Bremen, (Gesundheitsdienstgesetz - ÖGDG) vom 27. März 1995, Brem.GBl. S. 175, zuletzt geändert durch Nr. 2.1 i.V.m. Anl. 1, Nr. 2.3 i.V.m. Anl. 3 ÄndBek vom 24. Januar 2012, Brem.GBl. S. 24.

In der Praxis überwacht das Gesundheitsamt den Hygienestandard in den bremischen Krankenhäusern über angekündigte Routinebegehungen, eine Kontrolle der Hygienepläne und monatlich stattfindende Hygienerunden, an denen neben den Hygienefachkräften aller bremischen Kliniken und dem Krankenhaushygieniker auch der Referatsleiter 30 für das Gesundheitsamt teilnimmt.<sup>20</sup>

Ebenfalls in der Abteilung 3 des Gesundheitsamtes Bremen ist das sogenannte Landeskompetenzzentrum für Infektionskrankheiten angesiedelt. Hier werden Informationen über Infektionskrankheiten gesammelt und an das Robert Koch-Institut in Berlin übermittelt.

### **2.3. Gesundheit Nord gGmbH**

Durch das Krankenhausunternehmensortsgesetz<sup>21</sup> hat die Stadtgemeinde Bremen ihre Krankenhausbetriebe mit Wirkung vom 1. Januar 2004 in die Rechtsform gemeinnütziger Gesellschaften mit beschränkter Haftung überführt und zu einer Krankenhaus-Holding in der Gesundheit Nord gGmbH Klinikverbund Bremen (künftig: Gesundheit Nord) zusammengefasst. Zweck der Gesundheit Nord als Dachgesellschaft ist es, die Leistungsfähigkeit und die Wirtschaftlichkeit der mit ihr verbundenen Krankenhaus gGmbHs kontinuierlich und entwicklungs offen zu verbessern.<sup>22</sup>

Die Stadtgemeinde Bremen steht letztlich hinter der Gesundheit Nord. Die Gesundheit Nord gGmbH befindet sich im hundertprozentigen Besitz der Gesundheit Nord Grundstücksgesellschaft mbH & Co KG. Diese wiederum befindet sich im hundertprozentigen Besitz der Stadtgemeinde Bremen, die Gesundheit Nord gGmbH ist bei der Grundstücksgesellschaft komplementäre Gesellschafterin ohne Kapitaleinlage.

Die Gesundheit Nord ist jeweils hundertprozentige Gesellschafterin der Klinikum Bremen-Nord gGmbH, der Klinikum Bremen-Ost gGmbH, der Klinikum Bremen-Mitte

---

<sup>20</sup> Herr Dr. Dullin, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahmen, 12/1427 ff., 12/1430 und 12/1442.

<sup>21</sup> Ortsgesetz zur Umwandlung der Krankenhausbetriebe der Stadtgemeinde Bremen in privatrechtliche Unternehmen und zur Errichtung einer Holding- und einer Grundstücksgesellschaft (Krankenhausunternehmens-Ortsgesetz - KHUG -) vom 8. April 2003, Brem.GBl. S. 175.

<sup>22</sup> § 4 Krankenhausunternehmensortsgesetz.

gGmbH sowie der Klinikum Links der Weser gGmbH<sup>23</sup> und der Gesundheit Nord Dienstleistungen GmbH.

Die Geschäftsführung der Gesundheit Nord besteht aus zwei Geschäftsführern, und zwar dem Kaufmännischen und dem Medizinischen Geschäftsführer,<sup>24</sup> mit arbeitsteiliger Aufgabenzuweisung.<sup>25</sup> Kaufmännischer Geschäftsführer ist seit dem 1. Oktober 2011 Herr Gmajnic. Medizinischer Geschäftsführer war bis zu seiner Freistellung am 28. Februar 2012 Herr Dr. Hansen. Seit dem 6. März 2012 ist Medizinische Geschäftsführerin Frau Darnedde.

In den Aufsichtsrat, der aus 12 Mitgliedern besteht,<sup>26</sup> entsendet die Stadtgemeinde Bremen die Hälfte der Mitglieder. Die andere Hälfte wird von den Arbeitnehmern der Gesellschaft und den Arbeitnehmern der vier Klinikum gGmbHs als Arbeitnehmervertreter gewählt. Vorsitzende des Aufsichtsrates ist seit dem 6. Juli 2011 Frau Senatorin Jürgens-Pieper. Ihre Vorgängerin war Frau Senatorin a.D. Rosenkötter.

#### **2.4. Klinikum Bremen-Mitte gGmbH**

Das Klinikum Bremen-Mitte ist privatrechtlich als gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung organisiert und eine von vier Krankenhäusern unter der kommunalen Dachgesellschaft der Gesundheit Nord. Es handelt sich um ein Krankenhaus der Maximalversorgungsstufe mit 966 stationären und teilstationären Betten und 19 Fachabteilungen. Es verfügt über ein umfangreiches Angebot multidisziplinärer medizinischer Versorgung.<sup>27</sup>

Die Klinik für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin als Bestandteil des Eltern-Kind-Zentrums hatte auf dem Gelände des Klinikums Bremen-Mitte zwei Standorte. In der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe wurden Frühgeborene und kranke Neugeborene auf der neonatologischen Intensivstation (Station 4027) behandelt. Auf

---

<sup>23</sup> Siehe für das Klinikum Bremen-Mitte: § 4 Abs. 2 des Gesellschaftsvertrags, Band 96, S. 3.

<sup>24</sup> § 7 Abs. 1 des Gesellschaftsvertrages der Gesundheit Nord gGmbH Klinikverbund Bremen, Band 58, S. 195.

<sup>25</sup> Herr Gmajnic, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 18/2492.

<sup>26</sup> § 9 Abs. 2 des Gesellschaftsvertrags, Band 58, S. 203; Geschäftsbericht der Gesundheit Nord 2011, [http://www.gesundheitsnord.de/fileadmin/daten/geno\\_pdf/Geschaeftsbericht\\_2011.pdf](http://www.gesundheitsnord.de/fileadmin/daten/geno_pdf/Geschaeftsbericht_2011.pdf).

<sup>27</sup> Qualitätsbericht des Klinikums Bremen-Mitte, 2010, S. 4, [http://www.gesundheitsnord.de/uploads/media/Qualit%C3%A4tsbericht\\_KBM\\_2010\\_final\\_2011-12-14.pdf](http://www.gesundheitsnord.de/uploads/media/Qualit%C3%A4tsbericht_KBM_2010_final_2011-12-14.pdf).

der interdisziplinären Intensivstation (Station 4028) für Kinder jeder Altersstufe im Gebäude der Kinderklinik werden Kinder postoperativ, nach Unfällen und Verbrennungen sowie mit speziellen internistischen Erkrankungen behandelt.<sup>28</sup>

Die Klinik für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin stand bis zum 15. November 2011 unter der Leitung von Herrn Professor Dr. Huppertz, ebenso die Professor-Hess-Kinderklinik. Dieser hatte am 14. Februar 2007 neben der Leitung der Professor-Hess-Kinderklinik auch die Leitung der Klinik für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin übernommen, nachdem im August 2006 Herr Dr. Albrecht als Klinikdirektor der Klinik für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin in den Ruhestand trat.<sup>29</sup> Als kommissarischer Klinikdirektor der Neonatologie wurde bis zu ihrer Schließung Herr Dr. Körner eingesetzt. Die kommissarische Leitung der Professor-Hess-Kinderklinik übernahm Herr Dr. Marg.

Bis zur Schließung der Station 4027 (Neonatologie) im Februar 2012 war das Klinikum Bremen-Mitte Standort eines Perinatalzentrums Level 1 mit 16 Betten. Ein solches Perinatalzentrum Level 1 ist für Früh- und Neugeborene mit höchstem Risiko gedacht. Dazu zählen Frühgeborene, die vor der 29. Schwangerschaftswoche zur Welt kommen, voraussichtlich unter 1.250 g wiegen oder nach der Geburt eine unmittelbare Notfallversorgung brauchen.<sup>30</sup>

Die Gesamtverantwortung für die Krankenhaushygiene obliegt im Klinikum Bremen-Mitte der Ärztlichen Geschäftsführung.<sup>31</sup> Aufgrund einer Vereinbarung mit der Ärztlichen Geschäftsführerin vom 1. April 2009 nahm Herr Professor Dr. Huppertz neben den vorgenannten Funktionen die Aufgaben eines stellvertretenden Ärztlichen Geschäftsführers des Klinikums Bremen-Mitte u. a. mit dem Zuständigkeitsbereich des „Hygieneverantwortlichen“ wahr.<sup>32</sup>

---

<sup>28</sup> Qualitätsbericht des Klinikums Bremen-Mitte, 2010, S. 110, [http://www.gesundheitnord.de/uploads/media/Qualit%C3%A4tsbericht\\_KBM\\_2010\\_final\\_2011-12-14.pdf](http://www.gesundheitnord.de/uploads/media/Qualit%C3%A4tsbericht_KBM_2010_final_2011-12-14.pdf).

<sup>29</sup> Bestellung GF-Beschluss vom 7. Februar 2007, Band 21, S. 22.

<sup>30</sup> Anlage 1 zur Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen vom 20. September 2005 (Bundesanzeiger 2005, S. 15 684), zuletzt geändert am 20. August 2009 (Bundesanzeiger 2009, S. 4450) in Kraft getreten am 1. Januar 2010.

<sup>31</sup> Geschäftsordnung der Hygienekommission des Klinikums Bremen-Mitte, Band 14, S. 7-292.

<sup>32</sup> Die Vereinbarung vom 1. April 2009 war nicht von den maßgeblichen Personen unterzeichnet und widersprach der am 25. August 2009 beschlossenen Geschäftsanweisung für die Geschäftsführung des Klinikums Bremen-Mitte; vgl. dazu die Ausführungen zum Abschnitt Hygienemanagement, Hygienebeauftragter in der Geschäftsführung des Klinikums Bremen-Mitte.

Als Krankenhaushygieniker war der Leiter des ebenfalls am Klinikum Bremen-Mitte angesiedelten Instituts für Allgemeine Hygiene, Krankenhaushygiene und Umwelthygiene, Herr Dr. Kappler, beratend tätig. Diese Aufgabe übernahm er zumindest auch für die weiteren dem Klinikverbund der Gesundheit Nord angeschlossenen Klinika. Außerdem beschäftigte das Klinikum Bremen-Mitte drei hauptamtliche Fachkräfte für Hygiene und Infektionsprävention mit einem Stellenvolumen von 2,5. Daneben waren vier hygienebeauftragte Ärztinnen und Ärzte als Ansprechpartner für die krankenhaushygienischen Probleme in den jeweiligen Fachkliniken eingesetzt.<sup>33</sup>

Nach dem Gesellschaftsvertrag bestand die Geschäftsführung des Klinikums Bremen-Mitte während des Ausbruchsgeschehens aus drei Personen, der Pflegerischen Geschäftsführerin, dem Kaufmännischen Geschäftsführer und der Ärztlichen Geschäftsführerin.<sup>34</sup> Letztere war nur nebenamtlich tätig.<sup>35</sup> Die Gesellschaft verfügt über einen Aufsichtsrat, dessen Mitglieder zur Hälfte durch die Stadtgemeinde Bremen entsandt werden. Die andere Hälfte der Aufsichtsratsmitglieder wird von den Arbeitnehmern als Arbeitnehmervertreter gewählt.<sup>36</sup> Bis zu seinem Ausscheiden war Herr Dr. Hansen als Sprecher der Geschäftsführung der Gesundheit Nord Vorsitzender des Aufsichtsrats des Klinikums Bremen-Mitte.<sup>37</sup> Seitdem ist Herr Staatsrat Dr. Schuster Aufsichtsratsvorsitzender.

---

<sup>33</sup> Organigramm der Krankenhaushygiene 17. Mai 2011, Band 14, S. 7-305.

<sup>34</sup> Gesellschaftsvertrag der Klinikum Bremen-Mitte gGmbH in Bremen, Band 96, S. 1 ff.

<sup>35</sup> Frau Dr. Kuss, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 6/781.

<sup>36</sup> § 9 des Gesellschaftsvertrags, Band 96, S.11.

<sup>37</sup> § 9 Abs. 5 Gesellschaftsvertrag, Band 96, S. 11.

### 3. Ausbruchsgeschehen

Nach dem vermehrten Auftreten von multiresistenten Darmkeimen hat das Nationale Referenzzentrum für gramnegative Krankenhauserreger in Bochum mit Hilfe der Pulsfeldgelelektrophorese bei zahlreichen Proben aus dem Klinikum Bremen-Mitte identische oder eng verwandte Stämme der Spezies *Klebsiella pneumoniae* festgestellt.<sup>38</sup> Insgesamt waren 37 Kinder von dem Ausbruch betroffen. Dazu ist im ersten Zwischenbericht „Antworten zum Fragenkatalog zu Maßnahmen des KBM und der GeNo“<sup>39</sup> ausgeführt:

*„Im einzelnen können 36 Fälle wie folgt zugeordnet werden:*

*25 Kinder waren aus 2011 schon länger bekannt, bei 21 von ihnen konnte der Ausbruchsstamm im Nationalen Referenz Zentrum (NRZ) bestätigt werden, bei den anderen vier muss von diesem Stamm ausgegangen werden, eine Typisierung ließ sich jedoch nicht mehr durchführen.*

*Fünf Kinder stammen aus der zweiten Ausbruchsphase vom Februar 2012, bei allen ließ sich der Ausbruchsstamm im NRZ nachweisen.*

*Bei einem Kind ließ sich der Ausbruchsstamm in einer alten Laborprobe aus dem Jahr 2009 nachweisen.*

*Bei drei Kindern konnte im Rahmen des Screenings während des stationären Aufenthalts der Ausbruchsstamm bestätigt werden, diese drei Kinder lassen sich der ersten Ausbruchsphase mit entsprechendem Kontakt zuordnen.*

---

<sup>38</sup> Nationales Referenzzentrum für gramnegative Krankenhauserreger, Typisierung von Isolaten mittels Pulsfeldgelelektrophorese, 20. Februar 2012, Band 111, S. 2 ff.

<sup>39</sup> Bericht Neonatologie am Klinikum Bremen-Mitte, hier: Erster Zwischenbericht Antworten zum Fragenkatalog zu Maßnahmen des KBM und der GeNo, Band 197, S. 3 ff.

*Zwei Kinder wurden durch das angebotene ambulante Screening identifiziert, der Ausbruchsstamm ließ sich nachweisen.*<sup>40</sup>

Bei einem weiteren Kind, das im Mai 2012 auf der Station 3911 lag, konnte ebenfalls der Ausbruchsstamm identifiziert werden.

Die Kinder waren zumeist lediglich besiedelt, das heißt der Keim war bei ihnen nachzuweisen, er verursachte jedoch keine Infektion. Im Jahr 2011 wurde der Ausbruchsstamm erstmals aufgrund eines Abstrichs vom 22. Juli 2011 bei einem am 15. Juli 2011 geborenen Kind (Nr. 15) auf der Station 4027 nachgewiesen. Durch eine Probe, die im Institut für Allgemeine Hygiene, Krankenhaushygiene und Umwelthygiene Anfang 2012 durch den später freigestellten Krankenhaushygieniker im Probenkühlschrank aufgefunden und durch Zufall noch nicht entsorgt wurde, konnte festgestellt werden, dass bereits im Jahr 2009 ein Kind mit diesem Stamm besiedelt war. Dieses Kind (Nr. 4) wurde am 21. Oktober 2008 geboren und auf der Station 4027 behandelt; der Abstrich wurde am 20. Januar 2009 entnommen.<sup>41</sup>

Weitere Feststellungen zum Vorkommen des Ausbruchsstammes in der Zeit vor dem 22. Juli 2011 konnten mangels vorhandener Proben nicht getroffen werden.

Hinsichtlich des grundsätzlichen Vorkommens von ESBL-bildenden Klebsiellen in diesem Zeitraum liegen folgende Erkenntnisse vor:

### **3.1. ESBL-bildende Klebsiellen im Jahr 2005**

Aus dem Jahr 2005 gibt es Untersuchungsergebnisse des damaligen Leiters des Instituts für Allgemeine Hygiene, Krankenhaushygiene und Umwelthygiene, Herrn Dr. Holländer. Herr Dr. Holländer berichtete unter dem 15. April 2005 über zwölf Klebsiellen-Isolate.<sup>42</sup> Es handelte sich um fünf Proben aus Muttermilch, eine Probe aus einer Blutkultur und sechs Proben aus Umgebungsuntersuchungen. Die Untersuchung ergab sechs unterschiedliche Fragmentmuster. Identisch waren u. a. zwei

---

<sup>40</sup> Band 197, S. 6.

<sup>41</sup> E-Mail Herr Dr. Wunderle, 27. Februar 2012, Band 100, S. 319.

<sup>42</sup> Institut für Allgemeine Hygiene, Krankenhaushygiene und Umwelthygiene, Multiresistente *Staphylococcus aureus*, 15. April 2005, Band 30, S. 3 f.= Band 106, S. 5 f.

Muttermilchproben und die Probe aus der Blutkultur mit einer weiteren Muttermilchprobe. Die Art der Klebsiellen-Stämme wurde nicht näher spezifiziert. Es ist daher nicht ersichtlich, ob es sich um *Klebsiella pneumoniae* handelte. Herr Dr. Holländer führte dazu aus, epidemiologische Zusammenhänge innerhalb der Isolate mit identischen Fragmentmustern seien sehr wahrscheinlich. In einer Bewertung des Referatsleiters Infektionsepidemiologie beim Gesundheitsamt, Herrn Dr. Wunderle, vom 8. November 2011 wird darauf hingewiesen, dass es sich nicht um einen „richtigen“ Ausbruch gehandelt habe, sondern um zwei Einzelfälle mit zusätzlich zwei Personenclustern.<sup>43</sup>

Im Juli 2005 erfolgte eine weitere genetische Analyse (Typisierung) von *Klebsiella pneumoniae*-Stämmen aus Untersuchungen von zwei Patienten, zwei Mitarbeitern und Materialien.<sup>44</sup> Hier zeigten sich keine Gemeinsamkeiten; epidemiologische Zusammenhänge wurden von Herrn Dr. Holländer ausgeschlossen. In einer zusammenfassenden Stellungnahme zu beiden Untersuchungen führte der ehemalige Leiter des Instituts für Allgemeine Hygiene, Krankenhaushygiene und Umwelthygiene, Herr Dr. Kappler, unter dem 13. Januar 2012 aus, es habe einen epidemiologischen Zusammenhang bei jeweils zwei Patienten-Isolaten gegeben, Übertragungen hätten mithin stattgefunden. Keine Zusammenhänge bestünden zwischen den beiden Patienten-Isolaten sowie zu den beiden Mitarbeiter-Isolaten. *Klebsiella*-positive Mitarbeiter hätten ihren eigenen Keim nicht übertragen. Ein Ausbruch im Sinne von zwei nosokomialen Infektionen mit einem genetisch identischen Erreger bei Kindern sei nach seiner Ansicht aus den Ergebnissen nicht ableitbar.<sup>45</sup>

Drei der 2005 betroffenen Kinder sind verstorben. Der Leiter des Referats Pflege, Ärztliche Angelegenheiten, Infektionsschutz, Gesundheitsfachberufe bei der Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit, Herr Dr. Götz, hat dazu in einer Stellungnahme vom 10. Mai 2012<sup>46</sup> ausgeführt: Bei einem Kind mit einem Geburtsgewicht von 969 g, das nach 14 Tagen verstorben sei, seien Klebsiellen (ohne Typisierung) in der Blutkultur nachgewiesen worden. Es habe keine ESBL-Bildung stattgefunden, Sensibilität auf Antibiotika habe bestanden. Bei einem zweiten Kind mit

---

<sup>43</sup> E-Mail Herr Dr. Wunderle, 8. November 2011, Band 30, S. 2.

<sup>44</sup> Institut für Allgemeine Hygiene, Krankenhaushygiene und Umwelthygiene, Multiresistente *Klebsiella pneumoniae*, 25. Juli 2005, Band 106, S. 8 f.

<sup>45</sup> Institut für Allgemeine Hygiene, Krankenhaushygiene und Umwelthygiene, DNA-Typisierung von *Klebsiella* spp. 2005, 13. Januar 2012, Band 106, S. 2.

<sup>46</sup> Dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss zugesandt mit Schreiben der Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit vom 9. Mai 2012.

einem Geburtsgewicht von 612 g, das nach sieben Tagen verstorben sei, habe es lediglich einen Hinweis auf gramnegative Stäbe (wohinter sich Klebsiellen verbergen könnten) in der Blutkultur gegeben. Das dritte Kind sei mit einem Geburtsgewicht von 1.050 g nach 14 Tagen verstorben. Auch hier seien Klebsiellen (ohne Typisierung) in der Blutkultur nachgewiesen worden, wiederum keine ESBL-Bildner, die sensibel auf gängige Antibiotika reagiert hätten. Zusammenfassend ergäben sich keine Hinweise auf ESBL-bildende Klebsiellen, die ursächlich zum Tod der Frühgeborenen geführt hätten.

Zur Typisierung der 2005 aufgetretenen Klebsiellen hat Herr Dr. Holländer, der seinerzeit am Klinikum Bremen-Mitte tätige Krankenhaushygieniker, zur Bestimmung der Bandenmuster Pulsfeldgelelektrophoresen (PFGE) durchführen lassen, von deren Ergebnissen noch Lichtbilder existieren. Diese sind zu Vergleichszwecken im Hinblick auf den aktuellen Ausbruchsstamm an das Nationale Referenzzentrum für gramnegative Krankenhauserreger der Universität Bochum gesandt worden. Von dort aus ist mitgeteilt worden, dass eine Ähnlichkeit zwischen dem 2005 aufgetretenen und dem aktuellen Klebsiellenstamm unwahrscheinlich sei. Aufgrund der Bildqualität der PFGE-Untersuchungen aus dem Jahr 2005, fehlender Angaben zur Methodik sowie der grundsätzlichen Schwierigkeit, PFGE-Bandenmuster unterschiedlicher Laboratorien zu vergleichen, könne eine Identität aber auch nicht ausgeschlossen werden.<sup>47</sup>

### **3.2. ESBL-bildende Klebsiellen in den Jahren 2009 und 2010**

Neben dem bereits genannten Kind Nr. 4 liegen dem Ausschuss aus den Jahren 2009 und 2010 Berichte über weitere vier betroffene Kinder vor:

In der vom Untersuchungsausschuss in den Räumen des Klinikums Bremen-Mitte beschlagnahmten Liste der Todesfälle der Neonatologie in 2009 wird das am 28. April 2009 geborenen Kind Nr. 5 aufgeführt. Das Kind hatte ein Geburtsgewicht von 460 g. Bei ihm wurden *Klebsiella pneumoniae* im Rachensekret festgestellt, es bestand ein

---

<sup>47</sup> E-Mail des Herrn Dr. Martin Kaase vom Nationalen Referenzzentrum für gramnegative Krankenhauserreger der Universität Bochum an das Gesundheitsamt Bremen vom 9. Juli 2012.

Verdacht auf eine Sepsis. Das Kind wurde auf der neonatologischen Intensivstation behandelt und verstarb am 9. Mai 2009.<sup>48</sup>

Insgesamt erfolgten im Jahr 2009 auf den Stationen 4027 und 4028 sechs Erstnachweise von ESBL-Klebsiella-pneumoniae.<sup>49</sup>

Am 11. Februar 2010 verstarb das am 4. Januar 2010 mit einem Geburtsgewicht von 618 g geborene Kind Nr. 6.<sup>50</sup> Bei ihm wurde bei einem Abstrich vom 12. Januar 2010 Klebsiella oxytoca im Trachealsekret festgestellt. Auch bei dem am 7. Januar 2010 geborenen Kind Nr. 8 wurden Klebsiella oxytoca nachgewiesen, das Kind litt unter einer Sepsis und wurde auf der neonatologischen Intensivstation versorgt.<sup>51</sup> Im Januar 2010 wurde zudem bei dem am 5. Januar 2009 geborenen Kind Nr. 7 aufgrund eines Abstrichs des Rachens reichlich Klebsiella pneumoniae (ESBL) festgestellt. Das Kind befand sich auf der Station 4028.<sup>52</sup> Es handelte sich um den einzigen Erstnachweis von ESBL-Klebsiella-pneumoniae auf den Stationen 4027 und 4028 im Jahr 2010.<sup>53</sup>

### 3.3. ESBL-bildende Klebsiellen im Jahr 2011

Am 1. März 2011 wurde das Kind Nr. 9 mit einem Gewicht von 1.240 g geboren und auf die Station 4027 verlegt. Es wurde eine bakterielle Sepsis festgestellt, ein Keimnachweis konnte nicht erfolgen.<sup>54</sup> Das Kind verstarb nach acht Tagen aufgrund eines Lungenversagens. Es erfolgte eine Autopsie.<sup>55</sup>

Der erste Befund mit ESBL-bildenden Klebsiellen in der Neonatologie im Jahr 2011 betraf das am 25. April 2011 geborene Kind Nr. 10. Das Kind wurde auf der Station 4027 behandelt; der Abstrich erfolgte am 30. April 2011. Das Kind litt unter einer Sepsis.<sup>56</sup> Etwa einen Monat später, am 26. Mai 2011, wurden bei dem am 23. Februar 2011 geborenen Kind Nr. 11 ESBL-bildende Klebsiellen festgestellt. Das Kind war

---

<sup>48</sup> Klinikum Bremen-Mitte, Arztbrief vom 14. Mai 2009, Band 82, S. 131 ff.

<sup>49</sup> Zwischenbericht des Robert Koch-Instituts vom 29. November 2011, Band 16, S. 15.

<sup>50</sup> Krankenakte Kind Nr. 6, Band 28, S. 150 ff.

<sup>51</sup> Klinikum Bremen-Mitte, Arztbrief vom 5. Februar 2010, Band 17, S. 81 ff.

<sup>52</sup> Laborbefund vom 16. Januar 2010 Band 94, S. 179.

<sup>53</sup> Zwischenbericht des Robert Koch-Instituts vom 29. November 2011, Band 16, S. 15.

<sup>54</sup> Krankenakte Kind Nr. 9, Band 24, S. 749.

<sup>55</sup> Klinikum Bielefeld, Pathologisch-anatomische Begutachtung, 4. April 2011, Band 17, S. 19 ff.; Krankenakte Kind Nr. 9, Band 24, S. 660 ff.

<sup>56</sup> Neonatologie, Übersicht ESBL-Patienten, Band 9, S. 126 ff.

lediglich besiedelt. Es hatte zunächst auf der Station 4027 und ab dem 7. April 2011 auf der Station 4028 gelegen.<sup>57</sup>

### **3.3.1. ESBL-bildende Klebsiellen im Juni 2011**

Im Juni 2011 erfolgten zwei Nachweise von ESBL-bildenden Klebsiellen. Zunächst bei dem am 30. März 2011 geborenen Kind Nr. 12 aufgrund eines Abstriches vom 17. Juni 2011. Das Kind lag zu diesem Zeitpunkt auf der Station 4028; zuvor war es bis zum 7. April 2011 auf der Station 4027 behandelt worden.<sup>58</sup> Aufgrund eines Abstriches vom 27. Juni 2011 erfolgte der Keimnachweis bei dem am 21. Juni 2011 geborenen Kind Nr. 13. Das Kind hatte ein Geburtsgewicht von 620 g und starb am 25. Juli 2011 an einer Hirnblutung. Es wurde zum Zeitpunkt des Abstriches auf der Station 4027 behandelt. Das Kind war mit dem Keim lediglich besiedelt.<sup>59</sup>

### **3.3.2. ESBL-bildende Klebsiellen im Juli 2011**

Auch im Juli 2011 erfolgten zwei Nachweise von ESBL-bildenden Klebsiellen. Bei Kind Nr. 14, geboren am 30. März 2011, erfolgte der Keimnachweis aufgrund eines Abstriches vom 6. Juli 2011. Das Kind war am Tag nach seiner Geburt auf der Station 4028 aufgenommen worden. Zum Zeitpunkt des Abstriches befand es sich auf der Station 3911.<sup>60</sup> Kind Nr. 15 wurde am 15. Juli 2011 geboren, der Keimnachweis erfolgte durch einen Abstrich vom 22. Juli 2011.<sup>61</sup> Das Kind befand sich zu diesem Zeitpunkt auf der Station 4027. Beide Kinder aus Juli 2011 waren lediglich mit den Keimen besiedelt. Kind Nr. 15 ist der erste Fall der betroffenen Kinder aus dem Jahr 2011, für den nachträglich die Zugehörigkeit zum Ausbruchsstamm bestätigt werden konnte.

### **3.3.3. ESBL-bildende Klebsiellen im August 2011**

---

<sup>57</sup> Neonatologie, Übersicht ESBL-Patienten, Band 9, S. 126 ff.

<sup>58</sup> Neonatologie, Übersicht ESBL-Patienten, Band 9, S. 126 ff.

<sup>59</sup> Schreiben von Frau Wendorff an den Ausschuss vom 12. Oktober 2012.

<sup>60</sup> Neonatologie, Übersicht ESBL-Patienten, Band 9, S. 126 ff.

<sup>61</sup> Neonatologie, Übersicht ESBL-Patienten, Band 9, S. 126 ff.

Im August 2011 wurden bei drei Kindern ESBL-bildende Klebsiellen nachgewiesen, die später dem Ausbruchsstamm zugeordnet werden konnten. Zwei dieser Kinder verstarben an einer Sepsis. Kind Nr. 16 kam am 31. Juli 2011 mit einem Geburtsgewicht von 986 g zur Welt. Das Kind wurde auf der Station 4027 versorgt. Bei einem Abstrich vom 7. August 2011 wurden ESBL-bildende Klebsiellen nachgewiesen. Das Kind verstarb am 8. August 2011 an einem septischen Schock, verursacht durch *Klebsiella pneumoniae*.<sup>62</sup> Kind Nr. 17 wurde bereits am 21. November 2010 geboren und befand sich auf der Station 3911. Bei einem Abstrich am 12. August 2011 wurde eine Keim-Besiedelung festgestellt. Das Kind wurde später auch auf den Stationen 4027 und 4028 behandelt.<sup>63</sup> Kind Nr. 18 kam am 20. August 2011 mit einem Geburtsgewicht von 1.111 g zur Welt. Bereits am 30. August 2011 wurde eine Sepsis nachgewiesen, verursacht durch *ESBL-bildende Klebsiella pneumoniae*. Das Kind wurde auf der Station 4027 behandelt. Es starb am 27. Oktober 2011 an Multiorganversagen wegen einer Sepsis.<sup>64</sup>

### 3.3.4. ESBL-bildende Klebsiellen im September 2011

In der ersten Septemberwoche erkrankten zwei Kinder an einer Sepsis, verursacht durch ESBL-bildende Klebsiellen des Ausbruchstammes. Kind Nr. 19 wurde seit seiner Geburt am 26. Juli 2011 auf Station 4027 behandelt. Der Keim wurde bei der Untersuchung eines Abstriches vom 2. September 2011 entdeckt, der Befund wurde der Station mit Fax vom 7. September 2011 mitgeteilt.<sup>65</sup> Auch Kind Nr. 20, geboren am 1. September 2011, wurde zum Zeitpunkt des Abstrichs am 7. September 2011 auf der Station 4027 behandelt.<sup>66</sup>

Noch bevor der Befund von Kind Nr. 20 auf der Station vorlag, unterrichtete am 7. September 2011 Frau Dr. Runde, Oberärztin der Station 4027, die Hygienefachkraft des Klinikums Bremen-Mitte, Frau Mietzner, über das gehäufte Auftreten von ESBL-bildenden Klebsiellen bei vier Patienten.<sup>67</sup> Daraufhin wurde eine Umgebungsuntersuchung durchgeführt, und es wurden Wasserproben entnommen. In

---

<sup>62</sup> Neonatologie, Übersicht ESBL-Patienten, Band 9, S. 126 ff.; Krankenakte Kind Nr. 16, Band 24, S. 543 ff.

<sup>63</sup> Neonatologie, Übersicht ESBL-Patienten, Band 9, S. 126 ff.

<sup>64</sup> Neonatologie, Übersicht ESBL-Patienten, Band 9, S. 126 ff.; Autopsiebericht Kind Nr. 18 vom 15. November 2011, Band 17, S. 101 f.

<sup>65</sup> Laborbefund vom 7. September 2011, Band 56, S. 154.

<sup>66</sup> Laborbefund vom 9. September 2011, Band 56, S. 152.

<sup>67</sup> Aktennotiz Nr. 1 vom 8. September 2011, Band 3, S. 277.

einer E-Mail an den damaligen Leiter der Klinik, Herrn Professor Dr. Huppertz, vom gleichen Tage gab Frau Mietzner diese Informationen weiter und kündigte an, Frau Dr. Runde werde das Gesundheitsamt informieren. Herr Professor Dr. Huppertz antwortete am folgenden Tag: „...bitte klare definitorische Abgrenzung: wir haben eine Häufung, keinen Ausbruch; das Gesundheitsamt wird verständigt, wenn wir einen Ausbruchsverdacht haben; das ist meiner Ansicht nach bisher nicht der Fall.“<sup>68</sup> Frau Dr. Runde benachrichtigte dennoch telefonisch das Gesundheitsamt Bremen. Einem Protokoll des Klinikums Bremen-Mitte zufolge erfolgte dieser Anruf noch am gleichen Tage.<sup>69</sup> Herr Dr. Wunderle bestätigte bei seiner Anhörung vor dem Untersuchungsausschuss seinen Vermerk vom 13. September 2011<sup>70</sup>, demzufolge er erst am 8. September 2011 informiert worden sei.<sup>71</sup> Herr Dr. Wunderle notierte damals, dass es für das Gesundheitsamt keinen weiteren Handlungsbedarf gebe. Am 13. September 2011 telefonierte Herr Dr. Wunderle mit dem Oberarzt Herrn Dr. Selzer. Dieser führte aus, es habe in den letzten fünf Wochen fünf Fälle gegeben; das erste Kind sei an der ESBL-Infektion verstorben. Seit dem 8. September 2011 seien keine neuen Fälle aufgetreten. Herr Dr. Wunderle ließ sich zudem am 14. September 2011 telefonisch von Herrn Dr. Kappler, dem damaligen Leiter des Institutes für Allgemeine Hygiene, Krankenhaus- und Umwelthygiene, das Ergebnis der Umgebungsuntersuchungen berichten.<sup>72</sup>

### **3.3.5. ESBL-bildende Klebsiellen im Oktober 2011**

Zwischen dem 12. und 31. Oktober 2011 wurde dann bei weiteren zehn Kindern (Nr. 21 bis 30) der Ausbruchsstamm festgestellt. Bis auf das Kind Nr. 23 befanden sich alle Kinder bei der Abnahme des positiven Abstriches auf der Station 4027, das Kind Nr. 23 war erst einen Tag vor dem Abstrich von dieser auf die Station 3911 verlegt worden. Die Kinder Nr. 23, 24, 26, 28, 29 und 30 waren von dem Keim lediglich besiedelt. Die Kinder Nr. 21, 22, 25 und 27 erkrankten. Das am 9. Oktober 2011 mit einem Geburtsgewicht von 941 g geborene Kind Nr. 22 verstarb am 16. Oktober 2011 auf der Station 4028 an einem septischen Schock.<sup>73</sup>

---

<sup>68</sup> Stationsbelegung und Pflegebesetzung 4027/4028 1. Juli bis 1. November 2011, Band 9, S. 72a.

<sup>69</sup> Protokoll Nr. 2 des Klinikums Bremen Mitte vom 12. September 2011, Band 8, S. 5.

<sup>70</sup> Vermerk von Herrn Dr. Wunderle, 13. September 2011, Band 8, S. 9.

<sup>71</sup> Herr Dr. Wunderle, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 12/1514.

<sup>72</sup> Vermerk von Herrn Dr. Wunderle, 13. September 2011, Band 8, S. 10.

<sup>73</sup> Neonatologie, Übersicht ESBL-Patienten, Band 9, S. 126 ff.

Auf einer Abteilungsleiterbesprechung des Gesundheitsamtes vom 17. Oktober 2011, an der auch der seinerzeit noch kommissarische Leiter des Gesundheitsamtes, Herr Zimmermann, teilnahm, berichtete Herr Dr. Wunderle, dass auf der Neonatologie des Klinikums Bremen-Mitte „mehrere gegen Antibiotika resistente Keime“ festgestellt worden und mehrere Kinder erkrankt seien.<sup>74</sup> Unter dem 17. Oktober 2011 berichtete Herr Dr. Kappler den Hygienekräften des Klinikums Bremen-Mitte über eine vom Nationalen Referenzzentrum vorgenommene Typisierung der Isolate von den Kindern Nr. 15, 16, 18, 19 und 20 und der Proben von einer Windelwaage, einem Schnuller, einem Kanülenabwurf und einer Handprobe. Die Stämme wurden jeweils als *Klebsiella pneumoniae* (ESBL) identifiziert. Herr Dr. Kappler kam zu dem Ergebnis, dass alle Isolate Teil eines gemeinsamen Ausbruchs seien.<sup>75</sup> Am 18. Oktober 2011 fand eine Begehung der Station 4027 mit Mitarbeitern des Klinikums Bremen-Mitte und des Gesundheitsamtes statt.<sup>76</sup> Am 27. Oktober 2011 wurde das Gesundheitsamt davon unterrichtet, dass weitere Frühgeborenen betroffen seien. Das Klinikum Bremen-Mitte verhängte einen Aufnahmestopp für sechs Stunden und die Station wurde in drei Kohorten unterteilt: 1. Zimmer: infizierte und daher isolierte Kinder, 2. Zimmer: Kinder mit Verdacht auf Besiedelung, 3. Zimmer (nach Grundreinigung): Kinder ohne Befund.<sup>77</sup> Am 28. Oktober 2011 fand eine weitere Begehung durch das Gesundheitsamt statt.<sup>78</sup>

Die Pressesprecherin der Gesundheit Nord, Frau Matiszick, wurde nach ihrer Erinnerung Anfang oder Mitte Oktober 2011 durch die Pflegerische Geschäftsführerin des Klinikums Bremen-Mitte, Frau Wendorff, über den Keimausbruch informiert, ein Kind sei an den Folgen gestorben. In einem weiteren Gespräch sei sie von der damaligen Ärztlichen Geschäftsführerin, Frau Dr. Kuss, über einen weiteren Todesfall unterrichtet worden. In ihrer Stellungnahme gibt Frau Matiszick an, dass sie „wegen der Vielzahl der Telefonate in den letzten Monaten“ nicht mehr wisse, wann dieses Telefonat genau stattgefunden habe. Über Details sei sie nicht informiert worden, das tatsächliche Ausmaß des Keimausbruches habe sie erst am 1. November 2011 erfahren. Den damaligen Geschäftsführer der Gesundheit Nord, Herrn Dr. Hansen, habe sie über die ihr bekannten Probleme kurz nach dem ersten Telefonat mit Frau

---

<sup>74</sup> Protokoll der Abteilungsleiterbesprechung vom 17. Oktober 2011, Band 8, S. 11 f.

<sup>75</sup> Institut für Allgemeine Hygiene, Krankenhaushygiene und Umwelthygiene, DNA-Typisierung: *Klebsiella pneumoniae* (ESBL), 17. Oktober 2011, Band 21, S. 111 f.

<sup>76</sup> Protokoll der Begehung am 18. Oktober 2011, Band 1, S. 101.

<sup>77</sup> Gesundheit Nord, Protokoll einer Besprechung vom 1. November 2011, Band 21, S. 114.

<sup>78</sup> Vermerk ohne Datum von Frau Dr. Offenhäuser, Band 8, S. 34; Protokoll einer Besprechung im Klinikum Bremen-Mitte vom 28. Oktober 2011, Band 1, S. 107.

Wendorff unterrichtet, um sich darüber abzustimmen, wie auf mögliche Presseanfragen zu reagieren sei. Sie habe dabei Herrn Dr. Hansen darüber informiert, „dass es wohl Probleme mit Keimen auf der neonatologischen Station gegeben habe und dass offenbar ein Kind nachweislich an diesen Keimen gestorben sei.“<sup>79</sup> Diese Angaben stehen im Gegensatz dazu, dass Herr Dr. Hansen gegenüber dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss angegeben hat, er habe erst am 27. Oktober 2011 von dem Keimproblem auf der neonatologischen Station erfahren. Ihm sei im Oktober lediglich ein singulärer Todesfall, aber kein Keimproblem im Sinne eines Ausbruchs gemeldet worden.<sup>80</sup>

Bei einer Abteilungsleitungs-Besprechung im Gesundheitsamt am 31. Oktober 2011 berichtete der Abteilungsleiter Gesundheit und Umwelt, Herr Dr. Dullin, über eine Zuspitzung der Situation in der Neonatologie im Klinikum Bremen-Mitte. Drei Kinder seien dort gestorben.<sup>81</sup>

### **3.3.6. ESBL-bildende Klebsiellen im November 2011**

Am Morgen des 1. November 2011 unterrichtete Herr Dr. Wunderle den Infektionsschutzreferenten der Gesundheitsabteilung der Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit, Herrn Christelsohn, von dem Ausbruchsgeschehen.<sup>82</sup> Dieser gab die Nachricht an seine Vorgesetzten Herrn Dr. Götz und Herrn Dr. Gruhl weiter. Herr Dr. Gruhl informierte noch am gleichen Tage Herrn Staatsrat Dr. Schuster.<sup>83</sup> Dieser schließlich unterrichtete Frau Senatorin Jürgens-Pieper.<sup>84</sup> Von der senatorischen Behörde wurde an diesem Tag das Robert Koch-Institut eingeschaltet.<sup>85</sup> Am Nachmittag des 1. November 2011 fand im Klinikum Bremen-Mitte eine Besprechung mit Vertretern der senatorischen Behörde und des Gesundheitsamtes statt.<sup>86</sup>

---

<sup>79</sup> Stellungnahme von Frau Matiszick zur Information über den ESBL-Keimausbruch am Klinikum Bremen-Mitte vom 23. Juli 2012.

<sup>80</sup> Herr Dr. Hansen, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 10/1238.

<sup>81</sup> Protokoll der Abteilungsleitungs-Besprechung vom 31. Oktober 2011, Band 8, S. 36.

<sup>82</sup> Interner Vermerk von Herrn Christelsohn, 1. November 2011, Band 8, S. 46.

<sup>83</sup> Herr Dr. Gruhl, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 14/1893.

<sup>84</sup> Frau Götz, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 11/1284.

<sup>85</sup> Herr Christelsohn, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 14/1828.

<sup>86</sup> Gesundheit Nord, Protokoll einer Besprechung im Klinikum Bremen-Mitte vom 1. November 2011, Band 21, S. 114.

Am 2. November 2011 erließ die Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit gegenüber dem Klinikum Bremen-Mitte eine Anordnung von Schutzmaßnahmen nach § 28 Infektionsschutzgesetz<sup>87</sup>. Es wurden ein Aufnahmestopp für die Station 4027 verhängt und besondere Schutzmaßnahmen angeordnet. Zudem wurde die Klinik verpflichtet, ein Personalscreening durchzuführen.<sup>88</sup> Mit einem Änderungs- und Ergänzungsbescheid vom 7. November 2011 wurden die getroffenen Schutzmaßnahmen präzisiert bzw. den neueren Erkenntnissen angepasst.<sup>89</sup> Bereits am Nachmittag des 2. November 2011 nahmen Mitarbeiter des Robert Koch-Institutes am Klinikum Bremen-Mitte ihre Arbeit auf.<sup>90</sup> Ab dem 3. November 2011 fand täglich ein Fachgespräch („Umsetzungsrunde“) unter Beteiligung von Mitarbeitern des Klinikums Bremen Mitte, des Gesundheitsamtes und der senatorischen Behörde statt.<sup>91</sup>

Ebenfalls am 2. November 2011 fand eine Pressekonferenz statt, an der u. a. Herr Staatsrat Dr. Schuster teilnahm. Der Beginn dieser Pressekonferenz verzögerte sich, da parallel die staatsanwaltschaftlichen Ermittlungen aufgenommen wurden.<sup>92</sup> Die Staatsanwaltschaft Bremen ermittelt zwischenzeitlich gegen den ehemaligen Chefarzt der Professor-Hess-Kinderklinik wegen fahrlässiger Tötung bzw. fahrlässiger Körperverletzung zum Nachteil der Kinder Nr. 6, 8 bis 33 und 35. Zudem wurden sechs weitere Kinder als mögliche Geschädigte in die Ermittlungen einbezogen, bei denen jedoch keine ESBL-Klebsiellen nachgewiesen wurden.<sup>93</sup> Die Ermittlungen der Staatsanwaltschaft Bremen sind noch nicht abgeschlossen.

Am 4. November 2011 bildete die Geschäftsführung der Gesundheit Nord einen Krisenstab, der sich aus Mitarbeitern der Gesundheit Nord und des Klinikums Bremen-Mitte zusammensetzte.<sup>94</sup>

Bis zum 7. November 2011 wurde die Station 4027 geräumt, die Kinder wurden in die Professor-Hess-Kinderklinik verlegt und dort kohortiert. Die ESBL-infizierten und -kolonisierten Kinder wurden auf der Station 11 aufgenommen, zudem die Kinder, die

---

<sup>87</sup> Infektionsschutzgesetz vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 28. Juli 2011 (BGBl. I S. 1622) geändert worden ist.

<sup>88</sup> Bescheid der Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit vom 2. November 2011, Band 21, S. 117.

<sup>89</sup> Bescheid der Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit vom 7. November 2011, Band 21, S. 120.

<sup>90</sup> Ergebnisprotokoll Gespräch vom 2. November 2011, Band 2, S. 29.

<sup>91</sup> Ergebnisprotokoll des Fachgesprächs vom 3. November 2011, Band 3, S. 111.

<sup>92</sup> Herr Picard, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 7/928 ff.; Frau Götz, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 11/1286 f.

<sup>93</sup> Staatsanwaltschaftliche Ermittlungsakten, Bände 168 bis 172.

<sup>94</sup> E-Mail Frau Matiszick, 4. November 2011, Band 200, S. 227.

Kontakt zu ESBL-positiven Kindern gehabt hatten. Kinder, die mindestens zweimal negativ getestet worden waren, wurden auf die Station 4 verlegt.<sup>95</sup> In der Umsetzungsrunde vom 8. November 2011 wurden erstmals positive ESBL-Keimnachweise bei Frühgeborenen vor dem 22. Juli 2011 diskutiert.<sup>96</sup>

Zwischenzeitlich waren weitere sechs Kinder auf verschiedenen Stationen des Klinikums Bremen-Mitte von dem Keimausbruch mit dem Ausbruchsstamm betroffen. Die Kinder Nr. 31 und 32 befanden sich zum Zeitpunkt der Abnahme des positiven Abstriches am 4. bzw. 5. November 2011 auf der Station 4028.<sup>97</sup> Am 10. bzw. 14. November 2011 wurden bei den Kindern Nr. 33 und 35 Abstriche mit dem Ausbruchsstamm genommen. Die Kinder lagen zu diesem Zeitpunkt auf der Station für Kinderchirurgie, 3911.<sup>98</sup> Auf der pädiatrischen Station 14 erfolgten am 28. bzw. 30. November 2011 jeweils positive Abstriche der Kinder Nr. 37 und 38.<sup>99</sup> Alle Kinder waren von dem Keim lediglich besiedelt. Parallel wurden bei zwei Kindern (Nr. 34 und 36) aus der Pädiatrie (Stationen 3801 und 3804) am 13. bzw. 24. November 2011 ESBL-bildende *Klebsiella pneumoniae* festgestellt, die nicht dem Ausbruchsstamm zuzuordnen waren.<sup>100</sup>

Am 10. November 2011 trat Herr Professor Dr. Huppertz von seiner Funktion als für die Hygiene verantwortlicher stellvertretender Ärztlicher Direktor zurück.<sup>101</sup> Mit Schreiben vom 15. November 2011 kündigte das Klinikum Bremen-Mitte das Arbeitsverhältnis mit Herrn Professor Dr. Huppertz fristlos, hilfsweise fristgemäß zum 30. Juni 2012. Der Kündigung vorausgegangen war eine Weisung der alleinigen Gesellschafterin des Klinikums Bremen-Mitte vom gleichen Tage. Die Geschäftsführer der Gesundheit Nord hatten beschlossen, das Klinikum Bremen-Mitte anzuweisen, Herrn Professor Dr. Huppertz fristlos zu kündigen. Die Weisung erfolgte dann mit Schreiben von Herrn Dr. Hansen und der Prokuristin Frau Dr. Heidelk. Die Aufsichtsratsvorsitzende der Gesundheit Nord wurde hierüber nicht vorab informiert. Der Aufsichtsrat wurde in einer Sondersitzung am 16. November 2011 informiert.<sup>102</sup> Mit Urteil vom 23. Mai 2012 hat

---

<sup>95</sup> Vermerk Herr Dr. Wunderle, 7. November 2011, Band 8, S. 107 f.

<sup>96</sup> Protokoll Umsetzungsrunde vom 8. November 2011, Band 8, S. 110.

<sup>97</sup> Neonatologie, Übersicht ESBL-Patienten, Band 9, S. 126 ff.

<sup>98</sup> Übersicht Mikrobiologie 1. Januar bis 31. Dezember 2011, Band 68, S. 15 ff.

<sup>99</sup> Übersicht Mikrobiologie 1. Januar bis 31. Dezember 2011, Band 68, S. 28 f.

<sup>100</sup> Übersicht Mikrobiologie 1. Januar bis 31. Dezember 2011, Band 68, S. 25 ff.; Nationales Referenzzentrum für gramnegative Krankenhauserreger, Typisierung von Isolaten mittels Pulsfeldgelelektrophorese, 20. Februar 2012, Band 111, S. 2 ff.

<sup>101</sup> E-Mail im Auftrag von Herrn Professor Dr. Huppertz, 10. November 2011, Band 8, S. 121.

<sup>102</sup> Gesellschafterbeschluss der Klinikum Bremen-Mitte gGmbH vom 15. November 2011, Band 200, S. 353.

das Arbeitsgericht Bremen-Bremerhaven (Aktenzeichen: 2 Ca 2565/11) festgestellt, dass das Arbeitsverhältnis zwischen Herrn Professor Dr. Huppertz und dem Klinikum Bremen-Mitte durch die Kündigungen vom 15. November 2011, 22. November 2011, 29. November 2011 und / oder 12. Dezember 2011 nicht beendet worden ist. Das Urteil ist rechtskräftig.

Am 15. November 2011 beauftragte der Präsident des Bremer Senats Herrn Staatsrat Professor Stauch, einen Bericht zu dem Ausbruch ESBL-bildender *Klebsiella pneumoniae* im Zentrum für Kinderheilkunde im Klinikum Bremen-Mitte zu erstellen. Der Bericht lag am 20. Dezember 2011 vor.<sup>103</sup>

Am 23. und 24. November 2011 fand im Auftrag der Gesundheit Nord eine Visitation des Bereiches der neonatologischen Intensivmedizin am Klinikum Bremen-Mitte durch Herrn Dr. Schulz-Stübner und Herrn Dr. Weißgerber vom Deutschen Beratungszentrum für Hygiene Freiburg statt.<sup>104</sup> Ziel war die Analyse von Schwachstellen im Hygienemanagement des Klinikums Bremen-Mitte sowie die Erstellung eines Maßnahmenkatalogs zur kontinuierlichen Verbesserung unter Berücksichtigung der Implikationen für das Klinikum Bremen-Mitte und die Gesundheit Nord.<sup>105</sup>

Ende November 2011 erstattete das Robert Koch-Institut einen Zwischenbericht.<sup>106</sup> Ein abschließender Bericht des Robert Koch-Institutes steht noch aus.

Noch im November entwickelte die Gesundheit Nord einen 10-Punkte-Maßnahmenplan, der auf den Empfehlungen des Robert Koch-Institutes und des Freiburger Hygieneinstitutes beruhte<sup>107</sup> und am 14. Dezember 2011 dem Aufsichtsrat vorgestellt wurde.<sup>108</sup> Dieser beinhaltete die Etablierung eines EDV-gestützten Frühwarnsystems für Keimbefunde, bauliche Veränderungen auf der Station, eine Reduzierung der Bettenzahl von 16 auf 14 Betten, die direkte Zuordnung des

---

<sup>103</sup> Herr Staatsrat Professor Stauch, Bericht, Ausbruch von ESBL bildenden *Klebsiella pneumoniae* im Zentrum für Kinderheilkunde, Klinik Bremen-Mitte im Jahr 2011, Bremen, den 20. Dezember 2011, Band 50.

<sup>104</sup> Zusammenfassender Bericht: Visitation Klinikum Bremen-Mitte, Deutsches Beratungszentrum für Hygiene, Band 22.

<sup>105</sup> Zusammenfassender Bericht: Visitation Klinikum Bremen-Mitte, Deutsches Beratungszentrum für Hygiene, Band 22, S. 2

<sup>106</sup> Zwischenbericht des Robert Koch-Instituts vom 29. November 2011, Band 16.

<sup>107</sup> Herr Dr. Hansen, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 10/1106; Internetauftritt der Gesundheit Nord. <http://www.gesundheitnord.de/1366.html>, Einsichtnahme am 7. November 2012.

<sup>108</sup> Aufsichtsratsprotokoll vom 14. Dezember 2011, Band 60, S. 101 ff.

medizinischen Materials zum jeweiligen Behandlungsplatz / Bett, eine Erhöhung der Zahl der Hygienebeauftragten und -fachkräfte, bessere Kontrolle durch Hygienevisiten, Schulungen, ein Patientenscreening, eine neue Leitungsstruktur in der Kinderklinik und das Thema Qualitätssicherung sollte in der Gesundheit Nord zur Chefsache werden.

### **3.3.7.ESBL-bildende Klebsiellen im Dezember 2011**

Am 1. Dezember 2011 wurde das Kind Nr. 39 positiv auf den Ausbruchsstamm getestet. Es befand sich in der Kinderklinik, Station 22.<sup>109</sup> Drei Wochen später wurde bei einem Abstrich vom 23. Dezember 2011 das Kind Nr. 40 von der Station 3804 positiv auf den Ausbruchsstamm getestet.<sup>110</sup> Beide Kinder wiesen lediglich eine Besiedelung auf.

## **3.4. ESBL-bildende Klebsiellen im 2012**

### **3.4.1.ESBL-bildende Klebsiellen im Januar 2012**

Am 6. Januar 2012 wurde die Station 4027 wieder in Betrieb genommen und am 9. Januar 2012 wiedereröffnet.<sup>111</sup> Zuvor hatte die Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit ihre Bescheide vom 2. und 7. November 2011 aufgehoben.<sup>112</sup> Die Station war geräumt und grundlegend renoviert worden,<sup>113</sup> nachdem sowohl das Robert Koch-Institut<sup>114</sup> als auch das Deutsche Beratungszentrum für Hygiene<sup>115</sup> Veränderungen gefordert hatten. Herr Dr. Kappler erklärte in einer E-Mail vom 5. Januar 2012, die Station 4027 könne aus hygienischer Sicht wieder in Betrieb genommen werden.<sup>116</sup> Das Gesundheitsamt gab durch Herrn Dr. Wunderle die Station mit einer E-Mail vom gleichen Tage zur Eröffnung frei.<sup>117</sup> Die ärztliche Leitung der Station übernahm Herr Dr. Körner.<sup>118</sup>

---

<sup>109</sup> Übersicht Mikrobiologie 1. Januar bis 31. Dezember 2011, Band 68, S. 34.

<sup>110</sup> Laborbefund vom 25. Dezember 2011, Band 91, S. 83.

<sup>111</sup> Protokoll Umsetzungsrunde vom 22. Dezember 2011, Band 100, S. 39.

<sup>112</sup> Bescheid der Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit vom Januar 2011, Band 100, S. 270 f.

<sup>113</sup> Vgl. Schreiben der Pflegerischen Geschäftsführerin vom 20. April 2012, dem Ausschuss übersandt mit Schreiben der Senatskanzlei vom 3. Mai 2012, Band 197, S. 7 f.

<sup>114</sup> Zwischenbericht des Robert Koch-Instituts vom 29. November 2011, Band 16, S. 28.

<sup>115</sup> Visitationsbericht des Deutschen Beratungszentrums für Hygiene vom 8. Dezember 2011, Band 22, S. 57 ff.

<sup>116</sup> E-Mail Herr Dr. Kappler vom 5. Januar 2012, Band 99, S. 85.

<sup>117</sup> E-Mail Herr Dr. Wunderle vom 5. Januar 2012, Band 99, S. 87.

<sup>118</sup> Herr Dr. Körner, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 9/1020.

Im Januar 2012 wurde bei einem Geschwisterkind (Nr. 41) von Kind Nr. 4, das bereits 2009 von dem Ausbruchsstamm betroffen war, „reichlich“ ESBL Klebsiella pneumoniae festgestellt. Es handelte sich allerdings nicht um den Ausbruchsstamm. Das Kind lag zum Zeitpunkt der Entnahme des positiven Abstriches auf der Station 3804; es war zuvor jedoch bis Juli 2011 auch auf der Station 4027 behandelt worden und hatte dort auch Besuch - möglicherweise des 2009 betroffenen Geschwisterkindes - empfangen können.<sup>119</sup>

### 3.4.2. ESBL-bildende Klebsiellen im Februar 2012

Nach der Neueröffnung kam es erneut zu einem Auftreten des Ausbruchsstammes auf der Station 4027. Bei Abstrichen vom 21. bzw. 22. Februar 2012 wurde der Keim bei den Kindern Nr. 42, 43 und 44 festgestellt. Die drei Kinder waren im Februar 2012 geboren und lagen in zwei unterschiedlichen Zimmern.<sup>120</sup> Am Nachmittag des 23. Februar 2012 erfolgte eine Besprechung mit Mitarbeitern des Klinikums Bremen-Mitte, des Gesundheitsamtes, des Freiburger Hygieneinstitutes und Herrn Dr. Hansen.<sup>121</sup> Es erfolgte zunächst eine Kohortierung der Kinder auf der Station.

Unter dem 24. Februar 2012 erließ das Stadtamt Bremen gegen das Klinikum Bremen-Mitte eine Anordnung nach § 28 Infektionsschutzgesetz. Es wurden ein Aufnahmestopp für die Station 4027 und weitere Schutzmaßnahmen verfügt.<sup>122</sup>

Am 28. Februar 2012 verstarben zwei Frühchen. Kind Nr. 45 war am 24. Februar 2012 mit einem Geburtsgewicht von 498 g auf die Welt gekommen.<sup>123</sup> Nach einem zunächst guten Verlauf geriet das Kind am 27. Februar 2012 relativ schnell in einen sehr schlechten gesundheitlichen Zustand. Dem Kind wurde post mortem eine Blutkultur entnommen, in der relativ schnell Klebsiellen des Ausbruchsstammes wuchsen. Herr Dr. Körner äußerte bei seiner Vernehmung durch den parlamentarischen Untersuchungsausschuss die Einschätzung, eine Blutvergiftung durch die ESBL-

---

<sup>119</sup> Laborbefund vom 26. Januar 2012, Band 94, S. 125; E-Mail Herr Dr. Wunderle vom 27. Februar 2012, Band 100, S. 319; Nationales Referenzzentrum für gramnegative Krankenhauserreger, Typisierung von Isolaten mittels Pulsfeldgelelektrophorese, 20. Februar 2012, Band 111, S. 2 ff.

<sup>120</sup> Vermerk Herr Dr. Wunderle vom 23. Februar 2012, Band 100, S. 306.

<sup>121</sup> Herr Dr. Hansen, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 10/1108.

<sup>122</sup> Bescheid des Stadtamtes Bremen vom 24. Februar 2012, Band 100, S. 309.

<sup>123</sup> Protokoll der Begehung vom 2. März 2012, Band 186, S. 24.

Klebsiellen habe mit zum Tode geführt.<sup>124</sup> In einem Schreiben, datierend vom 19. September 2012, teilte Herr Dr. Marg hinsichtlich dieses und des Weiteren im Februar 2012 verstorbenen Kindes mit:

*„Zwei Kinder waren ohne Zusammenhang mit den Klebsiellen verstorben.“<sup>125</sup>*

Kind Nr. 46 kam am 25. Februar 2012 mit einem Notfallkaiserschnitt zur Welt. Das Kind hatte schon im Mutterleib erhebliche Probleme und war nach der Entbindung in einem sehr schlechten Zustand. Es ließ sich durch Reanimation zunächst stabilisieren, aber nur für sehr kurze Zeit. Nach Einschätzung von Herrn Dr. Körner verstarb das Kind im Rahmen eines Multiorganversagens infolge schwerster Vorschädigung. Bei diesem Kind wurden Klebsiellen des Ausbruchsstammes auf der Haut nachgewiesen; in Blutkulturen und Trachealsekret fand kein Keimwachstum statt. Das Kind war daher nach der Einschätzung von Herrn Dr. Körner besiedelt, ist aber nicht an dem Keim gestorben.<sup>126</sup> Die Station wurde nach den Keimfunden erneut geräumt. Die Kinder wurden auf die Station 3911 der Professor-Hess-Kinderklinik verlegt.<sup>127</sup>

Im Rahmen der Suche nach einer Erklärung für das erneute Auftreten des Keims wurden durch Herr Dr. Kappler nach eigenen Angaben weitere ältere Klebsiellenproben in seinem Institut aus dem Jahre 2009 „gefunden“. Es handelte sich um Proben des Kindes Nr. 4. Nach der Typisierung durch das Nationale Referenzzentrum wurde zu diesem Zeitpunkt klar, dass bereits 2009 der Ausbruchstamm in der Neonatologie aufgetreten war.<sup>128</sup>

Herr Dr. Kappler wurde Ende Februar durch die Geschäftsführung des Klinikums Bremen-Mitte von seinen Aufgaben freigestellt.<sup>129</sup>

Am 29. Februar 2012 stellte Frau Senatorin Jürgens-Pieper Herrn Dr. Hansen von seinen Aufgaben frei.<sup>130</sup> Eine schriftliche Erklärung zu dieser Freistellung erfolgte gegenüber Herrn Dr. Hansen nicht. Eine Kündigung wurde nicht ausgesprochen.<sup>131</sup>

---

<sup>124</sup> Herr Dr. Körner, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 9/1068.

<sup>125</sup> Schreiben von Herrn Dr. Marg vom 19. September 2012 an Frau Darnedde, Band 208, S. 7.

<sup>126</sup> Herr Dr. Körner, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 9/1069 f.

<sup>127</sup> Herr Dr. Körner, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 9/1026.

<sup>128</sup> E-Mail Herr Dr. Wunderle vom 27. Februar 2011, Band 100, S. 319.

<sup>129</sup> Herr Dr. Hansen, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 10/1163.

Im Februar 2012 erfolgte zudem eine Auditierung des Reinigungsdienstes im Klinikum Bremen-Mitte durch einen Mitarbeiter des Freiburger Hygieneinstitutes. Dieser stellte Reinigungsmängel fest und übersandte seinen Bericht am 20. Februar 2012 an Vertreter der Gesundheit Nord und der Gesundheit Nord Dienstleistungen.<sup>132</sup>

### 3.4.3.ESBL-bildende Klebsiellen im Mai 2012

Am 10. Mai 2012 wurde bei Kind Nr. 47 eine Kolonisation mit ESBL-Klebsiella pneumoniae festgestellt. Eine Typisierung ergab, dass es sich um den Ausbruchstamm handelte.<sup>133</sup> Zu diesem Zeitpunkt wurden alle Kinder der Neonatologie einmal wöchentlich gescreent.<sup>134</sup> Das Kind war am 7. Mai 2012 in das Klinikum Bremen-Mitte auf die Station 4028 verlegt worden, nachdem es zuvor über sieben Wochen im Klinikum Links der Weser behandelt worden war. Dort hatten Patientenscreenings keinen Keimnachweis erbracht. Auch die Aufnahmeuntersuchung am 7. Mai 2012 war negativ. Bei der Kontrolluntersuchung am 10. Mai 2012 wurde der Erreger erstmalig in geringer Keimzahl nachgewiesen. In der folgenden Untersuchung wenige Tage später wurde der Keim massenhaft nachgewiesen. Am 14. Mai 2012 fand eine Begehung durch das Gesundheitsamt statt. Die Kinder der Station wurden kohortiert, und es wurde eine getrennte Pflege eingerichtet.<sup>135</sup>

Am 18. Mai 2012 erließ das Gesundheitsamt gestützt auf § 25 des Infektionsschutzgesetzes gegenüber etwa 50 Personen eine Verfügung zur Durchführung eines Personalscreenings.<sup>136</sup>

Eine zusammenfassende Chronologie des Ausbruchsgeschehens ist diesem Bericht als **Anlage 4** beigefügt.

---

<sup>130</sup> Weser-Kurier vom 29. Februar 2012.

<sup>131</sup> Herr Dr. Hansen, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 10/1255.

<sup>132</sup> E-Mail Herr Weber vom 20. Februar 2012, Band 188, S. 291 ff.

<sup>133</sup> Vermerk Dr. Wunderle vom 22. Mai 2012, Band 194, S. 14.

<sup>134</sup> Vermerk Dr. Wunderle vom 22. Mai 2012, Band 194, S. 14.

<sup>135</sup> Vermerk Dr. Wunderle vom 22. Mai 2012, Band 194, S. 12 f.

<sup>136</sup> E-Mail Herr Dr. Wunderle vom 18. Mai 2012, Band 194, S. 2 ff.

## 4. Medizinischer Hintergrund

Eine nosokomiale Infektion ist nach der gesetzlichen Definition des § 2 Nr. 8 Infektionsschutzgesetzes eine „Infektion mit lokalen oder systemischen Infektionszeichen als Reaktion auf das Vorhandensein von Erregern oder ihrer Toxine, die im zeitlichen Zusammenhang mit einer stationären oder einer ambulanten medizinischen Maßnahme steht, soweit die Infektion nicht bereits vorher bestand“. Zu den nosokomialen Infektionen zählen insbesondere Krankenhausinfektionen. In Deutschland erkranken schätzungsweise jährlich 400.000 bis 600.000 Personen an Krankenhausinfektionen, 7.500 bis 15.000 Personen sterben daran.<sup>137</sup> Die Zahl der Krankenhausinfektionen wird voraussichtlich auch weiterhin hoch sein. Ein Grund dafür ist auch die mangelnde Aufmerksamkeit, die der Krankenhaushygiene in der medizinischen Ausbildung zuteilwird. So gab Herr Dr. Schulte-Sasse gegenüber dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss an, von etwa 36 medizinischen Fakultäten in Deutschland verfügten nur noch elf über Lehrstühle für Krankenhaushygiene und Umweltmedizin. An medizinischen Fakultäten würden seit einigen Jahren systematisch Lehrstühle abgebaut, zuletzt in Göttingen.<sup>138</sup> Diese Schließung von Instituten sei auch ein Grund für den Mangel an ärztlichen Krankenhaushygienikern.<sup>139</sup> Auch die Ausbildung angehender Mediziner in Hygienefragen sei absolut unzureichend. Medizinstudenten an deutschen Universitäten hätten teilweise während ihres gesamten Studiums nur zwei Stunden Klinikausbildungskapazität.<sup>140</sup>

Die Zahl multiresistenter Erreger, gegen die Antibiotika kaum noch helfen, nimmt zu. Sie stellen die Medizin vor immer größere therapeutische Herausforderungen, weil es immer weniger Therapieoptionen gibt und Erreger praktisch unbehandelbar werden.<sup>141</sup>

Multiresistente Keime entwickeln sich insbesondere in Krankenhäusern, weil hier einerseits von außen ständig neue Erreger eingetragen werden und andererseits Patienten je nach ihrer Erkrankung mit Antibiotika behandelt werden müssen. In einem

---

<sup>137</sup> Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze vom 22. März 2011, BT-Drs. 17/5178, S. 1.

Herr Professor Dr. Eikmann, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 2/92.

<sup>138</sup> Herr Dr. Schulte Sasse, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme 33/4909.

<sup>139</sup> Herr Dr. Schulte-Sasse, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 33/4909.

<sup>140</sup> Herr Dr. Schulte Sasse, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme 33/4910.

<sup>141</sup> Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze vom 22. März 2011, BT-Drs. 17/5178, S. 1.

derartigen Biotop können die Erreger gut verschiedenste Resistenzen ausbilden.<sup>142</sup> Aber nicht nur der Einsatz von Antibiotika in der humanmedizinischen Therapie führt zur Entstehung von multiresistenten Keimen, auch der übermäßige Einsatz von Antibiotika in der Tiermast ist als ein wesentliches Reservoir für multiresistente Mikroorganismen, durch das Gefahren für die Bevölkerung erwachsen, einzustufen.<sup>143</sup> Um dieser Entwicklung entgegenzuwirken, wird ein restriktiver und sehr gezielter Einsatz von Antibiotika empfohlen.<sup>144</sup>

Herr Dr. Marg führte zu dieser Thematik vor dem Ausschuss folgendes aus:

*„ ... Wir befinden uns aber in einem Dilemma. Sie retten natürlich mit Antibiotika Leben, insbesondere bei Frühgeborenen. Das Dilemma ist gleichzeitig, dass die Bakterien tatsächlich nicht durch die Erfindung eines neuen Antibiotikums aufhören zu existieren, das ist der naive Glaube. Da bin ich Bürger wie Sie. Ich würde sagen, die vermehrte Anwendung von Antibiotika in der Tierzucht ist übel. Da ist meines Erachtens ein Hauptgrund dafür, dass sich die Resistenzen entwickeln. Wir wissen, dass die freie Zugänglichkeit zu Antibiotika in Spanien dazu geführt hat, dass vollkommen harmlose Keime auf einmal gegen alles Mögliche widerständig sind.*

*Es geht also um einen rationellen Einsatz, der wirklich sehr gut indiziert ist. Wir haben zum Beispiel vor zwei Jahren bei uns auch angefangen, noch einmal die Antibiotika zurückzuschrauben auf die ganz einfachen, um das, was wir tun können, zu vermindern, aber da gibt es zum Beispiel einen Vorschlag, ein fieberndes Kind erst am zweiten oder dritten Tag antibiotisch zu behandeln. Da können sie schief liegen. Bei einem fiebernden Neugeborenen liegen sie mit Sicherheit schief. Sie können einerseits nicht darauf verzichten. Das Penicillin ist natürlich eine Wahnsinnsentdeckung. Cortison und Penicillin waren die Entdeckungen der Medizin, wenn Sie so wollen. Zu glauben, dass man das Problem auf Dauer damit gelöst hat, das, glaube ich, ist naiv.“<sup>145</sup>*

---

<sup>142</sup> Pressemitteilung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung vom 12. April 2012, Kampf gegen Krankenhauskeime, <http://www.bmbf.de/press/3258.php>.

<sup>143</sup> Herr Professor Dr. Eikmann, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 2/172; Herr Dr. Marg, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 13/1703 f.; Herr Dr. Albrecht, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 15/2030.

<sup>144</sup> Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2929; Herr Dr. Körner, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 9/1084.

<sup>145</sup> Herr Dr. Marg, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 13/1703 f.

Der Wundkeim *Staphylococcus aureus* verursacht weltweit die meisten im Krankenhaus erworbenen Infektionen. Besonders kritisch sind dabei Infektionen durch Methicillin-resistente Staphylokokken (MRSA), für die es nur noch wenige Möglichkeiten einer antibiotischen Therapie gibt. In Deutschland wurde in den letzten zehn Jahren ein Anstieg der MRSA-Prävalenz von 2% auf ca. 25% aller *Staphylococcus aureus* Isolate beobachtet.<sup>146</sup> In den Niederlanden liegt dieser Anteil bei unter einem Prozent.<sup>147</sup>

Seit 2004 wird in Deutschland und auch in Europa ein deutlicher Anstieg der Häufigkeit von Enterobacteriaceae mit ESBL in mikrobiologisch-diagnostischen Proben beobachtet.<sup>148</sup>

#### 4.1. *Klebsiella pneumoniae*

Klebsiellen sind gramnegative Stäbchenbakterien, die zur Familie der Enterobacteriaceae gehören. Benannt wurden sie nach dem Bakteriologen Edwin Klebs. Klebsiellen besitzen keine Geißeln und sind daher unbeweglich. Sie sind von einer Schleimkapsel umgeben. Sie können mit und ohne Sauerstoff (fakultativ anaerob) leben. Typisch für Klebsiellen ist ein schmieriger Film, der auf den Kolonien entsteht.<sup>149</sup>

Klebsiella-Arten wurden im Boden, im Wasser und auf Pflanzen nachgewiesen.<sup>150</sup> Klebsiella-pneumoniae kommen bei ca. 30 % der Bevölkerung vor. Sie gehören zur normalen Bakterienflora des Darmtrakts von Menschen.<sup>151</sup> Teilweise kommen sie auch im Respirationstrakt vor. Im Normalfall ist das Bakterium ungefährlich, bei Menschen mit geschwächtem Immunsystem kann es jedoch als Krankheitserreger auftreten.<sup>152</sup> Die häufigsten Erkrankungen sind in diesem Fall Infektionen der Harnwege und

---

<sup>146</sup> <http://www.mrsa-net.org/DE/hintergrund.html>.

<sup>147</sup> Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2929.

<sup>148</sup> Professor Dr. Wolfgang Witte, Dr. Yvonne Pfeiffer, Robert Koch-Institut, Antibiotikaresistenz – Bedeutung von LA-MRSA und ESBL-bildenden Enterobacteriaceae bei Masttieren und für den Menschen, [www.rki.de/DE/Content/Infekt/Antibiotikaresistenz/LA\\_MRSA\\_und\\_ESBL.html?nn=2374030](http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Antibiotikaresistenz/LA_MRSA_und_ESBL.html?nn=2374030).

<sup>149</sup> Wikipedia – Die freie Enzyklopädie, [www.wikipedia.org](http://www.wikipedia.org), Stichwort: Klebsiella.

<sup>150</sup> Zwischenbericht des Robert Koch-Instituts vom 29. November 2011, Band 16, S. 6.

<sup>151</sup> Bundesgesundheitsblatt 2012, S. 1311 (1317).

<sup>152</sup> Zwischenbericht des Robert Koch-Instituts vom 29. November 2011, Band 16, S. 6.

Lungenentzündungen.<sup>153</sup> Wenn die Erreger ins Blut gelangen, können sie eine Sepsis, im Gehirn eine Meningitis hervorrufen.<sup>154</sup>

Nach bisherigen Erkenntnissen überleben Klebsiellen in trockener Umgebung in der Regel nicht sehr lange. Experten schätzen, dass sie in dieser Umgebung gewöhnlich nach drei bis vier Tagen absterben.<sup>155</sup> In einer feuchten Umgebung überleben Klebsiellen länger.<sup>156</sup>

Deshalb stellt es nach dem derzeitigen wissenschaftlichen Erkenntnisstand einen bedeutsamen Befund dar, dass auf einer Handschuhbox, die über dem Bett eines Kindes in der Neonatologie des Klinikums Bremen-Mitte hing, noch fünf Tage nach der Schließung der Station Klebsiellen des Ausbruchsstamms gefunden wurden.<sup>157</sup> Dies spricht dafür, dass zumindest die Klebsiellen des Ausbruchsstamms auch in trockener Umgebung deutlich länger überleben als bisher angenommen. Dies wird auch durch Untersuchungen des Instituts für Hygiene und öffentliche Gesundheit der Universität Bonn bestätigt. Sie haben gezeigt, dass der in Bremen gefundene Ausbruchsstamm bei einer Ausgangskonzentration von  $10^6$  Koloniebildenden Einheiten – KBE – auf trockenen Flächen auch noch nach 18 Tagen in wieder ansteigender Konzentration von  $10^2$  KBE/ml nachweisbar war. Im Leitungswasser ließ sich der Ausbruchsstamm nach Einbringen von mehr als  $10^6$  KBE auch noch nach 23 Tagen in einer Konzentration von  $1 \times 10^2$  KBE/ml nachweisen, wobei er vorübergehend unter die Nachweisgrenze absank, dann aber erneut in seiner Konzentration anstieg.<sup>158</sup> Auch wenn der Erreger bei den Untersuchungen in hoher Konzentration eingesetzt wurde, belegen diese Untersuchungen, dass der Ausbruchsstamm mehrere Tage sowohl in Leitungswasser als auch auf trockenen Oberflächen überdauern kann.

## 4.2. ESBL-Bildner

---

<sup>153</sup> Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 15/2128.

<sup>154</sup> Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 15/2128; Helmut Hahn, Stefan H. E. Kaufmann, Thomas F. Schulz, Medizinische Mikrobiologie und Infektiologie, Heidelberg, 5. Aufl., 2004, S. 248.

<sup>155</sup> Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 15/2056.

<sup>156</sup> Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 15/2130.

<sup>157</sup> Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 15/2056, 15/2130 und 25/3546 f.

<sup>158</sup> Herr Professor Dr. Exner, Schriftliche Beantwortung der Fragen des Untersuchungsausschusses am 29. Juni 2012, S. 30.

Rund 35 Prozent der klinisch relevanten pathogenen Bakterien produzieren so genannte Beta-Laktamasen.<sup>159</sup> Das sind bakterielle Enzyme, die Beta-Laktam-Antibiotika hydrolysieren und damit unwirksam machen. Die Gene für die Beta-Laktamasen sitzen auf Plasmiden als zwischen Bakterien übertragbaren genetischen Elementen.<sup>160</sup> Diese genetische Eigenschaft kann von einer Bakteriengeneration zur nächsten, aber auch von einer Bakterienart an eine andere weitergegeben werden.<sup>161</sup> ESBL steht für Extended-Spectrum-Beta-Lactamase. Diese Beta-Laktamasen haben ein erweitertes Substratspektrum im Vergleich zu ihren Vorläufern. Diese Enzyme machen viele Antibiotika unwirksam, so zum Beispiel Penicillin, Ampicillin, Piperacillin, Mezlocillin, Cefazolin, Cefuroxim, Oxyimino-Cephalosporine (Cephalosporine der 3. Generation), Monobactame und Cefepim (Cephalosporin der 4. Generation). ESBL können u. a. von *Klebsiella pneumoniae*, *Klebsiella oxytoca*, *Escherichia (E.) coli*, *Citrobacter* spp., *Enterobacter* spp., *Morganella morganii*, *Proteus* spp., *Providencia* spp., *Salmonella* spp. und *Serratia* spp. gebildet werden.<sup>162</sup>

Der in Bremen gefundene Ausbruchsstamm von ESBL-bildenden *Klebsiella pneumoniae* trägt als genetisches Element eine seltene SHV-63 Betalaktamase. Es ist in Deutschland bisher nicht festgestellt worden.<sup>163</sup> In den öffentlichen Datenbanken findet man dazu nur einen Eintrag aus Russland.<sup>164</sup> Abgesehen von der Übereinstimmung bezüglich des genetischen Elements der SHV-63 Betalaktamase besteht im Übrigen keine Identität zwischen dem in Russland festgestellten Keim und dem Bremer Ausbruchskeim.<sup>165</sup>

Von den *Klebsiellen*, die eine Infektion verursachen, sind nach Angaben des Sachverständigen Herrn Dr. Eckmanns mittlerweile etwa zehn Prozent ESBL-bildend.<sup>166</sup> Der vom parlamentarischen Untersuchungsausschuss als Sachverständiger befragte Herr Professor Dr. Eikmann hat ausgeführt,<sup>167</sup> es gebe eigentlich keinen drastischen Anstieg mehr an nosokomialen Infektionen. Allerdings ändere sich das

---

<sup>159</sup> Siegfried Hoc, Antibiotika-Therapie: Multiresistente Erreger im klinischen Alltag, Deutsches Ärzteblatt 2005, 102.

<sup>160</sup> Professor Dr. Wolfgang Witte, Dr. Yvonne Pfeiffer, Robert Koch-Institut, Antibiotikaresistenz – Bedeutung von LA-MRSA und ESBL-bildenden Enterobacteriaceae bei Masttieren und für den Menschen, [www.rki.de/DE/Content/Infekt/Antibiotikaresistenz/LA\\_MRSA\\_und\\_ESBL.html?nn=2374030](http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Antibiotikaresistenz/LA_MRSA_und_ESBL.html?nn=2374030).

<sup>161</sup> Frau Professor Dr. Klouche, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 6/809;

Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 15/2137.

<sup>162</sup> Siegfried Hoc, Antibiotika-Therapie: Multiresistente Erreger im klinischen Alltag, Deutsches Ärzteblatt 2005, 102.

<sup>163</sup> Herr Professor Dr. Exner, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 29/4160.

<sup>164</sup> E-Mail von Herrn Dr. Kaase an Dr. Kappler vom 8. Dezember 2011, Band 111, S. 131.

<sup>165</sup> Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 15/2091, 15/2106.

<sup>166</sup> Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 15/2170.

<sup>167</sup> Herr Professor Dr. Eikmann, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 2/172.

Spektrum innerhalb der Mikroorganismen. Es gebe eine starke Zunahme von ESBL-Bildnern und eine Stagnation von MRSA.

Im Gegensatz zur Besiedelung mit MRSA ist es bei einer Besiedelung mit ESBL-bildenden Klebsiellen nicht möglich, die betroffenen Patienten mit Antibiotika oder anderen Verfahren so zu therapieren, dass der Patient erregerefrei („saniert“) wird.<sup>168</sup>

#### 4.3. Nosokomiale Infektionen bei Frühgeborenen

Etwa 65.000 Frühgeborene werden pro Jahr in Deutschland geboren.<sup>169</sup> Von einer Frühgeburt spricht man, wenn ein Kind vor Vollendung der 37. Schwangerschaftswoche auf die Welt kommt, dies sind in Deutschland etwa acht bis zehn Prozent aller Schwangerschaften.<sup>170</sup> Etwa 1,2 % aller Neugeborenen wiegen bei der Geburt weniger als 1.500 g.<sup>171</sup> Die Fortschritte in der Perinatalmedizin und der neonatologischen Intensivmedizin haben in den vergangenen 30 Jahren zu einer sehr großen Steigerung der Überlebenschancen in allen Geburtsgewichtsklassen und bei schweren Fehlbildungen geführt. Von den Kindern mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g überleben mittlerweile in Deutschland über 85 %.<sup>172</sup> Von den extrem kleinen Frühgeborenen unter 750 g stirbt etwa ein Drittel der Kinder, ein Drittel hat schwere Behinderungen und etwa ein Drittel hat eine weitgehend ungestörte Entwicklung.<sup>173</sup>

Bei den Frühgeborenen unter 1.500 g treten mehr als die Hälfte (61 %) aller in der gesamten Neonatologie dokumentierten nosokomialen Infektionen auf.<sup>174</sup> Begünstigende Risikofaktoren für eine Infektion sind bei Frühgeborenen unter anderem ein niedriges Geburtsgewicht, unausgereifte natürliche Darm- und Hautflora, zahlreiche intensivmedizinische Maßnahmen und die medikamentöse Therapie, insbesondere

---

<sup>168</sup> Herr Professor Dr. Exner, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 29/4184.

<sup>169</sup> Empfehlung zur Prävention nosokomialer Infektionen bei neonatologischen Intensivpflegepatienten mit einem Geburtsgewicht unter 1500 g, Mitteilung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut, Bundesgesundheitsblatt 2007, 1265, 1266).

<sup>170</sup> Herr Professor Dr. Herting, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 1/8.

<sup>171</sup> Empfehlung zur Prävention nosokomialer Infektionen bei neonatologischen Intensivpflegepatienten mit einem Geburtsgewicht unter 1500 g, Mitteilung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut, Bundesgesundheitsblatt 2007, 1265, 1266).

<sup>172</sup> Herr Professor Dr. Herting, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 1/31.

<sup>173</sup> Herr Professor Dr. Herting, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 1/31.

<sup>174</sup> Empfehlung zur Prävention nosokomialer Infektionen bei neonatologischen Intensivpflegepatienten mit einem Geburtsgewicht unter 1500 g, Mitteilung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut, Bundesgesundheitsblatt 2007, 1265, 1266).

durch Antibiotika, weil sich resistente Erreger nach der Reduzierung der konkurrierenden Keimflora leichter ausbreiten können .

Im Grundsatz gilt, dass die Sepsisrate bei einem Krankenhausaufenthalt umso größer ist, je unreifer das Kind bei der Geburt ist.<sup>175</sup> Bei Kindern mit einem Geburtsgewicht unter 750 g entwickelt jedes dritte Kind eine Sepsis. Bei den größeren Kindern gehen sie stark zurück.<sup>176</sup> Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g sind im Verlauf der Intensivtherapie einer Vielzahl invasiver Interventionen ausgesetzt (kapillare und venöse Blutentnahmen, das Legen von Zugängen, Intubation, Absaugen der Atemwege, Anlage von Magensonden). Jede invasive Intervention ist mit einem zusätzlichen Infektionsrisiko verbunden, und sei es nur durch den zusätzlichen Kontakt mit den Händen des Behandlungsteams. Pro 8-Stunden-Schicht werden das Frühgeborene und seine unmittelbare Umgebung im Mittel etwa 80-mal berührt. Extrem unreife Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.000 g sind oft länger als 100 Tage in stationärer Behandlung.<sup>177</sup>

Bis zu 90 Prozent der Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1.500 g werden während ihrer stationären Behandlung mit einer breitwirksamen antibakteriellen Kombinationstherapie behandelt. Wegen des potenziell sehr schnellen Verlaufs von Infektionen müssen die behandelnden Ärzte oft schon mit einer antibiotischen Therapie beginnen, obwohl die klinischen Zeichen für eine Infektion noch unspezifisch sind. Nur so verbessern sie die Überlebenschance von Frühgeborenen.<sup>178</sup> Die hohe Anwendungsrate breit wirksamer Antibiotika bei Frühgeborenen erhöht aber gleichzeitig den Selektionsdruck auf die Erreger mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen, denn nur solche resistenten Keime überleben die Antibiotikatherapie.<sup>179</sup>

Die vorgenannten Schilderungen zeigen, dass Keimvorfälle zum Alltag in deutschen Kliniken, insbesondere auf Stationen der Neonatologie und der Intensivmedizin,

---

<sup>175</sup> Herr Professor Dr. Herting, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 1/67.

<sup>176</sup> Herr Professor Dr. Herting, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 1/67.

<sup>177</sup> Empfehlung zur Prävention nosokomialer Infektionen bei neonatologischen Intensivpflegepatienten mit einem Geburtsgewicht unter 1500 g, Mitteilung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut, Bundesgesundheitsblatt 2007, 1265, 1267.

<sup>178</sup> Herr Professor Dr. Herting, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 1/70;

Herr Dr. Albrecht, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 15/1965.

<sup>179</sup> Professor Dr. Wolfgang Witte, Dr. Yvonne Pfeiffer, Robert Koch-Institut, Antibiotikaresistenz – Bedeutung von LA-MRSA und ESBL-bildenden Enterobacteriaceae bei Masttieren und für den Menschen, [www.rki.de/DE/Content/Infekt/Antibiotikaresistenz/LA\\_MRSA\\_und\\_ESBL.html?nn=2374030](http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Antibiotikaresistenz/LA_MRSA_und_ESBL.html?nn=2374030).

gehören. Dies gilt insbesondere auch für Vorfälle mit Klebsiellen. So hat der Sachverständige Herr Professor Dr. Eikmann Vorfälle mit Klebsiellen als ein „immanentes Problem“ von neonatologischen Stationen bezeichnet.<sup>180</sup> Auch der Sachverständige Herr Dr. Zastrow hat bestätigt, dass Klebsielleninfektionen auf Neugeborenenstationen häufiger vorkommen als andere durch Keime verursachte Infektionen.<sup>181</sup> Die KRINKO Empfehlung „Hygienemaßnahmen bei Infektionen oder Besiedelung mit multiresistenten gramnegativen Stäbchen“ geht davon aus, dass Neugeborene eine der am häufigsten von Klebsiellen betroffenen Populationen sind.<sup>182</sup>

#### **4.4. Herkunft des Keims und Übertragungswege**

Nach der KRINKO Empfehlung „Hygienemaßnahmen bei Infektionen oder Besiedelung mit multiresistenten gramnegativen Stäbchen“ blieb die Quelle von Ausbrüchen, die durch *Klebsiella pneumoniae* verursacht wurden, bei 63,7 % der in der Literatur zu findenden Ausbruchsbeschreibungen unklar. In 18,5 % der Studien ließ sich der Ausbruch auf einen Indexpatienten zurückführen. Medizinprodukte waren in 8,9 % der Fälle verantwortliche Auslöser. Das Personal wurde lediglich in 5,4 % der beschriebenen Ausbruchsgeschehen als Keimquelle identifiziert.<sup>183</sup>

Nach den der KRINKO vorliegenden Ausbruchsbeschreibungen konnte in fast der Hälfte der Fälle kein gesicherter Übertragungsweg identifiziert werden.<sup>184</sup> Aus den ihr vorliegenden Daten leitet die KRINKO ab, dass Klebsiellen überwiegend direkt oder indirekt von Person zu Person übertragen werden. Bei einer Häufung von Infektionen müsse man allerdings auch eine Quelle aus der unbelebten Umgebung in die Suche nach der Herkunft des Keims einbeziehen, wobei Klebsiellen eher feuchte Habitate bevorzugten.<sup>185</sup>

##### **4.4.1. Herkunft des Keims**

---

<sup>180</sup> Herr Professor Dr. Eikmann, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 2/92.

<sup>181</sup> Herr Dr. Zastrow, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 2/193 f.

<sup>182</sup> Bundesgesundheitsblatt 2012, S. 1311 (1324).

<sup>183</sup> Bundesgesundheitsblatt 2012, S. 1311 (1324).

<sup>184</sup> Bundesgesundheitsblatt 2012, S. 1311 (1324).

<sup>185</sup> Bundesgesundheitsblatt 2012, S. 1311 (1324).

Zur Frage, wie der Keim auf die Station gelangt ist, wurden mehrere Theorien entwickelt.

#### **4.4.1.1. Möglicher Eintrag von einer anderen Station des Klinkums Bremen-Mitte**

Der Keim könnte von Personen von der Station 4028 auf die Station 4027 getragen worden sein.<sup>186</sup> Das erscheint allerdings wegen der räumlichen Entfernung zwischen den Stationen und weil man beim Betreten der Station 4027 an die Händedesinfektion erinnert wird, eher unwahrscheinlich.<sup>187</sup>

Eine weitere Theorie ist, dass der Keim von den Ärzten, die in der Nachsorge-Ambulanz tätig sind, hereingetragen wurde. Auch dies erscheint unwahrscheinlich, weil die Ambulanz sich in einem anderen Gebäude als die Station 4027 befindet.<sup>188</sup>

Der Erreger könnte weiter über einen Gegenstand von der Station 4028 herübergebracht worden sein. Dagegen spricht allerdings, dass es von November 2011 bis Februar 2012 auf der Station 4028, auf der in dieser Zeit immer mindestens ein Kind lag, das positiv getestet war, keine Keimübertragungen gab.<sup>189</sup>

Darüber hinaus hat das Robert Koch-Institut auch in Erwägung gezogen, dass es doch einen Keimträger auf der Station gegeben hat. Allerdings stellt sich dann die Frage, weshalb dieser bei den umfassenden Screenings nicht positiv getestet wurde. Auch gab es keine Mitarbeiter, die monatelang nicht im Dienst waren.<sup>190</sup> Umgebungsuntersuchungen auf der Station konnten die Theorie, der Erreger habe auf der Station überlebt, nicht bestätigen.<sup>191</sup>

---

<sup>186</sup> .Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 15/2114.

<sup>187</sup> Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 15/2114.

<sup>188</sup> Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 15/2114.

<sup>189</sup> Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 15/2114.

<sup>190</sup> Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 15/2115.

<sup>191</sup> Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 15/2115.

Die mögliche Keimquelle konnte in dem Raum, in dem die Erstversorgung der Kinder nach dem Kreißsaal erfolgt, nicht lokalisiert werden.<sup>192</sup>

Eine vom Robert Koch-Institut durchgeführte sogenannte Kohortenstudie

konnte die Ursache des Keimausbruchs nach derzeitigem Kenntnisstand ebenfalls nicht ermitteln. Die Kohortenstudie erfolgte nach dem Keimausbruch im Februar 2012 und bezog sich allein auf die Kinder, die während des erneuten Keimausbruches im Februar 2012 betroffen waren. Es wurden alle Kinder einbezogen, die zwischen dem 9. und dem 28. Februar 2012 (Geburt des ersten positiv getesteten Kindes bis zum Tod der beiden Kinder) auf der Station lagen. Fünf Kinder waren besiedelt, 16 Kinder waren unauffällig. Festgestellt wurde nach Aussage des Sachverständigen Herrn Dr. Eckmanns<sup>193</sup> lediglich, dass für Kinder, bei denen viele Maßnahmen durchgeführt wurden, ein höheres Risiko bestand, von einem Keimbefall betroffen zu sein.

#### **4.4.1.2. Desinfektionsmitteldosiergerät als mögliche Keimquelle**

Anfang März 2012 bat die Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit die Leitung der Gesundheit Nord darum, einen extern ermittelnden Experten zur Aufklärung des Keimvorfalls im Klinikum Bremen-Mitte einzusetzen.<sup>194</sup> Beauftragt wurde der Direktor des Instituts für Hygiene und Öffentliche Gesundheit an der Universität Bonn, Herr Professor Dr. Exner. Neben einer Begehung der Kinderintensivstation und der Kinderchirurgie<sup>195</sup> führte dieser u.a. eine Untersuchung des Desinfektionsmitteldosiergerätes aus dem Waschmaschinenraum der Station 4027 durch. Seinem diesbezüglichen Bericht<sup>196</sup> ist zu entnehmen, dass es sich um ein Gerät zur Herstellung von Desinfektionsmittellösungen für Behältnisse mit Tüchern zur Wischdesinfektion für Handkontaktflächen im Patientenbereich handelte. Dabei konnte in einem Frischwasserzulaufschlauch im Innern des Gerätes ein deutlicher Biofilm festgestellt werden. Nachgewiesen wurden im Wasserzulauf gramnegative, nicht fermentierende Stäbchen. Die Untersuchung des Biofilms ergab zudem kulturell den Nachweis von aeroben Sporenbildnern. In keiner der Proben konnten mittels kultureller

---

<sup>192</sup> Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 15/2115.

<sup>193</sup> Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 15/2141 und 25/3520.

<sup>194</sup> Schreiben von Frau Senatorin Jürgens-Pieper an den Untersuchungsausschuss vom 13. Juni 2012, Band 198, ohne Paginierung.

<sup>195</sup> Protokoll der Begehung der Kinderklinik Bremen Mitte, 19. Mai 2012, Band 198. ohne Paginierung.

<sup>196</sup> Herr Professor Dr. Exner, „Bericht zur Untersuchung des Desinfektionsmittel-Dosiergerätes DG 3 aus dem Waschmaschinenraum der Station 4027 des Klinikum Bremen-Mitte gGmbH“, Band 199.

mikrobiologischer Verfahren ESBL-bildende Klebsiellen nachgewiesen werden. Bei einer Untersuchung des Biofilmes aus dem Bereich des unteren Schlauchteils unmittelbar vor der Zumischstelle konnte jedoch mittels PCR-Verfahren *Klebsiella pneumoniae*-DNA nachgewiesen werden.<sup>197</sup>

Bei der Untersuchung eines weiteren Desinfektionsmitteldosiergerätes der angrenzenden Station, das ausschließlich zur Herstellung von Desinfektionsmittel für die Fußbodenreinigung durch das Reinigungspersonal verwendet wurde, konnten kulturell im Biofilm neben aeroben Sporenbildnern auch *Stenotrophomonas maltophilia* nachgewiesen werden. Hinweise auf *Klebsiella pneumoniae* ergaben sich bei diesem Desinfektionsmitteldosiergerät nicht.<sup>198</sup>

Bei seiner Anhörung vor dem Untersuchungsausschuss teilte Herr Professor Dr. Exner mit, dass es nicht möglich war festzustellen, ob die im Schlauch des erstgenannten Desinfektionsmitteldosiergeräts gefundene Klebsiellen-DNA zum Ausbruchsstamm gehörte.<sup>199</sup>

Herr Professor Dr. Exner vermutet, dass hier die Quelle des Ausbruchskeims liegen könnte. Im Rahmen der öffentlichen Beweisaufnahme hat er ausgeführt, er sehe das nur als eine der Möglichkeiten unter verschiedenen anderen Aspekten an, die abgewogen werden müssten.<sup>200</sup> Seiner Theorie zufolge könnten die Keime entweder durch das Leitungswasser, bei Wartungsarbeiten oder durch eine rückläufige Kontamination in das Dosiergerät gelangt sein.<sup>201</sup> Aus dem Desinfektionsmitteldosiergerät könnten sich Biofilmplaques lösen und in das Tuchspendersystem beziehungsweise in den Eimer mit der Desinfektionsmittellösung gelangen. In einem Biofilm könnten Mikroorganismen lange Zeit bei Überströmen mit Leitungswasser als Nährstoffquelle überleben und eine Infektionsquelle darstellen.<sup>202</sup>

---

<sup>197</sup> Herr Professor Dr. Exner, „Bericht zur Untersuchung des Desinfektionsmittel-Dosiergerätes DG 3 aus dem Waschmaschinenraum der Station 4027 des Klinikum Bremen-Mitte gGmbH“, Band 199, S. 4; Herr Professor Dr. Exner, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 29/4170.

<sup>198</sup> Herr Professor Dr. Exner, „Bericht zur Untersuchung des Desinfektionsmittel-Dosiergerätes DG 3 aus dem Waschmaschinenraum der Station 4027 des Klinikum Bremen-Mitte gGmbH“, Band 199, S. 5 f.;

Herr Professor Dr. Exner, Schriftliche Beantwortung der Beweisfragen des Untersuchungsausschusses für die Vernehmung am 29. Juni 2012, S. 6 ff.

<sup>199</sup> Herr Professor Dr. Exner, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 29/4171.

<sup>200</sup> Herr Professor Dr. Exner, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 29/4196.

<sup>201</sup> Herr Professor Dr. Exner, Schriftliche Beantwortung der Beweisfragen des Untersuchungsausschusses für die Vernehmung am 29. Juni 2012, S. 14.

<sup>202</sup> Herr Professor Dr. Exner, Schriftliche Beantwortung der Beweisfragen des Untersuchungsausschusses für die Vernehmung am 29. Juni 2012, S. 13.

Weil bei Bakterien in Biofilmen eine um das hundert- bis zweihundertfach erhöhte Desinfektionsmittelresistenz bestehe,<sup>203</sup> könnten die Bakterien in der Desinfektionsmittellösung bei verlängerter Generationszeit überleben.<sup>204</sup> Über die Desinfektion von Hand-Kontaktflächen im direkten Umfeld der Patienten und insbesondere durch die Desinfektion der Inkubatoren einschließlich des Ventilatorsystems könne es zu einer direkten Kontamination der Kinder über die Kontamination der Hände des Personals oder über eine Kontamination der Ventilatorkammer durch die hierüber angefeuchtete Luft des Inkubators kommen.<sup>205</sup>

Herr Dr. Zastrow erachtet die Erklärung, ein Desinfektionsmitteldosiergerät sei die mögliche Keimquelle, für abwegig. Er schrieb in einer E-Mail an den Untersuchungsausschuss:

*„Ich bin über die Theorie meines Kollegen bestens unterrichtet. Sie ist allerdings völlig abwegig und kein Hygiene-Experte in Deutschland würde sich anschließen. Sie ist eine wissenschaftliche Zumutung. Die vermuteten Übertragungsmechanismen gibt es nicht. Man könnte fast den Eindruck bekommen, dass hier etwas „konstruiert“ werden soll, das die „Schuldfrage“ nach außerhalb des Krankenhauses verlagern soll. Aber selbst wenn eine Klebsiella aus dem Dosiergerät „geklettert“ sein sollte (was völliger Unsinn ist) dann stellte sich die Frage, wie kommt der Keim dann zu den Frühgeborenen? Wurden die Frühchen mit Frischwasser des Dosiergerätes abgeduscht, die Absauggeräte und andere Utensilien vor Gebrauch in den Frischwasserzulauf gepresst und dann zu den Frühchen transportiert? Mit Verlaub, wenn es sich nicht um vermeidbare Todesfälle gehandelt hätte, wären die aufgestellten Thesen zum Lachen, so allerdings veranlassen sie zu schwerem Stirnrunzeln.“*

Der Sachverständige Herr Professor Dr. Exner widersprach in seiner Vernehmung jedoch der Behauptung, dass Herr Dr. Zastrow „bestens“ informiert gewesen sei.

---

<sup>203</sup> Herr Professor Dr. Exner, Schriftliche Beantwortung der Beweisfragen des Untersuchungsausschusses für die Vernehmung am 29. Juni 2012, S. 14 m.w.N.

<sup>203</sup> Herr Professor Dr. Exner, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 29/4186.

<sup>204</sup> Herr Professor Dr. Exner, Schriftliche Beantwortung der Beweisfragen des Untersuchungsausschusses für die Vernehmung am 29. Juni 2012, S. 35.

<sup>205</sup> Herr Professor Dr. Exner, Schriftliche Beantwortung der Beweisfragen des Untersuchungsausschusses für die Vernehmung am 29. Juni 2012, S. 21, 29, 35.

Vielmehr bekundete Herr Professor Dr. Exner, dass Herr Dr. Zastrow von ihm „überhaupt keine Informationen bekommen“ habe.<sup>206</sup> Ferner hat die Desinfektionsmittelkommission des Verbundes für Angewandte Hygiene e.V. auch aufgrund der Erkenntnisse von Herrn Professor Dr. Exner eine Mitteilung zum zukünftigen Umgang mit Tuchspendersystemen herausgegeben.<sup>207</sup>

Der Sachverständige Herr Dr. Eckmanns teilte dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss mit, für ihn sei weiterhin der patientennahe Bereich wichtig, weil der Erreger auf irgendeine Weise zum Kind kommen müsse.<sup>208</sup> Die Theorie von Herrn Professor Dr. Exner zum Desinfektionsmitteldosiergerät als Keimquelle könne einen möglichen Erklärungsansatz bieten.<sup>209</sup> Nach Einschätzung des Gutachters Herrn Professor Dr. Popp sind die Ergebnisse von Herrn Professor Exner vorsichtig zu interpretieren, da eine Überprüfung nicht mehr möglich und die Probenentnahme nicht klar beschrieben sei.<sup>210</sup>

#### 4.4.2. Mögliche Übertragungswege

Grundsätzlich gilt *Klebsiella pneumoniae* nicht als Erreger, der durch die Raumluft übertragen wird.<sup>211</sup> Nach der Ausbruchsuntersuchung, die das Robert Koch-Institut Anfang November 2011 auf den Stationen 4027 und 4028 des Klinikums Bremen-Mitte durchgeführt hat, hat es die nachfolgend dargestellten Übertragungswege in Betracht gezogen:<sup>212</sup>

- o *„Protrahierte (verlängerte) Person-zu-Person-Übertragung. Von einem Patienten als Index-Fall ausgehende Übertragung auf einen oder mehrere andere Patienten. Die Übertragung könnte über die Hände des Personals erfolgt sein.“*

---

<sup>206</sup> Herr Professor Dr. Exner Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 29/4197.

<sup>207</sup> Herr Professor Dr. Exner Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 29/4198; Empfehlung zur Kontrolle kritischer Punkte bei der Anwendung von Tuchspendersystemen im Vorränksystem für Flächendesinfektion, Hyg Med 2012, 37.

<sup>208</sup> Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 25/3544.

<sup>209</sup> Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 25/3582.

<sup>210</sup> Sachverständigengutachten von Herrn Professor Dr. Popp im Ermittlungsverfahren der Staatsanwaltschaft Bremen vom 28. August 2012, Band 207, S. 148.

<sup>211</sup> Protokoll der Begehung der Kinderklinik Bremen Mitte, 19. Mai 2012, Band 198. ohne Paginierung.

<sup>212</sup> Zwischenbericht des Robert Koch-Instituts vom 29. November 2011, Band 16, S. 21 ff.

- o Eine oder mehrere Personen haben den Ausbruchsstamm ausgeschieden oder ihn bei akuten oder chronischen Hautveränderungen an den Händen getragen und so den Erreger auf Patienten übertragen.*
- o Kontaminierte Geräte oder unbelegte Materialien (einschließlich Oberflächen, Medikamenten, Nährlösungen) könnten als Vehikel fungiert haben.*
- o Abläufe, Vorgänge, bauliche Situation etc. auf einer Station, die sich grundlegend von anderen Stationen unterscheiden, könnten ursächlich zu dem Ausbruch beigetragen haben.*
- o Der Erreger könnte durch antibiotische Therapie einer Mutter in der Schwangerschaft selektioniert worden sein. Eine Übertragung könnte innerhalb der geburtshilflichen Station auf andere Mütter erfolgt sein, die den Erreger dann auf ihre Kinder weiter übertragen haben könnten. Eine andere Möglichkeit wäre, dass eine Mutter den Erreger auf ihr Neugeborenes übertragen haben könnte und eine weitere Verbreitung unter den Kindern der Neonatologie stattgefunden hat.“*

Das Robert Koch-Institut kommt in seinem Zwischenbericht vom 29. November 2011, der auf dem Datenstand vom 18. November 2011 beruht, hinsichtlich des Ausbruchsgeschehens im Jahr 2011 zu dem Ergebnis, dass nach den bis dahin vorliegenden Erkenntnissen eine Ausbreitung durch Person-zu-Person-Übertragung am wahrscheinlichsten sei. Allerdings könne nicht ausgeschlossen werden, dass zwischenzeitlich auch ein Gegenstand kontaminiert gewesen sein könnte, von dem aus der Erreger dann auf ein oder mehrere Kinder übertragen worden sei.<sup>213</sup> Diese Annahme wird auch von der Aussage des vom parlamentarischen Untersuchungsausschuss als Sachverständigen gehörten Herrn Dr. Zastrow gestützt. Er führte aus, der Hauptübertragungsweg für Klebsiellen sei von Mensch zu Mensch über kontaminierte Hände. Manchmal sei ein Vehikel zwischengeschaltet.<sup>214</sup>

---

<sup>213</sup> Zwischenbericht des Robert Koch-Instituts vom 29. November 2011, Band 16, S. 23.

<sup>214</sup> Herr Dr. Zastrow, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 2/194.

Nachdem es im Februar 2012 auf der zuvor umfassend sanierten Station 4027 erneut zu einem Keimvorfall gekommen ist, vermutet das Robert Koch-Institut mittlerweile eine Kombination von Übertragungswegen. Nach wie vor geht es davon aus, dass die Infektionskette von Patient zu Patient mit dem Vektor Mensch, der als Bediensteter im unmittelbaren Kontakt mit den Patienten steht, der Hauptübertragungsweg ist.<sup>215</sup>

#### **4.5. Zusammenfassung**

Auf Intensiv- und neonatologischen Stationen ist die Gefahr von Keimvorfällen besonders groß. Dies liegt daran, dass die Patientinnen und Patienten über ein noch nicht ausgebildetes oder aber nur über ein geschwächtes Immunsystem verfügen. Sie müssen deshalb sehr frühzeitig mit Antibiotika behandelt werden. Insbesondere kleine Frühgeborene werden mit hochwirksamen Breitbandantibiotika behandelt, um ihre Überlebenschancen zu erhöhen. Da bei ihnen Infektionen potenziell sehr schnell verlaufen, erhalten sie bereits eine antibiotische Therapie, obwohl die klinischen Zeichen für eine Infektion noch unspezifisch sind. In einem derartigen Biotop können die Erreger gut verschiedenste Resistenzen ausbilden und stellen damit ein hohes Gefährdungspotential dar.

In den letzten Jahren hat sich das Erregerspektrum geändert. Zunehmend werden ESBL-bildende Bakterien zum Problem. Hier bestehe die weitere Schwierigkeit, dass eine Therapie des Keimbefalls bei den betroffenen Patientinnen und Patienten so gut wie nicht möglich sei.

Bei 50 % der Keimausbrüche in Krankenhäusern lässt sich die Ursache nicht sicher feststellen.<sup>216</sup> Dies gilt bislang auch für den Keimausbruch auf den Stationen 4027 und 4028 des Klinikums Bremen-Mitte.

---

<sup>215</sup> Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 15/2113.

<sup>216</sup> Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 15/2046, 25/3520.

## 5. Hygienemanagement

Das Hygienemanagement betrifft die Voraussetzungen einer effektiven Infektionsprävention. Ziel ist, nosokomiale Infektionen in Krankenhäusern zu vermeiden, also solcher Infektionen, die durch den Aufenthalt oder die Behandlung in einem Krankenhaus oder einer Pflegeeinrichtung verursacht werden. Nosokomiale Infektionen vollständig zu unterbinden, ist auch unter Beachtung jeglicher Hygieneanforderungen nicht erreichbar. Für den Bereich der neonatologischen Intensivmedizin hält die „Empfehlung zur Prävention nosokomialer Infektionen bei neonatologischen Intensivpflegepatienten mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g“ der beim Robert Koch-Institut eingerichteten Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) die Möglichkeit einer Senkung der Rate um etwa 30 % für wahrscheinlich.<sup>217</sup>

### 5.1. Rechtliche Grundlagen

Die im Bereich der Krankenhaushygiene geltenden Regeln werden neben den bundesrechtlichen Vorgaben des Infektionsschutzgesetzes und der Bremischen Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen<sup>218</sup> weitgehend durch die beim Robert Koch-Institut eingerichtete Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) bestimmt. Rechtliche Grundlage für die Tätigkeit der KRINKO ist § 23 Abs. 1 Infektionsschutzgesetz in der seit dem 4. August 2011 geltenden Fassung<sup>219</sup>, der wie folgt lautet:

*„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*

---

<sup>217</sup> Bundesgesundheitsblatt 2007, 1265 (1268).

<sup>218</sup> Bremische Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen vom 27. März 2012, Brem.GBl. S. 125; vormals Krankenhaushygieneverordnung vom 9. April 1990, Brem.GBl. S. 141.

<sup>219</sup> Weitgehend inhaltsgleich: § 23 Abs. 2 Infektionsschutzgesetz alte Fassung.

*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.“*

Die Empfehlungen der KRINKO sind kein verbindliches Recht. Sie stellen den Stand der medizinischen Wissenschaft dar. Durch die zum 4. August 2011 in Kraft getretene Neufassung des § 23 Infektionsschutzgesetz wurde erstmals der haftungsrechtliche Stellenwert der von der KRINKO abgegebenen veröffentlichten Empfehlungen konkretisiert. § 23 Abs. 3 S. 2 Infektionsschutzgesetz lautet:

*„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.-9. (...).*

*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.“*

Damit wird klar, dass sich die KRINKO-Empfehlungen an die Leiter von Einrichtungen, wie beispielsweise Krankenhäusern richten, und diesen eine Richtlinie zur Einhaltung des Standes der medizinischen Wissenschaft geben. Sie enthalten praktische Hinweise zum korrekten Vorgehen für das ärztliche und medizinisch-technische sowie

das Pflege- und Reinigungspersonal. Haftungsrechtlich werden Hygienemängel dem Organisationsbereich der medizinischen Einrichtung zugeordnet und als voll beherrschbares Risiko eingestuft.<sup>220</sup> Stammt eine Infektion aus dem Bereich eines Krankenhauses oder einer anderen medizinischen Einrichtung, so muss deshalb deren Leiter im Haftungsprozess substantiiert darlegen und gegebenenfalls beweisen, dass er die Kommissionsempfehlungen beachtet hat. Gelingt ihm der Beweis, so spricht für ihn die Vermutung, dass er den Stand der medizinischen Wissenschaft eingehalten hat und damit nicht haftet. Finden die Empfehlungen der Kommissionen hingegen keine Beachtung, so greift die Vermutungsregelung des § 23 Abs. 3 S. 2 Infektionsschutzgesetz nicht.<sup>221</sup>

Der parlamentarische Untersuchungsausschuss hat zur Bedeutung der KRINKO-Empfehlungen Beweis erhoben, indem er Herrn Professor Dr. Exner um eine schriftliche Stellungnahme bat. Dieser führte insbesondere aus:

*„Ein Krankenhaus kann grundsätzlich von den Empfehlungen der Richtlinie abweichen, da die besonderen Bedingungen der Einrichtung, der behandelten Patienten sowie ökonomische und ökologische Aspekte zu berücksichtigen sind. Dies kann jedoch nur dann erfolgen, wenn nach Prüfung alternativer Maßnahmen diese nicht zu einem niedrigeren Schutzniveau für Patienten und medizinisches Personal führen. Die entsprechenden Maßnahmen müssen im Fall der Abweichung von der Richtlinie fachlich begründet werden. Ein Absinken unter das von der KRINKO vorgegebene Schutzniveau ist nicht indiziert.*

*Die Richtlinie legt daher eine Grundlinie der Sicherheit im Bereich der Krankenhaushygiene fest, die nicht begründet unterschritten werden kann. Andererseits sind die Verantwortlichen für Krankenhaushygiene in erster Linie dazu aufgerufen, die Richtlinie unter Berücksichtigung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse dahingehend zu hinterfragen, ob das Sicherheitsniveau noch ausreicht oder ggf. ein höheres, niemals jedoch ein niedrigeres Sicherheitsniveau eingeführt werden muss.*

---

<sup>220</sup> BGHZ 171, 358 = BGH NJW 2007, 1682.

<sup>221</sup> Lorz, in: NJW 2011, 3397 (3399).

*Eine Abweichung von der Richtlinie muss immer zum Zeitpunkt der geplanten Abweichung begründet werden und nicht erst bei einer Beanstandung. Es handelt sich hierbei um ein geplantes Verfahren, das erst dann umgesetzt werden kann, wenn nach entsprechender Prüfung alternative Maßnahmen diese – wie bereits erwähnt – nicht zu einem niedrigeren Schutzniveau für Patienten und medizinisches Personal führen.“<sup>222</sup>*

Die Gesetzgebungsmaterialien zum Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes vom 28. Juli 2011 äußern sich zu diesem Themenkomplex folgendermaßen:

*„Sie [d.h. die Leiterinnen und Leiter von Krankenhäusern] werden dazu verpflichtet, die Empfehlungen der KRINKO und der Kommission ART zu berücksichtigen. Die widerlegbare Vermutung lässt im Einzelfall ein Unterschreiten der Empfehlungen der KRINKO und der Kommission ART zu, etwa wenn nicht erfüllte bauliche-funktionelle Voraussetzungen durch betrieblich-organisatorische Maßnahmen kompensiert werden können.“<sup>223</sup>*

Herr Staatsrat Professor Stauch hat in seiner Vernehmung hinsichtlich der Rolle der KRINKO-Empfehlungen im Rahmen der Beweisführung im Zivilprozess ausgeführt:

*„Es gibt eine Beweiserleichterung. Das bedeutet, wenn ich diese Standards einhalte, dann ist vorausgesetzt, dass ich keine Pflicht verletzt habe, dass ich nicht fahrlässig gehandelt habe, dass ich alle Standards eingehalten habe. Das ist mit Einhaltung dieser Standards von vornherein gewährleistet. Wenn ich gegen diese Standards verstoße, also sie nicht eingehalten habe, heißt das nicht automatisch, dass ich sozusagen fahrlässig gehandelt habe und mich dann möglicherweise Ersatzpflichten oder anderes treffen, sondern dann muss ich selbst beweisen, dass das nicht ursächlich geworden ist für die Schäden, die dann eingetreten sind.“<sup>224</sup>*

---

<sup>222</sup> Herr Professor Dr. Martin Exner, Schreiben vom 3. November 2012, S. 6.

<sup>223</sup> BT-Drs. 17/5178, S. 18.

<sup>224</sup> Herr Staatsrat Professor Stauch, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 3/399 f.

Leitern von medizinischen Einrichtungen obliegt es zudem zu prüfen, ob die Empfehlungen der KRINKO aktualisiert und evidenzbasiert sind.

Außerhalb dieses Rahmens verpflichten die Empfehlungen der KRINKO – wohl entgegen dem Verständnis des Sachverständigen Herrn Professor Dr. Popp -<sup>225</sup> weder die Leiter von Krankenhäusern direkt zur Einhaltung ihrer Vorgaben, noch ergibt sich aus ihnen eine Verpflichtung der senatorischen Behörde, diese zur Grundlage ihrer Verordnungen machen zu müssen oder ihre Verordnungen jeweils den aktuellen Empfehlungen der KRINKO anzupassen. Eine rechtliche Verpflichtung des Verordnungsgebers kann sich allein aus einem Bundes- oder Landesgesetz ergeben.<sup>226</sup> Anderenfalls hätten sich die Länder, in denen es vor der Novellierung des § 23 Infektionsschutzgesetz keine Krankenhaushygieneverordnung gab,<sup>227</sup> seit Jahren nicht rechtskonform verhalten. Die Verwaltung wird sinnvollerweise die Empfehlungen der KRINKO bei der Ausfüllung von Ermessensspielräumen heranziehen.

In der senatorischen Behörde wurde Ende 2010 über eine Novellierung der Krankenhaushygieneverordnung diskutiert, nachdem einer Arbeitsgruppe 2006 der Auftrag erteilt worden war, die Krankenhaushygieneverordnung im Hinblick auf verzichtbare Regelungen oder gegebenenfalls neu aufzunehmende Verpflichtungen zu überprüfen.<sup>228</sup>

Der damalige Abteilungsleiter Gesundheit, Herr Dr. Gruhl, informierte den damaligen Staatsrat, Herrn Dr. Schulte-Sasse, darüber, dass die Arbeitsgruppe aufgrund der Schweinegrippe stark arbeitsmäßig belastet sei. Der ehemalige Staatsrat hat dann entschieden, die Krankenhaushygieneverordnung, deren Befristung auslief, ohne inhaltliche Änderungen zu verlängern. Gründe seien die hohe Arbeitsbelastung seiner Mitarbeiter und die bereits diskutierte Novellierung des Infektionsschutzgesetzes gewesen.<sup>229</sup>

---

<sup>225</sup> Herr Professor Dr. Popp, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 32/4708 f.

<sup>226</sup> Vgl. bspw. § 23 Abs. 8 Infektionsschutzgesetz.

<sup>227</sup> Vgl. dazu Lorz, in: NJW 2011, 3397 (3400).

<sup>228</sup> Herr Dr. Schulte-Sasse, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme 33/4830.

<sup>229</sup> Herr Dr. Schulte-Sasse, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme 33/4830.

Zum damaligen Zeitpunkt waren dem ehemaligen Staatsrat und dem ehemaligen Abteilungsleiter Gesundheit die Verweisung der Krankenhaushygieneverordnung auf das Bundesgesundheitsamt bekannt.<sup>230</sup> Die Empfehlung „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“ wurde im Herbst 2009 veröffentlicht.<sup>231</sup>

## 5.2. Personelle Anforderungen

Gemäß § 23 Abs. 3 S. 1 Nr. 1 Infektionsschutzgesetz, der mit der Neufassung des Gesetzes zum 4. August 2011 in Kraft getreten ist, haben die Leiter von Krankenhäusern 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. Zuvor bestand bereits nach Bremischem Landesrecht eine allgemeiner gefasste Verpflichtung der ärztlichen Leitung des Krankenhauses zur Sicherstellung der Krankenhaushygiene (§ 2 Abs. 1 der Krankenhaushygieneverordnung von 1990).<sup>232</sup> Es besteht folglich im Rahmen der Eigenverantwortung des Krankenhauses die Pflicht, die innerbetrieblichen Strukturen und die Organisation an den Erfordernissen der jeweiligen medizinischen Einrichtung zu orientieren. Erforderlich hierzu sind institutionsintern verbindliche Vorgaben, und zwar auch dazu, dass in Abhängigkeit von der Größe und dem Risikoprofil der Einrichtung entsprechend ausgebildetes Personal in ausreichender Zahl angestellt oder vertraglich geregelt externe Hygienekompetenz zur Verfügung steht.<sup>233</sup>

Um den komplexen Anforderungen zur Gewährleistung der Hygiene im Krankenhaus entsprechen zu können, bedarf es der Beschäftigung von Fachpersonal. Es sind hierzu Krankenhaushygieniker und Hygienebeauftragte Ärzte sowie Hygienefachkräfte erforderlich. Zur Frage der Qualifikation dieses Personals und zur Frage, in welchem Umfang entsprechendes Personal vorzuhalten ist, besteht die KRINKO-Empfehlung „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer

---

<sup>230</sup> Herr Dr. Schulte-Sasse, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 33/4831.

<sup>231</sup> KRINKO-Empfehlung „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“, Bundesgesundheitsblatt 2009, S. 951 f.

<sup>232</sup> Brem.GBl. S. 141, zuletzt geändert durch Gesetz vom 25. Mai 2010, Brem.GBl. S. 349, galt bis 4. April 2012.

<sup>233</sup> KRINKO-Empfehlung „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“, Bundesgesundheitsblatt 2009, 951 f.

Infektionen".<sup>234</sup> Im Übrigen regelt das Bremische Landesrecht mit der bis zum 4. April 2012 geltenden Krankenhaushygieneverordnung von 1990 und der diese ersetzenden Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen<sup>235</sup> Fragen der Qualifikation und des erforderlichen Fachpersonalumfangs verbindlich.

### **5.2.1. Krankenhaushygienikerin/Krankenhaushygieniker**

Die Krankenhaushygienikerin bzw. der Krankenhaushygieniker koordiniert die Surveillance und die Prävention nosokomialer Infektionen. Sie bzw. er berät die Verantwortlichen in allen Fragen der Krankenhaushygiene und der Bewertung von Risiken. Sie bzw. er hat die Einhaltung der baulich-funktionell und betrieblich-organisatorischen Hygiene-Erfordernisse sicherzustellen und koordiniert Maßnahmen zur Qualitätssicherung im Rahmen der Infektionsprävention und des Ausbruchsmanagements.<sup>236</sup>

#### **5.2.1.1. Rechtliche Vorgaben**

Nach der Bremischen Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen sind Krankenhäuser und andere medizinische Einrichtungen verpflichtet, eine Krankenhaushygienikerin bzw. einen Krankenhaushygieniker zu bestellen. Die insoweit einschlägigen Vorschriften der Verordnung lauten:

##### *„§ 1 Regelungsgegenstand, Geltungsbereich*

*(1) Diese Verordnung regelt die erforderlichen Maßnahmen zur Verhütung, Erkennung, Erfassung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen und Krankheitserregern mit Resistenzen in medizinischen Einrichtungen.*

*(2) Diese Verordnung gilt für*

*1. Krankenhäuser,*

---

<sup>234</sup> Bundesgesundheitsblatt 2009, 951.

<sup>235</sup> Vom 27. März 2012, Brem.GBl. S. 125.

<sup>236</sup> Vgl. die im Folgenden genannten Vorschriften; s. auch Aufstellung der Aufgaben des Krankenhaushygienikers im Klinikum Bremen-Mitte in Band 14, S. 309.

2. Einrichtungen für ambulantes Operieren,
3. Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, in denen eine den Krankenhäusern vergleichbare medizinische Versorgung erfolgt,
4. Dialyseeinrichtungen,
5. Tageskliniken und
6. Arztpraxen, Zahnarztpraxen und Praxen sonstiger humanmedizinischer Heilberufe, in denen invasive Eingriffe vorgenommen werden.

(...)

#### *§ 4 Ausstattung mit Fachpersonal*

(1) In Einrichtungen nach § 1 Absatz 2 Nummer 1 bis 5 sind nach Maßgabe der §§ 5 bis 7 Hygienefachkräfte, Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker zu beschäftigen sowie hygienebeauftragte Ärztinnen und Ärzte zu bestellen.

(2) In Krankenhäusern und Einrichtungen für ambulantes Operieren sind entsprechend qualifizierte Ärztinnen und Ärzte zu benennen, die das ärztliche Personal zu klinisch-mikrobiologischen und klinisch-pharmazeutischen oder klinisch-pharmakologischen Fragestellungen beraten und die Leitung der Einrichtung bei der Erfüllung ihrer Pflichten nach § 23 Absatz 4 Satz 2 des Infektionsschutzgesetzes unterstützen.

(3) Fachlich geeignetes Personal darf bis zum 31. Dezember 2016 auch eingesetzt werden, wenn die Anforderungen an die Qualifikation nach §§ 5, 6 und 7 nicht erfüllt sind.

(...)

#### *§ 6 Krankenhaushygienikerin und Krankenhaushygieniker*

(1) Die Krankenhaushygienikerin oder der Krankenhaushygieniker koordiniert die Surveillance und Maßnahmen der Prävention von nosokomialen Infektionen. Sie oder er berät die Leitung der Einrichtung sowie die ärztlich und pflegerisch Verantwortlichen in allen Fragen der Krankenhaushygiene, bewertet die vorhandenen Risiken und schlägt Maßnahmen zur Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen vor.

*(2) Die Qualifikation als Krankenhaushygienikerin oder -hygieniker besitzt, wer die Anerkennung als Fachärztin oder Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin oder für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie erhalten hat. Die Qualifikation besitzt auch, wer approbierte Humanmedizinerin oder approbierter Humanmediziner ist, eine Facharztweiterbildung erfolgreich abgeschlossen hat und eine von einer Landesärztekammer anerkannte Zusatzbezeichnung auf dem Gebiet der Krankenhaushygiene erworben oder eine durch eine Landesärztekammer anerkannte strukturierte, curriculare Fortbildung zur Krankenhaushygienikerin oder zum Krankenhaushygieniker erfolgreich absolviert hat.*

*(3) Einrichtungen nach § 1 Absatz 2 Nummer 1 und 3 mit einer Anzahl von 400 oder mehr aufgestellten Betten müssen mindestens eine Krankenhaushygienikerin oder einen Krankenhaushygieniker im Umfang einer Vollzeitstelle beschäftigen. Einrichtungen nach § 1 Absatz 2 Nummer 1 und 3 mit weniger als 400 aufgestellten Betten müssen eine Krankenhaushygienikerin oder einen Krankenhaushygieniker beschäftigen oder beauftragen, wobei sich der Umfang der Tätigkeit nach dem Verhältnis der Anzahl aufgestellter Betten der Einrichtung zu 400 bemisst. Krankenhäuser, in denen ausschließlich Patientinnen und Patienten mit psychiatrischen oder psychosomatischen Krankheiten behandelt werden, und Einrichtungen nach § 1 Absatz 2 Nummer 2 und 4 müssen sich mindestens halbjährlich im Rahmen einer Begehung durch eine Krankenhaushygienikerin oder einen Krankenhaushygieniker in einem Umfang von mindestens acht Stunden beraten lassen.“*

Vorgaben für die Bestellung und die Tätigkeit einer Krankenhaushygienikerin bzw. eines Krankenhaushygienikers enthält auch die Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“, die zuletzt im Jahr 2009 neu gefasst wurde.<sup>237</sup> Zu Aufgaben, Anforderungen an die berufliche Qualifikation und organisatorische Stellung der Krankenhaushygienikerin bzw. des Krankenhaushygienikers ist dort ausgeführt:

### *„3.1.1 Aufgaben und Anforderungen an die berufliche Qualifikation*

---

<sup>237</sup> Bundesgesundheitsblatt 2009, S. 951 ff.

*Der/Die Krankenhaushygieniker/-in koordiniert als approbierte/r Humanmedizinerin/ -mediziner die Prävention und Kontrolle nosokomialer Infektionen in medizinischen Einrichtungen. Er/sie berät neben den ärztlich und pflegerisch Verantwortlichen auch die Leitung, bewertet die für die Entstehung nosokomialer Infektionen vorhandenen Risiken und bestimmt das notwendige und angemessene Risikomanagement. Weiterhin stellt der/die Krankenhaushygieniker/-in sicher, dass alle baulich-funktionell und betrieblich-organisatorischen Erfordernisse auf der Basis evidenzbasierter Leitlinien Berücksichtigung finden, und führt, gemeinsam mit der Hygienefachkraft (siehe unten), entsprechend § 23 Abs. 1 IfSG die Erfassung und Bewertung nosokomialer Infektionen durch. Er/sie koordiniert alle Maßnahmen zur Qualitätssicherung im Rahmen der Infektionsprävention und des Ausbruchsmanagements und steht in Absprache mit der Klinikdirektion als Ansprechpartner für die zuständigen Gesundheitsbehörden zur Verfügung.*

### *3.1.2 Stellung*

*Zur Erfüllung der Anforderungen an eine optimale krankenhaushygienische Versorgung ist es zweckmäßig, dass eine/ein hauptamtliche/r Krankenhaushygienikerin/-hygieniker eine eigenständige Organisationseinheit leitet, der dann auch die Hygienefachkräfte zugeordnet sind und eine die fachliche Unabhängigkeit gewährleistende Stabsfunktion innehat. Unter diesen Voraussetzungen ist sie/er dem Träger der Einrichtung gegenüber unmittelbar verantwortlich und in der ärztlichen Aufgabenzuweisung unabhängig. Für die Fachabteilungen wird sie/er beratend tätig. Bei Beratung durch externe Krankenhaushygieniker/-innen wird empfohlen, die Kooperation der/des Beratenden mit den hygienebeauftragten Ärzten/-innen und den Hygienefachkräften vertraglich zu vereinbaren.*

*(...)*

### *3.1.4 Bedarf*

*Jede stationäre wie ambulante medizinische Einrichtung sollte organisatorisch sicherstellen, dass eine Beratung durch eine/n Krankenhaushygienikerin/-hygieniker gewährleistet ist. Bei stationären Einrichtungen wird als Richtgröße ab einer Zahl von 400 Betten eine/ein hauptamtliche/r Krankenhaushygienikerin/-hygieniker für sinnvoll erachtet. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass der Bedarf wesentlich vom Risikoprofil einer Einrichtung bestimmt wird.“*

Vor Inkrafttreten der Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen am 5. April 2012 galt für das bremische Landesrecht die Krankenhaushygieneverordnung vom 9. April 1990. Nach deren § 5 hatte das Krankenhaus die Mitarbeit eines Krankenhaushygienikers oder einer Krankenhaushygienikerin entsprechend den Richtlinien des Bundesgesundheitsamtes durch Abschluss eines Vertrages sicherzustellen. Für Krankenhäuser mit mehr als 800 Betten war die Notwendigkeit der Einrichtung einer hauptamtlichen Stelle zu prüfen. Zum Zeitpunkt des Erlasses der Vorschrift galt die Richtlinie des Bundesgesundheitsamtes für Krankenhaushygiene in der Fassung der Bekanntmachung von 1989<sup>238</sup> mit folgendem Inhalt:

*„Der Krankenhaushygieniker hat die Ärzte des Krankenhauses in allen Fragen der Krankenhaushygiene zu beraten. Er hat die Maßnahmen zur Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankenhausinfektionen vorzuschlagen bzw. durchzuführen. Voraussetzung für eine Tätigkeit als Krankenhaushygieniker ist der Erwerb der Gebietsbezeichnung „Arzt für Hygiene“. (...) Da die Gebietsbezeichnung „Arzt für Hygiene“ erst vor wenigen Jahren eingeführt worden ist und daher eine ausreichende Zahl von Ärzten für Hygiene bislang nicht zur Verfügung stand, haben auch Kolleginnen und Kollegen aus verwandten Disziplinen (z. B. Ärzte für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie sowie Vertreter der Veterinärmedizin oder der Naturwissenschaftlichen Mikrobiologie) die oben genannten Aufgaben bisher hauptamtlich wahrgenommen. Durch eine mindestens dreijährige Tätigkeit auf dem Gebiet der Krankenhaushygiene haben sich diese Personen die erforderlichen Erfahrungen angeeignet und können daher die Aufgaben als hauptamtlicher Krankenhaushygieniker wahrnehmen. Ähnlich dem Anerkennungsverfahren für den Arzt für Hygiene kann diesem Personenkreis von einer zu bildenden Sektionskommission die Anerkennung oder ein Diplom als Krankenhaushygieniker von der DGHM<sup>239</sup>-Sektion III verliehen werden. Bei Neubesetzung sind zukünftig nur Ärzte für Hygiene mit den Aufgaben des Krankenhaushygienikers zu betreuen.“*

---

<sup>238</sup> Bundesgesundheitsblatt 1989, S. 422.

<sup>239</sup> Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie.

Über die Verweisung in § 5 der Krankenhaushygieneverordnung von 1990 wurde der Inhalt dieser Empfehlung bremisches Landesrecht. Denn es handelt sich bei diesem Verweis um eine statische Verweisung.<sup>240</sup>

Zusammenfassend ist festzustellen, dass nach bremischem Landesrecht seit Inkrafttreten der Krankenhaushygieneverordnung vom 9. April 1990 bei Neubesetzungen nur Ärztinnen bzw. Ärzte für Hygiene mit den Aufgaben einer Krankenhaushygienikerin bzw. eines Krankenhaushygienikers betraut werden durften. Die neue Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention, die mit Wirkung vom 5. April 2012 die vormals geltende Krankenhaushygieneverordnung ersetzt hat,<sup>241</sup> eröffnet in medizinischen Einrichtungen die Möglichkeit, bis zum Ablauf einer Übergangsfrist (31. Dezember 2016) auch fachlich geeignete Personen als Krankenhaushygienikerin bzw. Krankenhaushygieniker zu beschäftigen, die nicht die Anerkennung als Fachärztin oder Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin oder für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie haben.

#### **5.2.1.2. Institut für Allgemeine Hygiene, Krankenhaushygiene und Umwelthygiene**

Das Institut für Allgemeine Hygiene, Krankenhaushygiene und Umwelthygiene ist aus der Abteilung „Allgemeine Hygiene“ des Landesuntersuchungsamts für Chemie, Hygiene und Veterinärmedizin, einer nachgeordneten Dienststelle unter der Fachaufsicht der Senatorin für Gesundheit, hervorgegangen. Seit dem 15. April 1990 nahm der Mikrobiologe<sup>242</sup> Herr Dr. Holländer hier die Aufgaben der Krankenhaushygiene wahr.<sup>243</sup> Er war seit 1990 für das Zentralkrankenhaus St.-Jürgen-Straße, das heutige Klinikum Bremen-Mitte, als Krankenhaushygieniker tätig<sup>244</sup> und daneben seit dem 1. Juni 1990 für das Zentralkrankenhaus Bremen-Ost<sup>245</sup> und seit

---

<sup>240</sup> Vgl. den Bericht Herr Staatsrat Professor Stauch, Bericht, Ausbruch von ESBL bildenden *Klebsiella pneumoniae* im Zentrum für Kinderheilkunde, Klinik Bremen-Mitte im Jahr 2011, Bremen, den 20. Dezember 2011, Band 50, S. 45 f. Die Richtlinie des Bundesgesundheitsamtes von 1989 ist dem Untersuchungsausschuss aus den Unterlagen von Herrn Dr. Holländer bekannt geworden; sie war in der senatorischen Behörde offensichtlich nicht präsent. Herr Staatsrat Professor Stauch bezieht sich in seinem Bericht auf eine Richtlinie des Bundesgesundheitsamtes aus dem Jahr 1976 als maßgeblich für den Inhalt des § 5 S. 1 der Krankenhaushygieneverordnung von 1990.

<sup>241</sup> Vgl. § 15 Abs. 2 HygInfVO.

<sup>242</sup> Vgl. zur beruflichen Qualifikation von Herr Dr. Holländer, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 7/855 f.

<sup>243</sup> Bescheinigung des Staatlichen Hygiene-Instituts der Freien Hansestadt Bremen vom 3. Juni 1993, Band 64, S. 178.

<sup>244</sup> Zeugnis des Zentralkrankenhauses Sankt-Jürgen-Straße vom 21. November 1995, Band 64, S. 67.

<sup>245</sup> Zeugnis des Zentralkrankenhauses Bremen-Ost vom 15. November 1995, Band 64, S. 69.

dem 25. September 1990 für das Krankenhaus St. Joseph-Stift.<sup>246</sup> 1997 gab das Robert Koch-Institut nach einem Rechtsstreit folgende Erklärung ab:

*„Das RKI erklärt, dass aus seiner Sicht die nachgewiesene fachliche Qualifikation und berufliche Erfahrung von Herrn Dr. Holländer den Empfehlungen des Bundesgesundheitsamtes für als Krankenhaushygieniker Tätige entspricht.“<sup>247</sup>*

Im Jahr 2001 wurde die Abteilung „Allgemeine Hygiene“ des Landesuntersuchungsamtes für Chemie, Hygiene und Veterinärmedizin als eigenständige Organisationseinheit am damaligen Zentralkrankenhaus St.-Jürgen-Straße, dem heutigen Klinikum Bremen-Mitte, mit der Bezeichnung „Institut für Allgemeine Hygiene, Krankenhaushygiene und Umwelthygiene“ eingerichtet. Die Leitung übernahm der bisherige Abteilungsleiter Herr Dr. Holländer. Dem Institut wurden bei dessen Gründung neben dem Institutsleiter 4,5 Vollzeitkräfte zugewiesen.<sup>248</sup> Die Aufgaben des Instituts wurden bei der Einrichtung wie folgt beschrieben:

*„Mikrobiologische Laboranalytik,  
externe krankenhaushygienische Betreuung nach nationalen und internationalen Standards,  
externe hygienische Betreuung niedergelassener Ärzte und Zahnärzte, Altenheime und Pflegedienste und sonstiger Gesundheitseinrichtungen.“<sup>249</sup>*

Die Selbstdarstellung des Instituts lautet hinsichtlich des die Krankenhaushygiene betreffenden Untersuchungsgegenstandes des parlamentarischen Untersuchungsausschusses:

*„Das Institut für Allgemeine Hygiene, Krankenhaushygiene und Umwelthygiene stellt das Kompetenzzentrum für Krankenhaushygiene in Nordwestdeutschland*

---

<sup>246</sup> Referenz des Krankenhauses St. Joseph-Stift vom 19. Januar 1996, Band 64, S. 75.

<sup>247</sup> Vergleich zwischen Herrn Dr. Holländer und dem Robert Koch-Institut vom August/September 1997, Band 64, S. 6.

<sup>248</sup> Vorlage für die Sitzung des Krankenhausausschusses am 18. Oktober 2001, Band 24, S. 125 f.

<sup>249</sup> Vorlage für die Sitzung des Krankenhausausschusses am 18. Oktober 2001, Band 24, S. 125 f.

*dar. Für Kliniken, niedergelassene ÄrztInnen und Institutionen des Gesundheitsdienstes wie Alten- und Altenpflegeheime, Beratungsstellen u.ä., werden im Rahmen von Beratungen und Labordienstleistungen die gesetzlichen und normativen Vorgaben, Empfehlungen und Richtlinien des Robert Koch-Institutes zur Einhaltung einer einwandfreien Hygiene durchgeführt.*<sup>250</sup>

Das Institut ist Bestandteil des Klinikums Bremen-Mitte und von dessen Organisations- und Geschäftsverteilungsplan umfasst, arbeitet daher für das Klinikum nicht auf vertraglicher Basis.<sup>251</sup> Der Leiter ist Beschäftigter des Klinikums Bremen-Mitte<sup>252</sup> und berät die Geschäftsführung des Klinikums Bremen-Mitte. Daneben ist er als Krankenhaushygieniker auch für die drei übrigen Krankenhäuser der Gesundheit Nord und weitere Krankenhäuser tätig.<sup>253</sup> Ein Weisungsrecht des Institutsleiters hinsichtlich der gesamten Hygiene in den Kliniken und der damit befassten Beschäftigten des Klinikums Bremen-Mitte bestand daher nicht, sondern nur gegenüber den Beschäftigten des Instituts.<sup>254</sup> Eine Kooperationsvereinbarung des Instituts mit der senatorischen Behörde existiert nicht.<sup>255</sup>

Ab 2007 bis zu seiner Freistellung am 29. Februar 2012 leitete Herr Dr. Kappler das Institut für Allgemeine Hygiene, Krankenhaushygiene und Umwelthygiene.

Zum 1. Juni 2012 übernahm der Arzt<sup>256</sup> Herr Eikenberg, der Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin mit einer Befähigung zur Weiterbildung ist, die Leitung des Institutes für Allgemeine Hygiene, Krankenhaushygiene und Umwelthygiene.<sup>257</sup>

### **5.2.1.3. Qualifikation des Krankenhaushygienikers am Klinikum Bremen-Mitte**

Wie oben dargestellt, wird hinsichtlich der Qualifikation der Krankenhaushygienikerin bzw. des Krankenhaushygienikers nach bremischem Landesrecht bereits seit Erlass

---

<sup>250</sup> <http://www.gesundheitnord.de/877.html#c4028>, Stand: 9. August 2012.

<sup>251</sup> Herr Dr. Holländer, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 7/856.

<sup>252</sup> Frau Wendorff, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 27/3849.

<sup>253</sup> Herr Dr. Holländer, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 7/865; „20 Kliniken“ laut Pressebericht vom 19. Februar 2002, Band 24, S. 132.

<sup>254</sup> Herr Dr. Holländer, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 7/859.

<sup>255</sup> Herr Dr. Götz, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2843.

<sup>256</sup> Herr Eikenberg, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 30/4394.

<sup>257</sup> Weser-Kurier vom 7. Juni 2012.

der Krankenhaushygieneverordnung von 1990 durch die Verweisung auf die Richtlinie des Bundesgesundheitsamtes für Krankenhaushygiene in der Fassung von 1989 der Erwerb der Gebietsbezeichnung „Arzt für Hygiene“ gefordert. Ärzten für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie sowie Vertretern der Veterinärmedizin oder der naturwissenschaftlichen Mikrobiologie konnte nach einer mindestens dreijährigen Tätigkeit auf dem Gebiet der Krankenhaushygiene eine Anerkennung als Krankenhaushygieniker verliehen werden. Bei Neubesetzungen waren jedoch nur Ärzte für Hygiene mit den Aufgaben des Krankenhaushygienikers zu betrauen.

Diesen rechtlichen Anforderungen entsprach die Beschäftigung von Herrn Dr. Holländer. Er war bereits zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Krankenhaushygieneverordnung von 1990 im Dienst und erlangte zudem eine Anerkennung durch das Robert Koch-Institut.

Die Bestellung des Mikrobiologen Herrn Dr. Kappler zum Leiter des Institutes für Allgemeine Hygiene, Krankenhaushygiene und Umwelthygiene und die damit verbundene Übernahme der Aufgabe eines Krankenhaushygienikers u. a. für das Klinikum Bremen-Mitte im Jahr 2007 verstieß dagegen gegen geltendes bremisches Landesrecht. Die Gesundheit Nord hat diesen Mangel nunmehr auch aufgrund der Arbeit des parlamentarischen Untersuchungsausschusses erkannt und abgestellt. Bereits im 10-Punkte-Programm, das die Gesundheit Nord sich zur Verbesserung der Hygiene aufgestellt hatte, ist unter Ziffer 5 aufgeführt, dass ein Facharzt für Hygiene eingestellt werden sollte. Es ist daher zu begrüßen, dass es trotz der geringen Anzahl von entsprechenden Fachärzten nunmehr gelungen ist, mit Herrn Eikenberg einen entsprechend qualifizierten Arzt als Krankenhaushygieniker zu gewinnen.

Herr Dr. Kappler verfügte über eine fachliche Qualifikation und berufliche Erfahrung als Mikrobiologe am Institut für Allgemeine Hygiene, Krankenhaushygiene und Umwelthygiene. Allein die Tatsache der „gefundenen“ Proben aus 2009 rechtfertigt aber ein gewisses Misstrauen.

#### **5.2.1.4. Erfordernis einer Vollzeitstelle am Klinikum Bremen-Mitte**

Seit April 2012 sind im Land Bremen Krankenhäuser mit einer Anzahl von 400 oder mehr aufgestellten Betten verpflichtet, mindestens eine Vollzeitstelle für eine Krankenhaushygienikerin/ einen Krankenhaushygieniker bereitzustellen. Zuvor war

nach bremischem Landesrecht für Krankenhäuser mit mehr als 800 Betten die Notwendigkeit der Einrichtung einer hauptamtlichen Stelle zu prüfen. Es bestand mithin keine normierte Pflicht für ein Krankenhaus, eine Krankenhaushygienikerin bzw. einen Krankenhaushygieniker zu beschäftigen. Auch die Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention sind insoweit nicht bindend formuliert: eine hauptamtliche Stelle für stationäre Einrichtungen ab 400 Betten wird „für sinnvoll erachtet“. Die KRINKO empfiehlt zur organisatorischen Stellung der Krankenhaushygienikerin bzw. des Krankenhaushygienikers, dass diese bzw. dieser eine die fachliche Unabhängigkeit gewährleistende Stabsfunktion innehat und eine eigenständige Organisationseinheit leitet, der dann auch die Hygienefachkräfte zugeordnet sind.

Ausweislich einer Aufstellung vom 11. November 2011 hatte das Klinikum Bremen-Mitte zu diesem Zeitpunkt 966 Betten.<sup>258</sup> Seit April 2012 ist das Klinikum Bremen-Mitte daher verpflichtet, eine hauptamtliche Krankenhaushygienikerin bzw. einen hauptamtlichen Krankenhaushygieniker zu beschäftigen. Dem entspricht die derzeitige Lage nicht. Zwar ist Herr Eikenberg mit seinem Institut an das Krankenhaus Bremen-Mitte angegliedert, er ist jedoch nicht nur für das Krankenhaus Bremen-Mitte tätig, sondern zumindest auch für die drei anderen Krankenhäuser der Gesundheit Nord.<sup>259</sup>

Dieses Problem wird auch von der Geschäftsführerin der Gesundheit Nord gesehen. Frau Dervedde führte hierzu gegenüber dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss aus, sie werde kurzfristig mit Herrn Eikenberg erörtern, welchen Personalbedarf er in seinem Institut habe. Das Problem sei die Marktlage in diesem Bereich. Es sei nicht so einfach, Ärzte mit der erforderlichen Qualifikation zu bekommen. Die neue bremische Hygieneverordnung sehe ja ganz klar einen ärztlichen Personalbedarf vor, und der sei eben deutlich höher als ein Arzt für alle vier Krankenhäuser des Klinikverbundes. Herr Eikenberg erfülle aber auch die Anforderungen, um eine Weiterbildung auf den Weg zu bringen. Es sei geplant, sowohl ärztliche als auch pflegerische Mitarbeiter weiterzubilden.<sup>260</sup>

Es ergeben sich für den parlamentarischen Untersuchungsausschuss keine Hinweise darauf, dass von Seiten des Klinikums Bremen-Mitte oder der Gesundheit Nord bereits

---

<sup>258</sup> E-Mail von Herrn Radlow an Herrn Dr. Götz vom 11. November 2011, Band 5, S. 91.

<sup>259</sup> Herr Eikenberg, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 30/4405.

<sup>260</sup> Frau Dervedde, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 23/3310.

in der Zeit vor dem Inkrafttreten der Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention das Erfordernis eines hauptamtlichen Krankenhaushygienikers allein für das Klinikum Bremen-Mitte in Erwägung gezogen wurde. Angesichts der Größe und des Behandlungsspektrums des Klinikums wäre eine solche Prüfung durchaus angezeigt gewesen.

Bei der Beurteilung der Ausstattung eines Krankenhauses mit Krankenhaushygienikern ist zu berücksichtigen, dass nach Angaben der Experten gegenüber dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss eine ausreichende Anzahl von ausgebildeten ärztlichen Krankenhaushygienikerinnen bzw. Krankenhaushygienikern in den letzten Jahren nicht zur Verfügung stand und auch derzeit nicht zur Verfügung steht.<sup>261</sup> Herr Professor Dr. Popp hielt es bei seiner Anhörung durch den parlamentarischen Untersuchungsausschuss aber für gesichert, dass zum 31. Dezember 2016, dem Ablauf der Übergangszeit nach § 23 Abs. 8 Ziffer 3 Infektionsschutzgesetz, eine ausreichende Anzahl von Fachpersonal zur Verfügung stehen wird.<sup>262</sup>

#### **5.2.1.5. Sichtweise der senatorischen Behörde**

Mit der Umstrukturierung im Jahr 2001 stand das Institut unter der Leitung zunächst des Zentralkrankenhauses St.-Jürgen-Straße und später der Geschäftsführung des Klinikums Bremen-Mitte. Eine Fachaufsicht der senatorischen Behörde besteht nicht mehr. Dies bestätigte auch der Referent für Infektionsschutz bei der Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit, Herr Christelsohn, gegenüber dem Untersuchungsausschuss.<sup>263</sup> Trotz dieser rechtlichen Lage betonte Herr Dr. Götz in einem Schreiben vom 5. März 2003 an den Institutsleiter, die Fachaufsicht über das Institut liege bei der senatorischen Behörde.<sup>264</sup> Zudem ist im Geschäftsverteilungsplan der senatorischen Behörde – Stand 11/2007 – unter den Aufgaben von Herrn Christelsohn auch der Punkt „Fachaufsicht über das Institut für Allgemeine Hygiene, Krankenhaushygiene und Umwelthygiene“ aufgeführt.<sup>265</sup> Herr Christelsohn führte dazu

---

<sup>261</sup> Herr Dr. Holländer, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 7/867; Herr Dr. Zastrow, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme 2/208; Herr Dr. Schulte-Sasse, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme 33/4834 f.

<sup>262</sup> Herr Professor Dr. Popp, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 32/4814 f.

<sup>263</sup> Herr Christelsohn, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 14/1840.

<sup>264</sup> Schreiben der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales vom 5. März 2003, Band 24, S. 216.

<sup>265</sup> Geschäftsverteilungsplan der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales (Stand: 11/2007), Band 26, S. 308.

aus, er sei sich dieser Aufgabe zu keinem Zeitpunkt bewusst gewesen; ihm gegenüber sei auch nie angesprochen worden, dass er diese Aufgabe wahrzunehmen habe.<sup>266</sup> Der Geschäftsverteilungsplan ist den tatsächlichen Gegebenheiten anzupassen.

Hinsichtlich der Qualifikationsanforderungen für die Position einer Krankenhaushygienikerin bzw. eines Krankenhaushygienikers war in der senatorischen Behörde unbekannt, dass die Krankenhaushygieneverordnung von 1990 durch den Verweis auf die Richtlinie des Bundesgesundheitsamtes in der Fassung von 1989 bei Neueinstellungen eine ärztliche Qualifikation erforderte. Dies ergibt sich aus einem Schreiben von Herrn Dr. Götz vom 26. Februar 2009, in dem dieser zum Entwurf der KRINKO-Empfehlung „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention und Kontrolle von Infektionen als Folge medizinischer Maßnahmen“ Stellung nahm.<sup>267</sup> Herr Dr. Götz führt hier aus, Bremen halte es nicht für erforderlich, als Krankenhaushygieniker ausschließlich approbierte Ärzte vorzuschreiben, was Bremen aufgrund des Verweises in der Krankenhaushygieneverordnung allerdings tatsächlich tat. Die Qualifikation des damaligen Leiters des Institutes für Hygiene, Krankenhaushygiene und Umwelthygiene wurde in der senatorischen Behörde erst im Zusammenhang mit dem Keimausbruch in der Neonatologie des Klinikums Bremen-Mitte problematisiert.

Der parlamentarische Untersuchungsausschuss begrüßt, dass die neue Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen in § 6 Abs. 2 detailliert die fachlichen Anforderungen an einen Krankenhaushygieniker regelt und insofern nicht mehr auf Richtlinien der KRINKO verwiesen wird. Dies vermeidet Unklarheiten, wie sie zuvor bestanden.

### **5.2.2. Hygienebeauftragte Ärzte**

Hygienebeauftragte Ärzte haben die Aufgabe, in enger Zusammenarbeit und in Ergänzung mit dem Hygienefachpersonal die notwendigen, auf ihren Verantwortungsbereich zugeschnittenen Hygienemaßnahmen umzusetzen, wie auch

---

<sup>266</sup> Herr Christelsohn, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 14/1840.

<sup>267</sup> Schreiben der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales vom 26. Februar 2009, Band 4, S. 276.

den Ursachen nosokomialer Infektionen nachzugehen, um möglichst zeitnah Maßnahmen einzuleiten.<sup>268</sup>

#### 5.2.2.1. Vorgaben

Die bremische Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen vom 5. April 2012 verpflichtet bestimmte medizinische Einrichtungen, eine hygienebeauftragte Ärztin oder einen hygienebeauftragten Arzt zu bestellen und im erforderlichen Umfang freizustellen. Der insoweit einschlägige § 7 lautet:

*„§ 7 Hygienebeauftragte Ärztin und hygienebeauftragter Arzt*

*(1) Die hygienebeauftragte Ärztin oder der hygienebeauftragte Arzt ist Ansprechperson und Multiplikator und unterstützt das Hygienefachpersonal in ihrem oder seinem Verantwortungsbereich. Sie oder er wirkt bei der Einhaltung der Regeln der Hygiene und Infektionsprävention mit und regt Verbesserungen der Hygienepläne und Funktionsabläufe an. Sie oder er wirkt außerdem bei der hausinternen Fortbildung des Krankenhauspersonals in der Krankenhaushygiene mit. Für die Wahrnehmung dieser Aufgaben ist sie oder er im erforderlichen Umfang freizustellen.*

*(2) Als hygienebeauftragte Ärztin oder als hygienebeauftragter Arzt darf nur bestellt werden, wer eine Anerkennung als Fachärztin oder als Facharzt erhalten hat und an einer von einer Landesärztekammer anerkannten strukturierten curricularen Fortbildung als hygienebeauftragte Ärztin oder als hygienebeauftragter Arzt im Umfang von mindestens 40 Stunden mit Erfolg teilgenommen hat.*

*(3) Jede medizinische Einrichtung nach § 1 Absatz 2 Nummer 1, 3 und 5 hat mindestens eine hygienebeauftragte Ärztin oder einen hygienebeauftragten Arzt zu bestellen. In Krankenhäusern mit mehreren Fachabteilungen mit besonderem Risikoprofil für nosokomiale Infektionen soll für jede Fachabteilung eine hygienebeauftragte Ärztin oder ein hygienebeauftragter Arzt bestellt werden. Als Maßstab wird die Empfehlung „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“ der Kommission für*

---

<sup>268</sup> KRINKO-Empfehlung, Bundesgesundheitsblatt 2009, S. 955.

*Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (Bundesgesundheitsblatt 2009, 951) herangezogen.“*

Auch die bis zum 5. April 2012 geltende Krankenhaushygieneverordnung vom 9. April 1990 sah die Bestellung hygienebeauftragter Ärztinnen bzw. Ärzte vor. Allerdings handelte es sich nicht um eine rechtliche Verpflichtung, sondern um eine sog. „Soll-Vorschrift“; eine Freistellung war nicht vorgesehen. Die entsprechende Vorschrift der Krankenhaushygieneverordnung lautete:

*„§ 6 Hygienebeauftragte(r)*

*Die ärztliche Leitung bestellt im Einvernehmen mit der Hygienekommission einen erfahrenen Arzt oder eine erfahrene Ärztin als Hygienebeauftragte(n), der/die entsprechend den Richtlinien des Bundesgesundheitsamtes fortgebildet ist. In Krankenhäusern mit mehr als 500 Betten sollen mehrere Hygienebeauftragte bestellt werden. Der/Die Hygienebeauftragte führt die von der ärztlichen Leitung festgestellten Maßnahmen zur Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankenhausinfektionen im Einvernehmen mit dem Krankenhaushygieniker oder der Krankenhaushygienikerin und in Zusammenarbeit mit der Hygienefachschwester bzw. dem Hygienefachpfleger durch.“*

Die Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“ enthält Angaben zu Qualifikationen und Aufgaben der hygienebeauftragten Ärztinnen und Ärzte. Voraussetzung einer Bestellung ist danach eine Facharztqualifikation im klinischen Zuständigkeitsbereich. Als Aufgaben sind aufgeführt:

*„Betrieblich-organisatorisch:*

- Vermittlung von Entscheidungen aus der Hygienekommission in ihre Bereiche*
- Bindeglied zwischen dem Behandlungs- und dem Hygieneteam*
- Mitglied der Hygienekommission*
- Mitarbeit in speziellen Arbeitsgruppen zu Fragen der Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (Mitsprache bei der Erarbeitung von Standards)*
- Abteilungs-/bereichsbezogene Unterstützung des Hygienefachpersonals*

- bei der Analyse der bereichsspezifischen Infektionsrisiken
- beim Erstellen des bereichsspezifischen Hygieneplans
- bei der Fortbildung des Personals im Bereich Krankenhaushygiene und Infektionsprävention
- bei der Durchführung der Infektionssurveillance im Zuständigkeitsbereich (Erreichen eines Konsenses über die erfassten Ereignisse)

#### *Optimierung des Antibiotikagebrauchs*

*Im seinem/ihrem medizinischen Verantwortungsbereich trägt der/die hygienebeauftragte Arzt/Ärztin dazu bei, den Einsatz von Antibiotika in Zusammenarbeit mit der klinisch-medizinischen Mikrobiologie und der klinischen Infektiologie auf der Basis von patientenspezifischen Aspekten, Surveillance- und Resistenzdaten zu optimieren.*

#### *Ausbruchsmanagement*

- Zeitnahes Erkennen und Melden von Infektionsausbrüchen (schon bei begründetem Verdacht) an die ärztliche Leitung, das Hygienefachpersonal und gegebenenfalls das Gesundheitsamt
- Verantwortlich für die Abklärung infektiöser Komplikationen
- Einleiten von Gegenmaßnahmen in enger Abstimmung mit den übrigen Hygienemitarbeiter/-innen
- Mitwirkung beim Ausbruchsmanagement (Mitglied des Ausbruchsteams).<sup>269</sup>

Des Weiteren wird, um den hygienebeauftragten Ärzten eine gewissenhafte Erfüllung ihrer Aufgaben zu ermöglichen und auszuschließen, dass sie in Konflikt zu ihren klinischen Tätigkeiten kommen, empfohlen, den Umfang der Freistellung von regelmäßig mehreren Wochenarbeitsstunden zur Erfüllung der definierten zusätzlichen Aufgaben vertraglich zu fixieren. Jedes Krankenhaus sollte mindestens eine/n hygienebeauftragte/n Ärztin/Arzt berufen. In Behandlungszentren mit mehreren organisatorisch getrennten Abteilungen mit speziellem Risikoprofil für nosokomiale Infektionen (zum Beispiel Hämatologie-Onkologie, internistische Intensivmedizin, Chirurgie mit Intensivstation, Neurochirurgie, Pädiatrie) sollte jede Fachabteilung eine/n hygienebeauftragte/n Ärztin/Arzt benennen.

---

<sup>269</sup> Bundesgesundheitsblatt 2009, S. 951 ff.

### 5.2.2.2. Hygienebeauftragte Ärzte am Klinikum Bremen-Mitte

Am Krankenhaus Bremen-Mitte werden für die jeweiligen Fachbereiche durch die Ärztliche Geschäftsführung hygienebeauftragte Ärzte benannt.<sup>270</sup> Ausweislich einer Aufstellung mit Stand 17. Mai 2011 gab es vier hygienebeauftragte Oberärzte.<sup>271</sup>

Für die Neonatologie war Herr Dr. Schwalm der hygienebeauftragte Arzt.<sup>272</sup> Herr Dr. Schwalm ist Facharzt für Pädiatrie mit einer Schwerpunktausbildung in Neonatologie und Pädiatrischer Intensivmedizin.<sup>273</sup> Seine Bestellung entsprach damit den Vorgaben der Krankenhaushygieneverordnung von 1990 und den Empfehlungen der KRINKO. Dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss liegen keine Erkenntnisse dazu vor, ob Herr Dr. Schwalm die nach § 7 Abs. 2 der seit April 2012 geltenden Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen erforderliche Fortbildung absolviert hat. Da Herr Dr. Schwalm vor dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss die Aussage verweigerte, konnte er auch hierzu nicht näher befragt werden. Nach Kenntnis des parlamentarischen Untersuchungsausschusses wird Herr Dr. Schwalm für seine Tätigkeit als hygienebeauftragter Arzt nicht von anderen Tätigkeiten freigestellt.<sup>274</sup> Dies war bis zum Inkrafttreten der neuen Hygieneverordnung – also auch zum Zeitpunkt der Aussage von Herrn Dr. Körner – nicht gesetzlich vorgeschrieben. Der Senat hat mit der neuen Hygieneverordnung nunmehr einen deutlich höheren Hygienestandard etabliert, indem § 7 Abs. 1 Satz 4 der neuen Verordnung eine verpflichtende Freistellung vorsieht. Dies begrüßt der parlamentarische Untersuchungsausschuss ausdrücklich.

### 5.2.3. Hygienefachkräfte

Die Hygienefachkräfte (Fachgesundheits- und Krankenpfleger/-pflegerinnen für Hygiene und Infektionsprävention) sind im klinischen Alltag zentrale Ansprechpartner in Hygienefragen für alle Berufsgruppen. Sie vermitteln die Maßnahmen und Inhalte von

---

<sup>270</sup> Tätigkeiten der hygienebeauftragten Ärzte im Klinikum Bremen-Mitte, Stand: 17. Juni 2008, Band 14, S. 308.

<sup>271</sup> Organigramm der Krankenhaushygiene, Stand: 17. Mai 2011, Band 14, S. 305.

<sup>272</sup> Gehäuftes Auftreten von Klebsiellen ESBL auf der Station 4027, Protokoll Nr. 2 vom 12. September 2011, Band 8, S. 5.

<sup>273</sup> <http://www.gesundheitnord.de/krankenhaeuserundzentren/krankenhaeuser/kbm/klinikum-bremen-mitte/profhesskinderklinik/neonatologie/team>.

<sup>274</sup> Herr Dr. Körner, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 9/1033.

Hygieneplänen und tragen damit vorwiegend im pflegerischen Bereich zur Umsetzung infektionspräventiver Maßnahmen bei.<sup>275</sup>

#### 5.2.3.1. Vorgaben

Die Bremische Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen verpflichtet medizinische Einrichtungen, Hygienefachkräfte entsprechend der Richtlinien der KRINKO zu bestellen. Der insoweit einschlägige § 5 lautet:

##### *„§ 5 Hygienefachkräfte*

*(1) Hygienefachkräfte sind im klinischen Alltag zentrale Ansprechpartner für alle Berufsgruppen und tragen damit zur Umsetzung infektionspräventiver Maßnahmen bei. Sie vermitteln die Maßnahmen und Inhalte von Hygieneplänen, wirken bei deren Erstellung mit, kontrollieren die Umsetzung empfohlener Hygienemaßnahmen, führen hygienisch-mikrobiologische Umgebungsuntersuchungen durch, wirken bei der Erfassung und Bewertung nosokomialer Infektionen und von Erregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen mit und helfen bei der Aufklärung und dem Management von Ausbrüchen. Sie arbeiten eng in Abstimmung und im Einvernehmen mit der Krankenhaushygienikerin oder dem Krankenhaushygieniker zusammen.*

*(2) Die Qualifikation für die Wahrnehmung der Aufgaben einer Hygienefachkraft besitzt, wer berechtigt ist, eine Berufsbezeichnung nach dem Krankenpflegegesetz zu führen, über eine mindestens dreijährige Berufserfahrung verfügt und eine Weiterbildung zur Fachgesundheits- und Krankenpflegerin oder -pfleger, Fachkindergesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder -pfleger für Hygiene- und Infektionsprävention an einer staatlich anerkannten Weiterbildungsstätte mit einer staatlichen Prüfung erfolgreich abgeschlossen hat.*

*(3) Der Personalbedarf für Hygienefachkräfte in medizinischen Einrichtungen nach § 1 Absatz 2 Nummer 1 bis 5 muss das Behandlungsspektrum der Einrichtung und das Risikoprofil der dort behandelten Patientinnen und Patienten berücksichtigen. Er ist auf der Grundlage dieser Risikobewertung gemäß der*

---

<sup>275</sup> KRINKO Richtlinie, Bundesgesundheitsblatt 2009, S. 955 ff.

*Empfehlung „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“ der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (Bundesgesundheitsblatt 2009, 951) zu ermitteln.“*

Auch die bis zum 5. April 2012 geltende Krankenhaushygieneverordnung vom 9. April 1990 verpflichtete die Leiter von Krankenhäusern, für bestimmte infektionsrelevante Bereiche Hygienefachkräfte zu beschäftigen. Die entsprechende Vorschrift lautete:

*„§ 7 Hygienefachkraft*

*Krankenhäuser haben für besonders infektionsrelevante Bereiche, insbesondere Chirurgie, Orthopädie, Urologie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderheilkunde, Infektionskrankheiten einschließlich Tuberkulose, Intensivmedizin, Dialyse und Maximalversorgung in der Inneren Medizin, eine Hygienefachkraft für jeweils 300 Betten hauptamtlich zu beschäftigen. Für die übrigen Fachbereiche der Krankenhäuser für Akutkranke wird eine Hygienekraft für 600 Betten berechnet. Die Hygienefachkraft hat infektionsprophylaktische Maßnahmen durchzuführen, insbesondere Hygienepläne in Zusammenarbeit mit dem Krankenhausdesinfektor oder der Krankenhausdesinfektorin zu erstellen, die auch Desinfektions-, Sterilisations- und Reinigungspläne enthalten müssen. Die Hygienefachkräfte sind der ärztlichen Leitung direkt unterstellt.“*

Die Empfehlung der KRINKO fordert für Hygienefachkräfte eine staatliche Anerkennung zum/zur Gesundheits- und Krankenpfleger/-in mit mindestens dreijähriger Berufserfahrung und eine Weiterbildung zur Hygienefachkraft. Zu deren Aufgaben wird ausgeführt:

*„Aufgaben betrieblich-organisatorisch*

- Erstellung von Hygiene-, Reinigungs- und Desinfektionsplänen auf der Basis von Leitlinien*
- Beratungstätigkeit im Rahmen der Beschaffung medizinischer Güter/Materialien*
- Beratung von Patienten/-innen und Angehörigen*
- Teilnahme, Vor- und Nachbereitung amtsärztlicher Begehungen in Abstimmung mit den Krankenhaushygienikern/hygienebeauftragten Ärzten/Ärztinnen*

- *Mitwirkung bei Maßnahmen interner und externer Qualitätssicherung in der Krankenhaushygiene*
- *Teilnahme an hygienerelevanten Arbeitskreisen, Projekten und Qualitätszirkeln*
- *Durchführung und Dokumentation von Beratungen, Schulungen und Begehungen*
- *Organisation von hygienerelevanten Betriebsabläufen*

#### *Baulich-funktionell*

- *Vor-Ort-Überwachung von Baumaßnahmen*
- *Planung der Ablauforganisation*

#### *Abteilungs-/Bereichsbezogen*

- *Implementierung der hygienischen Vorgaben in die Pflegestandards und entsprechende Beratung des Personals*
- *Kontrolle der Umsetzung von empfohlenen Hygienemaßnahmen*
- *Überwachung der Umsetzung von Empfehlungen in Ver- und Entsorgungsbereichen*
- *Hilfestellung vor Ort bei der Anwendung von Infektionspräventionsmaßnahmen*
- *Schulung des Personals im Rahmen von Einzelgesprächen und Schulungsveranstaltungen*

#### *Hygienisch-mikrobiologische Untersuchungen*

- *Entnahme qualitätssichernder hygienisch-mikrobiologischer Umgebungsuntersuchungen*

#### *Surveillance*

- *Erfassung und Dokumentation von nosokomialen Infektionen in Abstimmung mit den hygienebeauftragten Ärzten/-innen/Krankenhaushygienikern/-innen*
- *Mitarbeit bei der Erfassung und Bewertung von Erregern mit besonderen Eigenschaften (zum Beispiel Resistenzen/Multiresistenzen)*
- *Teilnahme an der Erstellung von Infektionsstatistiken*
- *Kenntnisse über mögliche Infektionswege*

#### *Ausbruchmanagement*

- *Mithilfe bei der Aufklärung von Transmissionsketten im Rahmen des Ausbruchmanagements*
- *Mitwirkung bei der Erstellung des Abschlussberichtes*

*– Mitwirkung bei der Festlegung von Maßnahmen zur zukünftigen Verhinderung von Ausbrüchen.“<sup>276</sup>*

Nach der Krankenhaushygieneverordnung von 1990 war grundsätzlich eine Hygienefachkraft pro 600 Betten zu beschäftigen. Für besonders infektionsrelevante Bereiche - insbesondere Chirurgie, Orthopädie, Urologie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderheilkunde, Infektionskrankheiten einschließlich Tuberkulose, Intensivmedizin, Dialyse und Maximalversorgung in der Inneren Medizin - war eine Hygienefachkraft pro 300 Betten gefordert. Nach der Empfehlung der KRINKO und der neuen Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen erfolgt die Ermittlung des Bedarfes an Hygienefachkräften anhand einer Risikoeinschätzung. Für den höchsten Risikobereich besteht ein Bedarf von einer Hygienefachkraft pro 100 Betten, für den mittleren Risikobereich ein Bedarf von einer Hygienefachkraft pro 200 Betten und für den niedrigen Risikobereich ein Bedarf von einer Hygienefachkraft pro 500 Betten.<sup>277</sup> Wie sich aus § 23 Abs. 8 Infektionsschutzgesetz ergibt, der den Ländern eine Frist bis zum 31. März 2012 ließ, um durch eine Hygieneverordnung die erforderliche Ausstattung mit Hygienefachkräften festzulegen, enthielt die KRINKO-Empfehlung davor keine rechtlich verbindlichen Vorgaben. Zudem ist es nach dem Infektionsschutzgesetz zulässig, dass die Länder Übergangsvorschriften bis zum 31. Dezember 2016 festlegen, so dass erst zu diesem Zeitpunkt die Vorgaben der KRINKO nach den bundesgesetzlichen Vorgaben eingehalten werden müssen. Hiervon hat der bremische Gesetzgeber in der neuen Verordnung Gebrauch gemacht.

#### **5.2.3.2. Hygienefachkräfte am Klinikum Bremen-Mitte**

Am Klinikum Bremen-Mitte sind drei Hygienefachkräfte mit einem Stellenumfang von 2,5 VK (1x VZ, 2 x 28,88h) tätig.<sup>278</sup> Frau Benz, Frau Murthi und Frau Mietzner. Hinzu kommt eine Verwaltungskraft mit 18 Arbeitsstunden.<sup>279</sup> Ausweislich des Organigramms der Krankenhaushygiene Stand 17. Mai 2011 oblag Frau Benz die Leitung der der

---

<sup>276</sup> Bundesgesundheitsblatt 2009, S. 956.

<sup>277</sup> Bundesgesundheitsblatt 2009, S. 958.

<sup>278</sup> Jahresbericht der Krankenhaushygiene 2010, Band 14, S. 7-300.

<sup>279</sup> Jahresbericht der Krankenhaushygiene 2010, Band 14, S. 7-300.

Krankenhaushygiene zugeordneten Fachkräfte für Hygiene und Infektionsprävention, zuständig für die Neonatologie war Frau Mietzner.<sup>280</sup>

Die Anzahl der Hygienefachkräfte am Krankenhaus Bremen-Mitte entsprach mit einer Relation von 2,5 VK zu 966 Betten in etwa den Vorgaben der Krankenhaushygieneverordnung von 1990. Eine Berechnung des Bedarfes anhand der Risikobereiche nach der KRINKO-Empfehlung von 2009 entsprechend der Vorgaben der neuen Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen ist nach Kenntnis des Ausschusses auf der Ebene der Gesundheit Nord nicht erfolgt. Allerdings ist auf Anfrage von Herrn Professor Dr. Huppertz vom 14. Oktober 2010 von der Hygienefachkraft Frau Benz eine Berechnung aufgrund der KRINKO-Empfehlung von 2009 erstellt und mit Schreiben vom 3. November 2010 an Herrn Professor Dr. Huppertz übersandt worden. Demnach errechne sich ein Personalbedarf von mindestens 4,5 VK.<sup>281</sup> Wie der Sachverständige Dr. Weißgerber vor dem Untersuchungsausschuss aussagte, war die Zahl der Hygienefachkräfte, gemessen an den Empfehlungen der KRINKO, ebenfalls nicht ausreichend, es bestehe weiterer Bedarf.<sup>282</sup> Herr Staatsrat Professor Stauch errechnet in seinem Bericht einen Bedarf von etwa vier Stellen;<sup>283</sup> nach Ansicht von Herrn Professor Dr. Popp sind 4,5 Stellen erforderlich.<sup>284</sup>

#### **5.2.3.3. Hygienebeauftragte in der Pflege**

Der parlamentarische Untersuchungsausschuss empfiehlt, dass die in der KRINKO-Empfehlung „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“ vorgesehenen Hygienebeauftragten in der Pflege in die neue „Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen“ vom 5. April 2012 aufgenommen werden und ausreichende Qualifizierungsangebote zum Hygienebeauftragten in der Pflege vorzuhalten.

---

<sup>280</sup> Organigramm der Krankenhaushygiene, Stand: 17. Mai 2011, Band 14, S. S. 7-305.

<sup>281</sup> Schreiben von Frau Benz an Herrn Professor Dr. Huppertz vom 3. November 2011, Band 124, S. 220 ff.

<sup>282</sup> Herr Dr. Weißgerber, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 3/525.

<sup>283</sup> Herr Staatsrat Professor Stauch, Bericht zum Ausbruch von ESBL-bildenden *Klebsiella pneumoniae* im Zentrum für Kinderheilkunde, Klinikum Bremen-Mitte, Bremen, den 20. Dezember 2011, Band 50, S. 49.

<sup>284</sup> Gutachten des Herrn Professor Dr. Popp für die Staatsanwaltschaft, Band 207, S. 215

### **5.3. Organisation**

Neben den personellen Voraussetzungen müssen im Krankenhaus organisatorische Strukturen geschaffen werden, die ein funktionierendes Hygienemanagement sicherstellen. Zur Gewährleistung der erforderlichen Kommunikationsstrukturen verlangt der Gesetzgeber die Einrichtung einer Hygienekommission. Daneben hat die organisatorische Einbindung des Hygienepersonals Bedeutung für das Funktionieren der Krankenhaushygiene.

#### **5.3.1. Organisatorische Einbindung des Hygienepersonals**

Von dem vom parlamentarischen Untersuchungsausschuss vernommenen Sachverständigen Herrn Dr. Weißgeber wurde empfohlen, die Krankenhaushygiene in einer Organisationseinheit mit klaren Verantwortlichkeiten zusammenzufassen. Herr Dr. Weißgeber vom Deutschen Beratungszentrum für Hygiene führte bei seiner Anhörung aus, es sei günstig, wenn der Krankenhaushygieniker eine von den Chefarzten unabhängige Stabstelle innehat, der die Hygienefachkräfte unterstellt seien.<sup>285</sup> Dies entspricht den Empfehlungen der KRINKO, nach denen die Hygienefachkräfte einer/einem hauptamtlichen Krankenhaushygienikerin/ Krankenhaushygieniker fachlich und dienstlich zugeordnet sein sollen.<sup>286</sup> Daneben solle nach den KRINKO-Empfehlungen die fachliche Zusammenarbeit der hygienebeauftragten Ärztinnen und Ärzte mit der/dem Krankenhaushygienikerin/ Krankenhaushygieniker in betriebsinternen Vereinbarungen festgelegt sein.<sup>287</sup>

##### **5.3.1.1. Hygieneverantwortlichkeit in der Geschäftsführung des Klinikums Bremen-Mitte**

Bis zu seinem Rücktritt von dieser Position am 10. November 2011<sup>288</sup> nahm Herr Professor Dr. Huppertz als stellvertretender Ärztlicher Geschäftsführer die Tätigkeit des Hygieneverantwortlichen am Klinikum Bremen-Mitte wahr. Dem zugrunde lag eine Vereinbarung über die Geschäftsverteilung der Ärztlichen Geschäftsführung des

---

<sup>285</sup> Herr Dr. Weißgeber, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 3/526.

<sup>286</sup> Bundesgesundheitsblatt 2009, S. 956.

<sup>287</sup> Bundesgesundheitsblatt 2009, S. 955.

<sup>288</sup> E-Mail von Frau Kohls im Auftrag von Herrn Professor Dr. Huppertz an Herrn Dr. Wunderle vom 10. November 2011, Band 8, S. 121.

Klinikums Bremen-Mitte vom 1. April 2009.<sup>289</sup> Danach wurden Teile des Aufgabenbereiches der damaligen Ärztlichen Geschäftsführerin Frau Dr. Kuss auf Herrn Professor Dr. Huppertz und Herrn Dr. Neubauer übertragen. Jeder Beteiligte übernahm für seinen Aufgabenbereich die primäre Verantwortlichkeit. Herr Professor Dr. Huppertz übernahm als stellvertretender Ärztlicher Geschäftsführer unter anderem die Aufgabenbereiche „Hygieneverantwortlicher“ und „Institut für Hygiene“. Die Vereinbarung war unterzeichnet von Frau Dr. Kuss, Herrn Professor Dr. Huppertz und Herrn Dr. Neubauer.

Es ist bereits sehr fraglich, ob die Ärztliche Geschäftsführerin auf diesem Weg rechtlich bindend Teile ihrer Kompetenzen und Verantwortlichkeiten auf andere Personen übertragen konnte. So fehlt bei der Vereinbarung jede Beteiligung der anderen Geschäftsführer des Klinikums Bremen-Mitte und der Gesellschafterin.<sup>290</sup> Jedenfalls wurde die Vereinbarung vom 1. April 2009 überlagert durch die am 25. August 2009 in der Gesellschafterversammlung beschlossene Geschäftsanweisung für die Geschäftsführung des Klinikums Bremen-Mitte.<sup>291</sup> Hier wird in § 2 Abs. 2 ausgeführt:

*„Aufgabengebiet und Geschäftsbereich der einzelnen Geschäftsführer und ihre Vertretung untereinander sowie Organisation und Geschäftsverteilung ergeben sich aus dem von der Geschäftsführung zu erstellenden Organisations- und Geschäftsverteilungsplan, der der vorherigen Zustimmung der Gesellschafterversammlung bedarf, dies gilt auch für wesentliche Änderungen dieses Planes.“*

Die Bestellung von stellvertretenden Geschäftsführern ist in der Geschäftsanweisung nicht vorgesehen. Zum Verantwortungsbereich des Ärztlichen Geschäftsführers gehört nach § 6 Ziffer 7 der Geschäftsanweisung u. a. die Sicherstellung der Krankenhaushygiene. Demnach war die damalige Ärztliche Geschäftsführerin Frau Dr. Kuss in den Jahren 2010 und 2011 verantwortlich für die Krankenhaushygiene am Klinikum Bremen-Mitte. Herr Professor Dr. Huppertz konnte sie bei dieser Aufgabe lediglich unterstützen, eine Verantwortlichkeit traf ihn nicht.

---

<sup>289</sup> Geschäftsverteilungsplan der Ärztlichen Geschäftsführung des Klinikums Bremen-Mitte vom 2. April 2009, Band 21, S. 63.

<sup>290</sup> Man vergleiche den Beschluss über die Ergänzung der Geschäftsverteilung der Geschäftsführung des Klinikums Bremen-Mitte vom 18. November 2010, der von allen Geschäftsführern und von Herrn Dr. Hansen als Aufsichtsratsvorsitzendem unterzeichnet wurde, Band 21, S. 61 f.

<sup>291</sup> Geschäftsanweisung für die Geschäftsführung der Klinikum Bremen-Mitte gGmbH, Band 96, S. 17 ff.

Herr Dr. Hansen wurde vor dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss dazu befragt, warum er als Vorsitzender des Aufsichtsrates zugelassen habe, dass die Ärztliche Geschäftsführerin nach der internen Geschäftsverteilung zwischen ihr und dem stellvertretenden Geschäftsführer nicht die Aufgabe der Hygiene wahrgenommen habe. Er antwortete:

*„Zunächst einmal war das ein Verfahren am Standort Bremen-Mitte, das seit 2005 praktiziert wurde. Auch schon bei dem Vorgänger von Frau Dr. Kuss, bei Herrn Professor Harm, war die Geschäftsverteilung so geregelt, dass es stellvertretende ärztliche Geschäftsführer gibt, und diese Aufgabenzuteilung der Hygiene an Herrn Professor Dr. Huppertz war bereits 2005 erfolgt. Vor diesem Hintergrund, weil es auch in der Wahrnehmung der Betroffenen funktionierte und wegen der Größe des Standortes sinnvoll ist, einzelne Aufgaben auf Stellvertreter zu übertragen, haben wir da keinen Anlass gesehen, das zu verändern.“<sup>292</sup>*

Am 29. Mai 2012 hat die Gesellschafterversammlung eine neue Geschäftsanweisung für die Geschäftsführung des Klinikums Bremen-Mitte beschlossen.<sup>293</sup> Die Aufgaben des Ärztlichen Geschäftsführers wurden nahezu inhaltsgleich übernommen. Der Ärztliche Geschäftsführer ist weiterhin u. a. für die Sicherstellung der Krankenhaushygiene zuständig. Seit dem 1. August 2012 wird die Funktion des Ärztlichen Geschäftsführers hauptamtlich wahrgenommen. Die Aufgabe wurde Herrn Professor Dr. Bremerich übertragen.<sup>294</sup> Der parlamentarische Untersuchungsausschuss begrüßt diese Veränderungen, die seitens der Gesellschafterin nunmehr eingeführt worden sind. Mit der hauptamtlichen Wahrnehmung der ärztlichen Geschäftsführung sind bessere organisatorische Voraussetzungen dafür geschaffen worden, dass der Aufgabenbereich der Krankenhaushygiene auf der Ebene der Geschäftsführung wahrgenommen werden kann.

---

<sup>292</sup> Herr Dr. Hansen, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 10/1170 f.

<sup>293</sup> Geschäftsanweisung für die Geschäftsführung des Klinikums Bremen-Mitte vom 29. Mai 2012, Band 203 (nicht paginiert).

<sup>294</sup> Weser-Kurier vom 17. August 2012.

### 5.3.1.2. Einflussmöglichkeiten des Krankenhaushygienikers

Da das Institut für Allgemeine Hygiene, Krankenhaushygiene und Umwelthygiene eine Untergliederung des Klinikums Bremen-Mitte darstellt, erfolgt die Aufsicht durch den Ärztlichen Geschäftsführer des Klinikums. Diesem sind auch die Hygienefachkräfte unterstellt. Da diese nicht an das Institut für Hygiene angebunden sind, unterliegen sie nicht der Weisungsbefugnis des Krankenhaushygienikers. Die Aufgaben der hygienebeauftragten Ärzte sind in einem Beschluss der Geschäftsführung des Klinikums Bremen-Mitte vom 17. Juni 2008 niedergelegt.<sup>295</sup> Sie sind danach zur Zusammenarbeit mit der zuständigen Hygienefachkraft und dem Krankenhaushygieniker verpflichtet.

Der parlamentarische Untersuchungsausschuss hat den Eindruck gewonnen, dass die Vielzahl der Aufgaben des Krankenhaushygienikers vor dem Hintergrund der geringen Beschäftigtenzahl des Institutes für Allgemeine Hygiene, Krankenhaushygiene und Umwelthygiene<sup>296</sup> und der hohen Zahl der betreuten Krankenhäuser mit einer adäquaten und verantwortungsvollen Aufgabenerfüllung in Anbetracht der Anforderungen der Krankenhaushygiene kaum zu vereinbaren ist. Die bloß beratende Funktion des Krankenhaushygienikers, der neben den formal Hygieneverantwortlichen der Krankenhäuser insgesamt und ihrer einzelnen Einheiten existiert und auf diese keinen formalisierten Einfluss hat, führt zu zwar formal klaren, in der Praxis aber vermischten Verantwortungen durch die bloße Zusammenarbeit zwischen dem nur beratenden Krankenhaushygieniker und den Hygieneverantwortlichen der Krankenhäuser.

Ebenso ist der parlamentarische Untersuchungsausschuss der Frage nachgegangen, ob die Anbindung eines Hygieneinstituts als „Kompetenzzentrum für Hygiene“ an nur einem der vier Krankenhäuser der Gesundheit Nord sinnvoll ist. Aufgrund eines Geschäftsführungsbeschlusses, der dem Ausschuss am 19. Juni 2012 mitgeteilt wurde, sollen die Organisationseinheiten des Instituts einerseits und der Krankenhaushygiene am Klinikum Bremen-Mitte andererseits inklusive der fachlichen und disziplinarischen Verantwortung nunmehr unter der Verantwortung des Institutsleiters zusammengefasst werden.<sup>297</sup> Ob die übrigen Krankenhäuser der

---

<sup>295</sup> Beschluss der Geschäftsführer des Klinikums Bremen-Mitte vom 17. Juni 2008, Band 14, S. 7-308.

<sup>296</sup> Schreiben des Herrn Dr. Kappler, Band 125, S. 180; in Bezug genommen in der Befragung von Herrn Dr. Götz, der verneinte, dass die personelle Ausstattung des Instituts Thema in der Behörde gewesen sei, Herr Dr. Götz, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2878 f.

<sup>297</sup> Frau Wendorff, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 27/3819.

Gesundheit Nord entsprechend der Weisung ihre Krankenhaushygiene dem Institut unterstellen oder weiterhin durch das Institut nur beraten werden, sei noch nicht entschieden. Frau Wendorff erklärte dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss hierzu, dass es zurzeit lediglich Überlegungen gebe, ein zentrales Hygieneinstitut bei der Gesundheit Nord anzusiedeln.<sup>298</sup> Herr Dr. Götz bezeichnete die Frage der Anbindung als „fachlich unerheblich“,<sup>299</sup> Herr Staatsrat Dr. Schuster als eine „zweitrangige“ Frage der Einbindung in ein Gesamtkonzept.<sup>300</sup> Frau Dervedde führte aus, dass derzeit geprüft werde, ein unternehmensweites Kompetenzzentrum aufzubauen, das weisungsunabhängig von den Geschäftsführungen kontrollierend tätig werden kann.<sup>301</sup> Der parlamentarische Untersuchungsausschuss hält es für sinnvoll, eine solche Prüfung einzuleiten.

### 5.3.2. Hygienekommission

Nach der bis zum 5. April 2012 geltenden Krankenhaushygieneverordnung vom 9. April 1990 ist zur Hygienekommission bestimmt:

*„§ 4 [Hygienekommission]*

*(1) Zur Beratung und Unterstützung der ärztlichen Leitung in allen krankenhaushygienischen Angelegenheiten ist eine Hygienekommission zu bilden.*

*(2) Der Kommission gehören in der Regel an:*

*der ärztliche Leiter/die ärztliche Leiterin als Vorsitzende(r)*

*der Verwaltungsleiter/die Verwaltungsleiterin*

*der Krankenpflegeleiter/die Krankenpflegeleiterin*

*der Hygienebeauftragte/die Hygienebeauftragte(n)*

*der Krankenhausdesinfektor/die Krankenhausdesinfektorin*

*die Hygienefachkräfte*

*der Krankenhaushygieniker/die Krankenhaushygienikerin.*

---

<sup>298</sup> Frau Wendorff, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 27/3835.

<sup>299</sup> Herr Dr. Götz, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2881.

<sup>300</sup> Herr Staatsrat Dr. Schuster, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 22/3082.

<sup>301</sup> Frau Dervedde, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahmen, 23/3309.

*Bei Bedarf können weitere Mitarbeiter oder Mitarbeiterinnen hinzugezogen werden.*

*(3) Die Aufgaben der Hygienekommission entsprechen den Richtlinien des Bundesgesundheitsamtes. Weitere Aufgaben können übertragen werden.*

*(4) Die Hygienekommission wird von der ärztlichen Leitung in regelmäßigen Abständen, mindestens halbjährlich, einberufen. Darüber hinaus ist sie in besonderen Fällen auf Antrag eines Drittels ihrer Mitglieder einzuberufen.“*

Die durch § 2 der Geschäftsordnung der Hygienekommission des Klinikums Bremen-Mitte vom 4. März 2009<sup>302</sup> bestimmte personelle Zusammensetzung der Hygienekommission am Klinikum Bremen-Mitte entsprach diesen Anforderungen und entspricht auch den Anforderungen des nun geltenden § 3 Abs. 1 der Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen. Die Hygienekommission tagte in den zurückliegenden Jahren mindestens halbjährlich.

Im Übrigen sind jedoch Defizite festzustellen. Die Teilnahme insbesondere der der Hygienekommission regelmäßig angehörenden Mitglieder war, abgesehen vom Vorsitzenden der Kommission, Herrn Professor Dr. Huppertz, und dem früheren Krankenhaushygieniker, Herrn Dr. Kappler, unzureichend. Zur Verdeutlichung: In der Zeit von 2009 bis einschließlich 2011 war auf den sechs ordentlichen Hygienekommissionssitzungen von den drei Geschäftsführern des Klinikums Bremen-Mitte lediglich einmal die Ärztliche Geschäftsführerin zugegen. Der Kaufmännische Geschäftsführer und die Pflegerische Geschäftsführerin nahmen an keiner Hygienekommissionssitzung teil. Dieses Teilnahmeverhalten steht im Widerspruch zu der in § 1 der Geschäftsordnung der Hygienekommission enthaltenen Aufgabenbestimmung der Hygienekommission, Empfehlungen für die Geschäftsführung zu allen Maßnahmen zu erarbeiten, welche die hygienischen Verhältnisse im Klinikum verbessern.<sup>303</sup> Eine effektive Beratung kann zumindest bei dauerhafter Abwesenheit nicht erfolgt sein. Es zeigt sich ein nicht zu akzeptierendes Desinteresse der Geschäftsführung an Hygienefragen. Das Fehlen der Mitglieder der Geschäftsführung ist auch nicht dadurch kompensierbar, dass Herr Professor Dr.

---

<sup>302</sup> Geschäftsordnung der Hygienekommission des Klinikums Bremen-Mitte vom 4. März 2009, Band 83, S. 232 ff.

<sup>303</sup> Geschäftsordnung der Hygienekommission des Klinikums Bremen-Mitte vom 4. März 2009, Band 83, S. 233.

Huppertz als Vorsitzender der Hygienekommission von der Ärztlichen Geschäftsführerin mit der Wahrnehmung des Bereiches Krankenhaushygiene betraut worden war. Die Regelung der Krankenhaushygieneverordnung vom 9. April 1990 und deren Umsetzung in der Geschäftsordnung der Hygienekommission betreffend die regelmäßigen Mitglieder belegt, dass gerade auch die Geschäftsführer, die nicht primär mit Hygienefragen befasst sind, durch die Hygienekommission beraten werden sollen.

Weiter ist zur Anwesenheit der regelmäßigen Mitglieder festzustellen, dass die drei Hygienefachkräfte des Klinikums Bremen-Mitte nur ein einziges Mal vollzählig an einer Hygienekommissionssitzung teilgenommen haben. Auch die hygienebeauftragten Ärzte waren nur ein einziges Mal vollzählig. Ordentliche Hygienekommissionssitzungen fanden lediglich zwei Mal im Jahr statt. Durch eine frühzeitige Anberaumung sind Terminskollisionen zu vermeiden. Soweit ständig das Fachpersonal nur teilweise anwesend ist, kann die Kommission der Aufgabe einer Beratung der Geschäftsführung nicht gerecht werden. Es ist dementsprechend auch nicht ersichtlich, dass entsprechend § 1 der Geschäftsordnung der Hygienekommission des Klinikums Bremen-Mitte in einem wesentlichen Umfang Empfehlungen durch die Hygienekommission für die Geschäftsführung zu Maßnahmen erarbeitet worden wären, welche die hygienischen Verhältnisse verbessern. Die Beschlüsse und Empfehlungen der Hygienekommission hatten äußerst punktuellen Charakter. Dies verdeutlicht die folgende Darstellung der in der Zeit von 2009 bis einschließlich 2011 gefassten Empfehlungen:

- In der Hygienekommissionssitzung von 5. März 2009 ist beschlossen worden, dass aufgrund von Stolperunfällen im ZOP im Flurbereich und den Nebenräumen des ZPOs auf die routinemäßige Fußbodendesinfektion verzichtet und nur noch eine Reinigung durchgeführt wird, wobei sichtbare oder wissentliche Kontaminationen der Fußböden nach wie vor desinfizierend zu reinigen sind.<sup>304</sup>
- Gleichfalls in der Hygienekommissionssitzung vom 5. März 2009 hat die Hygienekommission betreffend die Instrumentenaufbereitung einem Testlauf mit dem Reinigungsprodukt Sekumatic MultiClean zugestimmt, ferner einer Vereinheitlichung der Reinigung patientennaher wie auch patientenferner Bereiche mit Flächendesinfektionsmitteln zugestimmt.<sup>305</sup>

---

<sup>304</sup> Protokoll der Hygienekommissionssitzung vom 5. März 2009 zu Nummer 5, Band 55, S. 58 f.

<sup>305</sup> Protokoll der Hygienekommissionssitzung vom 5. März 2009 zu Nummern 8 und 9, Band 55, S. 59 f.

- In der Hygienekommissionssitzung vom 11. März 2010 wird ein Beschluss darüber gefasst, dass Mitarbeiter die patientennah eingesetzt werden, keine gegelten oder künstlichen Fingernägel tragen dürfen.<sup>306</sup>
- In der Hygienekommissionssitzung vom 10. März 2011 ist eine „Liste zum Umgang mit MRSA-Patienten“ verabschiedet worden.<sup>307</sup>

Die vorstehende Auflistung verdeutlicht, dass die Formulierung und Beschlussfassung durch die Hygienekommission nur in geringem Umfang und äußerst einzelfallbezogen erfolgt ist. Im Übrigen sind im Rahmen der Hygienekommissionssitzungen eine Vielzahl von Problemen angesprochen und erörtert worden. Die Hygienekommission mag insoweit zur Informationssammlung und –verbreitung beigetragen haben. Die nach der eigenen Geschäftsordnung vorrangige Aufgabe der Erarbeitung von Empfehlungen für die Geschäftsführung ist hingegen nur spärlich wahrgenommen worden.

Es ist ferner festzustellen, dass die Hygienekommission inhaltlich den mit der Präambel der Geschäftsordnung der Hygienekommission des Klinikums Bremen-Mitte vom 4. März 2009 selbstgesetzten Maßstäben nicht entsprochen hat, wonach das Infektionsschutzgesetz und die Richtlinien des Robert Koch-Institutes für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention in ihren aktuellen Fortschreibungen richtungsweisend für die eigene Tätigkeit sein sollten.<sup>308</sup> Eine Befassung insbesondere mit den Richtlinien der KRINKO ist kaum zu erkennen, obwohl hierzu Anlass bestanden hätte, insbesondere im Hinblick auf die Empfehlung betreffend personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen.<sup>309</sup> Eine geforderte Begründung<sup>310</sup> für die Unterschreitung der Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“ wurde zumindest gemäß der Protokolle der Hygienekommissionssitzungen nicht erarbeitet.

Das Deutsche Beratungszentrum für Hygiene hat zur Ergänzung und Unterstützung der Arbeit der Hygienekommission die Einrichtung von regelmäßigen Arbeitstreffen der hygienebeauftragten Ärzte und Pflegenden mit der Hygieneabteilung auf

---

<sup>306</sup> Protokoll der Hygienekommissionssitzung vom 11. März 2010 zu Nummer 9, Band 55, S. 35 f.

<sup>307</sup> Protokoll der Hygienekommissionssitzung vom 10. März 2011 zu Nummer 10, Band 55, S. 13.

<sup>308</sup> Geschäftsordnung der Hygienekommission des Klinikums Bremen-Mitte vom 4. März 2009, Band 83, S. 233.

<sup>309</sup> Bundesgesundheitsblatt 2009, S. 951 ff.

<sup>310</sup> Herr Professor Dr. Martin Exner, Schreiben an den parlamentarischen Untersuchungsausschuss vom 3. November 2012, S. 6.

Zentrumsebene, zum Beispiel einmal pro Quartal und ein haus- oder Gesundheit Nord-weites Treffen einmal im Jahr empfohlen.<sup>311</sup> Der Mitarbeiter des Deutschen Beratungszentrums für Hygiene, Herr Dr. Schulz-Stübner, erläuterte insoweit, dass die Hygienekommission keine Arbeitssitzung sei, in der grundsätzliche Probleme diskutiert werden könnten. Die Arbeitstreffen könnten diese Funktion übernehmen, um die Hygienekommission zu entlasten und für diese Vorarbeit zu leisten.<sup>312</sup> Der parlamentarische Untersuchungsausschuss empfiehlt, insbesondere den Empfehlungen der externen Sachverständigen, die auf eine stärkere Kooperation der Krankenhäuser des Klinikverbundes in Hygienefragen gerichtet waren, nachzugehen. Verbesserungen und Erkenntnisse in einem Krankenhaus des Klinikverbundes können so zu Veränderungsprozessen im gesamten Verbund führen.

#### 5.4. Hygieneplan

Ein weiteres Instrument zur Minimierung von Infektionsrisiken sind Hygienepläne. Eine Pflicht zur Aufstellung von Hygieneplänen resultiert für Krankenhäuser aus § 23 Abs. 5 S. 1 Nr. 1 Infektionsschutzgesetz in der seit dem 4. August 2011 geltenden Fassung.<sup>313</sup> Die Verpflichtung zur Aufstellung eines Hygieneplans ist ferner landesrechtlich inhaltsgleich in § 3 Abs. 8 der Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen vom 5. April 2012<sup>314</sup> verankert. Inhaltliche Vorgaben für die Erstellung der Hygienepläne enthält weder das Bundes- noch das Landesrecht. Bei der Erstellung des Hygieneplans sollen die Analyse der Infektionsgefahren, die Bewertung der Risiken, konkrete Maßnahmen zur Risikominimierung, die Festlegung von Überwachungsverfahren und Zeitabschnitten zur Überprüfung der Effizienz und der Aktualität des Hygieneplans sowie Einzelheiten der Dokumentation und der Schulung der Beteiligten Berücksichtigung finden.<sup>315</sup> Die vorgenannten Aspekte haben im Hygieneplan des Klinikums Bremen-Mitte<sup>316</sup> Niederschlag gefunden. Eine Festlegung von Zeitabschnitten zur Überprüfung der Effizienz und der Aktualität des Hygieneplans ist nicht im Hygieneplan verankert. Der Hygieneplan wurde nicht in regelmäßigen Abständen aktualisiert. Im Protokoll der Hygienekommissionssitzung

---

<sup>311</sup> Visitationsbericht des Deutschen Beratungszentrums für Hygiene vom 8. Dezember 2011 Band 22, S. 9.

<sup>312</sup> Herr Dr. Schulz-Stübner, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 3/469 f.

<sup>313</sup> Vormals § 36 Abs. 1 Infektionsschutzgesetz.

<sup>314</sup> Brem.GBl. S. 125.

<sup>315</sup> Bales/Baumann/Schnitzler, Infektionsschutzgesetz, Kommentar und Vorschriftensammlung, Stuttgart, 2. Aufl., 2003, § 36 Rn. 3.

<sup>316</sup> Hygieneplan des Klinikums Bremen-Mitte, Stand: Dezember 2006, Band 56, S. 1 ff. der dritten Paginierung.

vom 1. September 2011 unter Nr. 11 zum Punkt „Verschiedenes“ wird ausgeführt, dass aufgrund starker Beanspruchung der Fachkräfte für Hygiene und Infektionsprävention in der Krankenhaushygiene der Hygieneplan 2010 und 2011 nicht überarbeitet werden konnte.<sup>317</sup>

Inhaltliche Kritikpunkte am Hygieneplan sind von den Experten, abgesehen von den darin unter dem Gliederungspunkt I zur Flächendesinfektion und Hausreinigung enthaltenen Vorgaben,<sup>318</sup> die im Abschnitt zur Reinigung gesondert behandelt werden, kaum vorgebracht worden. Vielmehr bestand eine weitgehend positive Beurteilung: Sowohl Herr Dr. Eckmanns vom Robert Koch-Institut als auch Herr Dr. Schulz-Stübner vom Deutschen Beratungszentrum für Hygiene äußerten auf entsprechende Nachfragen keinen Änderungs- oder Ergänzungsbedarf.<sup>319</sup> Herr Dr. Weißgerber vom Deutschen Beratungszentrum für Hygiene bezeichnete die Hygienepläne und – dokumente am Klinikum Bremen-Mitte sogar als „überdurchschnittlich“ benannte jedoch die Umsetzung als kritischen Punkt.<sup>320</sup> Hinsichtlich der Bekanntheit und Verfügbarkeit des Hygieneplans im Klinikum Bremen-Mitte hätten Mitarbeiter des Klinikums bei entsprechenden Nachfragen auf den Hygieneplan verwiesen und hätten gewusst, wo sie diesen einsehen können.<sup>321</sup>

Allerdings ist dem Jahresbericht der Krankenhaushygiene 2010 zu entnehmen, dass bei einer Überprüfung der Kennzahlen hinsichtlich der Unterweisungen zum Hygieneplan im Klinikum Bremen-Mitte festgestellt worden sei, dass diese nur lückenhaft durchgeführt worden seien. Von 105 vorgesehenen Hygieneplanunterweisungen für Abteilungs-, Stationsleitungen und Hauswirtschaft seien 39 nicht durchgeführt worden. Noch gravierender stellt sich der Ausfall bei den Ärzten dar, von 22 vorgesehenen Hygieneplanunterweisungen seien 12 nicht durchgeführt worden. Um für 2011 ein besseres Ergebnis zu erzielen, wurde die Geschäftsführung um Unterstützung gebeten.<sup>322</sup>

---

<sup>317</sup> Protokoll der Hygienekommissionssitzung vom 1. September 2011 zu Nr. 11, Band 55, S. 5.

<sup>318</sup> Hygieneplan des Klinikums Bremen-Mitte, Stand: Dezember 2006, Band 56, S. 108 f. der dritten Paginierung.

<sup>319</sup> Herr Dr. Schulz-Stübner, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 3/452 f.; Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 15/2101.

<sup>320</sup> Herr Dr. Weißgerber, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 3/526 f.

<sup>321</sup> Herr Dr. Schulz-Stübner, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 3/453.

<sup>322</sup> Jahresbericht der Krankenhaushygiene 2010, Band 14, 7 - 300.

Hinzu kommt, dass der Hygieneplan aufgrund der personellen Situation in den Jahren 2010 und 2011 nicht insgesamt überarbeitet werden konnte.<sup>323</sup>

Herr Professor Dr. Popp listete in seinem Gutachten aus seiner Sicht bestehende Mängel des Hygieneplanes auf.<sup>324</sup> So kritisierte Herr Professor Dr. Popp, der Hygieneplan sei offensichtlich von Hygienefachkräften erarbeitet worden, es sei nicht klar, ob er in der Hygienekommission beschlossen worden sei. Hierzu hat die Beweisaufnahme ergeben, dass der Hygieneplan in der Hygienekommissionssitzung vom 8. März 2007 beschlossen worden ist. In dem Protokoll der Hygienekommission vom 8. März 2007 heißt es hierzu:

*„6. Verabschiedung Hygieneplan*

*Dem Hygieneplan wird zugestimmt. (Es folgt noch eine inhaltliche Änderung)  
Nach Einarbeitung der redaktionellen Änderung, wird der Hygieneplan den  
Bereichen zur Verfügung gestellt.“<sup>325</sup>*

Der Umstand, dass der Hygieneplan von den Hygienefachkräften erarbeitet wurde, ist nicht zu kritisieren, sondern entspricht den Empfehlungen der KRINKO „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“ vom 20. August 2009.<sup>326</sup>

Unzutreffend ist zudem die Kritik von Herrn Professor Dr. Popp daran, dass dem Hygieneplan kein Desinfektionsplan beigelegt sei. Tatsächlich heißt es im Hygieneplan ausdrücklich:

*„Desinfektionspläne, die für die einzelnen Abteilungen erstellt sind, gelten als  
Bestandteil des Hygieneplans.“<sup>327</sup>*

In den Akten des parlamentarischen Untersuchungsausschusses befindet sich auch ein Desinfektionsplan für die Klinik für Neonatologie und Pädiatrische Intensivstation

---

<sup>323</sup> Protokoll, Hygienekommissionssitzung vom 1. September 2011, Band 55, S. 2 ff., S. 5.

<sup>324</sup> Sachverständigengutachten von Herrn Professor Dr. Popp im Ermittlungsverfahren der Staatsanwaltschaft Bremen vom 28. August 2012, Band 207, S. 32.

<sup>325</sup> Protokoll der Hygienekommissionssitzung vom 8. März 2007, Band 83, S. 257.

<sup>326</sup> Bundesgesundheitsblatt 2009, S. 951, 956.

<sup>327</sup> Vorwort, Hygieneplan, Gesundheit Nord, Klinikum Bremen-Mitte, Band 14, S. 7-11.

mit dem Stand Juli 2009.<sup>328</sup> Dieser Plan war auch, wie sich aus dem Inhaltsverzeichnis des Laufwerkes T ergibt, als Anlage und Dienstanweisung zum Hygieneplan im gleichen Ordner abgelegt, so dass ein Zugriff bestand.<sup>329</sup>

Nach den Erkenntnissen des parlamentarischen Untersuchungsausschusses ist eine Fortentwicklung des Hygieneplans in einzelnen Punkten erforderlich. Hierbei sollten anhand der Empfehlungen der KRINKO zum Ausbruchsmanagement<sup>330</sup> die Vorgaben des Hygieneplanes untersucht werden. Die insoweit bestehenden Abweichungen werden gesondert im Abschnitt Ausbruchsmanagement<sup>331</sup> behandelt. Eine umfassende eigenständige Überprüfung des gesamten Hygieneplanes, die über die genannten Bereiche hinausgeht, konnte der parlamentarische Untersuchungsausschuss nicht leisten. Die Anzahl der Vollzeitstellen der Hygienefachkräfte muss zur Sicherstellung der Überarbeitung und steten Aktualisierung des Hygieneplans den Vorgaben der Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen zeitnah angepasst werden.

## **5.5. Dokumentation**

Auch im Bereich der Hygiene bestehen inzwischen umfangreiche Dokumentationspflichten, die sich im Wesentlichen aus § 23 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz ergeben.

### **5.5.1. Dokumentation nosokomialer Infektionen**

Gemäß § 23 Abs. 4 S. 1 Infektionsschutzgesetz in der seit dem 4. August 2011 geltenden Fassung<sup>332</sup> bestehen bei nosokomialen Infektionen und insbesondere beim Auftreten von Krankheitserregern mit speziellen Resistenzen umfangreiche Dokumentationspflichten:

---

<sup>328</sup> Desinfektionsplan, Klinik für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin, Band 14, S. 7-205 f.<sup>329</sup> Ordner 7 Hygienemanagement KBM, Band 14, S. 7-1.

<sup>329</sup> Ordner 7 Hygienemanagement KBM, Band 14, S. 7-1.

<sup>330</sup> Bundesgesundheitsblatt 2002, 180 ff.

<sup>331</sup> Siehe unter „8. Ausbruchsmanagement“.

<sup>332</sup> § 23 Abs. 1 S. 1 Infektionsschutzgesetz alte Fassung.

*„Die Leiter von Krankenhäusern und von Einrichtungen für ambulantes Operieren haben sicherzustellen, dass die vom Robert Koch-Institut nach § 4 Abs. 2 Nr. 2.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.“*

Ausweislich des Visitationsberichts des Deutschen Beratungszentrums für Hygiene vom 8. Dezember 2011 erfolgte die Aufzeichnung am Klinikum Bremen-Mitte, indem die Befunde an die ärztlichen Mitarbeiter weitergeleitet und durch diese in einem Ordner abgeheftet wurden. Die Information der Hygienefachkräfte sei gleichfalls in Papierform erfolgt.<sup>333</sup> Unabhängig davon, dass der betreffende Ordner sich auch noch als lückenhaft erwies,<sup>334</sup> wird dieses Vorgehen durch die Sachverständigen des Deutschen Beratungszentrums für Hygiene kritisiert. Insbesondere im Hinblick auf die nach dem Infektionsschutzgesetz vorzunehmende Bewertung der Befunde wird deren Abheftung in Papierform in Ordnern als nicht mehr zeitgemäß und ineffektiv beurteilt.<sup>335</sup> Darüber hinaus ist als problematisch beurteilt worden, dass die Zuständigkeiten am Klinikum Bremen-Mitte nicht klar geregelt gewesen seien. Eine klare Zuweisung der Aufgabe, die Befunde zu sichten und zu bewerten, habe gefehlt. Sinnvoll sei es, dass diese Aufgabe der hygienebeauftragte Arzt wahrnehme. Tatsächlich sei es so gewesen, dass sich nach dem Zufallsprinzip derjenige gekümmert habe, der den Befund aus dem Faxgerät genommen habe.<sup>336</sup>

Als Reaktion auf diese Kritik hat die Gesundheit Nord im „10-Punkte-Maßnahmenplan“ als ersten Punkt die Etablierung eines EDV-gestützten Frühwarnsystems für Keimbefunde aufgeführt:

---

<sup>333</sup> Visitationsbericht des Deutschen Beratungszentrums für Hygiene vom 8. Dezember 2011, Band 22, S. 6.

<sup>334</sup> Vgl. hierzu ausführlich: Herr Staatsrat Professor Stauch, Bericht, Ausbruch von ESBL bildenden *Klebsiella pneumoniae* im Zentrum für Kinderheilkunde, Klinik Bremen-Mitte im Jahr 2011, Bremen, den 20. Dezember 2011, Band 50, S. 29 f.

<sup>335</sup> Herr Dr. Schulz-Stübner, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 3/427 f.; Herr Dr. Weißgerber, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 3/532 f.

<sup>336</sup> Herr Dr. Schulz-Stübner, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 3/422 f.

*„1. Etablierung eines EDV-gestützten Frühwarnsystems für Keimbefunde*

*Kamen bislang die Keimbefunde aus dem Labor auf Papier ausgedruckt auf die Station, wird es künftig eine spezielle Software geben. Somit ist es nicht mehr nötig, die Befunde in einem speziellen Ordner auf der Station zu sammeln. Es gab damit zwar durchaus für die Stationen ein Frühwarnsystem für Keimbefunde, allerdings in Papierform. Es hat sich gezeigt, dass diese Art der Dokumentation nicht optimal und zu umständlich war. Die neue Software ist mittels einer Schnittstelle direkt mit dem Labor verbunden, so dass die Mitarbeiter auf der Station die Befunde tagesaktuell schnell und unkompliziert am Rechner einsehen können und automatisch bei auffälligen Befunden gewarnt werden.“*

Die Implementierung des hierzu erworbenen Computersystems „Hybase“ wird nunmehr umgesetzt. Zur Zeit der letzten Vernehmung der Pflegerischen Geschäftsführerin des Klinikums Bremen-Mitte durch den parlamentarischen Untersuchungsausschuss vom 21. Juni 2012 befand sich die Software im Probelauf und es fanden parallel Schulungen statt.<sup>337</sup> Frau Senatorin Jürgens-Pieper teilte bei ihrer Anhörung am 11. Oktober 2012 mit, die Einführung eines EDV-gestützten Frühwarnsystems für Keimbefunde sei mittlerweile abgeschlossen.<sup>338</sup>

Die Dokumentationspflicht nach § 23 Abs. 4 S. 1 Infektionsschutzgesetz bezieht sich nicht auf mikrobiologische Labore. Frau Professorin Dr. Klouche, die ärztliche Leiterin der Bremer Zentrum für Laboratoriumsmedizin GmbH, führte hierzu gegenüber dem Ausschuss aus, Befunde, die nach § 23 Infektionsschutzgesetz erfassungspflichtig seien, gingen an den einsenden Arzt und in Kopie an die Hygienefachkräfte.<sup>339</sup> Eine weitere Dokumentation erfolge nicht, das sei auch nicht Aufgabe der Labormedizin.<sup>340</sup>

## **5.5.2. Dokumentation des Antibiotikaverbrauchs**

---

<sup>337</sup> Frau Wendorff, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 28/4052.

<sup>338</sup> 3. AR-Sitzung der Gesundheit Nord am 28. September 2012, 3.1 Umsetzungsstand 10-Punkte Maßnahmenplan im KBM, überreicht von Frau Senatorin Jürgens-Pieper am 11. Oktober 2012.

<sup>339</sup> Frau Professorin Dr. Klouche, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme 6/794 f.

<sup>340</sup> Frau Professorin Dr. Klouche, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme 6/797.<sup>341</sup> Visitationsbericht des Deutschen Beratungszentrums für Hygiene vom 8. Dezember 2011, Band 22, S. 10.

Mit § 23 Abs. 4 S. 2 Infektionsschutzgesetz in der seit dem 4. August 2011 geltenden Fassung ist im Hinblick auf die zunehmende Resistenzentwicklung bei Keimen bezüglich des Antibiotikaverbrauchs eine neue Dokumentationspflicht folgenden Inhalts geschaffen worden:

*„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.“*

Im Hinblick darauf, dass diese Dokumentationspflicht erst mit Wirkung zum 4. August 2011 eingetreten ist, konnte insoweit am Klinikum Bremen-Mitte noch keine Dokumentationspraxis festgestellt werden. Zur künftigen Umsetzung hat das Deutsche Beratungszentrum für Hygiene ein sogenanntes „Antibiotic-Stewardship“ vorgeschlagen und ferner als Unterkommission der Arzneimittelkommission eine Antibiotikakommission.<sup>341</sup> Mit einem „Antibiotic-Stewardship“ ist eine Zusammenführung der Daten betreffend den Antibiotikaverbrauch und der Resistenzstatistiken gemeint. Die Antibiotikakommission soll die Bewertungsaufgaben wahrnehmen. Eine Ergänzung kann ein solches Konzept zur Beratung individueller Therapieentscheidungen durch sogenannte infektiologische Visiten erhalten,<sup>342</sup> wobei diese insbesondere aufgrund des damit verbundenen Aufwandes an personellen Ressourcen primär für die Risikobereiche empfohlen werden, etwa für Intensivstationen, die Hämatologie, die Onkologie oder Stationen mit Knochenmarkstransplantationen.<sup>343</sup>

### 5.5.3. Patienten- und Pflegedokumentation

---

<sup>341</sup> Visitationsbericht des Deutschen Beratungszentrums für Hygiene vom 8. Dezember 2011, Band 22, S. 10.

<sup>342</sup> Herr Dr. Schulz-Stübner, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 3/430 ff.

<sup>343</sup> Herr Dr. Schulz-Stübner, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 3/425 f.

Nicht primär dem Bereich der Hygiene zuzuordnende Probleme ergaben sich ferner im Bereich der Patienten- und Pflegedokumentation. Der Zwischenbericht des Robert-Koch-Instituts vom 29. November 2011 führt hierzu aus, dass die Zuordnung eines Patienten zu einem Bettenplatz und für die Station 4027 auch eine Zuordnung zu einem Zimmer nicht dokumentiert und somit nicht analysierbar sei. Ferner lägen die Akten entlassener Patienten meist nur noch in digitalisierter Form vor. Wegen eingeschränkter Lesbarkeit und teilweise nicht nachvollziehbarer Chronologie sei deren Auswertung erschwert. Unter hygienischen Gesichtspunkten hätten sich daraus Konsequenzen ergeben, weil gemäß den Ausführungen des Robert Koch-Instituts unter anderem aufgrund der unzureichenden Dokumentation eine retrospektive analytische Studie im November 2011 nicht erfolgversprechend gewesen sei,<sup>344</sup> mithin die Suche nach möglichen Ursachen eines Keimausbruchs beeinträchtigt worden sei. Dieser Kritikpunkt ist nunmehr behoben worden. Die Pflegerische Geschäftsführerin des Klinikums Bremen-Mitte teilte am 21. Juni 2012 mit, die Pflegedokumentation weise nunmehr aus, welcher Bettenplatz zu welcher Zeit mit welchem Kind belegt sei.<sup>345</sup>

## 5.6. Routinescreening

Routinemäßig durchgeführte Screenings der Patienten auf multiresistente Erreger, die zunächst bei der Aufnahme als Eingangsscreening und sodann in regelmäßigen Abständen erfolgen, geben Aufschluss darüber, ob eine Person mit einem solchen Keim besiedelt oder gar infiziert ist. Das Wissen darüber ist entsprechend den Ausführungen des Sachverständigen Herrn Professor Dr. Friedrich medizinisch sinnvoll, weil es die Verhinderung der Ausbreitung durch Isolierung des Patienten ermöglicht. Ferner kann im Fall einer späteren Infektion umgehend das richtige Antibiotikum zur Therapie eingesetzt werden.<sup>346</sup>

Vor Januar 2012 vertrat die KRINKO in der „Empfehlung zur Prävention nosokomialer Infektionen bei neonatologischen Intensivpflegepatienten mit einem Geburtsgewicht unter 1.500g“ die Auffassung, eine generelle Empfehlung für ein patienten- und umgebungsbezogenes mikrobiologisches Monitoring ohne Infektionsverdacht und ohne

---

<sup>344</sup> Zwischenbericht des Robert Koch-Instituts vom 29. November 2011, Band 16, S. 25.

<sup>345</sup> Frau Wendorff, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 28/4050 f.

<sup>346</sup> Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2942 ff.

die Indikation eines Ausbruchs könne nicht gegeben werden.<sup>347</sup> In der Neonatologie des Klinikums Bremen-Mitte wurden seit Anfang März 2011 alle neu aufgenommenen Neugeborenen auf MRSA gescreent.<sup>348</sup> Ein regelmäßiges Screening in Bezug auf ESBL-Erreger wurde vor dem 25. Oktober 2011 nicht durchgeführt.<sup>349</sup>

Mittlerweile hat die KRINKO eine Empfehlung zu „Hygienemaßnahmen bei Infektionen oder Besiedelung mit multiresistenten gramnegativen Stäbchen“ veröffentlicht.<sup>350</sup> Sie behandelt die Frage, ob ein Patientenscreening erfolgen soll, getrennt nach den einzelnen Erregern. Bei Klebsiellen empfiehlt die Kommission, alle Patienten mit Risiko für eine Besiedelung oder Infektion mit 4MRGN Klebsiella spp., also solchen Bakterien, die eine Resistenz gegen vier von vier Antibiotikagruppen aufweisen, zu screenen und bis zum Vorliegen der Ergebnisse zu isolieren.<sup>351</sup> Als Risikopatienten gelten solche, die kürzlich Kontakt zum Gesundheitssystem in Ländern mit endemischem Auftreten hatten und solche, die zu 4MRGN Klebsiella spp.-positiven Patienten Kontakt hatten. Außerdem sollten Screening-Richtlinien auf Basis der Patientenstruktur festgelegt und regelmäßig auf Basis aktueller Informationen aktualisiert werden.<sup>352</sup> Ein aktives Screening auf 3MRGN Klebsiella spp., also auf solche Klebsiellen, die eine Resistenz gegen drei von vier Antibiotikagruppen aufweisen, in der endemischen Situation zur Prävention der weiteren Verbreitung wird nicht empfohlen, weil es sich nicht als effektiv erwiesen habe.<sup>353</sup> Screening aus anderen Gründen, z.B. als Grundlage für kalkulierte empirische Antibiotika-Therapien in der Neonatologie bleibe davon unberührt.<sup>354</sup>

In einer im Januar 2012 veröffentlichten ergänzenden Empfehlung zur „Prävention nosokomialer Infektionen bei neonatologischen Intensivpflegepatienten mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g“<sup>355</sup> hat die KRINKO ihre Empfehlungen zum patientenbezogenen mikrobiologischen Monitoring neu formuliert. Bei intensivmedizinisch behandelten Frühgeborenen ist danach ein klinisch-mikrobiologisches Screening (in Bezug auf die Kolonisation) auf solche multiresistenten Infektionserreger indiziert, die meist den Nasopharynx

---

<sup>347</sup> Epidemiologisches Bulletin Nr. 2, 16. Januar 2012, S. 13.

<sup>348</sup> Schreiben des Gesundheitsamtes an die Station 4027 des Klinikums Bremen-Mitte vom 13. Mai 2012, Band 52, S. 93 f.

<sup>349</sup> Zwischenbericht des Robert Koch-Instituts vom 29. November 2011, Band 16, S. 26.

<sup>350</sup> Bundesgesundheitsblatt 2012, S. 1311 ff.

<sup>351</sup> Bundesgesundheitsblatt 2012, S. 1311 (1336).

<sup>352</sup> Bundesgesundheitsblatt 2012, S. 1311 (1337).

<sup>353</sup> Bundesgesundheitsblatt 2012, S. 1311 (1337).

<sup>354</sup> Bundesgesundheitsblatt 2012, S. 1311 (1337).

<sup>355</sup> Epidemiologisches Bulletin Nr. 2, 16. Januar 2012.

(Rachenabstrich) und den Gastrointestinaltrakt (Analabstrich) besiedeln, um ggf. frühzeitig eine kalkulierte Infektionstherapie einleiten zu können. Empfohlen wird eine Untersuchung in wöchentlichem Abstand bis zum Ende der Intensivüberwachung. Bei Frühgeborenen mit durch extreme Unreife bei Geburt oder durch Komplikationen bedingtem verlängerten Krankenhausaufenthalt, multiplen Infektionen und somit einer erheblichen Exposition gegenüber Breitspektrum-Antibiotika sollte das wöchentliche mikrobiologische Screening ggf. erweitert werden (z. B. Wundabstrich oder beim intubierten Patienten Trachealsekret). Diese Empfehlungen gelten neben der Empfehlung zu „Hygienemaßnahmen bei Infektionen oder Besiedelung mit multiresistenten gramnegativen Stäbchen“ nach wie vor als spezielle Maßnahmen für besonders gefährdete Patientenpopulationen.<sup>356</sup>

Der Sachverständige Herr Dr. Eckmanns vom Robert Koch-Institut hat ein entsprechendes Screening zumindest partiell für Geburtshilfestationen empfohlen und hält mindestens ein risikoadaptiertes Eingangsscreening bei Schwangeren für geboten.<sup>357</sup> Das Robert Koch-Institut empfahl dem Klinikum Bremen-Mitte zumindest bezogen auf den Ausbruchsfall, die Patienten im Zentrum für Kinderheilkunde zweimal wöchentlich zu screenen und dieses über mindestens einen Monat nach dem letzten Nachweis fortzusetzen.<sup>358</sup>

Nach der Wiedereröffnung der Station 4027 im Januar 2012 erfolgte wöchentlich ein Routinescreening der Frühchen. Die Verantwortlichen gingen davon aus, dass der Keimausbruch beendet war.<sup>359</sup> Das wöchentliche Screening entsprach auch der Empfehlung des Deutschen Beratungszentrums für Hygiene in seinem Visitationsbericht.<sup>360</sup> Herr Dr. Körner, der damalige Leiter der Station 4027, führte dazu bei seiner Anhörung aus:

*„Wir haben gemäß den KRINKO-Vorschriften, die Anfang dieses Jahres ja ergänzt worden sind, entschieden, die regelmäßigen Screening-Untersuchungen für Frühgeborene unter 1 500 Gramm auf die gesamte Station, also auch auf die größeren Kinder, auszuweiten,*

---

<sup>356</sup> Bundesgesundheitsblatt 2012, S. 1311 (1312).

<sup>357</sup> Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 15/2110 f.

<sup>358</sup> Zwischenbericht des Robert Koch-Instituts vom 29. November 2011, Band 16, S. 27.

<sup>359</sup> Bericht Neonatologie am Klinikum Bremen-Mitte, Band 197, S. 7.

<sup>360</sup> Visitationsbericht des Deutschen Beratungszentrums für Hygiene vom 8. Dezember 2011, Band 22, S. 50.

*und hatten uns entschieden, jeden Dienstag einen Abstrich bei den Kindern zu machen und sowohl auf MRSA-Keime als auch auf ESBL-Keime zu untersuchen.“<sup>361</sup>*

Der Sachverständige Herr Dr. Eckmanns vom Robert Koch-Institut kritisierte bei seiner Anhörung am 19. April 2012, dass die vom Robert Koch-Institut empfohlene Praxis, zweimal wöchentlich zu screenen, nicht beibehalten worden sei. Dies habe die Ausbruchsananlyse nach dem erneuten Ausbruch des Keims erschwert.<sup>362</sup>

## **5.7. Hygieneverhalten**

Neben den strukturellen, personellen und organisatorischen Anforderungen ist ferner das konkrete Hygieneverhalten in den Blick zu nehmen. Aufgrund des Aussageverhaltens der Mehrzahl der Mitarbeiter der neonatologischen Intensivstation, die weit überwiegend unter Berufung auf § 55 Strafprozessordnung die Aussage vor dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss verweigerten, können zu diesem Bereich nur in begrenztem Umfang Feststellungen getroffen werden.

### **5.7.1. Händehygiene**

Das Robert Koch-Institut geht in seinem Zwischenbericht vom 29. November 2011 davon aus, dass eine Übertragung der ESBL-bildenden Klebsiellen von Person-zu-Person am wahrscheinlichsten sei.<sup>363</sup> Bei der Übertragung von Person-zu-Person sind die Hände das wichtigste Übertragungsvehikel, weshalb die Händehygiene zu den wichtigsten Maßnahmen zur Verhütung von Krankenhausinfektionen gehört.<sup>364</sup>

Zur Händehygiene existiert eine Empfehlung der KRINKO.<sup>365</sup> Darüber hinaus gibt es Vorgaben in den Technischen Regeln für Biologische Arbeitsstoffe betreffend biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege (TRBA

---

<sup>361</sup> Herr Dr. Körner, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 9/1039.

<sup>362</sup> Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 15/2123 ff.

<sup>363</sup> Zwischenbericht des Robert Koch-Instituts vom 29. November 2011, Band 16, S. 23.

<sup>364</sup> Empfehlung der KRINKO zur Händehygiene, Bundesgesundheitsblatt 2000, 230.

<sup>365</sup> Empfehlung der KRINKO zur Händehygiene, Bundesgesundheitsblatt 2000, 230 ff.

250).<sup>366</sup> Die technischen Regeln für Biologische Arbeitsstoffe (TRBA) geben den Stand der sicherheitstechnischen, arbeitsmedizinischen, hygienischen sowie arbeitswissenschaftlichen Anforderungen bei Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen wieder. Sie werden vom Ausschuss für Biologische Arbeitsstoffe (ABAS) aufgestellt und von ihm der Entwicklung entsprechend angepasst. Die TRBA werden vom Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit im Bundesarbeitsblatt (seit 2007 im Gemeinsamen Ministerialblatt) bekannt gegeben.

Die Tätigkeit am Patienten mit Schutzhandschuhen bildet die Ausnahme. Sie soll nur bei vorhersehbarem oder wahrscheinlichem Erregerkontakt sowie bei möglicher massiver Verunreinigung mit Körperausscheidungen, Se- und Exkreten durchgeführt werden.<sup>367</sup> Die im Übrigen übliche Tätigkeit am Patienten ohne Handschuhe ist zu unterlassen, wenn beim jeweils handelnden ärztlichen oder pflegerischen Personal infektiöse Krankheitsprozesse vorliegen.<sup>368</sup> Ferner gilt nach Nr. 4.1.2.6 der TRBA 250, dass bei Tätigkeiten, die eine hygienische Händedesinfektion erfordern, an den Händen und Unterarmen keine Schmuckstücke, Uhren und Eheringe getragen werden dürfen.<sup>369</sup> Gegelte oder künstliche Fingernägel sind durch die Hygienekommission unter entsprechender Ergänzung des Hygieneplans ausdrücklich dem Begriff des „Schmucks“ im Sinne der TRBA 250 zugeordnet worden.<sup>370</sup> Dies steht im Einklang mit der hierzu bestehenden Bewertung durch die Fachwissenschaft.<sup>371</sup>

Um bei der Durchführung der Händehygiene keine Kontaminationen zu bewirken, müssen die Vorrichtungen in bestimmter Weise beschaffen sein. Wasserhähne und Waschbecken mit fließendem warmen und kalten Wasser, die zur Händedesinfektion dienen, müssen ohne Handkontakt zu bedienen sein (zum Beispiel durch Fuß- oder Ellenbogenbedienung). Ferner darf der Wasserstrahl nicht in den Siphon gerichtet sein, um ein Verspritzen keimhaltigen Wassers zu vermeiden. Der Spender mit der Waschlotion muss bequem per Ellenbogen zu betätigen sein. Die Waschlotion muss frei von pathogenen Keimen sein, wobei die Verwendung von Einmalflaschen

---

<sup>366</sup> Ausgabe: November 2003, zuletzt geändert und ergänzt April 2012 (GMBI. Nr. 15-20 vom 25. April 2012, S. 380), Abrufbar auf der Website der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin unter: <http://www.baua.de/de/Themen-von-A-Z/Biologische-Arbeitsstoffe/TRBA/TRBA-250.html>, abgerufen am 21. November 2012.

<sup>367</sup> Empfehlung der KRINKO zur Händehygiene, Bundesgesundheitsblatt 2000, 230.

<sup>368</sup> Empfehlung der KRINKO zur Händehygiene, Bundesgesundheitsblatt 2000, 230 f.

<sup>369</sup> TRBA 250: <http://www.baua.de/de/Themen-von-A-Z/Biologische-Arbeitsstoffe/TRBA/TRBA-250.html>, abgerufen am 21. November 2012.

<sup>370</sup> Protokoll der Hygienekommissionssitzung vom 11. März 2010 zu Nummer 9, Band 55, S. 35 f.

<sup>371</sup> Hirschmann/Aschenbrenner/Conrad, Künstliche Fingernägel aus krankenhaushygienischer Sicht, in: Krankenhaus-Hygiene + Infektionsverhütung 2008, 174, Band 55, S. 38 f.

empfohlen wird. Entsprechende Vorrichtungen nebst einem Handtuchspender müssen für jedes Patientenzimmer leicht erreichbar sein.<sup>372</sup>

Zur hygienischen Händedesinfektion sind vorzugsweise Mittel auf Wirkstoffbasis von Alkoholen zu verwenden. Das alkoholische Präparat ist über sämtliche Bereiche der trockenen Hände unter besonderer Berücksichtigung der Innen- und Außenflächen einschließlich Handgelenke, Flächen zwischen den Fingern, Fingerspitzen, Nagelfalze und Daumen einzureiben und für die Dauer der Einwirkungszeit feucht zu halten.<sup>373</sup> Zur Dauer der Einwirkungszeit werden 30 Sekunden als notwendig für die Erzielung eines optimalen Ergebnisses angegeben, wobei dieser Wert durch den Sachverständigen Herrn Dr. Zastrow als unabdingbarer Richtwert für die Händehygiene bezeichnet worden ist.<sup>374</sup> Herr Dr. Weißgerber vom Deutschen Beratungszentrum für Hygiene geht zwar ebenfalls davon aus, dass eine Einwirkungszeit von 30 Sekunden im Sinne optimaler Abreicherung der Bakterien anzustreben ist. Unter Bezugnahme auf Studien, nach denen die Bakterienabreicherung zu Beginn der Händedesinfektion am stärksten sei, spricht er jedoch einer Händedesinfektion bei kürzerer Einwirkungszeit nicht jeden Wert ab.<sup>375</sup>

Eine hygienische Händedesinfektion ist nach Empfehlung der KRINKO in folgenden Fällen erforderlich:

*„vor dem Betreten der reinen Seite der Personalschleuse von Operationsabteilungen,  
Sterilisationsabteilungen und anderen Reinraumbereichen,  
vor invasiven Maßnahmen, auch wenn dabei Handschuhe (steril oder nicht sterilisiert) getragen werden (z. B. Legen eines Venen- oder Blasenkatheters, vor Angiographie, Bronchoskopie, Endoskopie, Injektionen, Punktionen),  
vor Kontakt mit Patienten, die im besonderen Maße infektionsgefährdet sind (z. B. Leukämiepatienten, polytraumatisierte Patienten, bestrahlte oder sonstige schwer erkrankte Patienten, Verbrennungspatienten),*

---

<sup>372</sup> Empfehlung der KRINKO zur Händehygiene, Bundesgesundheitsblatt 2000, 231 ff.

<sup>373</sup> Empfehlung der KRINKO zur Händehygiene, Bundesgesundheitsblatt 2000, 231 (232).

<sup>374</sup> Herr Dr. Zastrow, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 2/220.

<sup>375</sup> Herr Dr. Weißgerber, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 3/560 f., 563 f.

*vor Tätigkeiten mit Kontaminationsgefahr (z. B. Bereitstellung von Infusionen, Herstellung von Mischinfusionen, Aufziehen von Medikamenten),*

*vor und nach jeglichem Kontakt mit Wunden,*

*vor und nach Kontakt mit dem Bereich der Einstichstellen von Kathetern, Drainagen u. Ä.,*

*nach Kontakt mit potenziell oder definitiv infektiösem Material (Blut, Sekret oder Exkremente) oder infizierten Körperregionen,*

*nach Kontakt mit potenziell kontaminierten Gegenständen, Flüssigkeiten oder Flächen (Urinsammelsysteme, Absauggeräte, Beatmungsgeräte, Beatmungsmasken, Trachealtuben, Drainagen, Schmutzwäsche, Abfälle u. Ä.),*

*nach Kontakt mit Patienten, von denen Infektionen ausgehen können oder die mit Erregern von besonderer krankenhaushygienischer Bedeutung besiedelt sind (z. B. MRSA),*

*nach Ablegen von Schutzhandschuhen bei stattgehabtem oder wahrscheinlichem Erregerkontakt oder massiver Verunreinigung.*<sup>376</sup>

Die vorstehenden Angaben zur Häufigkeit der Händedesinfektion geben eine Idealvorstellung wieder, der die Verhältnisse an deutschen Kliniken generell nicht entsprechen. Dies geht insbesondere aus den Ausführungen des Mitarbeiters des Deutschen Beratungszentrums für Hygiene Herrn Dr. Schulz-Stübner hervor:

*„Händehygiene, Schulung und Verbesserung der Compliance sind sozusagen das tägliche Brot und der Arbeitserhalt des Krankenhaushygienikers, deswegen gibt es uns und wird es uns hoffentlich auch noch lange geben! „Hoffentlich“ wäre eigentlich, wenn man uns dafür nicht mehr bräuchte. Nur 100 Prozent Compliance mit der Händehygiene ist sicherlich illusorisch, das muss man ehrlich sagen. Wenn man Compliance-Untersuchungen in der Literatur anschaut, dann liegen sie zwischen 30 und 60 Prozent Compliance bei Beobachtungsstudien, wobei 60 Prozent dann eben die Guten sind und die Mehrzahl sich da irgendwo eher unter 50*

---

<sup>376</sup> Empfehlung der KRINKO zur Händehygiene, Bundesgesundheitsblatt 2000, 231.

*Prozent bewegt. Das hat sich auch nicht wesentlich geändert, letzten Endes seit Ignaz Semmelweis nicht, also, die Erkenntnis ist nicht sehr neu, und das Problem, es eben nicht immer und überall zu tun, ist auch nicht neu.*

*Dazu kommen allerdings ein paar Einschränkungen. Einmal, muss man natürlich sagen, gibt es Momente der Händehygiene, die substanziell und entscheidend sind, und es gibt andere, die wünschenswert sind. Wenn sie sich meinetwegen beim Betreten oder beim Verlassen des Patientenzimmers die Hände desinfizieren, dann ist das wünschenswert, aber wenn sie es einmal nicht machen, ist noch nicht viel passiert. Es passiert dann etwas, wenn sie dann mit Ihrer nicht desinfizierten Hand an den Venenzugang des Patienten gehen und anfangen, daran herumzumanipulieren, also vor einer aseptischen Tätigkeit. Das ist etwas, das wir natürlich auch versuchen, in Schulungen herüberzubringen, also nicht, wo ist das ganz Wichtige, wo es eigentlich nie schiefgehen darf, wo sind Dinge, na ja gut, die solltet ihr zwar auch machen, aber - und damit sind wir wieder bei der Arbeitsorganisation - der entscheidende Punkt ist zu versuchen, diese Momente, wo ich es machen muss, eben Wechsel von Tätigkeiten, von Patient zu Patient, wieder irgendetwas holen, so gering wie möglich zu halten, damit eben auch der Zeitaufwand machbar ist.“<sup>377</sup>*

Das Klinikum Bremen-Mitte hat sich bemüht, die Händehygiene zu verbessern. Es nahm an der „Aktion Saubere Hände“ teil, einer nationalen Kampagne zur Verbesserung der Compliance der Händedesinfektion in deutschen Gesundheitseinrichtungen, die mit Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit vom Aktionsbündnis Patientensicherheit, der Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung und vom Nationalen Referenzzentrum für die Surveillance von nosokomialen Infektionen initiiert worden ist.<sup>378</sup> Gleichwohl ging im Zeitraum von 2009 bis 2010 der Händedesinfektionsmittelgebrauch auf der Station 4027 zurück. Im Rahmen einer Sitzung aus Anlass des gehäuften Auftretens von ESBL-bildenden Klebsiellen auf der Station 4027 vom 12. September 2011, an dem die Stationsleitung der Neonatologie,

---

<sup>377</sup> Herr Dr. Schulz-Stübner, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 3/455 f.

<sup>378</sup> Einzelheiten unter: <http://www.aktion-sauberehaende.de/>, abgerufen am 21. November 2012.

deren leitender Oberarzt und hygienebeauftragter Arzt sowie die zuständige Hygienefachkraft und der Krankenhaushygieniker teilnahmen, sind die betreffenden Daten vorgestellt worden, wonach die durchgeführten Händedesinfektionen pro Patient von 34 im Jahr 2009 auf 32 im Jahr 2010 gesunken sind.<sup>379</sup>

Wesentlich weiter führende Erkenntnisse zur Häufigkeit und Qualität der Händedesinfektion durch die Mitarbeiter des Klinikums Bremen-Mitte im Bereich der Neonatologie im Jahr 2011 bestehen nicht. Es sind zwar im Rahmen einer Umgebungsuntersuchung vom 7. September 2011 auf der Hand eines Mitarbeiters oder einer Mitarbeiterin *Klebsiella pneumoniae* (ESBL) festgestellt worden.<sup>380</sup> Dieser Befund ist jedoch zur Bewertung der Händehygiene ungeeignet. Ausweislich der Angaben des Mitarbeiters des Robert Koch-Instituts, Herrn Dr. Eckmanns, der diesen Befund hinterfragt hat, soll die Probe von der Hand genommen worden sein, nachdem die betreffende Person ein Kind behandelt und bevor sie erneut die Hände desinfiziert hat.<sup>381</sup>

Bezüglich der Vorrichtungen ergeben sich für die Neonatologie zumindest für die Zeit vor dem 18. Oktober 2011 unzureichende Zustände aus den Ergebnissen einer Begehung des Gesundheitsamtes. In dem dazugehörigen Protokoll ist ausgeführt, dass Händedesinfektionsspenderflaschen nach jedem Gebrauch verschlossen werden müssen, um ein Verdunsten des Alkohols und somit den Konzentrationsverlust des Desinfektionsmittels (Ethanolanteil) zu verhindern.<sup>382</sup> Das Gesundheitsamt hat empfohlen, alle Händedesinfektionsspenderflaschen mit einem Pumpsystem auszustatten oder entsprechend der Empfehlung der KRINKO wandständige Spendersysteme bereitzustellen.<sup>383</sup>

Im Übrigen befindet sich im Visitationsbericht des Deutschen Beratungszentrums für Hygiene vom 8. Dezember 2011 ein Hinweis auf Defizite im Bereich der Händehygiene. Es wird dort ausgeführt:

---

<sup>379</sup> Protokoll Nr. 2 der Sitzung vom 12. September 2011 aus Anlass des gehäuftten Auftretens von Klebsiellen ESBL auf der Station 4027, Band 3, S. 281.

<sup>380</sup> Prüfbericht des Instituts für Allgemeine Hygiene, Krankenhaushygiene und Umwelthygiene vom 20. September 2011 zur laufenden Nr. 5, Band 9, S. 24.

<sup>381</sup> Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 15/2058.

<sup>382</sup> Protokoll der Begehung durch das Gesundheitsamt am 18. Oktober 2011, Band 1, S. 103.

<sup>383</sup> Protokoll der Begehung durch das Gesundheitsamt am 18. Oktober 2011, Band 1, S. 105.

*„Auf die Einhaltung der TRBA 250 (kein Nagellack, keine künstlichen Fingernägel, kein Schmuck und keine Uhren an Händen und Unterarmen bei Notwendigkeit einer Händedesinfektion) sollte verstärkt geachtet werden, da die Effektivität der Händedesinfektion als wichtigster infektionspräventiver Einzelmaßnahme ansonsten mitunter deutlich eingeschränkt wird. Hier wurde an den Begehungstagen Verbesserungspotential sichtbar.“<sup>384</sup>*

Daraus leitete der Sachverständige Herr Dr. Zastrow die Bewertung ab, dass die Händehygiene im Zeitpunkt der Begehung durch das Deutsche Beratungszentrum für Hygiene in Freiburg (BZH) sehr mangelhaft gewesen sei.<sup>385</sup>

Der Mitarbeiter des Deutschen Beratungszentrums für Hygiene, Herr Dr. Schulz-Stübner, der die Feststellungen vor Ort gemacht hat, relativierte diese Schlussfolgerungen und sprach von einem „krankenhaushygienischen Klassiker“, der eigentlich bei jeder Begehung irgendwo zu finden sei, und konkretisierte, dass im Klinikum Bremen-Mitte vereinzelt Mitarbeiter gesehen worden seien, die Eheringe getragen hätten.<sup>386</sup> Der weitere Mitarbeiter des Deutschen Beratungszentrums für Hygiene, Herr Dr. Weißgerber, konkretisierte dies noch weiter gehend:

*„Ich habe auch schon gemerkt, dass das in dem Bericht sicherlich etwas unscharf formuliert war, was jetzt auch zu den entsprechenden Äußerungen beigetragen hat. Konkret - ich habe auch in meinen Aufzeichnungen noch einmal nachgeschaut - hatten wir im ärztlichen Personal einen Mitarbeiter, der einen Ehering getragen hat, und wir hatten Mitarbeiterinnen angetroffen, die Nagellack an den Fingern hatten. Wir haben keine Mitarbeiter beobachtet, die irgendwelche Maßnahmen an den Patienten durchgeführt haben, sondern es war speziell bei diesem ärztlichen Bereich so, dass der Kollege umgezogen war, in seiner Bereichskleidung, in grün, und einen Kittel übergezogen hatte, uns also sozusagen fertig für die Arbeit während der Visitation begleitet hat, und dann eben einmal der Funker ging*

---

<sup>384</sup> Visitationsbericht des Deutschen Beratungszentrums für Hygiene vom 8. Dezember 2011, Band 22, S. 15.

<sup>385</sup> Herr Dr. Zastrow, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 2/202.

<sup>386</sup> Herr Dr. Schulz-Stübner, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 3/439 f.

*und er dann losgesprintet ist. Man hat uns glaubhaft versichert, es werden nie die Ringe getragen, wenn man zum Patienten geht.*<sup>387</sup>

Herr Professor Dr. Popp berichtete über das Verhalten einzelner Mitarbeiter hinsichtlich der Händehygiene von einer Begehung und Beobachtung der Übergangs-Neonatologie-Station in der Professor-Hess-Kinderklinik am 15. März 2012:

*„ ... Kind h wird von einer Krankenschwester im Inkubator versorgt. Dem Kind ist ein eigener Pflegewagen mit dem Verbrauchsmaterial zugeordnet, auf dem auch die (Papier) Kurve geführt wird.*

*Es erfolgt jeweils eine Desinfektion der Hände und Unterarme vor dem Öffnen der Klappen. Insgesamt führt die Pflegekraft sehr häufig Händedesinfektionen durch, die auch länger dauern und teilweise auch die Unterarme einbeziehen.*

*Im Inkubator werden teilweise Handschuhe angezogen. Diese Handschuhe sind nicht steril und werden aus der dort liegenden Box entnommen. Im Prinzip ist dies relativ unsinnig, da zuerst die Händedesinfektion erfolgt und dann die unsterilen Handschuhe angezogen werden. Die gleiche Schwester führt eine Desinfektion des Inkubators außen durch und benutzt dann das gleiche Wischtuch auch noch zur Desinfektion der Handschuhbox (aus Karton).*

*Vor dem Aufziehen der Medikamente erfolgt eine Wischdesinfektion der Oberfläche des Pflegewagens mit einem Tuch aus dem Eco Wipes Eimer. Teilweise werden zwischen durch Flächendesinfektionen durchgeführt mit den Eco Wipes. Allerdings geschieht dies nicht richtig systematisch und über die gesamte Fläche. Stattdessen wird z.B. ein einziges Eco Wipe für Flächen am Inkubator, Monitor und Perfusor benutzt.*

*Die Versorgung des Kindes i erfolgt durch eine weitere Krankenschwester, die sich wesentlich seltener und kürzer die Hände desinfiziert. Dies gilt auch für Tätigkeiten am Inkubator mit Unterbrechungen: Da ständig der Alarm losgeht und per Hand ausgestellt werden muss, muss die Mitarbeiterin wiederkehrend die Hand aus dem Inkubator nehmen, den Alarmknopf am Monitor drücken und geht dann ohne Händedesinfektion wieder in den Inkubator.*

---

<sup>387</sup> Herr Dr. Weißgerber, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 3/539 f.

*Es wird auch gesehen, dass die Mitarbeiterin Schwierigkeiten hat Handschuhe anzuziehen, wahrscheinlich weil sie nach Händedesinfektion noch zu feucht sind.*

*(...)*

*Zwischen dem Eintrag in zwei verschiedene Kurven wird keine Händedesinfektion durchgeführt“<sup>388</sup>*

Das Robert Koch-Institut konnte im Rahmen seiner Hinzuziehung keine Mängel bei der Händehygiene feststellen. Gemäß den Ausführungen des Herrn Dr. Eckmanns sei die Händehygiene bereits zuvor ein großes Thema gewesen. Es hätten bereits Schulungen stattgefunden. Es habe Unsicherheiten gegeben, insbesondere im Zusammenhang mit der Handschuhpflege. Defizite seien jedoch nicht zu sehen gewesen. Ein Audit sei nicht gemacht worden, da insoweit der Zeitpunkt ungünstig gewesen sei, weil in entsprechenden Situationen ohnehin sehr viel desinfiziert würde. Dementsprechend sei ihm geschildert worden, dass der Verbrauch von Desinfektionsmittel seinerzeit rapide zugenommen habe.<sup>389</sup>

Das Verhalten der Mitarbeiter auf der neonatologischen Station hat sich nach Angaben von Herrn Dr. Körner seit der Wiedereröffnung deutlich gewandelt. Dies gelte insbesondere hinsichtlich der Händedesinfektion. Hierzu gab er für die Zeit nach der Wiedereröffnung der neonatologischen Station auf die Frage nach dem Händedesinfektionsmittelverbrauch an:

*„Ich kann Ihnen keine Zahl nennen, ich weiß nur, dass er drastisch gestiegen ist. Das ist aber auch gut so, Sie wissen ja aus dem HAND-KISS, also dem externen Qualitätsmanagement, dass der Verbrauch kein Indikator für Verschwendertum ist, sondern für gute Hygiene.“<sup>390</sup>*

### 5.7.2. Schutzkleidung

---

<sup>388</sup> Sachverständigengutachten von Herrn Professor Dr. Popp im Ermittlungsverfahren der Staatsanwaltschaft Bremen vom 28. August 2012, Band 207, S. 196 f.

<sup>389</sup> Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 15/2080.

<sup>390</sup> Herr Dr. Körner, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 9/1040.

Am Klinikum Bremen-Mitte besteht eine Kleiderordnung für medizinische Bereiche vom 1. Oktober 2008, deren selbstgesetzte Ziele die Verbesserung der Klinikhygiene, die Verhütung nosokomialer Infektionen und die Arbeitssicherheit sind.<sup>391</sup> Die Bereichskleidung hat keinen Schutzkleidungscharakter. Dies stellt die Kleiderordnung ausdrücklich klar.<sup>392</sup> Die Bereichskleidung hat unter hygienischen Gesichtspunkten keine Bedeutung.<sup>393</sup> Die Einhaltung der Kleiderordnung wird lediglich aus disziplinarischen und psychologischen Gründen sowie hinsichtlich der Außenwirkung empfohlen.<sup>394</sup>

Anderes gilt für Schutzkleidung, gemeint sind damit unter anderem Überkittel-Kittel, flüssigkeitsdichte Schürze, Mund-Nasen-Schutz und Schutzbrille.<sup>395</sup> Insoweit sind sich die Sachverständigen einig, dass bei infizierten oder „besiedelten“ Patienten persönliche Schutzkleidung patientenbezogen eingesetzt werden muss.<sup>396</sup> Hierbei konnten zumindest nach den Angaben der Mitarbeiter des Deutschen Beratungszentrums für Hygiene am Klinikum Bremen-Mitte bei deren Visitation am 23./24. November 2011 keine Mängel festgestellt werden. Die Schutzkleidung sei sogar dann getragen worden, wenn dies aus infektionspräventiver Sicht nicht unbedingt erforderlich gewesen sei. Bei der Handhabung seien keine Fehler aufgetreten.<sup>397</sup>

## 5.8. Krankenhauseinrichtung

Auch für die Krankenhauseinrichtung bestehen unter hygienischen Gesichtspunkten Anforderungen, die in der Neonatologie des Klinikums Bremen-Mitte unzureichend umgesetzt waren. Im Hinblick auf die Effizienz der Reinigung und der Desinfektion besteht die Empfehlung der KRINKO zu den Anforderungen an die Hygiene bei der Reinigung und Desinfektion von Flächen. Danach müssen Oberflächen in Bereichen der Patientenversorgung glatt und abwischbar sein.<sup>398</sup> Überdies bestanden am

---

<sup>391</sup> Kleiderordnung für medizinische Bereiche vom 1. Oktober 2008, Band 14, S. 209.

<sup>392</sup> Kleiderordnung für medizinische Bereiche vom 1. Oktober 2008, Band 14, S. 209.

<sup>393</sup> Herr Dr. Schulz-Stübner, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 3/441; Herr Dr. Weißgerber, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 3/541.

<sup>394</sup> Visitationsbericht des Deutschen Beratungszentrums für Hygiene vom 8. Dezember 2011, Band 22, S. 15.

<sup>395</sup> Kleiderordnung für medizinische Bereiche vom 1. Oktober 2008, Band 14, S. 209.

<sup>396</sup> Herr Dr. Zastrow, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 2/221; Herr Dr. Schulz-Stübner, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 3/459; Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 15/2159 f.

<sup>397</sup> Herr Dr. Schulz-Stübner, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 3/442; Herr Dr. Weißgerber, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 3/541 f.

<sup>398</sup> Bundesgesundheitsblatt 2004, 51 (58).

Klinikum Bremen-Mitte Empfehlungen der Krankenhaushygiene hinsichtlich der Verwendung von Holz, Textilien und Teppichen bei der Einrichtung von Pflege-, Diagnostik und Therapieeinheiten vom Juni 1997, die unter anderem ausführen:

„(...)

*Holz*

*1. Auf die Verwendung von Holz in medizinischen Einrichtungen muß aus hygienischer Sicht in folgenden Bereichen verzichtet werden:*

*Sensible Bereiche wie OPs (auch ambulante OPs, Intensivstationen, Räumen, in denen Eingriffe durchgeführt werden (z.B. Entbindungseinheiten u.ä.) ...), (...)*

*(...)*

*2. (...).*

***Textilien***

*1. (...)*

*2. (...)*

*3. (...). In folgenden Bereichen dürfen keine Vorhänge angebracht werden:*

- (...)*
- Intensivstationen*
- (...)<sup>399</sup>*

Im Rahmen einer Begehung der Station 4027 des Klinikums Bremen-Mitte durch das Gesundheitsamt Bremen vom 18. Oktober 2011 wurden gleichwohl in Behandlungsräumen Stoffvorhänge, Armlehnstühle aus Vollholz mit schadhafte Oberflächen und an den Arbeitsflächen offenporige Holzumlaufleisten vorgefunden.<sup>400</sup> Die entsprechenden Mängel wurden abgestellt.

## 5.9. Elternaufklärung

---

<sup>399</sup> Empfehlungen der Krankenhaushygiene hinsichtlich der Verwendung von Holz, Textilien und Teppichen bei der Einrichtung von Pflege-, Diagnostik und Therapieeinheiten vom Juni 1997, Band 14, S. 345 ff.

<sup>400</sup> Protokoll der Begehung durch das Gesundheitsamt vom 18. Oktober 2011, Band 1, S. 103.

Neben dem ärztlichen und pflegerischen Personal bestehen im Bereich der Neonatologie intensive Personenkontakte der Frühchen zu den Eltern. Diese Eltern-Kind-Kontakte sind ausdrücklich erwünscht und werden als medizinisch sinnvoll erachtet.<sup>401</sup> Voraussetzung des Eltern-Kind-Kontaktes ist jedoch eine intensive Aufklärung der Eltern über das hygienische Verhalten, insbesondere die Händehygiene. Die Sachverständigen des Deutschen Beratungszentrums für Hygiene haben empfohlen, die Unterweisungen zu wiederholen und insbesondere darauf hinzuweisen, dass keine Interaktionen der Eltern untereinander erfolgen sollten.<sup>402</sup>

In diesem Zusammenhang sind in der Neonatologie des Klinikums Bremen-Mitte Probleme bekannt geworden. Im Rahmen eines aus Anlass des gehäuften Auftretens von Klebsiellen ESBL auf der Station 4027 durchgeführten Treffens vom 12. September 2011 heißt es im Protokoll:

*„Bei einer erneuten Begehung ist wieder aufgefallen, dass Eltern nach dem Wickeln des Kindes eine hygienische Händedesinfektion nicht durchgeführt haben, um Infektketten zu unterbrechen. Alle Flächen in der Umgebung des Kindes sind als kontaminiert zu betrachten, da die Eltern zu diesen Flächen Handkontakte hatten.*

*Herr X wird die erste Einweisung der Eltern auf der Station, auch die in die Händedesinfektion, in die Dokumentation der Patientenakte aufnehmen.*

*Es wird geplant auf der Station für die Eltern, die an der Versorgung ihrer Kinder teilnehmen, 1x wöchentlich eine kleine Hygienefortbildung durchzuführen.*

*(...).*

*Ein mehrsprachiger Flyer im Intranet und ein Elternflyer zur Händedesinfektion steht für die Elterninformation/Einweisung zur Verfügung.*

*(...)*

---

<sup>401</sup> Herr Professor Dr. Herting, Protokolle der öffentlichen Beweisaufnahme, 1/33 ff.

<sup>402</sup> Herr Dr. Schulz-Stübner, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 3/462 ff.

*Es werden nur noch die Eltern als Besucher der Kinder auf die Station gelassen.*<sup>403</sup>

Die Ausführungen belegen, dass es bezüglich des Hygieneverhaltens der Eltern Probleme gegeben hat und insoweit Bedarf zu intensiver Unterweisung gesehen wurde. Inwieweit die bloße Aufklärung ausreichend ist, um den Elternkontakt unter dem Gesichtspunkt der Hygiene ausreichend sicher zu gestalten, wird nicht einhellig beantwortet. Teilweise, so etwa durch die Sachverständigen Herrn Professor Dr. Eikmann und Herrn Dr. Zastrow, wurden die Erfahrungen mit dem Hygieneverhalten der Eltern und Angehörigen nach einer Aufklärung als gut bezeichnet, wobei die Motivation der Eltern, dem neugeborenen Familienmitglied nicht zu schaden, angeführt wurde.<sup>404</sup> Demgegenüber werden vom leitenden Arzt der Neonatologie in der Asklepios Klinik in Hamburg-Barmbek, Herrn Dr. Laux, abweichende Erfahrungen geschildert. Teilweise sei grobes Fehlverhalten beobachtet worden, obwohl eine Unterweisung stattgefunden habe. Herr Dr. Laux bezeichnete dies als „Sicherheitslücke“.<sup>405</sup>

Auch hinsichtlich dieses Punktes kam es bereits zu einer Änderung der Vorgehensweise am Klinikum Bremen-Mitte. Frau Wendorff hat bei ihrer Anhörung am 19. Juni 2012 darauf hingewiesen, es seien nunmehr neue Verfahrensanweisungen für das Personal aufgelegt worden, um zu verdeutlichen, wie aufwendig die Eltern anzuleiten seien.<sup>406</sup>

## **5.10. Zusammenfassung**

Die Krankenhaushygiene am Klinikum Bremen-Mitte wurde in den letzten Jahren von Herrn Professor Dr. Huppertz geleitet. Die rechtliche Verantwortlichkeit lag jedoch – entgegen der Ansicht der Betroffenen – bei der Ärztlichen Geschäftsführerin. Die Besetzung der Position des Krankenhaushygienikers entsprach seit der Übernahme der Leitung des Institutes für Allgemeine Hygiene, Krankenhaushygiene und Umwelthygiene durch Herrn Dr. Kappler im Jahr 2007 nicht dem bremischen Landesrecht.

---

<sup>403</sup> Protokoll Nr. 2 der Sitzung vom 12. September 2011 aus Anlass des gehäuften Auftretens von Klebsiellen ESBL auf der Station 4027, Band 4, S. 364.

<sup>404</sup> Herr Dr. Zastrow, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 2/217 f.; Herr Professor Dr. Eikmann, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 2/112.

<sup>405</sup> Herr Dr. Laux, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 16/2212.

<sup>406</sup> Frau Wendorff, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 27/3819.

Im Juni 2012 wurde mit Herrn Eikenberg eine fachlich ausreichend qualifizierte Person zum Leiter des Instituts berufen. Es ist erforderlich, dass dieser in Zukunft allein für das Klinikum Bremen-Mitte tätig ist. Für die Neonatologie am Klinikum Bremen-Mitte war ein Facharzt als hygienebeauftragter Arzt bestellt. Auch waren am Klinikum Bremen-Mitte hygienebeauftragte Ärzte in einer genügenden Anzahl ernannt. Die Ausstattung mit Hygienefachkräften entsprach der bis zum 5. April 2012 geltenden Krankenhaushygieneverordnung von 1990, sie lag aber unter der Empfehlung „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“ der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention aus dem Jahr 2009.

Am Klinikum Bremen-Mitte besteht eine ordnungsgemäße Hygienekommission. Deren Sitzungen waren jedoch in den letzten Jahren unzureichend besucht, und in der inhaltlichen Arbeit blieb die Kommission hinter ihren gesetzlichen Aufgaben zurück. Der Hygieneplan des Klinikums Bremen-Mitte wird von Experten positiv bewertet. Dennoch ist angesichts der Feststellungen des parlamentarischen Untersuchungsausschusses zu den Defiziten im Ausbruchsmanagement eine umfassende Überprüfung angezeigt. Die Anzahl der Vollzeitstellen der Hygienefachkräfte muss zur Sicherstellung der Überarbeitung und steten Aktualisierung des Hygieneplans den Vorgaben der Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen zeitnah angepasst werden. Die Dokumentation nosokomialer Infektionen erfolgte am Klinikum Bremen-Mitte nur unzureichend. Die Aufzeichnungen erfolgten in Papierform, zeitlich verzögert und nicht vollständig. Derzeit erfolgt die Implementierung eines Computersystems, der Vorgang ist noch nicht abgeschlossen. Lückenhaft war nach Ansicht der Experten auch die Patienten- und Pflegedokumentation.

Am Klinikum Bremen-Mitte wie an den meisten anderen Kliniken im Bundesgebiet werden die Patienten nicht routinemäßig auf nosokomiale Infektionen gescreent. Ein solches Routinescreening wurde seinerzeit von der KRINKO auch nicht empfohlen. Seit Beginn des Jahres 2012 empfiehlt die KRINKO ein Routinescreening bei Frühgeborenen. Wegen des Ausbruchsgeschehens erfolgte ein solches Screening in der Neonatologie des Klinikums Bremen-Mitte bereits seit Oktober 2011. Nach der Wiedereröffnung der Neonatologie im Januar 2012 wurde entsprechend den Vorgaben der KRINKO einmal wöchentlich ein Screening durchgeführt. Nach Ansicht der

Experten des Robert Koch-Institutes wäre ein Screening zweimal wöchentlich angezeigt gewesen.

Es liegen vereinzelt Erkenntnisse über Mängel bei der Umsetzung der Händehygiene in der Neonatologie des Klinikums Bremen-Mitte in der Zeit während des im Jahr 2009 beginnenden Ausbruchsgeschehens vor. Die hygienischen Anforderungen an die Krankenhauseinrichtung waren in der Neonatologie des Klinikums Bremen-Mitte nicht vollständig umgesetzt.

Wesentliche Defizite im Bereich des Hygienemanagements sind im Laufe des Untersuchungsverfahrens bereits behoben worden, oder es bestehen konkrete Planungen, sie zu beheben. Dies gilt beispielsweise für einen hinreichend qualifizierten Krankenhaushygieniker, die Dokumentation von nosokomialen Erkrankungen oder auch Aspekten der Elternaufklärung.

## 6. Ausstattung mit medizinischem Personal

### 6.1. Bedeutung der Personalausstattung für die Hygiene

Die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut weist in ihrer Empfehlung zur Prävention nosokomialer Infektionen bei neonatologischen Intensivpflegepatienten mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g<sup>407</sup> darauf hin, dass die Überbelegung einer Station, die definitionsgemäß mit einem Mangel an angemessen ausgebildeten Schwestern, Pflegern und Ärzten einhergeht, korreliert mit einem erhöhten Risiko nosokomialer Infektionen. Zahlreiche Studien aus der Neonatologie und aus anderen Fachdisziplinen bestätigten dies übereinstimmend.<sup>408</sup> Sie bewiesen, dass bei gleich bleibendem Personalbestand eine Überbelegung das Risiko nosokomialer Infektionen erhöhe, beziehungsweise dass eine bessere Ausstattung mit Fachschwestern beziehungsweise -pflegern das Risiko von nosokomialen Infektionen senke. Jedoch könne auch eine quantitativ ausreichende Personalausstattung nosokomiale Infektionen nicht verhindern, wenn das vorhandene Personal schlecht ausgebildet oder mit den Arbeitsabläufen und den Hygienestandards vor Ort nicht ausreichend vertraut sei.<sup>409</sup>

Auch die vom parlamentarischen Untersuchungsausschuss angehörten Sachverständigen und Zeugen betonten die Bedeutung der Personalausstattung einer Station für die Einhaltung von Hygienevorschriften sowohl im Hinblick auf die Qualifikation des Personals als auch auf die Relation zwischen Pflegepersonal und Patienten. Herr Dr. Eckmanns vom Robert Koch-Institut hob bei seiner Anhörung die Bedeutung der Qualifikation des Personals hervor. Studien belegten, dass die Qualifikation des Personals sehr wichtig sei. Einen Risikofaktor sehe er in der Beschäftigung von Hilfspersonal in Zeiten der Unterbesetzung einer Station.<sup>410</sup> Dies bestätigte auch der Sachverständige Herr Professor Dr. Eikmann, der darauf abstellte, dass direkt am Patienten nur geschultes Personal eingesetzt werden solle.<sup>411</sup> Auch ein unzureichender Personalschlüssel beinhalte ein höheres Hygienearisiko. Wenn eine Station stark ausgelastet oder überlastet sei, bestehe die Gefahr des Auftretens von Hygienemängeln.<sup>412</sup>

---

<sup>407</sup> Bundesgesundheitsblatt 2007, S. 1265 ff.

<sup>408</sup> KRINKO-Empfehlung, Bundesgesundheitsblatt 2007, S. 1275

<sup>409</sup> Bundesgesundheitsblatt 2007, S. 1275 m. w. N.

<sup>410</sup> Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 15/2076.

<sup>411</sup> Herr Professor Dr. Eikmann, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 2/121 f.

<sup>412</sup> Herr Professor Dr. Eikmann, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 2/119 und 2/121 f.

Einschränkend betonten gerade die Sachverständigen, die als Chefärzte selbst Verantwortung an anderen Kliniken tragen, wie schwierig es sei, eine angemessene Personalstärke zu bestimmen. So führte Herr Professor Dr. Herting, der als Präsident der Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin sowie als Leiter der Lübecker Universitätskinderklinik über ein besonderes Maß an fachlicher Expertise verfügt, zu der Frage nach dem optimalen Personalschlüsse aus, dass er dies nicht pauschal beantworten könne, denn dies hänge sehr davon ab, welche Patienten gerade zu versorgen seien. Letztlich sei es eine Frage, bei der jeder Chefarzt anhand der konkreten Gegebenheiten entscheiden müsse, wie viel Personal erforderlich sei.<sup>413</sup> Noch kritischer äußerte sich Herr Dr. Laux, der in Hamburg Chefarzt einer neonatologischen Intensivstation ist, zu der Bedeutung dieser Empfehlungen für die medizinische Praxis:

*„Tatsache ist, dass in den meisten Kliniken in Deutschland, soweit ich das weiß, dieser Schlüssel nicht erfüllt wird, aber es ist eine Orientierungsmarke.“<sup>414</sup>*

Vor dem Hintergrund dieser sachverständigen Einschätzung stellte für den parlamentarischen Untersuchungsausschuss ein besonderes Problem dar, dass die behandelnden Ärzte insgesamt von ihrem Auskunftsverweigerungsrecht Gebrauch machten.

## 6.2. Qualifikation des Personals

In Deutschland erfolgt die neonatologische Versorgung in Perinatalzentren in vier unterschiedlichen Stufen. Entsprechend einer Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen<sup>415</sup> sind zu unterscheiden: Perinatalzentrum Level 1 für die Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit höchstem Risiko, Perinatalzentrum Level 2 für die möglichst flächendeckende intermediäre Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit hohem Risiko, Perinataler Schwerpunkt für die flächendeckende Versorgung von Neugeborenen, bei denen eine postnatale Therapie absehbar ist und

---

<sup>413</sup> Herr Professor Dr. Herting, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 1/21.

<sup>414</sup> Herr Dr. Laux, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 16/2179.

<sup>415</sup> Vom 20. September 2005, zuletzt geändert am 20. August 2009, Bundesanzeiger S. 4450.

Geburtskliniken, in denen nur noch reife Neugeborene ohne bestehendes Risiko zur Welt kommen sollen.

Diese Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses ist bindend. Nach § 137 Abs. 1 SGB V legt der Gemeinsame Bundesausschuss einheitlich für die Versorgung aller Patienten<sup>416</sup> Qualitätsrichtlinien fest. Diese enthalten insbesondere Kriterien für die Qualität der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen, wobei auch Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität festzulegen sind.<sup>417</sup> Hierzu gehören auch Festlegungen zu den personellen und fachlichen Anforderungen für bestimmte Bereiche.<sup>418</sup>

### 6.2.1. Vorgaben

Das Konzept des Klinikums Bremen-Mitte beinhaltete bis zum Februar 2012 ein Perinatalzentrum Level 1. Die neonatologische Intensivstation befand sich in der Station 4027 im Gebäude der Frauenklinik, die pädiatrische Intensivstation in der Station 4028 im Gebäude der Professor-Hess-Kinderklinik. Entsprechend der Anlage 1 zur genannten Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses war für die Station 4027 folgende Personalausstattung erforderlich:

Die ärztliche Leitung der Behandlung eines Früh- und Neugeborenen hat einem Facharzt beziehungsweise einer Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin oder Kinderheilkunde mit dem Schwerpunkt Neonatologie hauptamtlich zu obliegen. Dies ist der Chefarzt beziehungsweise die Chefin oder ein anderer Arzt beziehungsweise eine andere Ärztin in leitender Funktion. Die ärztliche Leitung der Geburtshilfe muss einem Facharzt oder einer Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit der Schwerpunktbezeichnung oder der fakultativen Weiterbildung "Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin" hauptamtlich übertragen werden. Die Stellvertretung der ärztlichen Leitung muss die gleiche Qualifikation nachweisen. Erforderlich ist ein Schichtdienst mit permanenter Arztpräsenz (24-Stunden-Präsenz, kein Bereitschaftsdienst).

---

<sup>416</sup> Also nicht nur für Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung; Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, 73. Ergänzungslieferung 2012, § 137, Rn. 7.

<sup>417</sup> § 137 Abs. 1 Nr. 2 SGB V.

<sup>418</sup> Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, 73. Ergänzungslieferung 2012, § 137, Rn. 20 f.

Der Pflegedienst der neonatologischen Intensivstation besteht aus Gesundheits- und Kinderkrankenpflegern oder -pflegerinnen. Der Anteil der Pflegekräfte mit einer abgeschlossenen Fachweiterbildung im Bereich „Pädiatrische Intensivpflege“ beträgt mindestens 40 %. Für eine Übergangsfrist bis zum 31. Dezember 2015 können zur Erreichung dieses Prozentsatzes auch Pflegekräfte mit einer mindestens fünfjährigen Erfahrung in der pädiatrischen Intensivpflege eingesetzt werden. Es soll möglichst in jeder Schicht eine Pflegekraft mit Fachweiterbildung eingesetzt werden. Die Stationsleitungen sollen einen Leitungslehrgang absolviert haben.

### **6.2.2. Qualifikation der Pflegekräfte in der Neonatologie**

Diese verbindlichen Vorgaben wurden nach den Angaben des Krankenhauses Bremen-Mitte im pflegerischen Bereich in den Stationen 4027 und 4028 umgesetzt. Bei ihrer Anhörung vor dem Untersuchungsausschuss am 21. Juni 2012 überreichte die Pflegerische Geschäftsführerin Frau Wendorff eine Aufstellung vom 14. Juni 2012, derzufolge auf den Stationen 4027 und 4028 der Anteil der Gesundheits- und Kinderpfleger und/oder -pflegerinnen mit einer abgeschlossenen Fachweiterbildung im Bereich „Pädiatrische Intensivmedizin“ im Jahr 2010 21,57 % und im Jahr 2011 25 % betragen habe. Daneben habe der Anteil der Pflegekräfte mit einer mehr als fünfjährigen Erfahrung im Jahr 2010 58,63 % und im Jahr 2011 50 % betragen. In jeder Schicht sei in der Regel eine Pflegekraft mit Fachweiterbildung oder mit fünfjähriger Erfahrung in der pädiatrischen Intensivmedizin eingesetzt worden. Die Stationspflegeleitungen der Station 4027 und die stellvertretende Stationspflegeleitung der Station 4028 hätten einen Stationsleitungslehrgang absolviert.<sup>419</sup>

Herr Dr. Eckmanns bestätigte bei seiner Anhörung, dass das Robert Koch-Institut bei seiner Untersuchung für den Zeitraum 1. Juli 2011 bis 1. November 2011 kaum Hilfspersonal auf den Stationen 4027 und 4028 festgestellt habe.<sup>420</sup>

Zu der von Herr Dr. Lasch in einer E-Mail vom 29. April 2011<sup>421</sup> geäußerten Kritik, die Zahl der Pflegenden mit Intensivkurs liege deutlich unter 40 %, sagte Frau Wendorff,

---

<sup>419</sup> Schreiben der Pflegerischen Geschäftsführerin vom 14. Juni 2012, Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen (GBA-Beschluss Abs. A 7).

<sup>420</sup> Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 15/2076.

<sup>421</sup> E-Mail von Frau Wendorff vom 28. November 2011 an Herrn Dr. Hansen, der Herrn Dr. Lasch' E-Mail vom 29. April 2011 beigefügt ist, Band 58, S. 324.

sie habe daraufhin mit Herrn Dr. Lasch gesprochen. Auch habe sie ihm schriftlich geantwortet. Sie habe ihm dargelegt, dass nach der Übergangsregelung bis Ende 2015 auch fünfjährig qualifizierte Kollegen in die Quote eingerechnet werden dürften.<sup>422</sup> Sie gebe Herrn Dr. Lasch insoweit jedoch recht, dass die Fachweiterbildungsquote langfristig erhöht werden müsse. Sie betrage gegenwärtig 25 %. Um die Quote zukünftig zu erfüllen, habe das Klinikum Bremen-Mitte eine pädiatrische Intensivfachweiterbildung etabliert.<sup>423</sup>

### 6.2.3. Qualifikationen im ärztlichen Bereich

Im Klinikum Bremen-Mitte waren die Anforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen für den ärztlichen Bereich insoweit nicht eingehalten, als der stellvertretende ärztliche Leiter nicht die erforderliche Facharztqualifikation für spezielle Geburtshilfe hatte. Das ergibt sich aus der Aussage der pflegerischen Geschäftsführerin Frau Wendorff.<sup>424</sup> Hintergrund war eine Fehlinterpretation der Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen. Dort ist für die Besetzung der Stellvertretung der ärztlichen Leitung mit einem Facharzt für „Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin“ eine vierjährige Übergangsregelung vorgesehen. Diese Übergangsfrist bezog sich auf das erstmalige Inkrafttreten der Richtlinie und ist am 31. Dezember 2009 abgelaufen.<sup>425</sup> Nachdem man diesen Irrtum erkannt hat, hat das Klinikum Bremen-Mitte versucht, einen entsprechend qualifizierten ärztlichen Stellvertreter zu finden, was auch zum 1. Juni 2012 gelungen ist.<sup>426</sup>

Die weiteren Vorgaben für die Ausstattung eines Perinatalzentrums Level 1 im Hinblick auf die ärztliche Versorgung hat das Klinikum Bremen-Mitte erfüllt.<sup>427</sup> In einem Schreiben vom 28. Juni 2012 hat die Pflegerische Geschäftsführerin des Klinikums Bremen-Mitte dargelegt, dass in den Jahren 2010 und 2011 die Anforderungen der Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses im ärztlichen Bereich erfüllt wurden. Die hauptamtliche ärztliche Leitung hatte Herr Dr. Selzer inne, der Facharzt für

---

<sup>422</sup> Frau Wendorff, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 28/4039.

<sup>423</sup> Frau Wendorff, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 28/4039.

<sup>424</sup> Frau Wendorff, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 27/3832.

<sup>425</sup> E-Mail von Frau Wendorff vom 8. Februar 2012 an Herrn Dr. Hansen, Band 201, S. 744 f.

<sup>426</sup> Frau Wendorff, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 27/3832.

<sup>427</sup> Frau Wendorff, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 27/3832.

Kinderheilkunde, Neonatologie, Pädiatrische Intensivmedizin und Pädiatrische Kardiologie ist. Sein Stellvertreter war Herr Dr. Lasch, Facharzt unter anderem für Kinderheilkunde und Neonatologie.

Die ehemalige Leiterin des Eltern-Kind-Zentrums, Frau Peter, bestätigte bei ihrer Anhörung vor dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss, dass die vom Gemeinsamen Bundesausschuss geforderte 24-Stunden-Präsenz eines Arztes in der Neonatologie durchgängig eingehalten worden sei, auch wenn dies zu Beginn des Jahres 2011 dazu geführt habe, dass mehr Bereitschaftsdienste, Rufdienste und Überstunden geleistet werden mussten. Die Situation habe sich ab Mai 2011 deutlich verbessert.<sup>428</sup> Diese Aussage wird bestätigt durch die dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss vorliegende Aufstellung der Stationsbelegung und Arztbesetzung der Station 4027 von Januar bis Oktober 2011 und der Station 4028 von Juli bis Oktober 2011<sup>429</sup> und durch das bereits zitierte Schreiben der Pflegerischen Geschäftsführerin vom 28. Juni 2012.

### **6.3. Quantitative Personalausstattung**

Im Hinblick auf die Prävention nosokomialer Infektionen ist nicht nur die Qualität des Personals ausschlaggebend, sondern auch die zahlenmäßige Personalausstattung. In diesem Zusammenhang ist zunächst zu untersuchen, wie sich die finanzielle Situation der Krankenhäuser des Klinikverbundes auf die Personalausstattung auswirkte und wie im Klinikum Bremen-Mitte Personalentscheidungen getroffen wurden (6.3.1.). Sodann wird dargestellt, welche Vorgaben für die qualitative Besetzung einer Neonatologie bestehen und wie sich die Besetzung der Neonatologie am Klinikum Bremen-Mitte im Jahr 2011 darstellte (6.3.2.).

#### **6.3.1. Sanierungskonzept der Gesundheit Nord**

Seit Gründung der Gesundheit Nord im Jahr 2004 hat sich die wirtschaftliche Situation des Klinikverbundes zunächst kontinuierlich verschlechtert. Ab 2005 wurden

---

<sup>428</sup> Frau Peter, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 13/1788 f.

<sup>429</sup> Stationsbelegung 4027/4028 und Arztbesetzung, Aufstellung vom 21. November 2011, Band 66, S. 45 ff.

zunehmend negative Jahresergebnisse erzielt.<sup>430</sup> In den Jahren 2005 bis 2007 erwirtschafteten die vier kommunalen Krankenhäuser des Klinikverbundes ein operatives Defizit von 20 Millionen Euro.<sup>431</sup> In dem schriftlichen Sanierungskonzept der Gesundheit Nord vom 28. Mai 2008<sup>432</sup> führte Herr Dr. Hansen aus, dass sich das kumulierte Jahresdefizit der Krankenhäuser des Klinikverbundes ohne umfangreiche Kostenreduzierungsmaßnahmen von 55 Millionen Euro im Jahr 2009 auf 105 Millionen Euro im Jahr 2012 erhöhen könnte. Bis 2015 sei ein kumuliertes negatives Jahresergebnis von ca. 140 Millionen Euro zu erwarten. Dies hätte mittelfristig zur Insolvenz des Klinikums Bremen-Nord und des Klinikums Bremen-Mitte führen können.<sup>433</sup> Bereits während der Regierungskoalition von SPD und CDU beschloss daher der Senat, dass ein Personalabbau erforderlich sei, um die Kliniken zu sanieren. So heißt es in der Senatsvorlage „Zukunft der Bremer Krankenhäuser“ vom 20. Februar 2007 zum Sanierungskonzept:

*„Hierzu sind erhebliche eigene Anstrengungen der Kliniken und des Klinikverbundes zur Umstrukturierung und einem damit verbundenen Personalabbau erforderlich.“<sup>434</sup>*

Dieser Sanierungskurs wurde von der Koalition bestehend aus SPD und Bündnis 90/DIE GRÜNEN im Wesentlichen fortgesetzt. Als wesentlicher Grund für die kontinuierlich steigenden Defizite sind, so das Sanierungskonzept, die im Bundesvergleich deutlich höheren Personalkosten identifiziert worden. Die Personalkostenquote habe in Bremen ca. 74 % betragen, während sie im Bundesdurchschnitt bei etwa 62 % gelegen habe. Die städtischen Krankenhäuser des Klinikverbundes in Bremen beschäftigten im Vergleich zum Bundesdurchschnitt etwa 17 % mehr Vollzeitkräfte. Das entspreche umgerechnet 940 Vollzeitkräften. Bezogen auf den ärztlichen Dienst würden in Bremen 193 Vollzeitkräfte mehr beschäftigt als im Bundesdurchschnitt. Im Hinblick auf den Pflegedienst handele es sich um 403 Vollzeitstellen.<sup>435</sup>

---

<sup>430</sup> Vorlage für die Sitzung des Senats am 24. Juni 2008, Wirtschaftliche Sanierung der Kliniken und Struktur des kommunalen Klinikverbundes, Anlage I Sanierungskonzept der Gesundheit Nord gGmbH, Band 147, S. 37.

<sup>431</sup> Herr Dr. Hansen, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 10/1094.

<sup>432</sup> Vorlage für die Sitzung des Senats am 24. Juni 2008, Wirtschaftliche Sanierung der Kliniken und Struktur des kommunalen Klinikverbundes, Anlage I Sanierungskonzept der Gesundheit Nord gGmbH, Band 147, S. 37.

<sup>433</sup> Herr Dr. Hansen, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 10/1094.

<sup>434</sup> Beschluss des Senates vom 20. Februar 2007: Tischvorlage vom Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales, vom Senator für Inneres und Sport und von der Senatskanzlei vom 20. Februar 2007, S. 1.

<sup>435</sup> Vorlage für die Sitzung des Senats am 24. Juni 2008, Wirtschaftliche Sanierung der Kliniken und Struktur des kommunalen Klinikverbundes, Anlage I Sanierungskonzept der Gesundheit Nord gGmbH, Band 147, S. 39.

Nach dem Sanierungskonzept der Gesundheit Nord war deshalb neben anderen Maßnahmen, die der Einnahmenverbesserung dienten, vor allem eine Personalreduktion erforderlich. Ziel war, innerhalb von drei bis vier Jahren eine Personalstärke und Personalkosten auf Bundesniveau zu erreichen.<sup>436</sup> Der geplante Stellenabbau sollte ohne Kündigungen erfolgen. Die Personalreduktion sollte über das altersbedingte Ausscheiden von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie ein Auslaufen befristeter Arbeitsverhältnisse erfolgen.<sup>437</sup> Außerdem wurde ein Einstellungsstopp beschlossen.<sup>438</sup> Die Geschäftsführung der Gesundheit Nord ging davon aus, dass bei konsequenter Umsetzung des Sanierungskurses bereits ab 2010 ausgeglichene Jahresergebnisse erzielt werden könnten.<sup>439</sup>

Der Senat beschäftigte sich in seiner Sitzung am 24. Juni 2008 mit der wirtschaftlichen Sanierung der Kliniken und der Struktur des kommunalen Klinikverbundes. Er nahm das Sanierungskonzept der Gesundheit Nord zur Kenntnis und unterstützte ausdrücklich die darin beschriebenen Ziele und Eckpunkte zur Sanierung der Gesundheit Nord.<sup>440</sup> Nach Aussage von Herrn Dr. Hansen sei diese Beschlusslage auch als Auftrag an die Unternehmensleitung zu verstehen gewesen.<sup>441</sup> Das bestätige zum einen die Koalitionsvereinbarung vom 17. Juli 2007, nach der die erforderliche Neustrukturierung der Gesundheit Nord und der Krankenhäuser des Klinikverbundes unter anderem unter der Prämisse einer Steigerung der Wirtschaftlichkeit und Wettbewerbsfähigkeit erfolgen sollte. Zum anderen solle die Umsetzung standortübergreifender Strategiekonzepte insbesondere als Grundlage für wirtschaftlichkeitsverbessernde Maßnahmen realisiert werden. Drittens komme hinzu, dass der Teilersatzneubau am Klinikum Bremen-Mitte ausweislich der Senatsbefassung im Juni 2008 durch Eigenfinanzierung des Klinikverbunds umgesetzt werden sollte.<sup>442</sup>

---

<sup>436</sup> Vorlage für die Sitzung des Senats am 24. Juni 2008, Wirtschaftliche Sanierung der Kliniken und Struktur des kommunalen Klinikverbundes, Anlage I Sanierungskonzept der Gesundheit Nord gGmbH, Band 147, S. 40.

<sup>437</sup> Vorlage für die Sitzung des Senats am 24. Juni 2008, Wirtschaftliche Sanierung der Kliniken und Struktur des kommunalen Klinikverbundes, Band 147, S. 24.

<sup>438</sup> Vorlage für die Sitzung des Senats am 24. Juni 2008, Wirtschaftliche Sanierung der Kliniken und Struktur des kommunalen Klinikverbundes, Band 147, S. 26.

<sup>439</sup> Vorlage für die Sitzung des Senats am 24. Juni 2008, Wirtschaftliche Sanierung der Kliniken und Struktur des kommunalen Klinikverbundes, Band 147, S. 33.

<sup>440</sup> Vorlage für die Sitzung des Senats am 24. Juni 2008, Wirtschaftliche Sanierung der Kliniken und Struktur des kommunalen Klinikverbundes, Band 147, S. 35.

<sup>441</sup> Herr Dr. Hansen, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 10/1094.

<sup>442</sup> Herr Dr. Hansen, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 10/1094 f.

Ende 2011 hatte die Gesundheit Nord nach Aussage von Herrn Dr. Hansen circa 650 Vollzeitstellen abgebaut. Davon sind etwa 100 Vollzeitstellen durch Zentralisierung in den patientenfernen Bereichen weggefallen.<sup>443</sup> Die Jahresergebnisse nach Einleitung des Sanierungskurses waren positiv. So schloss die Gesundheit Nord nach Aussage von Herrn Dr. Hansen gegenüber dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss im Jahr 2008 mit einem Überschuss von 4,8 Millionen Euro ab, 2009 mit einem Überschuss von 5 Millionen Euro und 2010 mit einem Überschuss von 1,5 Millionen Euro. Für 2011 erwartete er nach dem vorläufigen Jahresabschluss ein Defizit von 3,9 Millionen Euro. Dies resultiere zum Teil aus der Krise nach dem Keimausbruch und zum Teil aus Abschreibungen der Gebäude, die auf dem Baufeld des Klinikums Bremen-Mitte abgerissen wurden.<sup>444</sup>

#### **6.3.1.1. Zuständigkeit für Personalentscheidungen**

Nach dem Gesellschaftsvertrag der Klinikum Bremen-Mitte gGmbH<sup>445</sup> hatte das Klinikum Bremen-Mitte zum Zeitpunkt des Ausbruchsgeschehens drei Geschäftsführer. Im Mai 2012 wurde der Gesellschaftsvertrag insoweit geändert, vorgesehen ist nunmehr eine Geschäftsführung bestehend aus einem oder mehreren Geschäftsführern.<sup>446</sup> Nach der Geschäftsanweisung für die Geschäftsführung vom 29. Mai 2012 besteht die Geschäftsführung derzeit aus vier Geschäftsführern.<sup>447</sup> Die Gesellschaft wird durch zwei Geschäftsführer gemeinschaftlich oder einen Geschäftsführer in Gemeinschaft mit einem Prokuristen nach außen vertreten. Die Gesundheit Nord hat jedoch als alleinige Gesellschafterin weitreichende Einflussmöglichkeiten. So hat der Geschäftsführer der Gesundheit Nord das Recht, an allen Sitzungen der Geschäftsführungen der einzelnen Krankenhäuser des Klinikverbundes teilzunehmen.<sup>448</sup>

Die Aufgaben der Geschäftsführung und deren Verteilung waren zum Zeitpunkt des Ausbruchsgeschehens in der Geschäftsanweisung für die Geschäftsführung vom 25.

---

<sup>443</sup> Herr Dr. Hansen, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 10/1099.

<sup>444</sup> Herr Dr. Hansen, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 10/1100.

<sup>445</sup> Gesellschaftsvertrag der Klinikum Bremen-Mitte gGmbH, Band 96, S. 1 ff.

<sup>446</sup> Gesellschaftsvertrag der Klinikum Bremen-Mitte gGmbH, Band 203, Fach 1.

<sup>447</sup> Geschäftsanweisung für die Geschäftsführung, Band 203, Fach 1.

<sup>448</sup> § 7 Abs. 12 des Gesellschaftsvertrages, insoweit unverändert in der Fassung von Mai 2012.

August 2009 geregelt.<sup>449</sup> Danach sind die Geschäftsführer für die ihnen zugeordneten Sachaufgaben und -bereiche zuständig. Dies ändert jedoch nichts daran, dass die Gesellschaft nach außen nur durch zwei Geschäftsführer oder einen Geschäftsführer zusammen mit einem Prokuristen vertreten werden kann. Der Geschäftsführer der Gesundheit Nord hat bei den Sitzungen der Geschäftsführung das Recht, einer Entscheidung der Klinikgeschäftsführung zu widersprechen.<sup>450</sup> Am 18. November 2010 beschlossen die Geschäftsführer des Klinikums Bremen-Mitte und Herr Dr. Hansen als Vorsitzender des Aufsichtsrates des Klinikums eine Ergänzung der Geschäftsverteilung der Geschäftsführung. Zum Aufgabenbereich der Pflegerischen Geschäftsführerin Frau Wendorff gehörte danach der Bereich Personal: operative Verantwortung für das komplette Personalbudget (Stellenbesetzungen, Überstunden etc.) und für das gesamte externe Personal im klinischen Bereich (Kostenstellenverantwortung).<sup>451</sup> Demnach lagen ab November 2010 die Entscheidungen über den Personalbereich bei der Pflegerischen Geschäftsführerin Frau Wendorff. Einstellungen durfte sie jedoch nur zusammen mit einem weiteren Geschäftsführer vornehmen.

Diese Zuständigkeit der Geschäftsführung des Klinikums Bremen-Mitte für Personalentscheidungen wurde von Herrn Dr. Hansen bei seiner Anhörung vor dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss mehrfach betont. Bereits aus den Senatsbeschlüssen aus den Jahren 2007 und 2008 ergebe sich, dass die Erstellung des Personalstellenplans für den jeweiligen Standort Aufgabe der örtlichen Geschäftsführung sei.<sup>452</sup> Stellenpläne und die Arbeitsabläufe auf den Stationen seien ebenso wie die Durchführung des notwendigen Personalabbaus Aufgaben der örtlichen Geschäftsführung.<sup>453</sup> Die Einstellung werde immer von der Abteilungsleitung vorgenommen, also bei den Ärzten immer von den Chefarzten. Ob eine Stelle verfügbar sei, entscheide die örtliche Geschäftsführung, die den Wirtschaftsplan einhalten müsse.<sup>454</sup>

Im Verlaufe seiner Anhörung legte Herr Dr. Hansen auf Nachfrage seine eigene Funktion in diesem Bereich dar:

---

<sup>449</sup> Geschäftsanweisung für die Geschäftsführung der Klinikum Bremen-Mitte gGmbH Band 96, S. 17 ff., eine Neufassung erfolgte am 29. Mai 2012, Band 203, Fach 2.

<sup>450</sup> § 2 Abs. 4 der Geschäftsverteilung.

<sup>451</sup> Ergänzung der Geschäftsverteilung des Klinikums Bremen-Mitte, Band 21, S. 61 f.

<sup>452</sup> Herr Dr. Hansen, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 10/1097.

<sup>453</sup> Herr Dr. Hansen, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 10/1123 f.

<sup>454</sup> Herr Dr. Hansen, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 10/1127.

*„Sie hatten jetzt nach der Funktion des Geschäftsführers gefragt, und ich habe gerade gesagt, dass der Personalbereich in meinem Geschäftsbereich lag. Natürlich haben wir seit 2008 einen Einstellungsstopp und brauchen ein Verfahren, wie man da Ausnahmegenehmigungen erteilt. Das Verfahren als solches läuft natürlich über meinen Verantwortungsbereich, wenn Sie so wollen. Darüber gibt es durchaus Einflussmöglichkeiten, aber, wie gesagt, nach einem standardisierten Verfahren, und die wesentliche Grundlage ist das, was wir schon mehrfach diskutiert haben. Wenn ein Wirtschaftsplan eingehalten wird, dann wird immer eine Ausnahmegenehmigung erteilt, und wenn das nicht der Fall ist, dann wird sie gegebenenfalls zunächst nicht erteilt, und dann gibt es weitere Gespräche mit der Geschäftsführung, wie das entsprechend zu kompensieren ist oder ob es Alternativen dazu gibt. Dazu wiederum gibt es dann auch regelmäßige Jour fixes, wo Gelegenheit besteht, diese Dinge zu besprechen, und in dringlichen Fällen findet das natürlich auch außerhalb statt.“<sup>455</sup>*

Auf weitere Nachfrage zu diesem Themenkomplex führte Herr Dr. Hansen in seiner Vernehmung später aus:

*„Es gibt eine klare Absprache mit den örtlichen Geschäftsführungen, dass ich keinerlei Entscheidungen, auch nicht personeller Natur, treffe und auch nichts in Aussicht stelle. (...) Das schließt nicht aus, dass es dann in den genannten Runden auch einmal Diskussionen zwischen der Geschäftsführung und mir gibt, wie darauf zu reagieren ist, wie das Problem zu lösen ist, aber dafür gibt es eben Strukturen, in denen das dann besprochen wird, und am Ende entscheidet es die Geschäftsführung. Wenn die Geschäftsführung in ihrem Wirtschaftsplan bleibt, ich sage einmal, konnte sie auch in der Vergangenheit personell frei agieren, denn dieses Verfahren der Ausnahmegenehmigung vom Einstellungsstopp, ich hatte das schon*

---

<sup>455</sup> Herr Dr. Hansen, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 10/1197.

*gesagt, basiert ganz wesentlich auf der Einhaltung des Wirtschaftsplans.*<sup>456</sup>

Diese Schilderung bestätigte Herr Gmajnic, der Kaufmännische Geschäftsführer der Gesundheit Nord, bei seiner Anhörung. Er betonte, die mittelfristige Personalplanung und -steuerung obliege der Geschäftsführung der jeweiligen Standorte. Bei Sondergenehmigungen vom Einstellungsstopp sei grundsätzlich Herr Dr. Hansen beteiligt worden. Die Klinikgeschäftsführung habe mit dem Personalbereich der Gesundheit Nord auch maßgeblichen Einfluss auf die Wiederbesetzung von Stellen gehabt. Einstellungsstopps für bestimmte Bereiche seien nicht pauschal ausgesprochen worden. Anträge auf Zulassung von Ausnahmen hätten die einzelnen Standorte an Herrn Dr. Hansen gerichtet, der dann letztlich entschieden habe, ob eine Stelle wiederbesetzt werde oder nicht.<sup>457</sup> Frau Wendorff führte aus, als personalverantwortliche Geschäftsführerin habe sie bei Herrn Dr. Hansen Ausnahmen vom Einstellungsstopp beantragen müssen. Zu bestimmten Zeiten seien keine Einstellungen vorgenommen worden. Nach Diskussionen sei es dann aber wieder zu Einstellungen gekommen.<sup>458</sup>

Nach dem Eindruck von Mitarbeitern des Klinikums Bremen-Mitte hatte Herr Dr. Hansen einen erheblichen Einfluss auf Personalentscheidungen und insbesondere auf Neueinstellungen. Aus dem Jahr 2011 liegen dem Ausschuss mehrere Schreiben von Mitarbeitern an Herrn Dr. Hansen vor, in denen diese sich über eine mangelhafte Personalausstattung beschwerten.<sup>459</sup> Auch die Freistellung von Herrn Dr. Kappler und die Kündigung von Herrn Professor Dr. Huppertz beruhten auf Entscheidungen von Herrn Dr. Hansen.<sup>460</sup> Im Protokoll der ersten Zentrumskonferenz des Eltern-Kind-Zentrums vom 1. März 2011 wird zum Thema personelle Anträge ausgeführt:

*„Personelle Anträge sind zur Zeit für das KBM über den jeweiligen Chefarzt/Klinikpflegeleitung/Abteilungsleitung zu stellen, via Zentrumsleitung, die Geschäftsführung. Anschließend gehen die Anträge auf personelle Umsetzungsmaßnahmen, die einer*

---

<sup>456</sup> Herr Dr. Hansen, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 10/1207 f.

<sup>457</sup> Herr Gmajnic, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 18/2479.

<sup>458</sup> Frau Wendorff, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 27/3865 f.

<sup>459</sup> Siehe unter „6.3.2.4. Ärztlicher Bereich“.

<sup>460</sup> Herr Dr. Hansen, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 10/1198 f.

*Ausnahmegenehmigung unterliegen, an das Personalcontrolling und von dort aus zu Herrn Dr. Hansen.*<sup>461</sup>

Auch aus der Sicht der Assistenzärzte nahm Herr Dr. Hansen insofern eine entscheidende Stellung ein. Auf die Frage, warum er sich mit einem Schreiben an Herrn Dr. Hansen und nicht an die Klinikleitung gewendet habe, antwortete Herr Dr. Querfurt, Assistenzarzt in der Professor-Hess-Kinderklinik, er habe den Eindruck gehabt, Herr Dr. Hansen sei der richtige Ansprechpartner. In den im Vorfeld erfolgten Diskussionen und Auseinandersetzungen mit der Pflegerischen und Ärztlichen Geschäftsführung sei ihm vermittelt worden, dass Herr Dr. Hansen Einfluss auf die Personalstärke nehmen könne.<sup>462</sup> Zu einer ähnlichen Einschätzung kam auch Herr Dr. Marg bei seiner Anhörung. Er führte aus, wenn man im Einzelfall bei der Klinikgeschäftsführung nicht weitergekommen sei, habe man sich an Herrn Dr. Hansen gewandt.<sup>463</sup>

Der ehemalige Staatsrat Herr Dr. Schulte-Sasse schilderte vor dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss ausführlich auch die Entwicklung der Einflussnahme auf Personalentscheidungen durch Herrn Dr. Hansen:

*„Dann hat Herr Dr. Hansen tatsächlich auch zu Beginn immer wieder eingegriffen und gesagt, das kommt nicht in Frage, diese Einstellung erfolgt nicht, oder da sind die Zielvorgaben nicht erreicht, härteres Durchgreifen! Diese Art der Kommunikation hat einen relativ hohen Unmut erzeugt. Spätestens zu diesem Zeitpunkt ist dann diese Meldung auch an mich herangetragen worden, es gibt Ärger. Ich habe dann mit Herrn Dr. Hansen ein intensives Gespräch geführt. (...) auf mein massives Drängen hin hat Herr Dr. Hansen dann tatsächlich Ende des Jahres 2008 seine Intervention gegenüber einzelnen Entscheidungen eingestellt und hat die Kliniken auf der Basis der vorgegebenen Zielmargen in Eigenverantwortung arbeiten lassen. Dann ist etwas passiert, von dem Herr Dr. Hansen im Nachhinein sagte, das hat er vorher schon gewusst, dass das passiert, was allerdings eine Katastrophe war. Im Klinikum Bremen-*

---

<sup>461</sup> Protokoll Konferenz Eltern-Kind-Zentrum, Band 63, S. 50.

<sup>462</sup> Herr Dr. Querfurt, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 17/2283.

<sup>463</sup> Herr Dr. Marg, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 13/1660 f.

*Mitte - das war das Krankenhaus mit dem größten Personalüberstand - sind Neueinstellungen getätigt worden, die nicht hätten getätigt werden können oder dürfen, und zwar in einem Umfang, der im Jahr 2009 den Wirtschaftsplan des Klinikums Bremen-Mitte aufgrund der damit verbundenen personalen Zuwächse und Mehrbelastungen akut bedrohte. Das ist quasi erst drei, vier Monate, nachdem die Sache lief, deutlich geworden und war nur noch schwer zu korrigieren und zu stoppen. (...) Herr Dr. Hansen hat dann notwendigerweise wieder zu dem alten Instrumentarium zurückgegriffen, und meines Wissens ist es dann so gelaufen, wie ich es gerade geschildert habe, die Entscheidung ist vor Ort gefallen, Herr Dr. Hansen hat die Entscheidung bestätigt oder, wenn er Gründe hatte, nicht bestätigt.“<sup>464</sup>*

Im Verlauf seiner Anhörung führte Herr Dr. Schulte-Sasse weiter aus:

*„Herr Hansen hat nicht einen kompletten ausnahmslosen Einstellungstopp verfügt - das hätten wir gar nicht mitgemacht -, sondern er hat die Forderung gestellt, dass ihm jede Neueinstellung vorgelegt wird, gegengezeichnet und gut begründet werden muss. Die Frage, die sich dann allenfalls für mich stellt, ist: Sind Neueinstellungen von Herrn Hansen abgelehnt worden, die aber in der Sache unzweifelhaft notwendig gewesen wären? Eine solche Situation habe ich nie vorgetragen bekommen. Sie ist auch nie in den Aufsichtsratssitzungen, auch nicht im LdW von den der Linken angehörenden oder nahestehenden Aufsichtsräten, vorgetragen worden. Deshalb gehe ich davon aus, dass es eine solche Situation nicht gegeben hat.“<sup>465</sup>*

Nach dem Ausscheiden von Herrn Dr. Hansen als Geschäftsführer der Gesundheit Nord stellt sich die Verteilung der Entscheidungskompetenzen wie folgt dar: Die Personalhoheit mit Ausnahme des medizinisch-technischen Bereichs, in dem nach wie vor ein Personalüberhang besteht, wurde an die Einzelstandorte zurückgegeben. Dies

---

<sup>464</sup> Herr Dr. Schulte-Sasse, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 19/2660 f.

<sup>465</sup> Herr Dr. Schulte-Sasse, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 19/2713.

gilt allerdings nur für Einstellungen, die sich im Rahmen des Wirtschaftsplans bewegen. Wird er überschritten, muss auch weiterhin die Geschäftsführung der Gesundheit Nord zustimmen. Alles, was darüber hinausgeht, ist weiterhin genehmigungspflichtig.<sup>466</sup>

Entscheidend für den Spielraum, den die einzelnen Krankenhäuser des Klinikverbundes bei Personalentscheidungen haben, ist insofern der Umstand, ob es ihnen gelingt, ihre jeweiligen Wirtschaftspläne einzuhalten. Schaffen sie dies nicht, so hat die Geschäftsführung der Gesundheit Nord einen erheblichen Einfluss auf die Personalentscheidung, weil sie für die Erteilung von Ausnahmegenehmigungen zuständig ist. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Geschäftsführung der Gesundheit Nord im Klinikverbund die Endverantwortung für die Einhaltung des Sanierungskurses trägt und wahrnimmt.

Allerdings darf die große Bedeutung der Ausnahmegenehmigungen im Rahmen der Personalsteuerung aus Sicht des parlamentarischen Untersuchungsausschusses nicht dazu führen, dass allein wirtschaftliche Fragestellungen ausschlaggebend für die Stellenbesetzung sind. Der Krankenhausträger sollte, um dies zu verhindern und eine entsprechende Bindung der Geschäftsführung der Gesundheit Nord zu gewährleisten, das Qualitätsmanagement als Unternehmensziel in den Gesellschaftsverträgen der Gesundheit Nord sowie der Krankenhäuser im Klinikverbund verankern. Auch muss die Gesundheit Nord stärker in das Hygiene- und Qualitätsmanagement eingebunden werden, damit ihre Verantwortung auch für diesen Bereich deutlich wird. Eine stärkere Integration des Klinikverbundes bei diesen Fragestellungen verhindert eine alleinige Steuerung anhand von wirtschaftlichen Kennzahlen.

#### **6.3.1.2... Einbindung der Aufsichtsräte der Gesundheit Nord und des Klinikums Bremen-Mitte**

Das Thema Personalabbau war auch Gegenstand der Beratungen in den Aufsichtsräten der Gesundheit Nord und der einzelnen kommunalen Krankenhäuser des Klinikverbundes. Das ergibt sich aus den übereinstimmenden Aussagen von Herrn Dr. Hansen und Herrn Dr. Schulte-Sasse. So betonte Herr Dr. Schulte-Sasse, dass die

---

<sup>466</sup> Herr Staatsrat Dr. Schuster, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 22/3098.

Aufsichtsratsmitglieder über die Entwicklung der Personalausstattung in den einzelnen Stationen und für einzelne Berufsgruppen informiert gewesen seien. Zu jeder Aufsichtsratssitzung hätten die Aufsichtsratsmitglieder Informationen erhalten, aus denen sich die Entwicklung des Personalbestands in den einzelnen Standorten und in den einzelnen Abteilungen ergeben habe und mit den Jahreszielen verglichen worden sei.<sup>467</sup> Der Aufsichtsrat habe auch Personalprobleme auf einzelnen Stationen diskutiert. Die Geschäftsführung habe den Aufsichtsrat beispielsweise darüber informiert, dass es immer wieder auf einzelnen Stationen Probleme gebe und welche Maßnahmen ergriffen worden seien. Nachdem solche Diskussionen immer häufiger aufgetreten seien, habe der Aufsichtsrat beschlossen, ein Sachverständigengutachten über die notwendige Personalbemessung auf den einzelnen Stationen einzuholen. Nach dem Ergebnis des Gutachtens, das in enger Kooperation mit dem Betriebsrat erstellt worden sei, habe es keine durchgängige Personalunterbesetzung im Klinikum Bremen-Mitte gegeben.<sup>468</sup> Nach Aussage von Herrn Dr. Hansen wurde der Personalabbau im Rahmen der Beratungen des Aufsichtsrats der Gesundheit Nord über den Wirtschaftsplan und die Quartalsberichte besprochen.<sup>469</sup> Es handelte sich um einen politischen Auftrag des Senats, der an die Gesundheit Nord und die einzelnen kommunalen Krankenhäuser weitergegeben wurde.<sup>470</sup>

Nach der Aussage des als Arbeitnehmervertreter in den Aufsichtsrat der Gesundheit Nord entsandten Herrn Hollnagel wurden sowohl die Personalausstattung als auch die Probleme, die sich durch den Sanierungskurs und die Sparvorgaben ergaben, angesprochen. Er betonte, Befürchtungen wegen zu geringer Personalausstattung sei immer mit dem Argument entgegen getreten worden, dass andere Kliniken in Deutschland auch mit dieser Personalstärke arbeiteten. Bremen könne es sich nicht leisten, weiterhin mit mehr Personal zu arbeiten. Im Aufsichtsrat sei aber nicht so präzise diskutiert worden. Man habe allerdings auch über die Gefahr hygienischer Mängel bei zu geringer Personalausstattung gesprochen. Für ihn sei aber nicht feststellbar gewesen, dass das Personal auf der neonatologischen Station so knapp gewesen sei, dass er darin ein medizinisches Risiko gesehen hätte.<sup>471</sup> Herr Dr. Gottwald vom Referat Beteiligungsmanagement bei der Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit erinnerte sich, dass im Bereich der Neonatologie eher

---

<sup>467</sup> Herr Dr. Schulte-Sasse, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 19/2634 f.

<sup>468</sup> Herr Dr. Schulte Sasse, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme 33/4840 ff.

<sup>469</sup> Herr Dr. Hansen, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 10/1161.

<sup>470</sup> Frau Rosenkötter, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 20/2764.

<sup>471</sup> Herr Hollnagel, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 18/2569, 18/2596 und 18/2605.

angesprochen worden sei, wie viele Betten man brauche und ob die Ausstattung an Betten ausreichend sei, um die Kapazitäten abzudecken. Konkrete Diskussionen über Personal seien ihm nicht bekannt.<sup>472</sup>

Der Staatsrat für Gesundheit Herr Dr. Schuster gab bei seiner Anhörung vor dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss an, das Thema Personalabbau sei, seitdem er Aufsichtsratsmitglied sei, im Aufsichtsrat nur in allgemeiner Form diskutiert worden. Vornehmlich sei es um die Frage gegangen, im Bereich der Ärzte und Pflegekräfte keinen weiteren Personalabbau mehr vorzunehmen. Später sei das Thema gewesen, ob in diesem Bereich erforderliche Nachbesetzungen hinreichend schnell zu realisieren seien. Insbesondere bei bestimmten Fachkräften sei es inzwischen keineswegs mehr so, dass man eine Stelle, wenn man sie ausgeschrieben habe, auch besetzen könne. Das dauere manchmal mehrere Wochen oder Monate. Aufgrund des knappen Personalangebots in manchen Bereichen habe man sich auch mit der Frage möglicher Ausfallkonzepte, wie zum Beispiel Springerpools, beschäftigt.<sup>473</sup>

#### **6.3.1.3. Personalentwicklung**

Seit 2008 fand in den Krankenhäusern der Gesundheit Nord ein erheblicher Abbau von Personal statt. Herr Dr. Hansen hat bei seiner Anhörung vor dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss mitgeteilt, auf der Grundlage der Senatsbeschlüsse von 2007 und 2008 sei ein Personalabbau von 940 Vollkräften notwendig gewesen.<sup>474</sup> Bis zum 31. Dezember 2011 seien circa 650 Vollkräfte abgebaut worden, davon etwa 100 Vollkräfte in den patientenfernen Bereichen.<sup>475</sup>

Zur Ermittlung des Personalbedarfes im Klinikverbund hatte die Gesundheit Nord im Jahr 2008 das Unternehmen KPMG beauftragt.<sup>476</sup> Das Unternehmen ermittelte den Personalbedarf der Gesundheit Nord mit zwei Methoden, nämlich der leistungsorientierten und der erlösorientierten Methode. Bei der leistungsorientierten

---

<sup>472</sup> Herr Dr. Gottwald, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 17/2414.

<sup>473</sup> Herr Staatsrat Dr. Schuster, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 22/3015.

<sup>474</sup> Herr Dr. Hansen, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 10/1097.

<sup>475</sup> Herr Dr. Hansen, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 10/1099.

<sup>476</sup> Vorlage für die 3. Sitzung des Aufsichtsrates der Gesundheit Nord vom 21. September 2010, Band 60, S. 49; Zuschlagerteilung vom 20. Mai 2009, Band 193, S. 1 ff.

Personalbedarfsermittlung wird jede Leistung, die erbracht wird, mit einem Zeitwert hinterlegt. Dann wird aufsummiert, wie viel Zeit benötigt wird, um die Leistungen zu erbringen. Da die Datenerhebung sehr lange gedauert und KPMG Referenzzahlen aus dem Jahr 2008 zugrunde gelegt hatte, wurde bei der Ermittlung dieser Zahlen nicht berücksichtigt, dass die Gesundheit Nord zwischenzeitlich Leistungen bereits eingestellt und Stationen wegen mangelnder Auslastung geschlossen hatte.<sup>477</sup> Demgegenüber geht die erlösorientierte Methode von den für die erbrachten Leistungen erzielten Erlösen aus und ermittelt, wie viele Stellen in den einzelnen Dienstarten finanziert werden können. Diese Methode wird von vielen Krankenhäusern angewandt, weil sie abbildet, welche Leistungen man sich von den Einnahmen leisten kann.<sup>478</sup>

In einer Präsentation vom 15. Juli 2010 kam KPMG zu dem Ergebnis, dass bei einer leistungsbasierten Berechnung ein Personalüberhang in der Gesundheit Nord von 389,24 Kräften bestand (im Klinikum Bremen-Mitte: 215,09 Kräfte), bei einer erlösorientierten Betrachtung ergab sich ein Überhang von 568,3 Kräften (Klinikum Bremen-Mitte: 351,8 Kräfte).<sup>479</sup>

Nach der Einschätzung von Herrn Dr. Hansen hat die erlösorientierte Methode gezeigt, dass die Annahme der Gesundheit Nord aus dem Jahr 2008, es seien 860 Vollkräfte abzubauen, wovon nur ein Teil im sogenannten weißen Bereich liege, im Wesentlichen richtig gewesen sei. KPMG habe mit beiden Methoden die Anzahl der Vollkräfte, die abgebaut werden müsse, im Wesentlichen bestätigt. Nur bei den einzelnen Dienstarten gebe es Verschiebungen. Im medizinisch-technischen Dienst müsse nach KPMG mehr und im Pflegedienst weniger Personal abgebaut werden, als die Gesundheit Nord angenommen habe. Im Pflegedienst sei man im Jahr 2011 etwa auf dem Niveau angekommen, das KPMG ausgerechnet habe.<sup>480</sup>

Die Ergebnisse von KPMG wurden von den Mitarbeitern der Neonatologie und der Professor-Hess-Kinderklinik sehr kritisch aufgenommen. Bei einer Besprechung vom 9. Februar 2011 bemängelten die Herren Professoren Dr. Lorenz und Dr. Huppertz, dass die KPMG-Ergebnisse auf unvollständigen oder z. T. falschen Daten beruhten

---

<sup>477</sup> Herr Dr. Hansen, Dr. Hansen, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 10/1119 ff.

<sup>478</sup> Herr Dr. Hansen, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 10/1119 ff.

<sup>479</sup> Vorlage für die 3. Sitzung des Aufsichtsrates der Gesundheit Nord gGmbH am 21. September 2010, Anlage I, Band 60, S. 52 ff.

<sup>480</sup> Herr Dr. Hansen, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 10/1119 ff.

und in 2009 entgegen einer Zusage keine Evaluierung der Daten erfolgt sei.<sup>481</sup> Herr Dr. Marg rügte vor dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss, KPMG habe für die Intensivstationen zu wenig Personal berechnet. Es sei nicht berücksichtigt worden, dass sich diese Intensivstationen und die Neonatologie an drei unterschiedlichen Standorten befänden. Das St.-Joseph-Stift müsse im Schichtdienst versorgt werden, außerdem müssten die Neonatologie und die Intensivmedizin versorgt werden. KPMG habe bei den Berechnungen so getan, als ob alle an einem Standort wären. Aus seiner Sicht habe KPMG häufig an der Realität vorbeigeplant.<sup>482</sup>

### **6.3.2. Quantitative Besetzung der Neonatologie im Jahr 2011**

Die tatsächliche quantitative Personalbesetzung der Neonatologie ist vor dem oben geschilderten Hintergrund zu betrachten. Dabei ist zunächst festzustellen, ob und gegebenenfalls welche Empfehlungen für eine optimale Besetzung mit Pflege- und ärztlichem Personal bestehen.

#### **6.3.2.1. Empfehlungen**

Die Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses enthält keine Vorgaben für einen konkreten Personalschlüssel im pflegerischen und für den ärztlichen Bereich. Weitergehend bestehen für den Pflegebereich die Empfehlungen der Fachgesellschaften für die strukturellen Voraussetzungen der perinatalogischen Versorgung in Deutschland aus dem Jahr 2005.<sup>483</sup> Auf die Empfehlungen der Fachgesellschaft verweist auch die oben genannte Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention.<sup>484</sup> Diese Empfehlungen sind jedoch nach § 137 SGB V nicht bindend. Für den Intensivtherapiebereich wird von den Fachgesellschaften ein Pflegeschlüssel von drei zu eins (Pflegekräfte pro Bett) und für den Überwachungsbereich von zwei zu eins empfohlen.<sup>485</sup>

---

<sup>481</sup> Besprechungsprotokoll, Personalbudget 2011 im Eltern-Kind-Zentrum, 9. Februar 2011, Band 63, S. 35.

<sup>482</sup> Herr Dr. Marg, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 13/1632 f.

<sup>483</sup> Empfehlung für die strukturellen Voraussetzungen der perinatalogischen Versorgung in Deutschland, . [http://www.gnpi.de/cms/attachments/124\\_051220-Version12.10.2005.pdf](http://www.gnpi.de/cms/attachments/124_051220-Version12.10.2005.pdf), abgerufen am 27. November 2012.

<sup>484</sup> Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2007, S. 1275.

<sup>485</sup> Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatalogischen Versorgung in Deutschland.

Der parlamentarische Untersuchungsausschuss hat mehrere Sachverständige zur Frage des erforderlichen oder auch wünschenswerten Pflegeschlüssels auf einer neonatologischen Intensivstation angehört. Die Auskünfte dazu waren nicht einheitlich, stellten jedoch überwiegend auch auf die Empfehlungen der Fachgesellschaften ab.<sup>486</sup>

Die Frage eines verbindlichen Personalschlüssels für eine neonatologische Intensivstation ist nach Angaben der Experten nur schwer konkret anzugeben. Denn der Pflegeaufwand für die einzelnen Patienten fällt unterschiedlich aus. Außerdem ist der Pflegeaufwand pro Kind sehr schwer einzuschätzen, weil sich der Gesundheitszustand bei frühgeborenen Kindern sehr schnell ändern kann.<sup>487</sup> Ein besonderes Problem auf der Neonatologie ist, dass es auf diesen Stationen keinen kontinuierlichen Arbeitsanfall gibt. Arbeitsspitzen und Arbeitstäler können auf einer neonatologischen Station erheblich voneinander abweichen und äußerst kurzfristig wechseln. Deshalb muss man in diesem Bereich Konzepte schaffen, die ein hohes Maß an Flexibilität gewährleisten.<sup>488</sup>

Konsens scheint zu sein, dass eine Ausstattung von drei zu eins in der Intensivpflege und zwei zu eins in der Überwachung das Optimum darstellt. Dieses Verhältnis Pflegekräfte zu Bett berücksichtigt den gesamten Personalaufwand, der bereitgestellt werden muss, um einen ausgeglichenen jährlichen Schichtdienstplan zu ermöglichen, und führt im Ergebnis dazu, dass eine Pflegekraft nie mehr als zwei Frühgeborene zu betreuen hat.<sup>489</sup> Diese Werte sind jedoch nicht verbindlich und werden auch in deutschen Krankenhäusern nicht durchgängig eingehalten.<sup>490</sup> In der wissenschaftlichen Diskussion ist anerkannt, dass auf neonatologischen Stationen ausreichend Personal vorhanden sein muss, um Hygienrisiken zu vermeiden. Allerdings beruht die Festlegung, was ausreichend ist, durch die Fachgesellschaft lediglich auf einem „Konsensbeschluss“<sup>491</sup>, wie Herr Dr. Schulz-Stübner ausführte:

---

<sup>486</sup> Siehe dazu etwa: Herr Professor Dr. Eikmann, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 2/119 und 2/146; Herr Dr. Zastrow, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 2/190; Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 15/2071 ff.; Herr Dr. Laux, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 16/2179.

<sup>487</sup> Herr Professor Dr. Herting, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 1/21; Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 15/2072.

<sup>488</sup> Herr Professor Dr. Herting, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 1/21; Herr Dr. Marg, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 13/1649.

<sup>489</sup> Herr Professor Dr. Herting, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 1/59 f.

<sup>490</sup> Herr Dr. Laux, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 16/2179.

<sup>491</sup> Herr Dr. Schulz-Stübner, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 3/465.

*„Da hat man sich zusammengesetzt und gesagt, gut, das ist das, von dem wir jetzt glauben, dass es aus den verschiedenen genannten Aspekten für die Versorgungsqualität sinnvoll ist.“<sup>492</sup>*

Den konkreten Zahlen liege, so Herr Dr. Schulz-Stübner, „keine konkrete wissenschaftliche Evidenz“ zu Grunde, wonach anhand von wissenschaftlichen Studien nachgewiesen wurde, dass sicher ein hygienisches Risiko bestünde, wenn genau dieser Personalschlüssel nicht eingehalten werde.<sup>493</sup> Hinsichtlich des tatsächlich auf neonatologischen Stationen in Deutschland umgesetzten Personalschlüssels, machte der Präsident der Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin Herr Professor Dr. Herting deutlich, dass diese sehr von der Situation auf den einzelnen Stationen abhingen.<sup>494</sup> Herr Professor Dr. Herting führte weiter aus deutlich, dass auch in seiner Klinik, obwohl sie „personell sehr gut bestückt ist“, <sup>495</sup> es eine große Herausforderung für die Personalsteuerung darstelle, damit umzugehen, wenn plötzlich Drillinge geboren würden und diese versorgt werden müssten.<sup>496</sup> In Bezug auf die neonatologische Versorgung in den Niederlanden schilderte Herr Professor Dr. Friedrich, an Wochentagen sei eine Relation von zwei Kindern pro Pflegekraft gewährleistet, in der Nacht von drei Kindern je Pflegekraft. Über das Wochenende sei ein Verhältnis von vier Kindern je Pflegekraft beziehungsweise drei Kindern je Pflegekraft normal.<sup>497</sup>

#### **6.3.2.2. Situation in der Pflege im Klinikum Bremen-Mitte**

Mit Schreiben vom 26. Januar 2012 übersandte die Pflegerische Geschäftsführerin des Klinikums Bremen-Mitte dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss eine überarbeitete Stations- und Pflegebesetzung der Station 4027 für die Monate Januar bis Oktober 2011.<sup>498</sup> Danach wurde ein Pflegeschlüssel von 1:2 (1 Pflegekraft für 2 Frühgeborene) durchschnittlich überwiegend nicht erreicht.

---

<sup>492</sup> Herr Dr. Schulz-Stübner, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 3/465.

<sup>493</sup> Herr Dr. Schulz-Stübner, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 3/466.

<sup>494</sup> Herr Professor Dr. Herting, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 1/21 ff.

<sup>495</sup> Herr Professor Dr. Herting, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 1/24.

<sup>496</sup> Herr Professor Dr. Herting, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 1/21 sowie 1/25.

<sup>497</sup> Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2951 f.<sup>498</sup> Stationsbelegung 4027 und Pflegepersonalbesetzung 4027, Band 66, S. 21 ff.; Anlage 5 (Auszug), Personalbesetzung/Patientenbelegung der Station 4027 für den Zeitraum Januar bis Oktober 2011.

<sup>498</sup> Stationsbelegung 4027 und Pflegepersonalbesetzung 4027, Band 66, S. 21 ff.; Anlage 5 (Auszug), Personalbesetzung/Patientenbelegung der Station 4027 für den Zeitraum Januar bis Oktober 2011.

Auch im Zwischenbericht des Robert Koch-Instituts wird die Situation im Pflegebereich in den Stationen 4027 und 4028 dargestellt, hier für die Monate Juli bis Oktober 2011. Danach gab es erhebliche Unterschiede in der Belegung und der Besetzung der Stationen. Die Station 4027 hatte an einem Tag nur fünf und an anderen Tagen bis zu vierzehn Patienten bei einer Besetzung mit Pflegekräften zwischen zwei und sieben Mitarbeitern. Im Schnitt hatte eine Pflegekraft während einer Schicht 4,44 beziehungsweise 4,63 Patienten zu versorgen.<sup>499</sup>

Bei seiner Anhörung am 19. April 2012 erläuterte Herr Dr. Eckmanns diese Berechnungen. Es habe tatsächlich Schichten gegeben, in denen sich eine Pflegekraft um bis zu sechs Kinder gekümmert habe. Er könne jedoch keine Angaben dazu machen, in welchem gesundheitlichen Zustand sich die Frühchen befunden und welchen Pflegeaufwand sie erfordert hätten.<sup>500</sup>

Mit Schreiben vom 22. August 2011 wandten sich die Oberärzte und Vertreter des pflegerischen Personals der Stationen 4027 und 4028 an Herrn Dr. Hansen.<sup>501</sup> Sie rügten, die Aufstockung der neonatologischen Intensivstation von 12 auf 16 Betten sei ohne entsprechende Personalanhebung erfolgt, obwohl man gewusst habe, dass schon zum Zeitpunkt der 12-Bettenstation qualifiziertes Personal nicht in ausreichendem Maß vorgehalten worden sei. Die steigende Zahl von sehr kleinen Frühgeborenen werde also von nicht genug und nicht ausreichend qualifizierten Schwestern versorgt. Dauerhaft erkranktes Personal oder aufgrund von Schwangerschaften ausfallende Pflegekräfte würden nicht ersetzt, eine Weiterqualifizierung der Pflege, wie sie die Statuten des Level 1-Status forderten, würde wissentlich ignoriert. Nach der erheblichen Reduktion im Pflegebereich sei auch die Zahl der Mitarbeiter im ärztlichen Team reduziert worden.

Demgegenüber wies Frau Wendorff darauf hin, dass sich der Personaleinsatz speziell in der Neonatologie immer nach dem Bedarf richte. Es gebe eine an der Durchschnittsbelegung orientierte Mindestbesetzung mit Pflegepersonal, die nicht unterschritten werden sollte.<sup>502</sup> Dementsprechend müsse mindestens eine examinierte

---

<sup>499</sup> Robert Koch-Institut, Zwischenbericht (Datenstand vom 18. November 2011), Nosokomialer Ausbruch durch ESBL-bildende *Klebsiella pneumoniae* im Zentrum für Kinderheilkunde Klinikum Bremen-Mitte, Band 16, S. 19 ff.

<sup>500</sup> Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 15/2071 ff.

<sup>501</sup> Schreiben von Herrn Dr. Lasch, Herrn Dr. Selzer, Herrn Dr. Schwalm, Frau Dr. Runde, Herrn van Hall, Frau Teipel, Herrn Winterhalter, Herrn Neumann, Frau Bojang an die Gesundheit Nord vom 22. August 2011, Band 63, S. 118 ff.

<sup>502</sup> Frau Wendorff, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 27/3859.

Gesundheits- und Kranken- oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin in einer Schicht auf einer Station anwesend sein.<sup>503</sup> Wenn diese Mindestbesetzung nicht eingehalten werden könne, sei es zunächst Aufgabe der Stationsleitung, Mitarbeiter aus der Freizeit zu holen oder Überstunden anzuordnen. Gegebenenfalls müsse sich die Stationsleitung an die Stationspflegeleitung oder an die Klinikpflegeleitung wenden.<sup>504</sup> Allerdings habe sich in der Vergangenheit immer gezeigt, dass man wegen der unterschiedlichen Arbeitsspitzen und Arbeitstäler den Personaleinsatz flexibel gestalten müsse. Diese Flexibilität habe man zum einen über eine Organisationsänderung erreicht, nämlich den Zusammenschluss der Stationen 4027 und 4028, der es ermöglicht habe, Personal mit der ausreichenden Fachqualifikation von der einen auf der anderen Station einzusetzen. Zum anderen habe man Rufbereitschaftsdienste geschaffen und über Extrawachen versucht, Aushilfspersonal, das sich auf der Station auskennt, einzuplanen.<sup>505</sup>

Die Personalausstattung der neonatologischen Intensivstation am Klinikum Bremen-Mitte mit Pflegekräften beschrieb Herr Dr. Hansen in einem Schreiben an die Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit vom 29. November 2011 wie folgt:<sup>506</sup>

*„Hinsichtlich der quantitativen Besetzung ist festzuhalten, dass im Bereich der Pflege der Schlüssel von 3:1 beziehungsweise 4:1 (Anzahl Patient pro Pflegekraft) bis auf wenige Ausnahmesituationen eingehalten worden ist...Wie bereits oben ausgeführt, lassen die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen in deutschen Krankenhäusern derzeit keine Personalausstattung zu, die kontinuierlich eine Besetzung vorsieht, die besondere krankheits- oder urlaubsbedingte Ausnahmesituationen abdeckt. Dies gilt auch für die Besetzung der Neointensivstation am Klinikum Bremen-Mitte. Seitens der personalverantwortlichen Geschäftsführung des KBM wurden deshalb verschiedene Maßnahmen zur Flexibilisierung des Personaleinsatzes bei Engpasssituationen angeregt und umgesetzt....“*

---

<sup>503</sup> Frau Wendorff, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 28/4022.

<sup>504</sup> Frau Wendorff, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 28/4022.

<sup>505</sup> Frau Wendorff, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 27/3860.

<sup>506</sup> Schreiben von Herrn Dr. Hansen, 29. November 2011, Band 58, S. 316 ff.

Herr Dr. Hansen erläuterte diese Angaben gegenüber dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss:

*„...auf Seite 19 des Zwischenberichts des Robert Koch-Instituts findet man, finde ich, eine sehr gute, hoch differenzierte Darstellung über die tatsächliche Pflegebesetzung, auch gerade dieses Schlüssels. Dort ist ja für jeden einzelnen Tag, sogar für jede einzelne Schicht zu sehen, wann diese Ausnahmen vorgelegen haben. Darauf bezieht sich ja auch meine Formulierung in dem Schreiben an die Frau Senatorin. Wenn man dort eine Gerade zieht - das ist ja die unterste gezackte Kurve, die diese Quote angibt -, wenn man dort bei drei eine Linie zieht, sieht man sehr schön, in welchen Schichten dieser Schlüssel nicht eingehalten worden ist, sondern darunter lag. Wenn man die Linie bei vier zieht - ich habe hier ja drei zu eins beziehungsweise vier zu eins geschrieben -, dann ist es wirklich nur in Ausnahmen der Fall gewesen. Ich habe nicht nachgezählt, wie viele Schichten es gewesen sind, aber so ist es hier gemeint.“<sup>507</sup>*

Eine detaillierte Aufschlüsselung der Personalbesetzung legte Herr Dr. Hansen zudem in der Aufsichtsratssitzung der Gesundheit Nord vom 14. Dezember 2011 vor. In der Präsentation zu dem Tagesordnungspunkt 2 „Sachstand Ereignisse Neonatologie“ heißt es, dass im Jahr 2011 das Verhältnis Patient/Pflegepersonal 2,83 zu 1 betragen habe. Bei diesem Wert sei zudem nicht berücksichtigt, dass die bei einem Personalengpass hinzugezogenen Rufdienste sowie die Aushilfen von der Station 4028 und von anderen Stationen das tatsächliche Verhältnis Patient/Pflegepersonal noch verbessert hätten.<sup>508</sup>

### **6.3.2.3. Überlastungsanzeigen des Pflegepersonals**

Für den Bereich der Pflegekräfte lagen dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss Überlastungsanzeigen aus der Kinderklinik und der

---

<sup>507</sup> Herr Dr. Hansen, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 10/1130.

<sup>508</sup> AR-GeNo Sitzung am 14. Dezember 2011, TOP Sachstand Ereignisse Neonatologie, Band 60, S. 115.

Neonatologie für die Jahre 2005 bis 2012 vor.<sup>509</sup> Der Vorsitzende des Betriebsrates am Klinikum Bremen-Mitte, Herr Hollnagel, wies bei seiner Anhörung darauf hin, dass in den Monaten April bis September 2011 lediglich vier Überlastungsanzeigen eingegangen seien. Die Zahl sei dann plötzlich angestiegen auf neun im Monat Oktober 2011. Diese Angaben stimmen mit den dem Ausschuss vorliegenden Unterlagen überein.<sup>510</sup> Im Vergleich mit anderen Jahren habe es - wenn man die Überlastungsanzeigen als Indikator nehme - nach Angaben von Herrn Hollnagel im Jahr 2011 keine großen Überlastungssituationen auf den Stationen 4027 und 4028 gegeben.<sup>511</sup>

Nach Auffassung von Herrn Hollnagel bilden Überlastungsanzeigen die Arbeitssituation in einem Bereich nicht verlässlich ab.<sup>512</sup> Überlastungsanzeigen sollten zu Beginn einer Schicht gestellt werden, so dass die Klinikpflegeleitung oder die Geschäftsführung noch reagieren könne, um die gemeldete Überlastungssituation auszugleichen. Das sei jedoch gerade der Schwachpunkt. Man wisse nicht, zu welchem Zeitpunkt sie gestellt worden seien. Manche Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter stellten sie zu Beginn der Schicht und teilten so mit, dass sie ihre Arbeit nicht verlässlich durchführen könnten, weil zu wenig Personal eingesetzt werde. Manche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zeigten die Überlastung jedoch erst Tage später an. Aus den Überlastungsanzeigen selbst ergebe sich nicht, wann sie gestellt worden seien.<sup>513</sup>

Auch der Aufsichtsrat des Klinikums Bremen-Mitte hat sich mit dem Thema Überlastungsanzeigen beschäftigt. Dazu hat Herr Staatsrat Dr. Schuster ausgeführt, wichtig sei, welche Gründe es für die Überlastungsanzeigen gebe und wie es gelinge, die Überlast zu beseitigen, so dass sie kein Dauerzustand werde. Für ihn sei deutlich geworden, dass die Klinikgeschäftsführung mit Überlastungsanzeigen verantwortungsvoll umgehe. Aus einzelnen Krankenhäusern des Klinikverbundes werde regelmäßig über Überlastungsanzeigen berichtet. Das Problem sei, dass in den Kliniken Personal knapp bemessen sei. Durch den Sanierungskurs der Gesundheit Nord sei auch der Altersdurchschnitt relativ hoch. Deshalb gebe es vermehrte Krankheitsausfälle. Das spiegele sich in Überlastungsanzeigen wider, die häufig

---

<sup>509</sup> Überlastungsanzeigen, Pflege, Kinderklinik, Klinikum Bremen-Mitte, Ordner 1 Band 160; Überlastungsanzeigen, Pflege, Kinderklinik, Klinikum Bremen-Mitte, Ordner 2, Band 161.

<sup>510</sup> Überlastungsanzeigen der Station 4027 finden sich in Band 161, S. 595 bis S. 610.

<sup>511</sup> Herr Hollnagel, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 18/2535 f.

<sup>512</sup> Herr Hollnagel, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 18/2590 f.

<sup>513</sup> Herr Hollnagel, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 18/2537 f.

daraus resultierten, dass kurzfristig Personal ausfalle und es damit für die verbleibenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter schwierig werde, die Arbeit zu erledigen. Häufig gelinge es allerdings, kurzfristig Personal nachzusteuern.<sup>514</sup>

#### **6.3.2.4. Ärztlicher Bereich**

Die Ergebnisse der externen Begutachtungen und die Einsparvorgaben führten im Jahr 2011 zu erheblichen Diskussionen unter anderem hinsichtlich der ärztlichen Besetzung der Neonatologie und der Professor-Hess-Kinderklinik. Der parlamentarische Untersuchungsausschuss stand insofern vor der besonderen Schwierigkeit, dass er durch Befragung der einzelnen behandelnden Ärzte den Sachverhalt nur lückenhaft aufklären konnte, weil viele der behandelnden Ärzte vor dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss von ihrem Aussageverweigerungsrecht Gebrauch machten. Eine Aussage der behandelnden Ärzte wäre vor allem deshalb wichtig gewesen, weil der Sachverständige Herr Professor Dr. Herting ausführte, dass für die Beurteilung, wie viel Personal vorgehalten werden muss, immer auch zahlreiche medizinische Fragen im Detail beantwortet werden müssten.<sup>515</sup>

Bei einer Leitungskonferenz der Professor-Hess-Kinderklinik am 18. Januar 2011 wurde betont, dass angesichts der ungenauen Angaben der Verwaltung eine detaillierte Personalplanung nahezu unmöglich sei.<sup>516</sup> In den nächsten Monaten wurde die Problematik der ärztlichen Vollkraftstellen immer wieder thematisiert.<sup>517</sup> Es kam schließlich zu einer Einigung aller Beteiligten über die Anzahl der notwendigen ärztlichen Vollkraftstellen.

Mit Schreiben vom 21. Februar 2011 wandte sich Herr Dr. Lasch an Herrn Dr. Hansen, weil er die Funktionsfähigkeit der Klinik für Pädiatrische Intensivmedizin und Neonatologie akut gefährdet sah.<sup>518</sup>

---

<sup>514</sup> Herr Staatsrat Dr. Schuster, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 20/3022 ff.

<sup>515</sup> Herr Professor Dr. Herting, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 1/21.

<sup>516</sup> Protokoll der Leitungskonferenz vom 18. Januar 2011, Band 196, S. 2.

<sup>517</sup> Band 196, S. 4: Sitzung vom 8. Februar; S. 6: Sitzung vom 21. Februar; S. 8 Sitzung vom 4. April; S. 12: Sitzung vom 17. Mai; S. 13: Sitzung vom 31. Mai.

<sup>518</sup> Schreiben Herr Dr. Lasch, 21. Februar 2011, Band 63, S. 38.

In einer E-Mail vom 2. März 2011 legte Herr Professor Dr. Huppertz die aus seiner Sicht aktuell sehr kritische Situation der Kinderklinik dar. Es werde für den April sehr schwierig sein, im ärztlichen Bereich überhaupt noch einen Dienstplan aufzustellen.<sup>519</sup> Da Herr Professor Dr. Huppertz dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss gegenüber schwieg, konnte nicht genauer erfragt werden, in welchem Umfang auch die neonatologische Station betroffen war.

Unter dem 9. März 2011 wies die kommissarische Leiterin des Eltern-Kind-Zentrums, Frau Dick (jetzt Peter) in einem Schreiben an Herrn Dr. Hansen darauf hin, dass man auf der Kinderintensivstation an Versorgungsgrenzen stoße.<sup>520</sup> Sie erläuterte diesen Umstand weiter in Schreiben vom 25. März 2011 und 6. Mai 2011.<sup>521</sup>

Mit E-Mail vom 1. Juni 2011 an Frau Peter wies Herr Dr. Selzer erneut auf die Arbeitsbelastung hin. So habe beispielsweise Herr Dr. Lasch an fünf Wochenenden hintereinander entweder als Hintergrund oder aber aufgrund des Fehlens der Assistenten auch als Vordergrund zusätzlich zu seinem durchgehenden Einsatz unter der Woche gearbeitet.<sup>522</sup>

Am 15. Juni 2011 wandten sich der Assistenzarzt Herr Dr. Querfurt und der Facharzt für Kinderheilkunde Herr Dr. Heckmann in einem Schreiben an die Geschäftsführung der Gesundheit Nord.<sup>523</sup> Durch die vorgenommene Stellenreduktion sei ein ausreichender Schichtbetrieb in der Professor-Hess-Kinderklinik nicht zu erreichen. Zu einer Gefährdung der stationären Kinder sei es nicht gekommen, aber die speziellen fachärztlichen Dienste könnten nicht mehr ausreichend bedient werden. Eine qualitative Unterversorgung sei die Folge. Beide Ärzte betonten bei ihrer Anhörung vor dem Untersuchungsausschuss, dass sie lediglich für die Kinderklinik, nicht jedoch für die Neonatologie sprechen könnten. Zur Situation in der Kinderklinik führte Herr Dr. Heckmann aus:

*„Wir waren im April/Mai letzten Jahres einfach, ich sage einmal, am Ende, wir haben Hilfe gesucht und gesehen, dass die Möglichkeiten*

---

<sup>519</sup> E-Mail im Auftrag von Herrn Professor Dr. Huppertz, 2. März 2011, Band 63, S. 40.

<sup>520</sup> Schreiben Frau Dick, 9. März 2011, Band 63, S. 43.

<sup>521</sup> Schreiben Frau Dick, 25. März 2011 und 6. Mai 2011, Band 63, S. 54 und 71.

<sup>522</sup> E-Mail von Herrn Dr. Selzer, 1. Juni 2011, Band 63, S. 74.

<sup>523</sup> Schreiben von Herrn Dr. Querfurt und Herrn Dr. Heckmann, 15. Juni 2011, Band 61, S. 27 ff.

*über unsere Klinikleitung, bei der GeNo-Leitung nicht nur um Personal zu bitten, sondern es auch einzufordern, ausgeschöpft waren. Das hat dazu geführt, dass wir uns zusammengesetzt und gesagt haben, das geht so nicht! Wir haben nicht an dem damaligen Chef, Herrn Huppertz, vorbei, sondern in gewisser Weise zur Unterstützung seiner Tätigkeit diesen Brief als Hilferuf losgelassen. Wir haben auch gesagt, er kann nicht nur an die Zentrumsleitung gehen, er kann nicht nur an die GeNo-Leitung auf der mittleren Ebene gehen, sondern die Gesamtbedingungen sind ja hervorgerufen durch das, was wir in Bremen haben, also geht es eigentlich auch die Politik an, absolut, und den GeNo-Aufsichtsrat und die Leitung, deshalb auch gleich so breit gefächert ausgestreut!*"<sup>524</sup>

Beide Assistenzärzte betonten bei ihrer Anhörung, dass unter der aus ihrer Sicht mangelhaften Personalausstattung nicht die Versorgung der stationären Patienten, sondern in erster Linie die ambulante fachärztliche Versorgung gelitten hätte.<sup>525</sup>

Das Schreiben von Herrn Dr. Querfurt und Herrn Dr. Heckmann wurde von Frau Peter mit Schreiben vom 21. Juni 2011 beantwortet. Das Personalkostenbudget für das Eltern-Kind-Zentrum sei Teil des Gesamtpersonalkostenbudgets des Klinikums Bremen-Mitte und damit Bestandteil des Wirtschaftsplanes 2011. Das Personalkostenbudget orientiere sich an den Leistungsmengen sowie den Ergebnissen der KPMG-Untersuchung. Für die Allgemeinpädiatrie und auch die Kinderintensivversorgung sei anhand der Dienstplannotwendigkeiten in Abstimmung mit der Geschäftsführung Bremen-Mitte und Herrn Dr. Hansen das Budget angepasst worden. Es habe mit Herrn Professor Dr. Huppertz und den Oberärzten Herrn Dr. Selzer und Herrn Dr. Lasch Einigkeit bestanden, dass die für das Jahr 2011 angepassten Werte arbeitszeitgesetzkonforme Dienstpläne ermöglichen. Derzeit werde mit externer Hilfe von Herrn Kutscher, Firma Dr. Hoff, Weidinger, Herrmann, Arbeitszeitberatung eine Arbeitszeitanalyse gestartet, um die Arbeitszeitmodelle zu optimieren.<sup>526</sup>

---

<sup>524</sup> Herr Dr. Heckmann, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 17/2342 f.

<sup>525</sup> Herr Dr. Querfurt, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 17/2277; Herr Dr. Heckmann, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 17/2342.

<sup>526</sup> Schreiben Frau Peter, 21. Juni 2011, Band 63, S. 85.

Herr Kutscher erstellte unter dem 15. Juli 2011 einen ersten Bericht<sup>527</sup> und kam zusammenfassend zu dem Ergebnis, weder aus den erfassten Abweichungen von den Bestimmungen des Arbeitszeitgesetzes noch aus der Überstundenentwicklung lasse sich auf eine personelle Unterausstattung der Professor-Hess-Kinderklinik schließen. Allerdings bestehe in der Neonatologie und pädiatrischen Intensivmedizin auf Grund der räumlichen Besonderheiten eine qualifikationsbezogene Besetzungsproblematik, die gegenüber dem leistungsbezogen errechneten Personalbedarf zusätzlich ca. 0,7 bis 1,5 Vollkräfte erfordern würden. Keine Feststellungen enthielt der Bericht dazu, ob innerhalb der Professor-Hess-Kinderklinik diese Defizite kompensiert werden könnten.<sup>528</sup> Die Ergebnisse von Herrn Kutscher wurden von Herrn Professor Dr. Huppertz in einem Schreiben vom 29. Juli 2011 kritisch hinterfragt.<sup>529</sup>

Mit Schreiben vom 22. August 2011 wandten sich die Oberärzte und Vertreter des pflegerischen Personals der Stationen 4027 und 4028 an Herrn Dr. Hansen.<sup>530</sup> Die Aufstockung der neonatologischen Intensivstation von 12 auf 16 Betten sei ohne entsprechende Personalanhebung erfolgt. Dies sei mit dem Wissen geschehen, dass schon zum Zeitpunkt der 12-Bettenstation kein ausreichendes und qualifiziertes Personal vorgehalten worden sei. Nach der erheblichen Reduktion im Pflegebereich sei auch die Zahl der Mitarbeiter im ärztlichen Team reduziert worden. Es sei zwar zuletzt eine Aufstockung erfolgt, im Saldo bestünde jedoch immer noch eine Reduktion um zwei ärztliche Mitarbeiter. Zusätzlich sei die Sekretärin der Station entzogen worden. Auch insofern wäre es für belastbare Feststellungen erforderlich gewesen, die Oberärzte und das pflegerische Personal eingehend zu befragen. Offen blieb deshalb, wie es dazu kam, dass die Geschäftsführung des Klinikums Bremen-Mitte sich mit Herrn Professor Dr. Huppertz sowie den Oberärzten Herrn Dr. Selzer sowie Herrn Dr. Lasch ausweislich des Schreibens von Frau Peter vom 21. Juni 2011 zu diesem Zeitpunkt einig war, dass „die danach für das Jahr 2011 angepassten VK Werte – Arbeitszeit konforme – Dienstpläne ermöglichen“,<sup>531</sup> und dass andererseits nur kurze Zeit später von dem betroffenen Chefarzt und den betroffenen Oberärzten wieder die personelle Ausstattung beklagt wurde.

---

<sup>527</sup> Herr Kutscher, Arbeitszeit- und Personaleinsatzregelungen und Personalbedarf, 15. Juli 2011, Band 63, S. 105 ff.

<sup>528</sup> Herr Kutscher, Arbeitszeit- und Personaleinsatzregelungen und Personalbedarf, 15. Juli 2011, Band 63, S. 106.

<sup>529</sup> Schreiben von Herrn Professor Dr. Huppertz, 29. Juli 2011, Band 63, S. 97.

<sup>530</sup> Schreiben von Herrn Dr. Lasch, Herrn Dr. Selzer, Herrn Dr. Schwalm, Frau Dr. Runde, Herrn van Hall, Frau Teipel, Herrn Winterhalter, Herrn Neumann, Frau Bojang an die Gesundheit Nord vom 22. August 2011, Band 63, S. 118 ff.

<sup>531</sup> Schreiben von Frau Peter, 21. Juni 2011, Band 63, S. 94.

Die Beweisaufnahme zeigt, dass die Geschäftsführung des Klinikums Bremen-Mitte sich dieser Probleme angenommen hat und diesbezüglich Abhilfe herbeiführte: Nach Aussage von Frau Wendorff führten die Gespräche mit den Ärzten und Pflegekräften der Professor-Hess-Kinderklinik dazu, dass für den ärztlichen Bereich für das Jahr 2011 der Wirtschaftsplan geändert worden sei. Die Geschäftsführung sei davon überzeugt worden, dass wegen der Besonderheit der Station – zwei getrennte Stationen in den Gebäuden der Frauen- und der Kinderklinik – mehr Personal erforderlich sei. Außerdem habe auch die Besetzung des Sankt-Joseph-Stiftes durch die Ärzte sichergestellt werden müssen.<sup>532</sup>

Problematisch war zudem, dass Unklarheiten hinsichtlich der Wiederbesetzung von Stellen bestanden. So gab es durch das im Rahmen des Sanierungskurses eingeführte Verfahren der Ausnahmegenehmigungen Verzögerungen bei den Einstellungen.<sup>533</sup> Nach Aussage von Herrn Dr. Heckmann war die Geschäftsführung bemüht, Missständen abzuhelpen.<sup>534</sup> Sie habe immer wieder Anträge auf Wiederbesetzungen gestellt. Da die Anträge von der Klinikgeschäftsführung über das Personalcontrolling an die Geschäftsführung der Gesundheit Nord und wieder zurück geleitet werden mussten, kam es zu Verzögerungen.<sup>535</sup> Hinzu kam, dass im Klinikum frei werdende Stellen traditionell nicht sofort wieder besetzt wurden. Dies erfolgte nach Aussage von Herrn Dr. Heckmann erst mit einem zeitlichen Verzug von einigen Monaten. Im Sommer konnte die Vakanz noch länger andauern, weil nicht so viele Kinder in Behandlung waren.<sup>536</sup> Je dünner die Personaldecke geworden sei, desto schwieriger sei die Situation geworden und desto eher hätte man die Stellen nachbesetzen müssen. Er habe den Eindruck gehabt, dass der Geschäftsführung der Gesundheit Nord oder des Klinikums Bremen-Mitte in gewisser Weise auch die Hände gebunden gewesen seien. Die Anfragen nach Stellenwiederbesetzungen seien aus allen Bereichen gekommen. Natürlich sei allen bewusst gewesen, dass man Geld habe einsparen müssen. Gleichzeitig bestehe aber auch noch der Versorgungsauftrag.<sup>537</sup> Es habe zu lange gedauert, bis Anträge auf Wiederbesetzung beantwortet worden seien. Auf die Anträge habe es keine Reaktion gegeben. Das habe Missmut erzeugt.

---

<sup>532</sup> Frau Wendorff, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 28/4035.<sup>533</sup> Frau Peter, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 13/1807 f.

<sup>533</sup> Frau Peter, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 13/1807 f.

<sup>534</sup> Herr Dr. Heckmann, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 17/2352.

<sup>535</sup> Frau Peter, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 13/1807 f.

<sup>536</sup> Herr Dr. Heckmann, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 17/2352.

<sup>537</sup> Herr Dr. Heckmann, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 17/2352.

Verlässlichkeit und Berechenbarkeit der Leistung von Personal seien so nicht gegeben gewesen.<sup>538</sup>

Außerdem waren nach Zeugenaussagen die Stellen nicht planbar. So führte beispielsweise Herr Dr. Querfurt aus, in den Jahren 2010 und 2011 sei lange unklar gewesen, mit wie vielen Stellen der ärztliche Bereich besetzt werden konnte. Es sei klar gewesen, dass Personal eingespart werde, der Umfang jedoch nicht. Bezogen auf die Allgemeinpädiatrie habe man nach der Stellenreduktion im Frühjahr 2011 von einer zur nächsten Woche schauen müssen, wie man arbeiten könne, weil nicht bekannt gewesen sei, ob zugesagte Neueinstellungen erfolgen würden. Es sei sogar vorgekommen, dass nach Durchführung von Vorstellungsgesprächen die Stelle dann doch nicht habe besetzt werden dürfen.<sup>539</sup> Nach dem Eindruck von Herrn Dr. Marg hat es im Jahr 2011 auf der Station 4027 eine knappe Personalbesetzung gegeben.<sup>540</sup> Anfang 2011 sei mehrere Wochen lang über die ärztliche Besetzung der Neonatologie im Klinikum Bremen Mitte diskutiert worden. Letztlich seien der Personalschlüssel und das Budget 2011 erhöht worden.<sup>541</sup> Als weiteren Aspekt für eine gute und hygienisch einwandfreie Arbeit nannte der kommissarische Leiter der Professor-Hess-Kinderklinik, Herr Dr. Marg, auch die Atmosphäre auf einer Station. Wenn die Stimmung gut sei, laufe auch die Arbeit besser. Seit November 2011 sei auf der Station 4027 die Stimmung schlecht gewesen. Nach der Wiedereröffnung der Station habe er nicht das Gefühl gehabt, dass zu wenig Personal vorhanden gewesen sei. Das stütze seine Auffassung, wonach die Besetzung mit Stellen allein nicht der Grund für Fehler in der Hygiene sei. Wenn man Mängel in der Hygiene vermeiden wolle, könne man nicht nur auf die Personalbesetzung schauen, sondern man müsse auch auf die Qualität und den Umgang mit dem Personaleinsatz in Spitzenzeiten schauen.<sup>542</sup>

Es bleibt Aufgabe der Gesundheit Nord unter den schwierigen Bedingungen eines Sanierungskurses, durch eine verstärkte Integration und Kooperation innerhalb des Klinikverbundes hier für zügige Arbeitsabläufe bei der Wiederbesetzung von Stellen zu sorgen.

---

<sup>538</sup> Herr Dr. Heckmann, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 17/2352.

<sup>539</sup> Herr Dr. Querfurt, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 17/2272 f.

<sup>540</sup> Herr Dr. Marg, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 13/1662 f.

<sup>541</sup> Herr Dr. Hansen, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 10/1194; Frau Peter, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 13/17 73,1785.

<sup>542</sup> Herr Dr. Marg, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 13/1651.

### 6.3.3. Personalsituation der Station 4027 im Jahr 2012

Nach der Wiedereröffnung der Station 4027 im Januar 2012 bis zu ihrer Schließung war die Personalsituation<sup>543</sup> ausreichend. Das ergibt sich zur Überzeugung des parlamentarischen Untersuchungsausschusses auch aus den Aussagen von Herrn Dr. Marg<sup>544</sup> und Herrn Dr. Körner.<sup>545</sup> Detailliert beschrieb Herr Dr. Körner die Situation nach der Wiedereröffnung. Es habe immer einen Schichtdienst habenden Arzt auf der Station gegeben. Pflegerisch sei die Besetzung der Belegung angepasst gewesen. Als wieder viele kleine Kinder auf der Station gelegen hätten, sei die Schichtbesetzung entsprechend erhöht worden. Kurz vor der Schließung sei die Tagschicht mit fünf, teilweise sechs Pflegekräften besetzt gewesen. Zu dem Zeitpunkt hätten maximal 10 Kinder auf der Station gelegen. Allerdings sei allein die Anzahl der Kinder wenig aussagekräftig. Es komme immer auch auf den Krankheitsgrad an, um zu beurteilen, wie aufwändig die Pflege sich gestalte. Seiner Ansicht nach sei die Besetzungsstärke in den ersten Wochen des Jahres 2012 aber ausreichend gewesen.<sup>546</sup>

### 6.4. Ursächlichkeit einer schwankenden Personalbesetzung für die Keimübertragung?

Die Mitarbeiter des Robert Koch-Institutes haben in ihrem Zwischenbericht<sup>547</sup> den maximalen Patienten-zu-Pflegepersonal-Quotienten im Verhältnis zum Auftreten von Fällen für die Station 4027 analysiert. Hierzu wurde ein Expositionszeitraum von sieben Tagen angenommen; es wurde die maximale Anzahl versorgter Patienten durch eine Person des Pflegepersonals in den sieben Tagen vor Auftreten eines Falls ermittelt. 13 Fälle, die sich zwischen dem 1. Juli und dem 1. November 2011 auf der Station 4027 befanden, konnten für diese Berechnung herangezogen werden. Es wurde der Durchschnitt für die maximale Anzahl versorgter Patienten durch eine Person des Pflegepersonals aller 13 Expositionszeiträume berechnet. Dieser Wert wurde verglichen mit der maximalen Anzahl versorgter Patienten durch eine Person des Pflegepersonals an den Tagen, die nicht einem Expositionszeitraum zugeordnet

---

<sup>543</sup> Band 197, S. 18 und 19; Anlage 6, Personalbesetzung/ Patientenbelegung der Station 4027 für den Zeitraum Januar und Februar 2012.

<sup>544</sup> Herr Dr. Marg, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 13/1649 ff.

<sup>545</sup> Herr Dr. Körner, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 9/1027, 1030.

<sup>546</sup> Herr Dr. Körner, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 9/1027, 1030.

<sup>547</sup> Zwischenbericht des Robert Koch-Instituts vom 29. November 2011, Band 16, S. 19 ff..

werden konnten. Es zeigte sich ein nicht signifikanter Unterschied von 4,63 Patienten, die durch eine Person des Pflegepersonals in den Expositionszeiträumen zu versorgen waren, zu 4,44 Patienten.

Aus diesen Äußerungen schloss Herr Staatsrat Professor Stauch in seinem Bericht:<sup>548</sup> Das Robert Koch-Institut gehe davon aus, dass die Schwankungen der Personalausstattung auf der Station nicht für die Besiedelung von Patienten mit den Keimen ursächlich geworden seien.<sup>549</sup> In seiner mündlichen Vernehmung erläuterte Herr Dr. Eckmanns die Angaben im Zwischenbericht:

*„Wir haben dann versucht, ob wir tatsächlich feststellen können, ob es in der Zeit, in der eine Übertragung auf ein Kind wahrscheinlich stattgefunden hat, eine schlechtere Besetzung gab als an den anderen Tagen, an denen wahrscheinlich keine Übertragung stattgefunden hat. Dieses Verhältnis hatten wir versucht festzustellen, aber da konnten wir keinen Zusammenhang feststellen. Daraus hat Herr Professor Stauch dann gemacht, dass das Gegenteil der Fall wäre, wir hätten keinen Zusammenhang festgestellt, also da würde kein Zusammenhang bestehen. Das kann man daraus aber überhaupt nicht schließen, vor allen Dingen nicht, weil wir ja hier den Zeitpunkt der Übertragung im Grunde in der Regel überhaupt nicht genau nennen können, weil die Kinder gerade am Anfang immer mit einer Infektion auffällig wurden, aber die Übertragung kann schon einige Tage vorher stattgefunden haben. Dann haben sie den Erreger gehabt, und dann wurde er erst invasiv. Sie können den Erreger ja schon eine, zwei oder drei Wochen vorher gehabt haben, und weil nicht gescreent wurde, hat man den Erreger einfach vorher nicht gefunden.“<sup>550</sup>*

Das Robert Koch-Institut konnte folglich zwar keine positive Feststellung über einen Ursachenzusammenhang zwischen dem Keimausbruch und der Personalsituation

---

<sup>548</sup> Ausbruch von ESBL-bildenden Klebsiella pneumoniae im Zentrum für Kinderheilkunde Klinikum Bremen Mitte im Jahr 2011, 20. Dezember 2011.

<sup>549</sup> Herr Staatsrat Professor Stauch, Bericht, Ausbruch von ESBL bildenden Klebsiella pneumoniae im Zentrum für Kinderheilkunde, Klinik Bremen-Mitte im Jahr 2011, Bremen, den 20. Dezember 2011, Band 50, S. 50.

<sup>550</sup> Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 15/2121.

treffen. Dies erlaubt aber nicht den Umkehrschluss, dass ein solcher Zusammenhang nicht besteht.

### **6.5. Zusammenfassung**

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass nach Meinung von Experten grundsätzlich ein Zusammenhang zwischen der quantitativen und qualitativen Ausstattung einer Station mit Personal und dem erhöhten Risiko, dass es zu Hygienemängeln kommen könnte, besteht.

Seit 2008 wurde im gesamten Bereich der Gesundheit Nord erheblich Personal abgebaut. Das entsprach auch der politischen Zielvorgabe des Senats. Grundlage war eine erlösorientierte Berechnung des Personalbedarfes. Der Umfang der Kürzungsmaßnahmen im Bereich der Neonatologie war umstritten. Zuständig für Personalentscheidungen war zunächst die örtliche Geschäftsführung. Für Neueinstellungen bestand jedoch ein von Herrn Dr. Hansen verhängter Einstellungsstopp, von dem im Einzelfall Dispens erteilt werden konnte. Herr Dr. Hansen hatte damit einen erheblichen Einfluss auf die Personalsituation in den kommunalen Krankenhäusern der Gesundheit Nord, die ihre jeweiligen Wirtschaftspläne nicht einhielten.

Die ärztliche Personalausstattung der Neonatologie am Klinikum Bremen-Mitte als Perinatalzentrum 1 entsprach in den Jahren 2010 und 2011 im Wesentlichen den gesetzlichen Vorgaben. Insbesondere der erforderliche 24-Stunden-Dienst durch einen Facharzt konnte gewährleistet werden. Allerdings führte der Personalabbau und die zögerliche Wiederbesetzung von freiwerdenden Stellen zu einer überaus angespannten Situation im Bereich der ärztlichen Versorgung. Diese wurden auf Drängen der Ärzteschaft von der Geschäftsführung des Klinikums Bremen-Mitte und der Zentrumsleitung später behoben.

Eine gesetzlich verpflichtende Vorgabe für einen Personalschlüssel für das Pflegepersonal gibt es nicht. Nach überwiegender Expertenmeinung sollte auf einer neonatologischen Station im pflegerischen Bereich ein Verhältnis von einer Pflegekraft zu zwei Patienten nicht überschritten werden. Die Experten betonen jedoch auch, dass die sehr unterschiedliche Pflegebedürftigkeit der einzelnen Frühchen eine große Rolle

bei der Personalbesetzung spielt. Unter Zugrundelegung der Personal- und Patientenzahlen für das Jahr 2011 wurde dieses empfohlene Personal zu Patienten Verhältnis auf der neonatologischen Station des Klinikums Bremen-Mitte durchschnittlich überwiegend nicht erreicht.

Für die Zeit nach der Wiedereröffnung der Station 4027 am 9. Januar 2012 konnte die Empfehlung hinsichtlich des Pflegepersonals mit wenigen Abweichungen in allen drei Schichten eingehalten werden.

Die Frage, ob die Besetzung der Neonatologie ursächlich für den Keimausbruch oder dessen weitere Verbreitung war, konnte letztlich nicht geklärt werden. Der Zwischenbericht des Robert Koch-Institutes lässt diese Frage ausdrücklich offen.

## 7. Reinigung und Desinfektion

Die hygienisch einwandfreie Durchführung der Reinigung und Desinfektion im Krankenhaus dient sowohl der Sauberkeit als auch der Infektionsverhütung und schützt Patienten und Personal. Die KRINKO weist in ihrer Empfehlung „Anforderungen an die Hygiene bei der Reinigung und Desinfektion von Flächen“<sup>551</sup> darauf hin, dass unbelebte Flächen als Quelle nosokomialer Infektionen in der Risikoanalyse berücksichtigt werden müssten. Die KRINKO zitiert experimentelle Untersuchungen, nach denen Klebsiellen von unbelebten Flächen auf die Hände übertragen wurden, von denen es zu einer Weiterübertragung kam.<sup>552</sup> Bei einer Häufung von durch Klebsiellen bedingten nosokomialen Infektionen müsse auch ein nicht sachgerecht durchgeführtes Reinigungs- und Desinfektionsverfahren als Infektionsquelle erwogen werden.<sup>553</sup> Durch ein wirksames Desinfektionsverfahren komme es zu einer Verminderung von Mikroorganismen um 84 % bis 99,9 %.<sup>554</sup>

### 7.1. Vorgaben

Die KRINKO Empfehlung „Anforderungen an die Hygiene bei der Reinigung und Desinfektion von Flächen“ ist als Grundlage für die Erstellung von Hygiene- und Desinfektionsplänen heranzuziehen. Anhand der Gegebenheiten vor Ort sowie aufgrund der Bewertung des Infektionsrisikos sind dann die im Einzelfall erforderlichen Maßnahmen abzustimmen.

#### 7.1.1. Empfehlung der KRINKO

Sowohl für das Personal des Krankenhauses als auch für Personal von Fremdfirmen sind der Hygieneplan und die Desinfektionspläne verbindlich.<sup>555</sup> Die KRINKO empfiehlt für die Festlegung von Reinigungs- und Desinfektionsmaßnahmen eine Unterscheidung von Risikobereichen. Reinigungslösungen und in gewissem Umfang auch Desinfektionsmittellösungen, in die der Wischlappen nach Abwischen von

---

<sup>551</sup> Bundesgesundheitsblatt 2004, S. 51 ff.

<sup>552</sup> Bundesgesundheitsblatt 2004, S. 52.

<sup>553</sup> Bundesgesundheitsblatt 2004, S. 54 f.

<sup>554</sup> Bundesgesundheitsblatt 2004, S. 52.

<sup>555</sup> Bundesgesundheitsblatt 2004, S. 51.

Flächen wieder eingetaucht wird, sind schnell mit Erregern kontaminiert.<sup>556</sup> Die KRINKO empfiehlt daher, Reinigungs- und Desinfektionsverfahren so zu organisieren und durchzuführen, dass es nicht zu einer Erhöhung der Keimzahl und zu einem Ausbringen/Verteilen pathogener Mikroorganismen auf den Flächen kommt.<sup>557</sup> Empfohlen werden zudem dezentrale Desinfektionsmitteldosiergeräte. Bei diesen bestünde – im Gegensatz zu zentralen Desinfektionsmitteldosiergeräten mit Leitungsnetz im ganzen Haus – nicht die Gefahr einer Biofilmbildung. Bei der Auswahl eines geeigneten Desinfektionsmittels sei zu berücksichtigen, dass die einzelnen Präparate sich unter anderem hinsichtlich ihres Wirkungsspektrums auf Mikroorganismen unterscheiden. Bei der Anwendung dürfe es nicht zu einer Selektion von Mikroorganismen kommen, die durch das eingesetzte Mittel nicht erfasst würden.<sup>558</sup> Das mit der Reinigung und Desinfektion betraute Personal müsse geeignet, geschult und eingewiesen sein. Die Schulungsinhalte seien mit dem Hygienefachpersonal abzustimmen. Es müsse ausreichend Zeit für die ordnungsgemäße Durchführung der Arbeiten eingeplant werden.<sup>559</sup>

### 7.1.2. Hygieneplan und Desinfektionspläne

Im Klinikum Bremen-Mitte gilt derzeit der Hygieneplan Stand Dezember 2006<sup>560</sup> mit späteren Ergänzungen, etwa hinsichtlich der hygienischen Bettenaufbereitung.<sup>561</sup> Bei einer Sitzung der Hygienekommission am 1. September 2011 wurde angesprochen, dass aufgrund starker Beanspruchung der Fachkräfte für Hygiene und Infektionsprävention in der Krankenhaushygiene in den Jahren 2010 und 2011 der Hygieneplan insgesamt nicht überarbeitet werden konnte.<sup>562</sup>

Zur Flächendesinfektion und Hausreinigung ist im Hygieneplan ausgeführt:

*„Für das Klinikum Bremen-Mitte gibt es festgelegte verbindliche Standards (Leistungsverzeichnis, Leistungsbeschreibung, Arbeitsanweisungen) zur Unterhaltsreinigung im Klinikum, die mit der*

---

<sup>556</sup> Bundesgesundheitsblatt 2004, S. 54.

<sup>557</sup> Bundesgesundheitsblatt 2004, S. 54.

<sup>558</sup> Bundesgesundheitsblatt 2004, S. 55 f.

<sup>559</sup> Bundesgesundheitsblatt 2004, S. 57.

<sup>560</sup> Krankenhaushygiene, Hygieneplan, Flächendesinfektion und Hausreinigung, Band 14, S. 7-10 ff.

<sup>561</sup> Hygienische Anforderungen an die dezentrale Bettenaufbereitung, Band 14, S. 7-216 ff.

<sup>562</sup> Protokoll, Hygienekommissionssitzung vom 1. September 2011, Band 55, S. 2 ff., S. 5.

*Krankenhaushygiene abzustimmen sind. Im Desinfektionsplan, er ist Bestandteil des Hygieneplans, sind alle notwendigen Desinfektions- und Reinigungsmaßnahmen bereichsspezifisch festgelegt. Er ist sowohl für das Krankenhauspersonal als auch für externe Arbeitskräfte verbindlich.*

*Das mit der Reinigung und Desinfektion betraute Personal muss geeignet, in regelmäßigen Abständen geschult und eingewiesen werden. Hygienerelevante Schulungsinhalte sind mit der Krankenhaushygiene abzustimmen.“<sup>563</sup>*

Entsprechend der KRINKO-Empfehlung sind die Reinigungs- und Desinfektionsmaßnahmen nach Risikobereichen unterteilt. Die Behandlung von Frühgeborenen ist als Bereich mit besonderem Infektionsrisiko (sensible Bereiche) eingestuft.<sup>564</sup> Hier werden Fußböden, Arbeitsflächen, Mobiliar und Inventar desinfiziert. Es dürfen nur gelistete Mittel verwendet werden. Verunreinigungen mit Blut, Stuhl, Urin, Erbrochenem usw. müssen gezielt mit einem desinfektionsmittelgetränkten Tuch beseitigt werden. Unter der Überschrift Methoden und Verfahren wird unter anderem ausgeführt:

*„Im Klinikum Bremen-Mitte erfolgt die Durchführung der Reinigungs- und Desinfektionsmaßnahmen nach dem Dreifarbsystem:*

*Blaues Wischtuch für patientennahe Flächen (Möbel, Betten, Nachtschränke usw.)*

*Gelbes Wischtuch für sanitäre Einrichtungen (Waschbecken, Fliesen, Wannen, Duschen)*

*Rotes Wischtuch für Toiletten*

*Die Fußbodendesinfektion wird einstufig durchgeführt. Alle verwendeten Feuchtwischbezüge und Wischtücher sind pro Raum zu wechseln und abzuwerfen. Wischtücher und Feuchtwischbezüge sind getrennt in Netzen zu sammeln, in einem chemothermischen Waschverfahren wieder aufzubereiten und zu trocknen.*

*Nach der Aufbereitung sind die Reinigungs- und Desinfektionsutensilien geschützt vor Kontamination durch unsaubere*

---

<sup>563</sup> Krankenhaushygiene, Hygieneplan, Flächendesinfektion und Hausreinigung, Band 14, S. 7-117.

<sup>564</sup> Krankenhaushygiene, Hygieneplan, Flächendesinfektion und Hausreinigung, Band 14, S. 7-117.

*Utensilien (Trennung in unreinen und reinen Bereich)  
aufzubewahren.*<sup>565</sup>

Für die neonatologische Intensivstation 4027 und die interdisziplinäre Intensivstation 4028 bestanden bzw. bestehen gesonderte Desinfektionspläne mit Stand Juli 2009.<sup>566</sup> Hier ist in tabellarischer Form detailliert festgelegt, welche Bereiche, zu welchem Anlass, von welcher Dienstgruppe zu desinfizieren sind. Medizinische Geräte sind danach ebenso wie die Verband-/Pflegetwagen vom Pflegepersonal zu desinfizieren. Für manche Bereiche sind als zuständige Personen sowohl das Pflegepersonal als auch das Reinigungspersonal aufgeführt, dies gilt für Infusionsständer und patientennahe Flächen, Mobiliar und Arbeitsflächen. Zudem wurde dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss eine „Arbeitsanweisung zur Schlussdesinfektion“ Stand August 2006 vorgelegt.<sup>567</sup> Die Pflegerische Geschäftsführerin des Klinikums Bremen-Mitte, Frau Wendorff, teilte nach Vorhalt nicht eindeutiger Aufgabenzuweisungen mit, dass insoweit in der täglichen Praxis keine Ungewissheiten bestünden, weil jeder ganz genau wisse, was er zu tun habe.<sup>568</sup> Der parlamentarische Untersuchungsausschuss erachtet es trotz der Aussage der pflegerischen Geschäftsführerin für sinnvoll, die Verantwortlichkeiten in den Desinfektionsplänen klar zu definieren, auch vor dem Hintergrund von wechselndem Personal.

## **7.2. Ausführung der Reinigungsarbeiten**

### **7.2.1. Organisation der Reinigung**

Ursprünglich wurden die Reinigungsarbeiten am Klinikum Bremen-Mitte durch die Klinikservice-Gesellschaft Bremen mbH ausgeführt, deren Gesellschafter zu 51 % das Klinikum selbst und zu 49 % die Deutsche R+S Dienstleistungen Verwaltungs- und Beteiligungs GmbH (künftig: Deutsche R+S) waren. Die Klinikservice-Gesellschaft Bremen mbH war durch einen Beratungs- und Geschäftsbesorgungsvertrag an die Deutsche R+S gebunden.<sup>569</sup>

---

<sup>565</sup> Krankenhaushygiene, Hygieneplan, Flächendesinfektion und Hausreinigung, Band 14, S. 118.

<sup>566</sup> Desinfektionsplan Neonatale Intensivstation 4027, Stand Juli 2009; Desinfektionsplan Interdisziplinäre Intensivstation 4028, Stand Juli 2009, Band 14, S. 205 ff.

<sup>567</sup> Schreiben des Klinikums Bremen-Mitte an die Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit vom 10. Juli 2012.

<sup>568</sup> Frau Wendorff, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 27/3872.

<sup>569</sup> Beratungs- und Geschäftsbesorgungsvertrag, Band 202, S. 15 ff.

Zum 1. Januar 2009 erwarb die Gesundheit Nord die Gesellschafteranteile an der Klinikservice-Gesellschaft Bremen mbH. Ende des Jahres 2009 erfolgte eine Umbenennung der Klinikservice-Gesellschaft Bremen mbH in Gesundheit Nord Dienstleistungen GmbH. Sie ist eine hundertprozentige Tochter der Gesundheit Nord. Sie nimmt die Reinigungsdienstleistungen in den vier Krankenhäusern des Klinikverbunds wahr und führt dafür jährlich mit den Krankenhäusern des Klinikverbundes Budgetverhandlungen.<sup>570</sup>

Geschäftsführer der Gesundheit Nord Dienstleistungen sind Frau Rüßmann und der Kaufmännische Geschäftsführer der Gesundheit Nord, Herr Gmajnic. Für das operative Geschäft der Gesundheit Nord Dienstleistungen ist Frau Rüßmann verantwortlich, unterstützt durch zwei Prokuristen. Hintergrund der Bestellung von Herrn Gmajnic zum Geschäftsführer war, der Gesundheit Nord als Muttergesellschaft gewisse Durchgriffsmöglichkeiten in die Tochtergesellschaft einzuräumen.<sup>571</sup>

Die Gesundheit Nord Dienstleistungen hat einen Geschäftsbesorgungsvertrag mit der Deutschen R+S. Danach übernimmt die Deutsche R+S die fachliche und kaufmännische Beratung bei der Führung des Unternehmens. Zudem nimmt sie Aufgaben in den Bereichen Personalwesen, Buchhaltung und Rechnungswesen sowie Steuern und Finanzen wahr.<sup>572</sup> Die Gesundheit Nord Dienstleistungen betreibt kein eigenes operatives Geschäft, sondern kauft dieses über den Geschäftsbesorgungsvertrag von der Deutschen R+S als externe Dienstleistung ein. Die beiden Prokuristen sind in einer Doppelfunktion einerseits für die Gesundheit Nord Dienstleistungen und andererseits für die Deutsche R+S tätig und steuern insoweit für die Gesundheit Nord Dienstleistungen und ihren Geschäftsbesorger das gesamte operative Geschäft der Reinigungsdienstleistungen.<sup>573</sup>

Hintergrund dieser Rechtskonstruktion sei es gewesen, so Herr Gmajnic, wie deutschlandweit in Kliniken üblich, die externe Expertise einer Reinigungsgesellschaft in die Krankenhäuser des Klinikverbundes zu holen, da einerseits deren Kerngeschäft

---

<sup>570</sup> Für das Klinikum Bremen-Mitte: Herr Dr. Pfeiffer, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahmen, 27/3918.

<sup>571</sup> Herr Gmajnic, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahmen, 25/3640.

<sup>572</sup> § 2 des Beratungs- und Geschäftsbesorgungsvertrags zwischen der Klinikservice-Gesellschaft Bremen mbH und der Deutsche R+S Dienstleistungen Verwaltungs- und BeteiligungsGmbH, Band 202, S. 16 ff.

<sup>573</sup> Herr Gmajnic, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahmen, 25/3627.

nicht die Unterhaltsreinigung sei und andererseits externe Dienstleister in Qualität und Effizienz tendenziell besser seien.<sup>574</sup> Die Verbindung zwischen der Gesundheit Nord Dienstleistungen und der Deutschen R+S mit gemeinsamer Verantwortung für das operative Geschäft erlaube die einheitliche Wahrnehmung der Reinigungsleistungen nach Anweisungen durch die Geschäftsführung der Gesundheit Nord Dienstleistungen.<sup>575</sup> Der Vertrag mit der Deutschen R+S wurde zum 31. Dezember 2012 vorzeitig gegen eine Kompensationszahlung gekündigt.<sup>576</sup> Herr Staatsrat Dr. Schuster teilte dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss als Grund für die vorzeitige Vertragsbeendigung mit, der Innenrevision der Gesundheit Nord sei problematisches tarifliches Verhalten aufgefallen.<sup>577</sup> Auch Herr Gmajnic betonte, es handele sich nicht um eine Folge des Ausbruchs von ESBL-bildenden Klebsiellen auf der neonatologischen Station.<sup>578</sup>

Die Reinigung der Kliniken erfolgt laut Herrn Gmajnic jetzt durch eigenes Personal der Gesundheit Nord Dienstleistungen und durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Gesundheit Nord, die der Tochtergesellschaft Gesundheit Nord Dienstleistungen überlassen werden.<sup>579</sup> Seit dem 1. Juli 2012 gilt für die Mitarbeiter/innen der Gesundheit Nord Dienstleistungen ebenfalls der TVöD.<sup>580</sup> Gleichwohl liegt die Bezahlung unter dem Niveau des TVöD-K.<sup>581</sup>

Die Organisation der Reinigung im Rahmen einer hundertprozentigen Tochter der Gesundheit Nord ist seitens des parlamentarischen Untersuchungsausschusses nicht zu beanstanden. Jedoch erfordert eine sachgerechte Wahrnehmung dieser Funktion durch die Gesundheit Nord, dass diese in das Hygienemanagement der einzelnen Krankenhäuser zumindest so integriert wird, dass dieser Bereich sachgerecht wahrgenommen werden kann.

### 7.2.2. Grundlagen der Reinigung

---

<sup>574</sup> Herr Gmajnic, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahmen, 25/3629.

<sup>575</sup> Herr Gmajnic, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahmen, 25/3630.

<sup>576</sup> Herr Gmajnic, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahmen, 25/3629 und 3658; Herr Staatsrat Dr. Schuster, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 22/3150.

<sup>577</sup> Herr Staatsrat Dr. Schuster, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 22/3149.

<sup>578</sup> Herr Gmajnic, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 25/3629.

<sup>579</sup> Herr Gmajnic, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 25/3628.

<sup>580</sup> Herr Gmajnic, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 25/3665.

<sup>581</sup> Herr Gmajnic, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 25/3667.

Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme bilden der Hygieneplan und die Desinfektionspläne der einzelnen Stationen die Grundlage der Reinigung. Daneben sind auch Brandschutzpläne und sonstige gesetzliche Richtlinien, die am Standort jeweils Gültigkeit entfalten, von Bedeutung.<sup>582</sup>

Die Gesundheit Nord Dienstleistungen ist verpflichtet, den Vorgaben entsprechend zu arbeiten und ihre Arbeitsanweisungen daran auszurichten.<sup>583</sup> Nach Aussage von Frau Rüßmann werden die Arbeitsanweisungen von der Deutschen R+S erstellt. Sie würden in der Regel mit der Krankenhaushygiene abgestimmt.<sup>584</sup> Das hat auch Herr Gmajnic bestätigt.<sup>585</sup>

Demgegenüber ergibt sich aus einer Aktennotiz über ein Seminar für Objektleiter der Gesundheit Nord Dienstleistungen vom 7. bis 9. März 2012,<sup>586</sup> dass die von Herrn Tiemann erstellten Arbeitsanweisungen nicht mit den Hygienefachkräften abgesprochen worden seien. Die Hygienefachkräfte hätten keine Kenntnis von den Inhalten der Arbeitsanweisungen.<sup>587</sup> Dazu hat Frau Wendorff ausgeführt, sie habe versucht, im Hinblick auf die Arbeitsanweisungen zu recherchieren. Nach Auskunft der Hygienefachkräfte hätten diese in der Vergangenheit keine Kenntnis von den Arbeitsanweisungen für die Reinigung gehabt. Das Klinikum Bremen-Mitte habe einen Leistungsvertrag mit der Gesundheit Nord Dienstleistungen. Deshalb habe man sich darauf verlassen, dass die Arbeitsanweisungen in Ordnung seien. Für die Zukunft solle das Verfahren geändert werden. Zukünftig sei geplant, dass der Krankenhaushygieniker die Arbeitsanweisungen für die Reinigung überprüfe.<sup>588</sup>

### 7.2.3. Quantitative Anforderungen an die Reinigung

Der Umfang der Unterhaltsreinigung bestimme sich laut Herrn Gmajnic nach Berechnungen, die aus Erfahrungswerten abgeleitet würden und auch Benchmarks

---

<sup>582</sup> Herr Gmajnic, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 25/3627.

<sup>583</sup> Herr Gmajnic, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 25/3630; Herr Tiemann, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 25/3700; Herr Dr. Pfeiffer, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 27/3898.

<sup>584</sup> Frau Rüßmann, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 26/3735.

<sup>585</sup> Herr Gmajnic, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 25/3632.

<sup>586</sup> Krankenhaushygiene, Seminar für Objektleiter der GeNo Dienstleistungen, Aktennotiz, Band 202, S. 10 f. der 1. Paginierung

<sup>587</sup> Krankenhaushygiene, Seminar für Objektleiter der GeNo Dienstleistungen, Aktennotiz, Band 202, S. 11 der 1. Paginierung

<sup>588</sup> Frau Wendorff, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 27/3843.

unterlägen. Sofern spezielle Reinigungen oder Sonderreinigungen erforderlich würden, würden diese gesondert beauftragt.<sup>589</sup> Dies hat Frau Rüßmann bestätigt. Nach ihrer Bekundung bestimme sich der Umfang der eingekauften Reinigung anhand von Bundes-, Durchschnitts- und Erfahrungswerten.<sup>590</sup> Zugrunde gelegt werde das sogenannte Hamburger Modell.<sup>591</sup> Dabei handele es sich um einen kurzen Kennzeichenkatalog für den Personalbedarf in der Krankenhausreinigung, der aus zwei Elementen bestehe, den Raumgruppen und den Quadratmetern pro Stunde für die einzelnen Raumgruppen.<sup>592</sup>

Die Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit hat dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss Raumbuch, Leistungsbeschreibung und Leistungsverzeichnis für die Reinigung der Stationen 4027 und 4028 vorgelegt.<sup>593</sup> Danach sind die Räume des Klinikums Bremen-Mitte in bestimmte Raumgruppen eingeteilt. Je nach Raumgruppe wird entsprechend dem Leistungsverzeichnis gereinigt.

Nach Aussage von Frau Rüßmann bestimme das einzelne Krankenhaus des Klinikverbundes, was, wie oft und mit welcher Intensität gereinigt werden solle. Das Raumbuch lege im Prinzip nur den Standort fest und werde zur Abrechnung der Dienstleistungen herangezogen. Für das operative Geschäft sei es aber nicht relevant.<sup>594</sup>

Um die erforderliche Reinigungsleistung messbar zu machen, werden zunächst im Raumbuch die Flächen dokumentiert, die Gegenstand einer Unterhaltsreinigung sind. Im Klinikum Bremen-Mitte liegt das Raumbuch in digitaler Form<sup>595</sup> als Excel-Tabelle<sup>596</sup> vor. Parallel dazu gibt es bestimmte Leistungsklassen und -gruppen, in denen die Reinigungshäufigkeit für bestimmte Raumgruppen und die Reinigungsintensitäten festgelegt werden. Aus diesen Daten kann zusammen mit dem Raumbuch ein Gesamtreinigungsquadratmeterwert berechnet werden, der pro Jahr durch die

---

<sup>589</sup> Herr Gamjnic, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 25/3632 f.

<sup>590</sup> Frau Rüßmann, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 26/3737

<sup>591</sup> Frau Rüßmann, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 26/3785.

<sup>592</sup> Qualitätsmanagementhandbuch, [www.kolleg.loel.hs-anhalt.de/forschung/hauswirtschaftselbstkurs/kurs/themen\\_druck.php?kurs=1&lenr=3id=9](http://www.kolleg.loel.hs-anhalt.de/forschung/hauswirtschaftselbstkurs/kurs/themen_druck.php?kurs=1&lenr=3id=9)).

<sup>593</sup> Raumbuch, Leistungsbeschreibung und Leistungsverzeichnis Station 4027 und 4028, Band 80, S. 1 ff.

<sup>594</sup> Frau Rüßmann, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 26/3734.

<sup>595</sup> Herr Tiemann, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 25/3687.

<sup>596</sup> Herr Dr. Pfeiffer, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 27/3907.

Gesundheit Nord Dienstleistungen zu erbringen ist.<sup>597</sup> Insgesamt wird nach Aussage von Herrn Gmajnic im Bereich der Reinigung differenziert, mit welcher Reinigungsintensität und in welcher Zeitdauer die Räume gereinigt werden.<sup>598</sup>

Diese Darstellung zur Ermittlung des Reinigungsumfangs hat Herr Tiemann, der für die Reinigung zuständige Bereichsleiter der Gesundheit Nord Dienstleistungen, im Wesentlichen bestätigt. Er hat ausgeführt, je nach seiner Nutzung werde ein Raum in die entsprechende Raumgruppe eingepflegt. Über Leistungsverzeichnisse sei festgelegt, wie ein Zimmer zu reinigen sei.<sup>599</sup> Werde die Nutzung eines Raumes verändert, erhalte die Gesundheit Nord Dienstleistungen über das Raumbuch eine Veränderungsanzeige.<sup>600</sup> Allen Raumgruppen sei eine bestimmte Leistungszahl zugeordnet, anhand derer dann die Ausführung pro Stunde errechnet werden könne. Im so genannten Preisblatt werde über die Raumgruppen eine Zuordnung zur Häufigkeit der erforderlichen Reinigungsleistung hergestellt. Über diese Häufigkeit sei auch eine Leistungszahl hinterlegt.<sup>601</sup>

Der Personalbestand im Bereich der Reinigung ist nach Aussage von Herrn Gmajnic in der Summe in den letzten Jahren nicht signifikant reduziert worden. Nähere Angaben dazu könne er aber wegen Strukturveränderungen, die sich in diesem Bereich ergeben hätten, nicht machen.<sup>602</sup> Ergänzend dazu hat Herr Tiemann erklärt, nach seinem Kenntnisstand hätten Veränderungen im Raumbuch über die Leistungszahlen nicht stattgefunden.<sup>603</sup> Auch Frau Rüßmann teilte mit, nach ihren Informationen habe sich die Anzahl der Reinigungsstunden 2010/2011 sogar leicht erhöht.<sup>604</sup> Im hier interessierenden Bereich der Neonatologie sei die Reinigungszeit im Jahr 2011 erhöht worden.<sup>605</sup> Laut Raumbuch seien die Mitarbeiter mit geplanten 5,4 Stunden eingesetzt worden. Die Zeitvorgabe sei erst auf sechs Stunden, dann – da wegen der Keimvorfälle spezielle Schutzkleidung angelegt werden musste – auf acht Stunden Reinigungszeit erhöht worden. Letzteres hat auch Herr Dr. Pfeiffer bestätigt.<sup>606</sup>

---

<sup>597</sup> Herr Gamjnic, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 25/3627.

<sup>598</sup> Herr Gamjnic, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 25/3661.

<sup>599</sup> Herr Tiemann, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 25/3672.

<sup>600</sup> Herr Tiemann, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 25/3672.

<sup>601</sup> Herr Tiemann, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 25/3673.

<sup>602</sup> Herr Gamjnic, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 25/3630.

<sup>603</sup> Herr Tiemann, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 25/3679.

<sup>604</sup> Frau Rüßmann, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 26/3740.

<sup>605</sup> Frau Rüßmann, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 26/3737.

<sup>606</sup> Herr Dr. Pfeiffer, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 27/3898.

Von Seiten des parlamentarischen Untersuchungsausschusses wurde in der öffentlichen Beweisaufnahme kritisiert, dass ihm zunächst nicht die aktuellen Raumbücher zur Verfügung gestellt wurden. Ihm wurde ein Raumbuch der Station 4027 mit Stand vom 1. März 2012 übersandt.<sup>607</sup> Die Quadratmeterangaben dort stimmten nicht mit den Grundrissangaben auf der dem Robert Koch-Institut zur Verfügung gestellten Grundrisskarte überein. Auch die beschriebenen Funktionen der Räume und damit ihre Zuordnung zu bestimmten Reinigungsklassen bildete nicht die tatsächliche Nutzung ab. Beispielsweise wurde der Säuglingsintensivraum 445 im Raumbuch als Aufbereitungsraum, der Säuglingsintensivraum 441 als Lager bezeichnet. Auch die in diesem Raumbuch benannte Reinigungsklasse entsprach nicht der einer Intensivstation.<sup>608</sup> Deshalb ist der parlamentarische Untersuchungsausschuss der Frage nachgegangen, ob im Bereich der Reinigung in mehreren Bereichen mit veralteten Angaben gearbeitet werde.<sup>609</sup> Dazu hat die Gesundheit Nord im Nachgang erklärt, fälschlicherweise seien dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss falsche Raumbuchauszüge der Stationen 4027 und 4028 übermittelt worden, die Übertragungsfehler hinsichtlich der Raumnummerierung enthielten. Die Räume 440, 441 und 445 der Station 4027 würden als Patientenzimmer genutzt und seien dementsprechend gemäß Leistungsverzeichnisraumgruppe C (sensible Bereiche sowie OP, Kreissaal und Intensivstation) gereinigt worden. Gleiches gelte für die Räume 2.019, 2.024, 2.026, 2.027, 2.028 und 2.028 a der Station 4028.<sup>610</sup>

#### **7.2.4. Einarbeitung und Schulung des Reinigungspersonals**

Nach dem Leistungsvertrag Reinigungsleistungen zwischen dem Klinikum Bremen-Mitte und der Klinik-Servicegesellschaft Bremen mbH, der Rechtsvorgängerin der Gesundheit Nord Dienstleistungen, ist der Auftragnehmer verpflichtet, die zu erbringenden Leistungen ordnungsgemäß und fachgerecht in gleichbleibender Qualität auszuführen.<sup>611</sup> Er ist verpflichtet, nur ausreichend geschultes und eingewiesenes Personal einzusetzen. Die Schulungen sind in einem halbjährigen Abstand auf dem Gelände bzw. innerhalb der Gebäude des Klinikums Bremen-Mitte durchzuführen. Schulungsthemen sind dem Auftraggeber jährlich aktualisiert jeweils unaufgefordert

---

<sup>607</sup> Tabelle ZKH Bremen, Frauen Klinik, Stand 1. März 2012, Band 80, S. 16.

<sup>608</sup> Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 23/3323 f.

<sup>609</sup> Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 23/3325.

<sup>610</sup> Band 203, letzter Abschnitt.

<sup>611</sup> § 1 Abs. 3 Leistungsvertrag – Reinigungsleistungen, Band 203, 3. Abschnitt, S. 2.

mitzuteilen. Die Teilnahme ist dem Klinikum Bremen-Mitte per Unterschriftsdokumentation nachzuweisen.<sup>612</sup> Eventuell eingesetzte ausländische Arbeitskräfte müssen der deutschen Sprache in Wort und Schrift mächtig sein.<sup>613</sup>

Dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss liegt das Diagramm „Einarbeitungskonzept Krankenhausreinigung“ Stand Juli 2011 der Gesundheit Nord Dienstleistungen vor. Danach erfolgt nach einer Untersuchung durch den arbeitsmedizinischen Dienst am 1. Tag eine Einweisung durch einen erfahrenen Mitarbeiter und am 2. und 3. Tag die gemeinsame Reinigung mit einem erfahrenen Mitarbeiter. Der neue Mitarbeiter wird ständig begleitet. Ab dem 4. Tag arbeitet der neue Mitarbeiter allein; regelmäßige Kontrollen durch erfahrene Mitarbeiter sind vorgesehen. Für die Bereiche Sanitärreinigung, OP-Bereich und Schlussdesinfektion gibt es gesonderte Einarbeitungskonzepte jeweils in Diagrammform.

Die Beweisaufnahme hat ergeben, dass die Einarbeitung neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Reinigung entsprechend der Vorgaben aus dem Einarbeitungskonzept erfolgt. Das haben die Zeugen Herr Thiemann, Frau Rüssmann und Herr Niehoff bekundet. Herr Tiemann hat dargelegt, es gebe einen Schulungsnachweis und eine Checkliste für die Einstellung neuer Mitarbeiter. Danach würden mit den Mitarbeitern bestimmte Fragestellungen angesprochen.<sup>614</sup> Es gebe ein Einarbeitungskonzept, in dem die Einarbeitung geregelt sei. Demzufolge werde eine neue Reinigungskraft von einem erfahrenen Mitarbeiter oder einer erfahrenen Mitarbeiterin begleitet, der oder die ihr die Prozessabläufe zeige. Die Einarbeitung werde von der Vorarbeiterin begleitet.<sup>615</sup> Neue Reinigungskräfte würden zunächst in Bereichen eingesetzt, die hygienisch nicht so problematisch seien.<sup>616</sup> Frau Rüßmann hat das geschilderte Verfahren bestätigt. Nach ihren Informationen gebe es bei der Einstellung einen sogenannten Mitarbeitercheck, bei dem Mitarbeiter genau unterwiesen und ihnen bestimmte wichtige Gegebenheiten erklärt würden. Es erfolge eine Einarbeitung am Arbeitsplatz. In den OP-Bereichen sei eine einwöchige Einarbeitungszeit vorgesehen.<sup>617</sup>

---

<sup>612</sup> § 1 Abs. 10 Leistungsvertrag – Reinigungsleistungen, Band 203, 3. Abschnitt, S. 3.

<sup>613</sup> § 1 Abs. 6 Leistungsvertrag – Reinigungsleistungen, Band 203, 3. Abschnitt, S. 2.

<sup>614</sup> Herr Tiemann, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 25/3675.

<sup>615</sup> Herr Niehoff, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 30/4267.

<sup>616</sup> Herr Tiemann, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 25/3677.

<sup>617</sup> Frau Rüßmann, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 26/3738 f.

Zusätzlich werden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Reinigungsdienstes einmal jährlich mit Hilfe einer Power-Point-Präsentation geschult.<sup>618</sup> Darüber hinaus befassen sich die Schulungen mit praktischen Inhalten. Herr Niehoff, der Qualitätsbeauftragte der Gesundheit Nord Dienstleistungen, hat zum Thema Händedesinfektion ausgesagt, dass nunmehr eine Schwarzlichtlampe eingesetzt werde, um eventuelle Defizite bei der Händedesinfektion den einzelnen Mitarbeitern aufzuzeigen. So könnten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gleich erkennen, wann sie Fehler gemacht hätten. Alle anderen praktischen Inhalte würden an einem Systemwagen vermittelt. Beim Themenbereich Schlussdesinfektion werde beispielsweise gelehrt, wie Schutzkleidung anzulegen ist.<sup>619</sup> Daneben gibt es ausweislich der Aussage von Herrn Niehoff zweimal jährlich sogenannte Mitarbeiteraudits, die seiner Auffassung nach als Schulung am Arbeitsplatz anzusehen sind. Hier würden die Mitarbeiter in einem Rollenspiel unterwiesen. Er lasse sich von den Reinigungskräften erklären, wie sie arbeiteten. So könne er nachvollziehen, ob die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die an sie gestellten Anforderungen verstanden hätten und auch umsetzten. Zu den Unterweisungen und Schulungen zählen nach Auffassung von Herrn Niehoff auch Fragen anlässlich der Reinigungskontrollen.<sup>620</sup>

Nach Aussage von Frau Rüßmann gibt es jährliche Schulungspläne, die allerdings im Laufe der Zeit noch einmal angepasst worden seien. Im Jahr 2012 sei die Schulungsfrequenz erhöht worden. Die Unterweisungen zur Aufbereitung von Infektionszimmern erfolge mittlerweile quartalsweise, die sonst vierteljährlichen Mitarbeiteraudits erfolgten für die Intensivbereiche jetzt monatlich.<sup>621</sup>

### 7.2.5. Qualitätsüberprüfungen

Die Arbeit des Reinigungsdienstes wird durch die jeweiligen Vorarbeiterinnen und die Objektverantwortlichen überprüft. Zusätzlich hat die Gesundheit Nord Dienstleistungen gemeinsam mit dem Klinikum Bremen-Mitte ein Reinigungskontrollsystem eingeführt. Nach Aussage von Herrn Thiemann werden für jeden Verantwortungsbereich neun Reinigungskontrollen durchgeführt, die sich auf die bereits gereinigten Bereiche

---

<sup>618</sup> Herr Tiemann, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 25/3675; Frau Rüßmann, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 26/3738 f.

<sup>619</sup> Herr Niehoff, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 30/4268.

<sup>620</sup> Herr Niehoff, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 30/4285 ff.

<sup>621</sup> Frau Rüßmann, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 26/3738.

erstrecken.<sup>622</sup> Vier davon führten die Vorarbeiterinnen und Vorarbeiter der Gesundheit Nord Dienstleistungen oder die Objektverantwortlichen durch. Vier Reinigungskontrollen erfolgten durch die Hauswirtschaftsleitungen oder deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Die letzte Reinigungskontrolle werde von der Hauswirtschaftsleitung gemeinsam mit dem Qualitätsbeauftragten durchgeführt. Aus diesen Kontrollen werde eine Durchschnittsnote ermittelt. Zusätzlich gebe es eine dokumentierte monatliche Auswertung.<sup>623</sup> Dies hat Herr Dr. Pfeiffer gegenüber dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss bestätigt.<sup>624</sup> Bei den Kontrollen handele es sich – so Herr Niehoff – um visuelle Reinigungskontrollen mit subjektiven Bewertungen der Reinigungsergebnisse. Es fänden keine mikrobiologischen Kontrollen statt.<sup>625</sup> Die Reinigungsqualität in den einzelnen Räumen werde nach dem Schulnotensystem bewertet. Daraus werde ein Durchschnittswert ermittelt, der in einer Monatsmatrix aufgeführt werde, die am Monatsende den Geschäftsführern beziehungsweise auch den Verantwortlichen des Reinigungsdienstes und der Hauswirtschaftsleitung zur Verfügung gestellt würden. Zusätzlich ergebe sich im Jahresverlauf auch eine Jahresauswertung für die einzelnen Bereiche.<sup>626</sup>

Herr Niehoff erläuterte, eine Nachreinigung werde ab der Note 4 angeordnet. In der Regel gehe die Vorarbeiterin mit der Mitarbeiterin die Fehler durch und gebe den Auftrag, nachzureinigen. Im Anschluss erfolge eine Kontrolle durch die Vorarbeiterin oder die Hauswirtschaftsleitung. Es werde nochmals überprüft, ob die Abweichungen behoben seien.<sup>627</sup>

Dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss wurde die Jahresauswertung 2011 der Beurteilung der Reinigungsleistungen im Klinikum Bremen-Mitte vorgelegt. Danach lag die Bewertung der Reinigung in der Frauenklinik und in der Kinderklinik in jedem Monat des Jahres 2011 um den Wert von 2,5 (sehr gut: 1,0; sehr schlecht: 4,0).<sup>628</sup>

### 7.3. Kritik an den Reinigungs- und Desinfektionsleistungen

---

<sup>622</sup> Herr Tiemann, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 25/3680.

<sup>623</sup> Herr Tiemann, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 25/3679.

<sup>624</sup> Herr Dr. Pfeiffer, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 27/3919.

<sup>625</sup> Herr Niehoff, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 30/4263.

<sup>626</sup> Herr Niehoff, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 30/4264.

<sup>627</sup> Herr Niehoff, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 30/4265.

<sup>628</sup> Jahresauswertung Klinikum Bremen-Mitte, Tabellen und Diagramme, Band 127, S. 25.

### 7.3.1. Interne Kritik

Der parlamentarische Untersuchungsausschuss hat keine Hinweise darauf gefunden, dass es vor dem Ausbruch von ESBL-bildenden Klebsiellen auf der neonatologischen Station auf der Ebene der Geschäftsführung der Gesundheit Nord Hinweise auf Missstände im Bereich der Reinigung geben hätte. Auf die Frage, ob ihn als Geschäftsführer der Gesundheit Nord jemals grundsätzliche Beschwerden über die Frage des Reinigungsmanagements erreicht hätten, die sich zum Beispiel auf nicht ausreichend geschultes Personal oder welches, das nicht der deutschen Sprache mächtig sei, bezögen, antwortete Herr Dr. Hansen bei seiner Anhörung vor dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss:

*„Nein, daran kann ich mich auch nicht erinnern. Nun ist es ja sehr häufig so, dass in diesen Bereichen ausländische Bürger tätig sind. Das ist ja im Bereich der Reinigung in vielen Unternehmen der Fall. Insofern wäre das auch nichts, was ganz ungewöhnlich wäre, aber Beschwerden haben mich nicht erreicht. Wir haben ja auch das Instrument der kontinuierlichen Patientenbefragung, wo die Patienten auch solche Angaben machen können. In dem, was wir da so jährlich auswerten, war das nirgendwo eine besonders häufige Beschwerde. So würde ich das beantworten wollen. Dass es da immer wieder Beschwerden gibt, hat ein gewisses Maß an Normalität, und dem muss man aber natürlich im Einzelfall dann nachgehen. Ich verstehe dieses Protokoll so, dass man das auch getan hat. Im Detail ist das nicht zu mir gelangt.“<sup>629</sup>*

Auch aufgrund der hausinternen Kontrollen wurden nach Aussage von Herrn Gmajnic keine erheblichen Reinigungsmängel festgestellt.<sup>630</sup> Das bestätigte im Wesentlichen Herr Niehoff, der ausführte es habe bei den hausinternen Kontrollen eher wenige Beanstandungen gegeben. Einen prozentualen Anteil vermochte er aber nicht zu schätzen.<sup>631</sup>

Eine kritische Diskussion der Reinigungsleistungen fand vor allem in der Hygienekommission statt. In einer Sitzung der Hygienekommission vom 10. März 2011 wurde das Reinigungsregime kontrovers diskutiert. Als offene Punkte wurden

---

<sup>629</sup> Herr Dr. Hansen, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 10/1136.

<sup>630</sup> Herr Gmajnic, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 25/3635.

<sup>631</sup> Herr Niehoff, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 30/4275.

aufgeführt: „nicht geschultes Personal, Personal, das nicht der deutschen Sprache mächtig ist, Desinfektionsmaßnahmen nach 16:00 Uhr und am Wochenende, die Erreichbarkeit der Zuständigen, die Situation in Notfallsituationen, die Desinfektion von patientennahen Flächen am Wochenende auf Intensivstationen und die unklaren Informationsflüsse von Station zum Reinigungsdienst am Wochenende oder nach 16:00 Uhr in besonderen Fällen“. <sup>632</sup> Auch in der Sitzung der Hygienekommission vom 1. September 2011 war die Reinigung Thema. Es wurde geschildert, dass durch die Gesundheit Nord Dienstleistungen lediglich eine jährliche Schulung erfolge, neue Reinigungskräfte würden daher nicht sofort geschult, und es komme vor, dass sie von den Mitarbeitern aus der Pflege eingewiesen werden müssten. Gewünscht wurde eine monatliche Schulung der neuen Reinigungskräfte. <sup>633</sup> In einer Aktennotiz der Hygienefachkraft Frau Benz im Zusammenhang mit dem Keimausbruch ist am 27. Oktober 2011 vermerkt: „Die Reinigungskraft kannte sich örtlich nicht aus.“ <sup>634</sup> Demgegenüber führten die Sachverständigen Herr Dr. Schulz-Stübner und Herr Dr. Weißgerber vom Deutschen Beratungszentrum für Hygiene in Freiburg in ihrem Bericht vom 8. Dezember 2011 aus, dass auf der neonatologischen Intensivstation Stammpersonal eingesetzt worden sei. <sup>635</sup>

Unmittelbar nach dem Bekanntwerden von ESBL-bildenden Klebsiellen am Klinikum Bremen-Mitte setzte eine breite Diskussion im Klinikum Bremen-Mitte ein, wie die Qualität der Reinigungsleistungen verbessert werden könnte.

In einer E-Mail vom 5. November 2011 berichtete der damalige Leiter des Institutes für Hygiene, Herr Dr. Kappler, in Waschbecken und Siphons der Stationen 4027, 4028 und 3804 gebe es Hinweise auf das Vorhandensein von Klebsiellen oder anderen Enterobakterien. Es seien Siphons in Zimmern betroffen, die in der Woche zuvor eine Grundreinigung oder eine Abschlussdesinfektion erfahren hätten. Der normale Umfang einer Abschlussdesinfektion umfasse wohl nicht die Desinfektion der Siphons. Von einer Grundreinigung wie auf der Station 4027 müsse aber erwartet werden, dass sämtliche Keimquellen beseitigt würden. Es müsse dringend geregelt werden, wer die

---

<sup>632</sup> Protokoll der Hygienekommissionssitzung vom 10. März 2011, Band 55, S. 12 der 1. Paginierung

<sup>633</sup> Protokoll der Hygienekommissionssitzung vom 1. September 2011, Band 55, S. 2 der 1. Paginierung

<sup>634</sup> Krankenhaushygiene, Gehäuftes Auftreten von Klebsiellen ESBL auf der Station 4027, Fortlaufende Aktennotiz, 27. Oktober 2011, Band 55, S. 197 der 2. Paginierung.

<sup>635</sup> Deutsches Beratungszentrum für Hygiene, Zusammenfassender Bericht: Visitation Klinikum Bremen-Mitte, Band 22, S. 12.

Säuberung der Siphons vornehme, bevor am nächsten Montag ein Desinfektor komme.<sup>636</sup>

Am 28. November 2011 war die Qualifikation des Personals der Gesundheit Nord Dienstleistungen Tagesordnungspunkt auf der Sitzung der Geschäftsführung des Klinikums Bremen-Mitte.<sup>637</sup> Es wurde über diverse Beschwerden von Patienten und von den Hygienefachkräften berichtet. Als problematisch werde eingeschätzt, dass die Hygienefachkräfte von der Gesundheit Nord Dienstleistungen auf Anforderung keine detaillierten Schulungsnachweise erhalten hätten. Auch auf der Ebene der Gesundheit Nord wurde die Erbringung der Reinigungsleistungen diskutiert. Bei einem Monatsgespräch des Konzernbetriebsrates mit der Geschäftsführung der Gesundheit Nord vom 19. Dezember 2011 berichtete der Konzernbetriebsratsvorsitzende, dass die Gesundheit Nord Dienstleistungen die Zeitvorgaben gekürzt habe. Es wurden Probleme mit der Bestimmung der Reinigungsleistungen geschildert, da die Raumbücher zum Teil nicht ordnungsgemäß seien.<sup>638</sup> Insofern hat die Beweisaufnahme – wie ausgeführt – hinsichtlich der neonatologischen Station ergeben, dass es dort nicht zu einer Kürzung der Zeitvorgaben gekommen ist.

Darüber hinaus kam es im Zusammenhang mit der Renovierung und anschließenden Wiedereröffnung der Station 4027 um den Jahreswechsel 2011/2012 zu Beschwerden über die Reinigung. In einem Schreiben vom 27. Dezember 2011 beschwerte sich die damalige Ärztliche Geschäftsführerin des Klinikums Bremen-Mitte, Frau Dr. Kuss, über eine „völlig ungenügende Reinigungssituation auf der Station 4027 nach stattgehabter Reinigung und Desinfektion in den vergangenen Tagen“.<sup>639</sup> Unabhängig von der Tatsache, dass Anfang Januar 2012 die Abschlussdesinfektion schließlich ein gutes Ergebnis gebracht hat und die Station 4027 deshalb aus hygienischer Sicht wieder eröffnet werden konnte,<sup>640</sup> nahm die Geschäftsführung des Klinikums Bremen-Mitte die Situation Ende Dezember 2011 zum Anlass, nochmals die Reinigungsleistungen zu überprüfen und zu verbessern.

So führte Frau Dr. Kuss in einer weiteren E-Mail vom 12. Januar 2012 aus:

---

<sup>636</sup> E-Mail Dr. Kappler vom 5. November 2011, Band 55, S. 61 der 2. Paginierung.

<sup>637</sup> Protokoll der Geschäftsführungssitzung vom 28. November 2011, Band 203, 5. Unterteilung, S. 74 f.

<sup>638</sup> Monatsgespräch Konzernbetriebsrat/Geschäftsführung GeNo, 21. November 2011, Band 187, S. 500.

<sup>639</sup> Handschriftliches Schreiben von Frau Dr. Kuss, 27. Dezember 2011, Band 116, S. 10 der 4. Paginierung.

<sup>640</sup> E-Mail Herr Dr. Kappler an Herrn Dr. Wunderle vom 5. Januar 2012, Bd. 100, S. 276.

*„Nach den Erlebnissen mit der Abschlussreinigung der renovierten Station 4027 vor dem Wiederbezug bin ich jetzt dabei schrittweise erstmals mit unseren Hauswirtschaftskräften den Teil der Vereinbarungen durchzuarbeiten, den es für Reinigungsstandards gibt. Mir scheint da vieles unklar formuliert zu sein und die Kräfte, die eingesetzt werden, scheinen doch erheblichen Schulungsbedarf zu haben! Da gibt es wohl viele „Missverständnisse“.“<sup>641</sup>*

Seit Januar 2012 gab es – so Herr Dr. Pfeiffer - einen sogenannten Qualitätszirkel Reinigung, den Frau Dr. Kuss initiiert habe. Ihr sei aufgefallen, dass es Probleme im Reinigungsdienst geben könnte. Da sie damals in der Geschäftsführung für Hygiene verantwortlich gewesen sei, habe sie den Qualitätszirkel Reinigung einberufen. Man habe die Dokumente überprüft und überarbeitet, die den Inhalt und die Qualität der Reinigung festlegen.<sup>642</sup> Hier sei auch diskutiert worden, die Schulungsfrequenz des Reinigungspersonals zu erhöhen.<sup>643</sup> Als Auftraggeber sei das Klinikum befugt, entsprechende Maßnahmen zu verlangen. Diesen Punkt werde man, wenn auch eine Prüfung durch den Facharzt für Hygiene, Herrn Eikenberg, der seit dem 1. Juni 2012 für die Krankenhäuser des Klinikverbundes als Krankenhaushygieniker tätig sei, zu diesem Ergebnis komme, gegebenenfalls mit der Gesundheit Nord Dienstleistungen diskutieren und dann auch entsprechend umsetzen.<sup>644</sup> Herr Dr. Pfeiffer merkte weiter kritisch an, die Zusammenarbeit mit der Gesundheit Nord Dienstleistungen müsse besser werden.<sup>645</sup>

Mit Schreiben vom 2. März 2012 teilte die Gesundheit Nord Dienstleistungen mit, es seien ergänzenden Maßnahmen für den Reinigungsdienst insbesondere auf der Station 4027 durchgeführt worden. Am 9. November 2011 habe nach dem Umzug der Station 4027 auf die Interimsstation 3911 eine Sonderunterweisung zum Thema Desinfektion und Organisationsabläufe gemeinsam mit dem Pflegedienst stattgefunden. Am 4. November 2011 erfolgte eine praktische Unterweisung in der Reinigung von Infektionszimmern auf der Station 4 der Kinderklinik. Am 19. Dezember 2011 nahmen Mitarbeiterinnen der Gesundheit Nord Dienstleistungen an der

---

<sup>641</sup> E-Mail Frau Dr. Kuss, Band 201, S. 459.

<sup>642</sup> Herr Dr. Pfeiffer, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 27/3890.

<sup>643</sup> Herr Dr. Pfeiffer, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 27/3914.

<sup>644</sup> Herr Dr. Pfeiffer, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 27/3914.

<sup>645</sup> Herr Dr. Pfeiffer, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 27/3906.

Hygienepräsentation und Hygieneschulung für Mitarbeiter und Führungskräfte der Stationen 4027 und 4028 durch das Deutsche Beratungszentrum Hygiene Freiburg teil. Die operative Präsenz von Vorarbeiterinnen, Objektleitung und Bereichsleitung wurde erhöht. Zudem wurden in verschiedenen Bereichen des Klinikums Bremen-Mitte Sonderschulungen zum Thema Aufbereitung infektiöser Zimmer durchgeführt.<sup>646</sup>

Von Seiten der Gesundheit Nord Dienstleistungen wird im Schulungsplan 2012 darüber hinaus die sonst jährliche Unterweisung zum Thema Aufbereitung von Infektionszimmern quartalsweise angeboten. Die sonst vierteljährlichen Mitarbeiteraudits für die Intensivbereiche werden nunmehr monatlich durchgeführt. Das Informations- und Reklamationssystem zwischen den Hauswirtschaftsleitungen und der Objektleitung der Gesundheit Nord Dienstleistungen wurde um eine digitale Komponente erweitert. Die Abteilung Zentrale Klinikdienste wurde in die Vorarbeitersitzungen der Gesundheit Nord Dienstleistungen eingebunden.<sup>647</sup> Außerdem werden Arbeitsanweisungen, die Reinigungskräfte und Reinigungsverfahren in den Krankenhäusern betreffen, durch die Hygienekommissionen der jeweiligen Krankenhäuser des Klinikverbundes überprüft und soweit erforderlich überarbeitet.<sup>648</sup>

### **7.3.2.Externe Kritik**

#### **7.3.2.1. Deutsches Beratungszentrum für Hygiene Freiburg**

Am 23. und 24. November 2011 fand im Auftrag der Gesundheit Nord eine Visitation des Bereiches neonatologische Intensivmedizin am Klinikum Bremen-Mitte durch Herrn Dr. Schulz-Stübner und Herrn Dr. Weißgerber vom Deutschen Beratungszentrum für Hygiene Freiburg statt. Die Hinzuziehung des Deutschen Beratungszentrums für Hygiene Freiburg stellte eine zusätzliche, nicht behördlich angeordnete Maßnahme des Klinikums Bremen-Mitte dar, um eventuell vorhandene Hygienemängel aufzudecken und abzustellen. Im Anschluss an ihre Visitation im Klinikum Bremen-Mitte fertigten die Sachverständigen einen Bericht<sup>649</sup> und führten u. a. zu dem Unterpunkt Reinigung und Reinigungspersonal aus:

---

<sup>646</sup> Schreiben von Herrn Kolshorn, 2. März 2012, Band 202, S. 1 f.

<sup>647</sup> Schreiben von Herrn Kolshorn, 2. März 2012, Band 202, S. 2 f.

<sup>648</sup> Bericht der Geschäftsführerin der Gesundheit Nord an die Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit vom 24. Mai 2012.

<sup>649</sup> Deutsches Beratungszentrum für Hygiene, Zusammenfassender Bericht: Visitation Klinikum Bremen-Mitte, Band 22, S. 1 ff.

*„An den Begehungstagen wurde über Defizite bei der Schulung des Reinigungspersonals und teilweise bei der Kapazität bzw. im Zeitmanagement berichtet. Hier sollte eine zielgruppenorientierte, leicht verständliche und praxisnahe Schulung in systematischer Form erfolgen, die durch klare, piktogrammunterstützte Arbeitsanweisungen gestützt wird. In Risikobereichen sollte möglichst Stammpersonal eingesetzt werden, das mit den Besonderheiten des Bereiches und den spezifischen Anforderungen vertraut ist. Im Bereich der neonatologischen Intensivstation ist diese Personalkontinuität bereits gegeben. Die vor Ort beobachtete Reinigungsleistung sowie das eingesetzte Equipment auf den Putzwagen waren hygienisch einwandfrei.“<sup>650</sup>*

Kritisch merkten sie an:

*„Die Zuständigkeiten zwischen Reinigungs- und Pflegepersonal (wer desinfiziert was) müssen klar geregelt und alltagstauglich sein. Bei den verwendeten Desinfektionsmitteln und ihren Konzentrationen ist eine möglichst weitgehende Vereinheitlichung (vor allem bei den Konzentrationen) anzustreben, um Fehler durch falsche Konzentrationen oder suboptimale Präparatewahl zu reduzieren. Die Regelungen am Klinikum Bremen-Mitte erschienen am Begehungstag – historisch gewachsen – sehr breit aufgefächert und in ihrer Komplexität nicht immer leicht nachvollzieh- und umsetzbar, was sich an unterschiedlichen Konzentrationsangaben auf den Desinfektionsmittelpänen auf der Interimsintensivstation und den tatsächlich verwendeten Konzentrationen sowie den Angaben im zentralen Desinfektionsmittelplan manifestierte.“<sup>651</sup>*

Bei seiner Anhörung vor dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss bestätigte Herr Dr. Schulz-Stübner seinen eher positiven Eindruck von der Reinigung in der Neonatologie. Sie hätten kein konkretes Reinigungsdefizit oder Reinigungsproblem

---

<sup>650</sup> Deutsches Beratungszentrum für Hygiene, Zusammenfassender Bericht: Visitation Klinikum Bremen-Mitte, Band 22, S. 12.

<sup>651</sup> Deutsches Beratungszentrum für Hygiene, Zusammenfassender Bericht: Visitation Klinikum Bremen-Mitte, Band 22, S. 11.

feststellen können. Die Reinigung am Tag ihrer Anwesenheit im Klinikum Bremen-Mitte sei in Ordnung gewesen. Auch der Putzwagen sei in einem guten Zustand und sachgerecht bestückt gewesen.<sup>652</sup> Zur weiteren Verbesserung der Reinigungsleistungen empfahlen die Sachverständigen: „Hier sollte eine zielgruppenorientierte, leicht verständliche und praxisnahe Schulung in systematischer Form erfolgen, die durch klare, piktogrammunterstützte Arbeitsanweisungen gestützt wird.“<sup>653</sup> Auch diese Empfehlung wurde seitens des Klinikums Bremen-Mitte aufgegriffen.

Als Reaktion auch auf die Anregungen in dem Bericht von Herrn Dr. Schulz-Stübner und Herrn Dr. Weißgerber wurde das Deutsche Beratungszentrum für Hygiene Freiburg ebenfalls mit einer Schulung des Reinigungspersonals beauftragt.

Zur Vorbereitung dieser Schulung führte Herr Weber, ein Mitarbeiter des Deutschen Beratungszentrums für Hygiene Freiburg, am 13. Februar 2012 eine Begehung am Klinikum Bremen-Mitte durch. Herr Weber fertigte auf der Grundlage dieser Begehung einen Bericht, den er als „Gutachten zur Auditierung des Reinigungsdienstes der Gesundheit Nord Dienstleistungen GmbH im Klinikum Bremen-Mitte Frauenklinik zur Evaluation des Hygienekonzeptes“ betitelte,<sup>654</sup> obwohl es sich hierbei nicht um ein Gutachten im eigentlichen Sinne handelte. Herr Weber schickte seinen Bericht am 20. Februar 2012 per E-Mail an Mitarbeiter der Deutschen R+S und an die damalige Ärztliche Geschäftsführerin des Klinikums Bremen-Mitte, Frau Dr. Kuss. Die Leiterin Servicebereich Wirtschaftsbetriebe der Gesundheit Nord Dienstleistungen leitete den Bericht noch am gleichen Tage an die Geschäftsführer der Gesundheit Nord, Herrn Dr. Hansen und Herrn Gmajnic, weiter.<sup>655</sup>

Herr Weber äußerte sich in seinem Bericht sehr kritisch zu der am Klinikum Bremen-Mitte praktizierten Reinigung. So seien die Arbeitsanweisungen z. T. unklar, lücken- und fehlerhaft formuliert. Es sei wünschenswert, die Kommunikation zwischen Objektleitung und Stationsleitungen auf direktem Wege zu ermöglichen. Die Mitarbeiter seien mit einheitlichen, den Arbeitssicherheitsbestimmungen entsprechenden Schuhen

---

<sup>652</sup> Herr Dr. Schulz-Stübner, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 3/450.

<sup>653</sup> Deutsches Beratungszentrum für Hygiene, Zusammenfassender Bericht: Visitation Klinikum Bremen-Mitte, Band 22, S. 12.

<sup>654</sup> Gutachten zur Auditierung des Reinigungsdienstes der Gesundheit Nord Dienstleistungen GmbH im Klinikum Bremen-Mitte Frauenklinik zur Evaluation des Hygienekonzeptes am 13. Februar 2012, Band 188, S. 293 ff.

<sup>655</sup> E-Mail Herr Weber, 20. Februar 2012, Band 188, S. 291 f.

auszustatten. Die persönliche Hygiene der Mitarbeiter und die Organisation der Wissensvermittlung befand Herr Weber als ausreichend. Die praktizierte tägliche Desinfektion aller Flächen sei jedoch seit Jahrzehnten obsolet und sollte nicht mehr praktiziert werden. Eine gründliche tägliche Reinigung sei ausreichend. Das auf den Reinigungswagen benutzte Farben-Eimer-System sei nicht mehr notwendig, seit ein Reinigungstuch nur einmal in eine Reinigungs- bzw. Desinfektionslösung eingetaucht, benutzt und danach in die Wäsche gegeben werde. Herr Weber empfiehlt die Lagerung der unbenutzten Reinigungstücher in gefalteter Form. Dann werde eine genau bemessene Menge Reinigungs- oder Desinfektionslösung in den Eimer gegeben. Die Tücher saugten sich so automatisch zur Arbeitsnässe voll. Es werde dann jeweils nur ein arbeitsfeuchtes Tuch mit frischen Einmalhandschuhen von oben entnommen. Bei den verwendeten Handschuhen lag ein Hauptkritikpunkt von Herrn Weber. Er stellte fest, dass ein Paar grüne und ein Paar rote Stulpenhandschuhe für alle Desinfektionsarbeiten aller Stationen bzw. Zimmer benutzt wurden. Auf diese Weise könnten die Handschuhe und der Reinigungswagen als Vehikel dienen, um jedwede Krankheitserreger von Station zu Station und von Zimmer zu Zimmer zu tragen. Die hoch kontaminierten Stulpenhandschuhe würden mit einem frischen Reinigungstuch immer wieder in die Desinfektionslösung eingetaucht. Dadurch werde die Desinfektionslösung mehr und mehr mit Schmutz und Bakterien belastet. Es entstehe der sogenannte „Eiweißfehler“ in der Desinfektionslösung. Diese verliere so schon nach kurzer Zeit ihre Wirksamkeit. Die gesamte Thematik der Keimübertragung via Handschuhe könne durch die ausschließliche Benutzung von Einmalhandschuhen entschärft werden. Aus dem Bericht von Herrn Weber geht nicht zweifelsfrei hervor, welche Stationen genau seine Begehung umfasste.

Gegenüber dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss sagte Herr Weber, er habe zunächst die theoretische Seite begutachtet. Er habe die Dokumentationen angeschaut und Fragen an den QM-Beauftragten, Herrn Niehoff, gestellt. Danach habe er die Frauenklinik und im Anschluss die Neonatologie besichtigt.<sup>656</sup> Da die Reinigungsarbeiten zum Zeitpunkt der Besichtigung bereits zum Großteil abgeschlossen gewesen seien, habe er sich darauf beschränkt, die Reinigungskräfte detailliert zu befragen.<sup>657</sup> Zusammenfassend, habe er ein Reinigungsunternehmen angetroffen, das noch Optimierungsbedarf habe. Es gebe noch einiges zu tun.<sup>658</sup> Bei

---

<sup>656</sup> Herr Weber, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 24/3381.

<sup>657</sup> Herr Weber, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 24/3384.

<sup>658</sup> Herr Weber, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 24/3382.

seiner Beurteilung habe er die Empfehlungen des Robert Koch-Instituts, die Erfahrungen der internationalen Literatur und die Hygienestandards, die das Beratungszentrum für Hygiene erstellt habe, zu Grunde gelegt.<sup>659</sup> Er habe empfohlen, die gesamten Verfahrensanweisungen zu überarbeiten, detailliert die einzelnen Arbeitsschritte darzustellen und Schulungen durchzuführen. Dabei müsse auch die Hygieneabteilung eingebunden werden. Eine Hygienefachkraft, habe ihm mitgeteilt, dass sie keinerlei Informationen über diese Verfahrensanweisungen habe.<sup>660</sup> Die Arbeitsanweisungen müssten so detailliert sein, dass auch jemand, der die deutsche Sprache nicht gut beherrsche, sie verstehe und den Ablauf nachvollziehen könne.<sup>661</sup> Bei der anschließend von ihm durchgeführten Basisschulung für die Reinigungskräfte habe er feststellen können, dass ein Teil der Reinigungskräfte Schwierigkeiten mit der deutschen Sprache habe. Hier sehe er ein Problem für die Objektleitungen, den Reinigungskräften das erforderliche Wissen zu vermitteln. Dieses Problem bestehe aber auch an anderen Kliniken.<sup>662</sup>

Die Stellungnahme von Herrn Weber ist unterhalb der Ebene der Geschäftsführung der Holding in der Gesundheit Nord Dienstleistungen intensiv bearbeitet worden. Zu ihrem Arbeitszeiteinsatz, der zur Abarbeitung der Stellungnahme von Herrn Weber erforderlich war, führte etwa Frau Rüßmann aus:

*„Nachdem das Gutachten von Herrn Weber auf meinem Tisch lag – das können Sie sich vielleicht vorstellen -, ist sehr viel Arbeitszeit aufgebracht worden. Ich würde einmal schätzen, in der Zeit waren es circa 70 Prozent meiner Arbeitszeit, die ich aufgebracht habe, um eine Aufklärung herbeizuführen, um diese Stellungnahmen beizuholen, um die Koordination wiederum mit der R+S herzustellen, um die Notwendigkeiten einzuleiten, um Schulungen sicherzustellen.“<sup>663</sup>*

Laut Aussage von Frau Rüßmann habe sie nicht gewusst, ob die Einschätzungen von Herrn Weber korrekt seien. Deshalb habe sie eine Stellungnahme angefordert, die Herr Kohlshorn ihr mit Schreiben vom 5. März 2012 habe zukommen lassen. Außerdem

---

<sup>659</sup> Herr Weber, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 24/3383.

<sup>660</sup> Herr Weber, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 24/3387.

<sup>661</sup> Herr Weber, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 24/3387.

<sup>662</sup> Herr Weber, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 24/3385.

<sup>663</sup> Frau Rüßmann, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 26/3756.

habe sie darum gebeten zu überprüfen, ob Einmalhandschuhe eingesetzt werden könnten.<sup>664</sup>

In einer Stellungnahme vom 5. März 2012 nahm der Prokurist Herr Kohlshorn für die Gesundheit Nord Dienstleistungen zu dem „Gutachten zur Auditierung des Reinigungsdienstes der Gesundheit Nord Dienstleistungen GmbH im Klinikum Bremen-Mitte Frauenklinik zur Evaluation des Hygienekonzeptes“ über die Auditierung des Reinigungsdienstes kritisch Stellung. Insbesondere hob er hervor, dass die Reinigungswagen mit Mehrfarbsystem den aktuellen Richtlinien des Robert Koch-Instituts und den Vorgaben des Hygieneplans des Klinikums Bremen-Mitte entsprächen. Auch die tägliche desinfizierende Oberflächenreinigung entspreche den Vorgaben der Desinfektionspläne und einem Beschluss der Hygienekommission. Eine Kontamination oder Keimverschleppung durch derzeit verwendete Arbeitshandschuhe sei nicht belegt. Eine Umstellung auf Einmalhandschuhe sei durch kein Gremium konkretisiert worden. Der Einsatz von Stulpenhandschuhen sei mit den Hygienefachkräften abgestimmt. Insgesamt sei die Gesundheit Nord Dienstleistungen an die vorgeschriebenen Hygiene- und Desinfektionspläne des Klinikums Bremen-Mitte gebunden.<sup>665</sup>

In einer Aktennotiz zu dem von Herrn Weber durchgeführten Seminar für Objektleiter der Gesundheit Nord Dienstleistungen vom 7. bis 9. März 2012<sup>666</sup> und in einem Schreiben an die Ärztliche Geschäftsführerin und den Kaufmännischen Geschäftsführer des Klinikums Bremen-Mitte vom 16. März 2012<sup>667</sup> äußerte sich eine Hygienefachkraft des Klinikums kritisch über die Inhalte der Schulung. Die Präsentation sei teilweise inhaltlich nicht korrekt gewesen. Es sei der Eindruck entstanden, dass im Klinikum Bremen-Mitte „sinnfreie Maßnahmen“ etabliert seien. Dies habe zu Verunsicherungen bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern geführt. Die Empfehlung von Herrn Weber, auf die routinemäßige Flächendesinfektion zu verzichten, führe zu einer Verringerung des Hygienestandards. Diese Empfehlung entstamme aus einer Zeit, in der es noch kein gehäuftes Auftreten von Patienten, die Träger von multiresistenten Keimen seien, gegeben habe. Sich gegen eine routinemäßige Desinfektion zu entscheiden, widerspreche den Empfehlungen der KRINKO.

---

<sup>664</sup> Frau Rübmann, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 26/3745.

<sup>665</sup> Stellungnahme zum Weber-Gutachten, Herr Kolshorn, 5. März 2012, Band 202, S. 7 ff.

<sup>666</sup> Krankenhaushygiene, Seminar für Objektleiter, Aktennotiz, Band 202, S. 10 ff.

<sup>667</sup> Schreiben Frau Murthi, 16. März 2012, Band 202, S. 12 ff.

Insgesamt zeigen die Stellungnahmen eine intensive Auseinandersetzung mit dem Text von Herrn Weber, die von Frau Rüßmann angestoßen und begleitet wurde.

Unzureichend war demgegenüber der Umgang des Geschäftsführers der Gesundheit Nord, Herrn Gmajnic, mit dem Gutachten. Herr Gmajnic teilte mit, er habe die Ausführungen von Herrn Weber lediglich direkt in die Linie weitergegeben. Wie es zu den Reinigungsmängeln gekommen sei, könne er nicht sagen. Er habe aufgrund der entsprechenden hausinternen Untersuchungen oder Prüfungen keine Indizien dafür gehabt, dass es erhebliche Reinigungsmängel gebe. Er habe das „Gutachten“ und die darin formulierte Kritik zwar gelesen und an Frau Rüßmann und die Prokuristen der Gesundheit Nord Dienstleistungen weitergeleitet. Er habe daraus aber nicht den Schluss gezogen, dass es im Klinikum Bremen-Mitte katastrophale Reinigungszustände gegeben habe.<sup>668</sup> Herr Weber habe auch selbst ausgeführt, dass die Reinigung nicht so erfolge, wie sie in den Anweisungen beschrieben sei. Deshalb sei er davon ausgegangen, dass sie funktioniere.<sup>669</sup>

Der Bericht von Herrn Weber wurde von der Geschäftsführung der Gesundheit Nord zudem nicht an die senatorische Behörde weitergeleitet, so dass diese ihn auch nicht dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss zur Verfügung stellen konnte. Er befand sich als Anhang unter den vom parlamentarischen Untersuchungsausschuss beschlagnahmten E-Mails von Herrn Dr. Hansen und wurde auf diesem Wege bekannt.

Herr Staatsrat Dr. Schuster erklärte bei seiner Anhörung vor dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss am 22. Mai 2012, er habe von dem Bericht erst durch die Befragung im parlamentarischen Untersuchungsausschuss Kenntnis erhalten.<sup>670</sup> Allerdings sah auch er Probleme bei der Reinigung. Er führte zu dem Bericht von Herrn Weber aus:

*„Der Hintergrund - und deswegen finde ich das nicht völlig ungewöhnlich - ist die Sache, dass wir ja gesagt haben, es ist offensichtlich, dass der Keimvorfall etwas mit Hygieneproblemen zu tun hat. Wir wissen zwar nicht, welche konkreten, aber wir wissen,*

---

<sup>668</sup> Herr Gmajnic, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 25/3634 f.

<sup>669</sup> Herr Gmajnic, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 25/3636.

<sup>670</sup> Herr Staatsrat Dr. Schuster, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 22/3073.

*dass es Hygieneprobleme gegeben hat. Das ist ja nicht zu leugnen. Dementsprechend sind wir natürlich dabei, Schritt für Schritt alle Sachen aufzuarbeiten, die verbesserungswürdig sind. Deswegen haben wir ja die Freiburger geholt, beziehungsweise sie sind von der Klinik geholt worden, nicht damit man bescheinigt bekommt, es ist alles gut gewesen oder so etwas, sondern: Wo sind Fehler, die man ausmerzen sollte, damit etwas besser wird? Das sind wahrscheinlich Missstände, die eben schon länger vorhanden gewesen sind und es offensichtlich - wenigstens wie ich in der Kürze dieser Kenntnisnahme über dieses Gutachten sehen kann - über mehrere Stationen eine übliche Verfahrensweise ist. Es zeigt sich hier, dass diese Verfahrensweise geändert werden muss, und zwar nicht nur für die Neonatologie, sondern für alle Bereiche, die man hat. Deswegen, die Frage ist aus meiner Sicht nicht völlig ungewöhnlich, dass es entsprechende Probleme gab und wir die verschiedensten Bereiche identifizieren müssen, wo es etwas gab oder wo es auch noch etwas gibt, was wir vielleicht bisher noch nicht erkannt haben, das ist, finde ich, richtig und gut, dass das gemacht wird.“<sup>671</sup>*

Nachdem die senatorische Behörde von dem „Gutachten zur Auditierung des Reinigungsdienstes der Gesundheit Nord Dienstleistungen GmbH im Klinikum Bremen-Mitte Frauenklinik zur Evaluation des Hygienekonzeptes“ Kenntnis erlangt hatte, leitete die Geschäftsführung der Gesundheit Nord umfassende Maßnahmen ein. Unter dem 24. Mai 2012 erließ die Geschäftsführung der Gesundheit Nord zwei Gesellschafteranweisungen an die Geschäftsführungen der vier Krankenhäuser der Gesundheit Nord sowie der Gesundheit Nord Dienstleistungen. Diese wurden zum einen angewiesen sicherzustellen, dass in allen Bereichen der Krankenhäuser des Klinikverbundes von allen Reinigungskräften nur Einmalhandschuhe (ausschließlich Nitril mit langer Stulpe) benutzt bzw. eingesetzt werden. Daneben wurden die Geschäftsführungen verpflichtet, die Arbeitsanweisungen für die Reinigungskräfte und das Reinigungsverfahren (Unterhalts- und Flächenreinigung) zum Handschuhhandling und den ausschließlichen Einsatz von Einmalhandschuhen unter Berücksichtigung der Empfehlungen von Herrn Eikenberg (in dessen E-Mail vom 24. Mai 2012) zu überprüfen, zu aktualisieren und für die kurzfristige Umsetzung Sorge zu tragen.

---

<sup>671</sup> Herr Staatsrat Dr. Schuster, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 22/3070.

Die senatorische Behörde ließ sich auch zu der Frage berichten, ob der Reinigungsmangel für den Keimausbruch von ESBL-bildenden Keimen ursächlich gewesen sein könnte. Hierzu teilte die Geschäftsführerin der Gesundheit Nord, Frau Dervedde, in einem Bericht an die Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit vom 24. Mai 2012 mit:

*„Die in dem Bericht beschriebenen Reinigungsverfahren galten bisher im gesamten Klinikum Bremen-Mitte. Ob eine Keimverschleppung durch die Handschuhe tatsächlich eingetreten ist, muss stark bezweifelt werden. So haben die fast 1.000 Proben, die im Zusammenhang mit dem Keimausbruch in den Räumen des Klinikums Bremen-Mitte genommen wurden - sowohl durch das Klinikum selbst als auch durch das Gesundheitsamt - keinerlei Befunde von ESBL-Klebsiellen auf Türklinken, Tastern und in den Sanitärräumen ergeben.“*

Nach Aussage von Frau Wendorff müssen die Empfehlungen von Herrn Weber auch mit dem neuen Krankenhaushygieniker besprochen werden. Die Empfehlungen würden Punkt für Punkt abgearbeitet.<sup>672</sup> Maßgeblich für das Klinikum sei der Hygienestandard, wie er vom Hygieneplan und von den Desinfektionsplänen vorgegeben werde. Insoweit könne das Klinikum dem Dienstleister auch Vorgaben machen.<sup>673</sup> Ihrer Kenntnis nach seien in der Vergangenheit Schulungen mindestens einmal pro Jahr und bei Neueinstellungen durchgeführt worden. Für die Zukunft müsse mit dem Krankenhaushygieniker abgestimmt werden, ob das Schulungsintervall verkürzt werden solle. Auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus sensiblen Bereichen und Vertretungspersonal müssten speziell für diese Bereiche geschult werden.<sup>674</sup>

Bei der Bewertung des Umganges der Gesundheit Nord mit der Stellungnahme von Herrn Weber ist hervorzuheben, dass diese auf der Ebene unterhalb der Geschäftsführung der Gesundheit Nord ernst genommen und bearbeitet worden ist. Gerade durch die Aussage von Frau Wendorff ist auch deutlich geworden, welche zentrale Bedeutung dem Krankenhaushygieniker bei der fachlichen Beurteilung dieser Stellungnahme zukam. Mit der Einstellung eines Facharztes für Hygiene als

---

<sup>672</sup> Frau Wendorff, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 27/3825 f.

<sup>673</sup> Frau Wendorff, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 27/3841.

<sup>674</sup> Frau Wendorff, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 27/3853.

Krankenhaushygieniker sind nunmehr deutlich bessere Voraussetzungen geschaffen, um derartige Stellungnahmen fachlich sachgerecht abzuarbeiten. Dies gilt insbesondere auch, weil das Klinikum Bremen-Mitte mittlerweile die Stelle eines zweiten ärztlichen Krankenhaushygienikers ausgeschrieben hat.<sup>675</sup> Kritisch ist allerdings der Umgang der Geschäftsführung der Gesundheit Nord mit der Stellungnahme von Herrn Weber zu bewerten. Sie hätte – gerade vor dem Hintergrund des Ausbruches – diese Informationen dem Gesundheitsamt und der senatorischen Behörde zur Kenntnis geben müssen. Der parlamentarische Untersuchungsausschuss erkennt dabei nicht, dass es diese Stellungnahme ohne die Anstrengungen des Klinikums Bremen-Mitte, die Hygienemängel auch mit externem Sachverstand zu bearbeiten, nicht gegeben hätte.

### **7.3.2.2. Bericht des Desinfektors**

Das Klinikum Bremen-Mitte beauftragte im Rahmen des Keimausbruches zur Desinfektion betroffener Bereiche den staatlich anerkannten Desinfektor Herrn Sextro von der Firma Muriex. Herr Sextro arbeitete in den Räumen der Professor-Hess-Kinderklinik und in der Station 4027 im November und Dezember 2011 und im Mai und Juni 2012. Er erstellte unter dem 21. Juni 2012 einen Bericht an die Professor-Hess-Kinderklinik, in dem er deutliche Kritik an der von ihm beobachteten Arbeitspraxis übte.<sup>676</sup>

Herr Sextro kritisierte die mangelhafte Organisation der Arbeitsabläufe bei Reinigung und Desinfektion und die mangelhafte Verfügbarkeit von Reinigungsgeräten. Er beobachtete erhebliche interne Kommunikationsmängel; mehrfach erbetene Gespräche mit der Klinikleitung und mit den anderen beteiligten Mitarbeitern kamen nicht zustande. Nach seiner Beobachtung arbeitete das Reinigungspersonal unkoordiniert, so dass Anleitung erforderlich war. Schließlich bemängelte Herr Sextro eine Behinderung seiner Arbeit und ein unprofessionelles Vermischen von desinfizierten und nicht-desinfizierten Bereichen.

Gegenüber dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss betonte Herr Sextro insbesondere, er habe immer wieder um ein Gespräch mit den Verantwortlichen gebeten. Ihm seien einige Fehler aufgefallen, die er gern mit den zuständigen

---

<sup>675</sup> Frau Senatorin Jürgens-Pieper, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme 34/4951.

<sup>676</sup> Schreiben von Herrn Sextro vom 21. Juni 2012, Band 204, S. 3 ff.

Personen geklärt hätte.<sup>677</sup> Das sei leider nicht ermöglicht worden. Auch seien seinem Eindruck nach die Zuständigkeiten nicht ganz klar gewesen. Er habe mit verschiedenen Personen zu tun gehabt. Den Auftrag habe Frau Grape, Wirtschaftsbetriebe Nord, erteilt. Um einen Termin mit der Klinikleitung habe sich Frau Niklisch bemüht. Auch habe er mit den Hygienefachkräften zu tun gehabt, die gesagt hätten, es sei ihre Aufgabe. Letztlich seien sie dann aber auch nicht mehr zugegen gewesen und zu einem Krankenhaushygieniker habe kein Kontakt bestanden.<sup>678</sup> Bei der praktischen Arbeit habe er beobachtet, dass Reinigungskräfte nach dem Stand der Technik fehlerhaft gearbeitet hätten. Auch hätten sie ihn gefragt, was sie tun sollten. Deshalb sei er der Auffassung, hier bestehe Schulungsbedarf, um die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Arbeit sicherer zu machen.<sup>679</sup> Stand der Technik sei, einen Raum systematisch durchzuarbeiten. Das sollte auch jeder Reinigungskraft klar sein.<sup>680</sup> Im Laufe der Zeit habe sich die Arbeitsleistung verbessert. Auf den Wischwagen hätten sich zunächst Reinigungs- und Desinfektionsmittel befunden. Das habe er aber im Verlauf seiner Tätigkeit im Klinikum Bremen-Mitte abstellen können.<sup>681</sup> Es habe auch Sprachhemmungen oder Sprachbarrieren gegeben. Letztlich hätten ihn aber alle Reinigungskräfte, unter Umständen auch mit Übersetzungshilfen von Kolleginnen, verstanden. Die Fehler bei der Reinigung seien möglicherweise auch darauf zurückzuführen, dass zeitweilig zu viele Reinigungskräfte gleichzeitig tätig gewesen seien.<sup>682</sup>

Auch die Kritik von Herrn Sextro wird im Klinikum Bremen-Mitte aufgearbeitet. Frau Wendorff hat erklärt, sie nehme das Papier sehr ernst. Sie habe aber Implausibilitäten festgestellt, denen sie nachgehen werde.<sup>683</sup> Sie habe alle beteiligten Akteure um Stellungnahmen gebeten. Auch beabsichtige sie, ein Gespräch in größerer Runde mit Herrn Sextro zu führen, um den Sachverhalt zu klären.<sup>684</sup> Bis zu dem vorliegenden Schreiben habe Herr Sextro nach ihren Informationen keine schriftliche Kritik an das Klinikum Bremen-Mitte herangetragen.<sup>685</sup>

---

<sup>677</sup> Herr Sextro, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 30/4326.

<sup>678</sup> Herr Sextro, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 30/4329.

<sup>679</sup> Herr Sextro, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 30/4328.

<sup>680</sup> Herr Sextro, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 30/4391.

<sup>681</sup> Herr Sextro, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 30/4330.

<sup>682</sup> Herr Sextro, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 30/4352.

<sup>683</sup> Frau Wendorff, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 29/4093.

<sup>684</sup> Frau Wendorff, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 29/4094.

<sup>685</sup> Frau Wendorff, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 29/4140.

### 7.3.2.3. Weitere Kritikpunkte an der Reinigung im Klinikum Bremen-Mitte

Auch der im staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahren beauftragte Gutachter, Herr Professor Dr. Popp, äußerte Kritik an der Reinigung im Klinikum Bremen-Mitte. Er beschrieb in seiner Befragung durch den parlamentarischen Untersuchungsausschuss die Reinigung in mehrfacher Hinsicht als desolat.<sup>686</sup>

In seinem Bericht zur Begehung der geschlossenen Station 4027 und der Neonatologie im Gebäude der Professor-Hess-Kinderklinik beschreibt er durch Flüchtigkeit bei der Reinigung verursachte Hygienemängel. So wurde ein Türdrücker nur teilweise abgewischt; ein Arzt ging mit einem schnell in die Hand gedrückten Telefon in ein Patientenzimmer.<sup>687</sup> In seinem schriftlichen Gutachten rügt er, dass nach dem Hygieneplan die routinemäßige Flächendesinfektion mit einem QAV-basierten Desinfektionsmittel 0,25 % (4-Stunden-Wert) durchgeführt wurde. Lediglich die gezielte Flächendesinfektion, also z.B. bei größeren Blutmengen auf dem Boden, sollte mit 0,5 % (1 Stunden-Wert) erfolgen.<sup>688</sup> Weiter führt der Gutachter aus:

*„Aus den Desinfektionsplänen für 2009 lässt sich entnehmen, dass auf Station 4027 Microbac forte 0,5 % eingesetzt wurde, in wenigen Bereichen auch 0,25 % (4-Stunden-Wertt). Auf 4028 wurde wesentlich häufiger Mikrobac forte 0,25 % eingesetzt, unter anderem auch (was überhaupt nicht akzeptabel ist) zur Desinfektion von Arbeitsflächen, Telefonen oder Toilettensitzen. Die Unterschiede zwischen beiden Stationen lassen sich nicht erklären, der Einsatz des 4-Stunden-Wertes ist nicht akzeptabel und hätte spätestens bei den ersten Sitzungen anlässlich des Ausbruches thematisiert und geändert werden müssen.“<sup>689</sup>*

Der Gutachter geht deshalb davon aus, dass sowohl mit zu niedriger Konzentration zumindest ein Teil der Flächen desinfiziert wurde, als auch mit einer problematischen

---

<sup>686</sup> Herr Professor Dr. Popp, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 32/4686.

<sup>687</sup> Herr Professor Dr. Popp, Bericht Begehung Neonatologie/pädiatrische Intensivstation, Bremen am 2. März 2012, Band 186, S. 65.

<sup>688</sup> Sachverständigengutachten von Herrn Professor Dr. Popp im Ermittlungsverfahren der Staatsanwaltschaft Bremen vom 28. August 2012, Band 207, S. 225.

<sup>689</sup> Sachverständigengutachten von Herrn Professor Dr. Popp im Ermittlungsverfahren der Staatsanwaltschaft Bremen vom 28. August 2012, Band 207, S. 225.

QAV.<sup>690</sup> Seiner Auffassung nach deuteten auch Ergebnisse von Umgebungsuntersuchungen auf eine ungenügende routinemäßige Reinigung hin. So habe man hohe Keimzahlen auf einer Windelwaage, auf einer Milchpumpe und an einer Kosmetiktuchbox gefunden.<sup>691</sup> Der Umstand, dass in einem Desinfektionsmitteleimer *Pseudomonas* nachgewiesen worden seien, lasse darauf schließen, dass entweder Desinfektionsmittel eingesetzt worden sei, das massiv kontaminiert gewesen sei oder dass das Desinfektionsmittel völlig unterdosiert gewesen sei.<sup>692</sup> Wenn man auf einem frisch aufbereiteten Beatmungsgerät ebenfalls massenhaft *Pseudomonas* nachweise, sei das für ihn eine klare Indizienkette, dass der Keim bei der Aufbereitung, bei der Reinigung über kontaminierte Lösungen dorthin gelangt sein müsse, weil es sich um einen Feuchtkeim handle, der normalerweise nicht an einem Beatmungsgerät zu finden sei.<sup>693</sup>

Auch Herr Professor Dr. Exner vermutet wegen der hohen Konzentration von *Pseudomonaden*, die in einem Desinfektionsmitteleimer auf Station 4028 nachgewiesen wurden, eine Kontaminationsproblematik bei der Flächendesinfektion.<sup>694</sup> Er führt aus:<sup>695</sup>

*„Dass diese Kontaminationsproblematik als relevant zu betrachten ist, zeigt auch das Resultat der krankenhaushygienischen Untersuchung, die nach der unter Aufsicht eines Desinfektors durchgeführten Schlusssdesinfektion von Station 4027 unter Aufsicht eines Desinfektors an verwendeten Tüchern aus einem derartigen Eimer durchgeführt wurde und den Nachweis von Pseudomonaden (>500 KBE/ ) erbrachte.“*

Ergänzend zu diesen Feststellungen weisen Herr Professor Dr. Exner<sup>696</sup> und Herr Professor Dr. Popp<sup>697</sup> darauf hin, dass die Inkubatoren von außen und die

---

<sup>690</sup> Sachverständigengutachten von Herrn Professor Dr. Popp im Ermittlungsverfahren der Staatsanwaltschaft Bremen vom 28. August 2012, Band 207, S. 226.

<sup>691</sup> Sachverständigengutachten von Herrn Professor Dr. Popp im Ermittlungsverfahren der Staatsanwaltschaft Bremen vom 28. August 2012, Band 207, S. 231.

<sup>692</sup> Vermerk von Herrn Professor Dr. Popp vom 19. April 2012 zum Anhang des Zwischenberichtes vom Robert Koch-Institut, Band 172, S. 102; Sachverständigengutachten von Herrn Professor Dr. Popp im Ermittlungsverfahren der Staatsanwaltschaft Bremen vom 28. August 2012, Band 207, S. 231 f.

<sup>693</sup> Herr Professor Dr. Popp, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 32/4687.

<sup>694</sup> Herr Professor Dr. Exner, Schriftliche Ausarbeitung zu den Beweisfragen des Untersuchungsausschusses, S. 16.

<sup>695</sup> Herr Professor Dr. Exner, Schriftliche Ausarbeitung zu den Beweisfragen des Untersuchungsausschusses, S. 16.

<sup>696</sup> Herr Professor Dr. Exner, Schriftliche Ausarbeitung zu den Beweisfragen des Untersuchungsausschusses, S. 20.

Ventilatorsysteme der Inkubatoren zur Anfeuchtung der Luft in den Inkubatoren mit einem Desinfektionsmittel primär auf der Basis von quaternären Ammoniumverbindungen desinfiziert würden. Diese Mittel wiesen bei gramnegativen Bakterien - einschließlich Klebsiellen – eine relative Wirkungslücke auf.<sup>698</sup> Demgegenüber empfiehlt die KRINKO, für die Desinfektion von Inkubatoren Desinfektionsmittel auf Basis von Sauerstoffabspaltern zu verwenden.<sup>699</sup> Beide Sachverständigen vermuten, dass bei Einsatz des im Klinikum Bremen-Mitte verwendeten Tuchspendesystems eine ausreichende Desinfektion nicht immer sicher gewährleistet gewesen sei.<sup>700</sup> So erläuterte Herr Professor Dr. Popp gegenüber dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss, bei Einsatz des Tuchspendesystems bestehe die Gefahr, dass insbesondere die letzten Tücher zum Beispiel gar nicht mehr desinfektionsmittelgetränkt seien und deshalb dann natürlich auch keine Desinfektion mehr statfinde, sondern eher noch eine Verschleppung von Keimen. Wenn dann eine Pflegekraft, wie er es beobachtet habe, mit dem gleichen Tuch an mehrere verschiedene Geräte gehe, sei das die optimale Situation, um einen Keim von einem Gerät auf das andere zu übertragen.<sup>701</sup> Auch könne es durch Fehler bei der Handhabung der Desinfektionsmitteldosiergeräte zu einer Unterdosierung der Desinfektionsmittellösung gekommen sein. Dazu hat Herr Professor Dr. Popp ausgeführt:

*„Der nächste Punkt ist diese ganze Angelegenheit mit diesen Desinfektionsmitteldosiergeräten, die ja einmal mit 0,5 und 0,25 Prozent eingestellt sind, einmal mit 0,5 und 1,0 Prozent und so weiter. Wenn man so die Situation mit den heutigen Reinigungskräften sieht - da müsste Bremen eine sehr große Ausnahme sein -, dann sind das Reinigungskräfte, die schlecht qualifiziert sind, die häufig wechseln, die vieles überhaupt nicht verstehen, auch von der Sprache her. Denen das zu überlassen, an diesen Desinfektionsmitteldosiergeräten dann zwischen zwei*

---

<sup>697</sup> Sachverständigengutachten von Herrn Professor Dr. Popp im Ermittlungsverfahren der Staatsanwaltschaft Bremen vom 28. August 2012, Band 207, S. 224 f.

<sup>698</sup> Herr Professor Dr. Popp, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 32/4721.

<sup>699</sup> Empfehlung zur Prävention nosokomialer Infektionen bei neonatologischen Intensivpflegepatienten mit einem Geburtsgewicht unter 1500 g, Bundesgesundheitsblatt 2007, S. 1265, 1273.

<sup>700</sup> Herr Professor Dr. Exner, Schriftliche Ausarbeitung zu den Beweisfragen des Untersuchungsausschusses, S. 19; Gutachten von Herrn Professor Dr. Popp im staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahren der Staatsanwaltschaft Bremen vom 28. August 2012, Band 207, S. 226.

<sup>701</sup> Herr Professor Dr. Popp, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 32/4687.

Herr Professor Dr. Popp, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 32/4719 f.

*Konzentrationen zu wählen, ist schon einmal extrem problematisch, das kann in der Praxis nie und nimmer funktionieren.*<sup>702</sup>

Allerdings erfüllt ausweislich eines Prüfberichtes des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein vom 30. März 2012 das im Klinikum Bremen-Mitte verwendete Desinfektionsmittel die Anforderungen an ein Flächendesinfektionsmittel vollumfänglich. Es ergab sich kein Anhalt für eine erhöhte Widerstandsfähigkeit der untersuchten Klebsiellen-Stämme gegenüber dem eingesetzten Desinfektionsmittel.<sup>703</sup>

Insgesamt erscheint dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss die vorgebrachte Kritik schlüssig und nachvollziehbar. Angesichts dieser sachverständigen Äußerungen hätte das Klinikum Bremen-Mitte nach Auffassung des parlamentarischen Untersuchungsausschusses bereits im November 2011 sicherstellen müssen, dass die bekannten Probleme bei der Reinigung abgestellt werden. Andererseits konnte auch im Laufe der parlamentarischen Untersuchung kein kausaler Zusammenhang zwischen dem Keimausbruch und der schlechten Reinigung nachgewiesen werden. Auch Herr Professor Dr. Popp hat lediglich die Vermutung geäußert, dass die Keimübertragung auch über die Oberflächen erfolgt sein könnte.<sup>704</sup>

#### **7.4. Zusammenfassung**

Der parlamentarische Untersuchungsausschuss konnte feststellen, dass es deutliche Mängel im Bereich der Reinigung gegeben hat. Die Reinigung wurde in eine Tochtergesellschaft ausgegliedert, die seitdem personalverantwortlich für die Reinigungskräfte ist. Aufgrund der dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss vorliegenden Aussagen und Unterlagen ist davon auszugehen, dass die Mitarbeiterschulungen unzureichend waren. Teilweise fehlte das Basiswissen. Unklar geblieben ist im Rahmen der Beweisaufnahme, ob neu eingestellte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu Beginn ihrer Tätigkeit geschult wurden und wenn ja, in welcher Intensität dies erfolgte. Umfassendes Wissen über die Grundlagen der Krankenhausreinigung und Desinfektion wäre aber erforderlich, um ihnen Sicherheit bei der Arbeit zu geben. Bei der Durchführung der Schulungen sollte die

---

<sup>702</sup> Herr Professor Dr. Popp, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 32/4721.

<sup>703</sup> Schreiben des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein an Dr. Schwalm vom 30. März 2012.

<sup>704</sup> Herr Professor Dr. Popp, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 32/4724.

Krankenhaushygiene beteiligt werden. Auch dürften Sprachbarrieren dazu beigetragen haben, dass es Probleme im Reinigungsbereich gab. Auch insoweit besteht Handlungsbedarf.

In der Vergangenheit gab es bereits Hinweise auf Mängel in der Reinigung. Sie wurden aber nicht in gebührender Weise wahrgenommen. Ein Durchschnittswert von 2,5 auf einer Skala von 1 bis 4 gibt bereits einen Hinweis darauf, dass die Qualität der Reinigung auf den jeweiligen Stationen erheblich verbesserungsbedürftig ist. Hier stellt sich für den parlamentarischen Untersuchungsausschuss auch die Frage, ob das Kontrollsystem ausreichend war, um eine qualitativ hochwertige Reinigung zu gewährleisten.

Festzustellen ist aber auch, dass das Klinikum Bremen-Mitte mittlerweile die geäußerte Kritik ernst nimmt. Es hat Veränderungsbedarf erkannt und bereits Maßnahmen ergriffen. Auch hat es externen Sachverstand beigezogen, um Mängel im Bereich der Reinigung aufzudecken.

Zu der Frage, ob Defizite in der Reinigung zur Übertragung der Keime beigetragen haben, konnte der parlamentarische Untersuchungsausschuss keine abschließenden Feststellungen treffen.

## 8. Ausbruchmanagement

Mit dem Begriff des Ausbruchmanagements werden die Maßnahmen bezeichnet, die im Fall eines gehäuften oder anderweitig auffallenden Auftretens nosokomialer Infektionen eingeleitet werden sollen, um eine weitere Verbreitung dieser Infektion wirkungsvoll und zügig zu verhindern. Die KRINKO hat hierzu im Jahr 2002 eine Empfehlung mit dem Titel „Ausbruchmanagement und strukturiertes Vorgehen bei gehäuften Auftreten nosokomialer Infektionen“ veröffentlicht.<sup>705</sup> Neben dem frühzeitigen Erkennen eines Ausbruchs ist insoweit die Planung eines strukturierten Vorgehens von Bedeutung. Die KRINKO spricht in ihrer Empfehlung insoweit von der „vorbereitenden (proaktiven) Phase“.<sup>706</sup> Das konkrete Management eines vermuteten oder bestätigten Ausbruchs, von der KRINKO als „reaktive Phase“ bezeichnet, untergliedert die KRINKO in zehn aufeinander folgende Teilschritte.<sup>707</sup>

### 8.1. Vorbereitende Phase

Bei der Planung des strukturierten Vorgehens für den Fall eines Ausbruchs sind nach der einschlägigen Empfehlung der KRINKO folgende Punkte zu beachten:

*„Festlegung von Auslöseereignissen,*

*Klare Strukturierung der erforderlichen Abläufe,*

*Festlegung von Zuständigkeiten (z. B. Benennung der Mitglieder und des Leiters des Ausbruchmanagementteams, Pressesprecher, zu beteiligende Institutionen) und Kommunikationswegen (Wer informiert wen?),*

*Sicherstellung von Untersuchungskapazitäten (z. B. Anschriften von Laboratorien, Referenzzentren, usw.) und Festlegung des Probenversandes,*

*Festlegung der Abläufe zur Information und Kooperation mit dem zuständigen Gesundheitsamt und anderen zu beteiligenden Stellen,*

---

<sup>705</sup> Bundesgesundheitsblatt 2002, 180: Empfehlung der KRINKO, Ausbruchmanagement und strukturiertes Vorgehen bei gehäuften Auftreten nosokomialer Infektionen.

<sup>706</sup> Bundesgesundheitsblatt 2002, 180 (181 f.).

<sup>707</sup> Bundesgesundheitsblatt 2002, 180 (182 ff.).

*Festlegung der Öffentlichkeitsarbeit (Kommunikation mit der Presse/den Medien).<sup>708</sup>*

Die vorgenannten Festlegungen sollen im Hygieneplan verankert sein. Darüber hinaus sollen die Mitglieder des Ausbruchmanagementteams periodisch und im Bedarfsfall anhand fiktiver Auslöseereignisse geschult werden, um auf diese Weise organisatorische Defizite zu erkennen und zu beheben.<sup>709</sup>

### **8.1.1. Festlegung von Auslöseereignissen**

Zur Festlegung von Auslöseereignissen enthält die Empfehlung der KRINKO zum Ausbruchsmanagement im Anhang 1 folgende beispielhafte Aufzählung:

*„I) Infektionen, die bereits bei vereinzelter Auftreten Anlass für eine hygienische Analyse darstellen können*

*Während eines Krankenhausaufenthaltes auftretende:*

- ♣ Legionellose,*
- ♣ Aspergillus spp.-bedingte Organmykose,*
- ♣ Pertussis,*
- ♣ Infektion mit Streptococcus pyogenes (Gruppe A),*
- ♣ Konjunktivitis epidemica,*
- ♣ Scabies.*

*II) Infektionen, bei denen bei einem Auftreten bei zwei oder mehr Patienten ein epidemischer Zusammenhang gegeben sein kann*

*Infektionen mit Erregern mit speziellen Resistenzen (bei identischem Resistenzmuster) (z.B. die nach § 23 Abs. 1 IfSG erfassten Erreger mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen)*

- ♣ Methicillin-resistente Staphylococcus aureus (MRSA),*
- ♣ Vancomycin-resistente Enterokokken (VRE),*

---

<sup>708</sup> Bundesgesundheitsblatt 2002, 180 (181).

<sup>709</sup> Bundesgesundheitsblatt 2002, 180 (181).

- ♣ *S.pneumoniae*,
- ♣ *E. coli*,
- ♣ *Klebsiella spp.*,
- ♣ *Enterobacter cloacae*,
- ♣ *Citrobacter spp.*,
- ♣ *Serratia marcescens*,
- ♣ *Pseudomonas aeruginosa*,
- ♣ *Stenotrophomonas maltophilia*,
- ♣ *Burkholderia cepacia*,
- ♣ *Acinetobacter baumannii*,
- ♣ *Candida spp.*(invasive Candidainfektion).

*Infektionen mit ungewöhnlichem Erreger Sepsis mit einheitlichem Erreger (Einheitlichkeit auf Speciesebene und gegebenenfalls im Resistenzmuster)*

*Infektionen durch blutübertragene Erreger (z.B. HBV, HCV. Aufgrund der langen Inkubationszeit auch bei Auftreten nach Entlassung, wenn ein Zusammenhang der Fälle aufgrund eines vorausgegangenen Aufenthaltes in der gleichen Einrichtung anzunehmen ist)*

*Erreger der Gastroenteritis (z.B. Clostridium difficile, Rotaviren).<sup>710</sup>*

Die beispielhafte Aufzählung ist nahezu inhaltsgleich in den Hygieneplan des Klinikums Bremen-Mitte unter E.2.1 übernommen worden.<sup>711</sup> Die möglichen Auslöseereignisse sind damit KRINKO-konform festgelegt.

### 8.1.2. Strukturierung der erforderlichen Abläufe

Auch zur Strukturierung der erforderlichen Abläufe macht die Empfehlung der KRINKO zum Ausbruchmanagement sehr detaillierte Vorgaben. In deren Anhang 2 findet sich

---

<sup>710</sup> Bundesgesundheitsblatt 2002, 180 (185).

<sup>711</sup> Hygieneplan Klinikum Bremen-Mitte, Band 56, S. 1, 53 f. der 3. Paginierung.

ein Fließschema der Einzelschritte im Rahmen der reaktiven Phase des Ausbruchsmanagements nosokomialer Infektionen, das folgende Schritte empfiehlt:

**„Schritt 1:** Feststellen eines Auslöseereignisses

**Schritt 2:** Beurteilung der aktuellen Situation aufgrund der bereits vorliegenden Erkenntnisse und Entscheidung über die Einberufung des Ausbruchmanagementteams

**Schritt 3:** Einberufung des Ausbruchmanagementteams, Fallermittlung und ggf. Bestätigung eines Ausbruches und entsprechende Meldung (§ 6 IfSG Abs. 3)

**Schritt 4:** Erste krankenhaushygienische Ortsbegehung und Festlegung des akuten Handlungsbedarfs

**Schritt 5:** Festlegung von ersten Interventionsmaßnahmen zur Verhütung der Weiterverbreitung von Erregern (Schadensbegrenzung)

**Schritt 6:** Ermittlung der Infektionsquelle (Ursachenfindung)

• ggf. Einbeziehung weiterer Experten, (z.B. Landesgesundheitsämter, Nationale Referenzzentren, RKI),

• detaillierte krankenhaushygienische Ortsbegehung, Analyse von Handlungsabläufen, Umgebungsuntersuchungen,

• med.-mikrob. Untersuchungen (zentrale Sammlung der Erreger zur Typisierung),

• erweiterte epidemiologische Untersuchungen (deskriptiv, analytisch, interventionell)

**Schritt 7:** Bewertung aller erhobenen Befunde und Festlegung gezielter (ursächlicher) Interventionsmaßnahmen

**Schritt 8:** Abschluss des Ausbruchsmanagements und Festlegung absichernder Maßnahmen

**Schritt 9:** Abschließende Evaluierung, Defizitanalyse und Festlegung von zukünftigen Präventionsstrategien

**Schritt 10:** Abschließende Dokumentation<sup>712</sup>

---

<sup>712</sup> Bundesgesundheitsblatt 2002, 180 (185).

Der Hygieneplan des Klinikums Bremen-Mitte vom Dezember 2006 beschäftigt sich an zwei Stellen mit Maßnahmen bei gehäuftem Auftreten nosokomialer Infektionen. Unter E.2.2 „Vorgehensweise bei Inkrafttreten des Ausbruchsmanagements“ wird ausgeführt:

1. *„Meldung des Anlasses an die Krankenhaushygiene, (...), durch den betroffenen Bereich.*
2. *Folgende Punkte sind dabei zu berücksichtigen:*
  - *Zeitpunkt und Ort des Auftretens des auffälligen Ereignisses*
  - *Welche Infektionen sind aufgetreten? (was)*
  - *Art des Erregers*
  - *Namen der betroffenen Patienten bzw. Mitarbeiter*
  - *Umstände, unter denen es zum Auftreten des Auslöseereignisses kam (z.B. Zimmerbelegung)*
  - *Welche räumlichen und zeitlichen Zusammenhänge bestehen? (wann, wo)*
  - *Vorliegen von Risikofaktoren wie Eingriffe, Operationen*
  - *Bereits vorliegende klinische, labormedizinische und pathologisch anatomische Befunde der betroffenen Patienten*
  - *Bereits vorliegende auffällige Befunde von Umgebungsuntersuchungen*
  - *Welche Personen sind involviert? (z.B. hygienebeauftragter Arzt)*
3. *Information des hygienebeauftragten Arztes (sofern nicht erfolgt).*
4. *In Zusammenarbeit mit dem Krankenhaushygieniker, dem zuständigen hygienebeauftragten Arzt, und der Klinikleitung wird über erforderliche Maßnahmen zur Bekämpfung der Infektion entschieden.*
5. *Ggf. Meldung an das Gesundheitsamt.*
6. *Aktive Mitarbeit bei der weiteren Bearbeitung des Auslöseereignisses, z.B. im Ausbruchmanagementteam.*

7. Über geplante Personaluntersuchungen wird der Betriebsrat rechtzeitig informiert und das Mitbestimmungsverfahren eingeleitet. Die Durchführung der Untersuchung erfolgt nach festgelegtem Verfahren.“<sup>713</sup>

Ein Unterschied zur KRINKO-Empfehlung liegt darin, dass das Vorgehen nicht gleichermaßen strukturiert festgeschrieben ist. Über die erforderlichen Maßnahmen zur Bekämpfung der Infektion sollen stattdessen im Einzelfall in Zusammenarbeit der Krankenhaushygieniker, der zuständige hygienebeauftragte Arzt und die Klinikleitung entscheiden. Der Nachteil liegt darin, dass im Ausbruchsfall keine Handlungsanleitung vorliegt, die abgearbeitet werden kann. Stattdessen müssen die Handlungsschritte in einer Situation, in der Eile geboten und die handelnden Akteure sich in einer Stresssituation befinden, erst festgelegt werden.

Daneben existiert eine Verfahrensordnung mit dem Titel „Maßnahmen bei nosokomialen Infektionen“.<sup>714</sup> Diese Verfahrensordnung wurde auf der Hygienekommissionsitzung vom 4. Mai 2006 verabschiedet.<sup>715</sup>

Im entsprechenden Protokoll heißt es:

„ 7. Entwurf Infektionsausbruchmanagement (2 Anlagen)

Den vorliegenden Entwürfen wird zugestimmt. Ein Entwurf für den Hygieneplan, ein Entwurf als Leitlinie für die Krankenhaushygiene. ...“<sup>716</sup>

In der Leitlinie heißt es unter „Maßnahmen bei Feststellung eines Auslöseereignisses“:

„1. Meldung des Anlasses an die Krankenhaushygiene (...) durch den betroffenen Bereich.

---

<sup>713</sup> Hygieneplan Klinikum Bremen-Mitte, Band 56, S. 1, 54 der 3. Paginierung.

<sup>714</sup> Maßnahmen bei nosokomialen Infektionen, Band 14, S. 7-285 ff.

<sup>715</sup> Protokoll, Hygienekommissionssitzung vom 4. Mai 2006, Band 83, S. 271 ff.

<sup>716</sup> Protokoll, Hygienekommissionssitzung vom 4. Mai 2006, Band 83, S. 271 ff., S. 273.

*2. Folgende Fragen sind zu klären:*

*Zeitpunkt und Ort des Auftretens des auffälligen Ereignisses*

*Welche Infektionen sind aufgetreten? (was)*

*Art des Erregers*

*Namen der betroffenen Patienten bzw. Mitarbeiter.*

*Umstände, unter denen es zum Auftreten des Auslöseereignisses kam (z.B. Zimmerbelegung)*

*Welche räumlichen und zeitlichen Zusammenhänge bestehen? (wann, wo)*

*Vorliegen von Risikofaktoren wie Eingriffe, Operationen*

*Bereits vorliegende klinische, labormedizinische und pathologisch-anatomische Befunde der betroffenen Patienten*

*Bereits vorliegende auffällige Befunde von Umgebungsuntersuchungen*

*Welche Personen sind zusätzlich involviert? (in der Fallermittlung)*

*Welche technischen Systeme bzw. Medien wie Wasser, Luft, Lebensmittel kommen als Infektionsquelle in Frage?*

*3. Erste krankenhaushygienische Bereichsbegehung mit Gefährdungsbeurteilung.*

*Aufgrund der vorliegenden Erkenntnisse und in Rücksprache mit dem Krankenhaushygieniker festlegen, inwieweit tatsächlich ein akuter Handlungsbedarf besteht. In Zusammenarbeit mit dem Krankenhaushygieniker und den Hygienefachkräften wird die Entscheidung über die Einberufung des Ausbruchsmangement-Teams getroffen.*

*4. Information und Abstimmung mit der Ärztlichen Geschäftsführung*

*5. Einberufung der Ausbruchsmangement-Teams durch die Ärztliche Geschäftsführung, bestehend aus Krankenhaushygieniker, Hygienebeauftragter Arzt, KPL, Bereichsleitung, Hygienefachkraft, ggf. Mitarbeiter des Gesundheitsamtes, ggf. weiteres ärztliches oder pflegerisches Personal der betroffenen Station.*

*Benennung eines Leiters des Ausbruchsmangement-Teams.*

*Fallermittlung und ggf. Bestätigung eines Ausbruchs.*

*Falldefinition festlegen,*

*in gesicherte, wahrscheinliche oder Verdachtsfälle unterscheiden.*

*6. Einbindung des Gesundheitsamtes und unverzüglich nicht namentliche Meldung gemäß § 6 IfSG.*

*7. Sicherstellung der Erreger, um sie ggf. typisieren zu können.*

*Sicherstellen, welche Labore, bzw. Referenzzentren zuständig sind.*

*Festlegung des Probenversandes.*

*8. Festlegung von ersten Interventionsmaßnahmen zur Verhütung der Weiterverbreitung. Zu den Sofortmaßnahmen zählen:*

*Information und Schulung des Personals hinsichtlich Umgang mit Infektion unter besonderer Berücksichtigung der Händedesinfektion,*

*gezielte Desinfektionsmaßnahmen,*

*ggf. Isolierung betroffener Patienten,*

*ggf. vorübergehende Schließung von Abteilungen oder Stationen.*

*Regelung über Zuständigkeit der einzelnen Maßnahmen.*

*Die entsprechenden Verantwortlichen haben die notwendigen Entscheidungen weiterzugeben und die Umsetzung zu überwachen.*

*Umsetzungsschwierigkeiten zu identifizieren, beseitigen oder mögliche Konsequenzen besprechen.*

*Sofern Notwendigkeit besteht eine Pressemitteilung herausgeben, in Abstimmung mit dem Ausbruchmanagement-Team und dem Gesundheitsamt.*

*9. Ermittlung der Infektionsquelle, ggf. Einbeziehung weiterer Experten wie Nationale Referenzzentren, RKI (siehe [www.rki.de](http://www.rki.de))*

*10. Über geplante Personaluntersuchungen wird der Betriebsrat rechtzeitig informiert und das Mitbestimmungsverfahren eingeleitet. Die Durchführung der Untersuchungen erfolgt nach dem festgelegten Verfahren.*

11. *Detaillierte krankenhaushygienische Ortsbegehung durch den Krankenhaushygieniker. Analyse von Handlungsabläufen. Schriftlicher Bericht aus dem die Einzelheiten der Handlungsabläufe erkennbar werden.*

*Ist-Soll-Analyse hinsichtlich baulich-funktioneller und betrieblich organisatorischer Gegebenheiten.*

*Umgebungsuntersuchungen und med. mikrobiologische Untersuchungen und zentrale Sammlung der Erreger zur Typisierung nach Maßgabe durch den Krankenhaushygieniker, z.B. von medizinischem Personal, von Wasser, Luft, Lebensmittel, Arzneimittel, Handkontaktstellen des Umfeldes, Geräte, Medizinprodukte.*

12. *Bewertung aller Befunde und Festlegung gezielter Interventionsmaßnahmen. Parallel wird fortlaufend durch Surveillance der Verlauf des Ausbruches beobachtet. Bei Rückgang oder vollständiges Sistieren muss festgelegt werden, aufgrund welcher Kriterien keine weitere Gefährdung besteht, bzw. ab wann der Ausbruch als beendet angesehen werden kann. Festlegung, in welcher zeitlichen Abfolge Kontrolluntersuchungen ohne Beanstandung erfolgen und nachgewiesen werden müssen.*

13. *Abschluss des Ausbruchs-Managements und Festlegung absichernder Maßnahmen. Sind die Kriterien für das Ende des Ausbruchs erfüllt, wird dies in Abstimmung mit dem Gesundheitsamt erklärt. Schriftliche Festlegung unter welchen Auflagen die risikobelastenden Arbeitsabläufe bzw. unter welchen Voraussetzungen die geschlossene Station wieder geöffnet werden kann. Festlegung, ob eine gezielte Surveillance oder ein Überwachungsprogramm durchgeführt werden muss.*

14. *Nach Beendigung des Ausbruches ist eine rückblickende Analyse durchzuführen, um evtl. Defizite der Präventionsstrategien zu erkennen und Hinweise für künftige Präventionen abzuleiten.*

*War eine rechtzeitige Erkennung des Ausbruches gewährleistet?*

*Haben das Ausbruchs-Management-Team und die Kommunikationsketten effizient gearbeitet?*

*Waren die Sofortmaßnahmen und die gezielten Maßnahmen richtig und notwendig?*

*Sind trotz der eingeleiteten Maßnahmen weitere Erkrankungen aufgetreten?*

*War eine effiziente Ursachenklärung durch hygienische, mikrobiologische und epidemiologische Untersuchungen gewährleistet?*

*Gelang eine ursächliche Klärung der Infektionsquellen und Infektionsketten?*

*Blieben Fragen zu Infektionsquellen und Ketten oder zu den Krankheitserregern bestehen?*

*Welche Präventionsstrategien haben sich bewährt?*

*Welche Präventionsstrategien mussten modifiziert oder neu etabliert werden?*

*Sind zusätzlich Kosten durch die Gefährdungssituation bzw. den Ausbruch entstanden?*

*15. Dokumentation aller Handlungsschritte und der gewonnenen Erkenntnisse. Sie dienen dazu, neue Aspekte für die Prävention und Kontrolle von nosokomialen Infektionen zu gewinnen. Auf dieser Basis können Hygienestandards und Präventionsstrategien optimiert werden.“<sup>717</sup>*

### **8.1.3. Festlegung von Zuständigkeiten und Kommunikationswegen**

Die KRINKO-Empfehlung zum Ausbruchsmanagement erachtet zur Bewältigung der bei einem Ausbruch anfallenden Aufgaben zu folgenden Zwecken die Etablierung eines Ausbruchsmanagementteams für sinnvoll:

*„Die Teamarbeit dient dazu*

*• eine umfassende Analyse der Situation und die Festlegung der notwendigen Maßnahmen zu optimieren,*

*• die zu veranlassenden Maßnahmen kritisch zu diskutieren und den ärztlichen Leiter in der Erfüllung seiner Verantwortung zu unterstützen,*

---

<sup>717</sup> Maßnahmen bei nosokomialen Infektionen, Band 14, S. 7-286 ff.

• *die Umsetzung von Schutzmaßnahmen und die Organisation von Arbeitsabläufen der Situation anzupassen, weitergehende Untersuchungen festzulegen und zu koordinieren.*<sup>718</sup>

Die Mitglieder sollen in der Regel Vertreter der Hygienekommission sein. Beispielhaft genannt werden in der KRINKO-Empfehlung der Krankenhaushygieniker, der hygienebeauftragte Arzt, die Hygienefachkraft, die Krankenhaus- und Pflegedienstleitung und der Mikrobiologe. Ferner soll ein Mitarbeiter des Gesundheitsamtes benannt werden. Die Aufgabenbereiche sollen klar definiert und die Informations- und Kommunikationswege festgelegt sein.<sup>719</sup>

#### **8.1.4. Sicherstellung von Untersuchungskapazitäten**

Ein geordneter Informations- und Probentransport soll festgelegt sein. Mit dem zuständigen Krankenhaushygieniker muss nach der KRINKO-Empfehlung zum Ausbruchsmanagement insbesondere geregelt sein, welche hygienisch-mikrobiologischen Untersuchungen durch ihn selbst beziehungsweise durch kooperierende Labore durchgeführt werden können. Für gegebenenfalls erforderliche Zusatzuntersuchungen muss die Zusammenarbeit mit den zuständigen Laboratorien unter besonderer Berücksichtigung der Landeshygiene-Institute, der nationalen Referenz- und Konsiliarlaboratorien und der Hygiene-Institute an den Universitäten vorab sichergestellt sein.<sup>720</sup>

Dem Hygieneplan des Klinikums Bremen-Mitte vom Dezember 2006 sind keine entsprechenden Festlegungen zu entnehmen. Darüber hinaus bestehende anderweitige Regelungen zu diesem Komplex sind im Rahmen der Untersuchung nicht bekannt geworden.

---

<sup>718</sup> Bundesgesundheitsblatt 2002, 180 (181).

<sup>719</sup> Bundesgesundheitsblatt 2002, 180 (181 f.).

<sup>720</sup> Bundesgesundheitsblatt 2002, 180 (182).

### **8.1.5. Festlegung der Abläufe zur Information und Kooperation mit dem zuständigen Gesundheitsamt**

Um ein strukturiertes Vorgehen bei einem Ausbruch zu gewährleisten, hat entsprechend der KRINKO-Empfehlung zum Ausbruchsmanagement vorab eine Festlegung der Abläufe zur Information und Kooperation mit dem zuständigen Gesundheitsamt und anderen zu beteiligenden Stellen zu erfolgen.

Im Hygieneplan des Klinikums Bremen-Mitte vom Dezember 2006 ist unter E.3 festgehalten, dass die Meldung beim Gesundheitsamt innerhalb von 24 Stunden eingehen soll, damit es rasch tätig werden kann. Im Übrigen sind die §§ 6, 8 Infektionsschutzgesetz in der bis zum 3. August 2011 geltenden Fassung betreffend die Meldepflicht und die Verantwortlichkeit für die Meldung unkommentiert abgedruckt.<sup>721</sup> Angesichts der unbestimmten Rechtsbegriffe in den gesetzlichen Regelungen ist dies zur Verhaltenssteuerung für die tägliche Arbeit unzureichend. Bezogen auf die in § 6 Abs. 3 Infektionsschutzgesetz geregelte Pflicht zur Meldung des „gehäuften Auftretens nosokomialer Infektionen, bei denen ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet wird“, ist zur Vermeidung von Zweifelsfällen für den Arzt klarzustellen, was eine nosokomiale Infektion ist, wann von deren gehäuften Auftreten auszugehen ist und unter welchen Umständen ein epidemischer Zusammenhang als wahrscheinlich anzusehen oder zu vermuten ist. Das leistet der Hygieneplan nicht.<sup>722</sup> Entsprechende Vorgaben finden sich im Anhang I der KRINKO-Richtlinie „Ausbruchsmanagement und strukturiertes Vorgehen bei gehäuften Auftreten nosokomialer Infektionen“.<sup>723</sup>

### **8.1.6. Festlegung der Öffentlichkeitsarbeit**

Die KRINKO-Empfehlung zum Ausbruchsmanagement weist darauf hin, dass Ausbrüche nosokomialer Infektionen insbesondere bei Fällen mit Todesfolge in der öffentlichen Wahrnehmung eine herausragende Bedeutung erlangen können. Um „mit einer Stimme zu sprechen“ wird empfohlen, eine Person des Ausbruchsmanagementteams vorab für die Kommunikation mit den Medien zu

---

<sup>721</sup> Hygieneplan Klinikum Bremen-Mitte, Band 56, S. 1, 55 f.

<sup>722</sup> Vgl. zu Einzelheiten: Herr Staatsrat Professor Stauch, Bericht, Ausbruch von ESBL bildenden *Klebsiella pneumoniae* im Zentrum für Kinderheilkunde, Klinik Bremen-Mitte im Jahr 2011, Bremen, den 20. Dezember 2011, Band 50, S. 33 ff.

<sup>723</sup> Bundesgesundheitsblatt 2002, 180 (185).

bestimmen und die Pressearbeit mit dem zuständigen Gesundheitsamt abzustimmen.<sup>724</sup>

Weder auf der Ebene des Klinikums Bremen-Mitte noch auf der Ebene der Gesundheit Nord besteht eine Regelung der Öffentlichkeitsarbeit; auch nicht zur Koordination der Außendarstellung mit dem Gesundheitsamt. Das Klinikum Bremen-Mitte betreibt keine eigenständige Öffentlichkeitsarbeit. Diese Aufgabe wird vollständig durch die Holdinggesellschaft, die Gesundheit Nord übernommen.<sup>725</sup> Im Krisenfall hat die Wahrnehmung der Öffentlichkeitsarbeit durch Pressereferenten der Holdinggesellschaft den Nachteil, dass diese nicht über Informationen aus erster Hand verfügen. Soweit diese Aufgabe durch ein Mitglied des Ausbruchmanagementteams wahrgenommen wird, kann die Unternehmenskommunikation mit den aktiv an den Bearbeitungsprozessen Beteiligten abgestimmt werden.

## 8.2. Reaktive Phase 2005

Zu dem Auftreten von Klebsiellen auf der neonatologischen Station im Jahr 2005 konnten über die durch den seinerzeit am Klinikum Bremen-Mitte tätigen Krankenhaushygieniker, Herrn Dr. Holländer, getroffenen Feststellungen hinaus keine weitergehenden Erkenntnisse erlangt werden. Nach seiner Darstellung war nicht von einem Ausbruchsgeschehen auszugehen.<sup>726</sup>

Am 15. April 2005 erstellte Herr Dr. Holländer einen Typisierungsbefund<sup>727</sup> über dieses gehäufte Auftreten von Klebsiellen auf der Station 4027. Die DNA-Fragmentmuster von 12 getesteten Klebsiellen Isolaten waren teilweise identisch. Insgesamt zeigten sich 6 unterschiedliche Fragmentmuster. Der Befund schließt mit der Feststellung, dass epidemiologische Zusammenhänge innerhalb der Isolate mit identischen Fragmentmustern sehr wahrscheinlich seien.

In einer E-Mail vom 8. November 2011 merkt Herr Dr. Wunderle vom Gesundheitsamt Bremen zu diesem Typisierungsbefund an:

---

<sup>724</sup> Bundesgesundheitsblatt 2002, 180 (182).

<sup>725</sup> Selbstdarstellung der Gesundheit Nord gGmbH, Abgerufen am 3. September 2012 unter: <http://www.gesundheitnord.de/60.html>.

<sup>726</sup> Siehe unter „3.1. ESBL-bildende Klebsiellen im Jahr 2005“.

<sup>727</sup> Schreiben von Herrn Dr. Holländer vom 15. Juni 2005 an das Klinikum Bremen-Mitte, Band 58, S. 450 f.

*„Merkwürdig finde ich die Überschrift in Fett 'Multiresistente Staphylococcus aureus' wobei es im Weiteren um Klebsiellen geht. Des Weiteren fehlt eine klare Artbestimmung (m.E. ein grober Fehler), ob es sich um Kleb. Pneumoniae wie im aktuellen Ausbruch oder z.B. auch möglich Kleb. Oxytoca handelt.“<sup>728</sup>*

Ob es seinerzeit ein Ausbruchsteam oder eine andere Form der institutionalisierten Abarbeitung des Auftretens von Klebsiellen gab, konnte aufgrund der umfassenden Aussageverweigerung fast aller am Klinikum Bremen-Mitte beschäftigten Zeugen nicht festgestellt werden. Die Akten geben keine Hinweise auf das Bestehen eines Ausbruchmanagementteams und eine strukturierte Abarbeitung der Vorfälle. Da eine Meldung an das Gesundheitsamt nicht erfolgte, liegen auch beim Gesundheitsamt Bremen keine weitergehenden Informationen vor. Herr Dr. Wunderle vom Gesundheitsamt Bremen stellt in einer E-Mail vom 8. November 2011 hierzu fest:

*„Krankenhaushygienisch habe damals Dr. Holländer alles 'abgearbeitet'.“<sup>729</sup>*

An konkreten Interventionsmaßnahmen ließ sich nur feststellen, dass auf Vorschlag des Krankenhaushygienikers Herrn Dr. Holländer auf freiwilliger Basis ein Personalscreening durchgeführt wurde.<sup>730</sup> Im Rahmen des Personalscreenings konnten bei zwei Mitarbeitern *Klebsiella pneumoniae* nachgewiesen werden. Im Übrigen waren die Befunde negativ.<sup>731</sup> Zusammenhänge zwischen Patienten- und Mitarbeiterisolaten seien nicht feststellbar gewesen.<sup>732</sup>

Weitere Maßnahmen, die seinerzeit ergriffen worden sind, können nicht nachvollzogen werden. In einem Schreiben des Oberarztes Herrn Dr. Schwalm und der stellvertretenden Stationsleitung Frau Murken vom 23. Mai 2005, in dem es primär um die Aufforderung zur freiwilligen Teilnahme am Personalscreening geht, findet sich lediglich der Hinweis, dass gemeinsam mit den Hygienefachkräften wie auch dem Krankenhaushygieniker Herrn Dr. Holländer dem „schwerwiegenden Problem“

---

<sup>728</sup> E-Mail von Herrn Dr. Wunderle vom 8. November 2011, Band 58, S. 449.

<sup>729</sup> E-Mail von Herrn Dr. Wunderle vom 8. November 2011 an Herrn Dr. Götz, Band 58, S. 448.

<sup>730</sup> Schreiben des Oberarztes und der stellvertretenden Stationsleitung der Station 4027 vom 23. Mai 2005, Band 106, S. 16.

<sup>731</sup> Institut für Allgemeine Hygiene, Krankenhaushygiene und Umwelthygiene, Prüfberichte vom 8., 9., 13., 20., 21., 22. und 14. Juni 2005, Band 106, S. 19-27.

<sup>732</sup> Schreiben des Herrn Dr. Kappler vom 13. Januar 2012, Band 106, S. 2.

nachgegangen und „vor Ort schon eine Reihe von Verbesserungen durchgeführt“ worden seien.<sup>733</sup>

Eine Meldung des Auftretens von Klebsiellen auf der Station 4027 an das Gesundheitsamt ist nicht erfolgt.<sup>734</sup> Dies stellt einen Verstoß gegen § 6 Abs. 3 Infektionsschutzgesetz in der bis zum 3. August 2011 geltenden Fassung dar. Zu melden ist dem Gesundheitsamt das gehäufte Auftreten nosokomialer Infektionen bereits dann, wenn ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet wird und nicht erst dann, wenn dieser festgestellt worden ist. Feststellbar ist, dass der Verdacht eines epidemischen Zusammenhangs bei dem Auftreten der Klebsiellen auf der Station 4027 im Jahr 2005 bestand. Andernfalls hätte es der Untersuchung der Frage der Genidentität mittels Pulsfeldgelelektrophorese (PFGE) und des Personalscreenings nicht bedurft.

### **8.3. Reaktive Phase 2011**

Das Ausbruchmanagement betreffend das Jahr 2011 ist noch nicht abgeschlossen. Es liegt insbesondere noch keine abschließende Evaluierung, Defizitanalyse und Festlegung von zukünftigen Präventionsstrategien vor. Dementsprechend können insoweit abschließend keine Feststellungen getroffen werden. Im Übrigen orientiert sich die nachfolgende Darstellung an dem in der KRINKO-Empfehlung zum Ausbruchmanagement zugrunde gelegten Fließschema.<sup>735</sup>

#### **8.3.1. Feststellen des Auslöseereignisses**

Gemäß der KRINKO-Empfehlung zum Ausbruchmanagement soll bei Feststellung eines auffälligen Infektionsereignisses beziehungsweise der Häufung nosokomialer Infektionen der für die Hygiene Zuständige (in der Regel der hygienebeauftragte Arzt) informiert werden. Dieser soll sodann je nach Art des Ereignisses und den Festlegungen im Hygieneplan zunächst weitere benannte Personen, zum Beispiel den Krankenhaushygieniker, informieren. Bereits zu diesem Zeitpunkt sollen alle schon

---

<sup>733</sup> Schreiben des Oberarztes und der stellvertretenden Stationsleitung der Station 4027 vom 23. Mai 2005, Band 106, S. 16.

<sup>734</sup> E-Mail vom 8. November 2011 von Herrn Dr. Wunderle an Herrn Dr. Götz, Band 58, S. 448.

<sup>735</sup> Siehe unter „8.1.2. Strukturierung der erforderlichen Abläufe“.

verfügbaren und potenziell bedeutsamen Informationen zum Infektionsgeschehen festgehalten und weitergegeben werden.<sup>736</sup>

Damit ist klar gestellt, dass es in diesem Stadium noch nicht darauf ankommt, ob ein Ausbruch vorliegt, also zwischen Infektionsereignissen ein epidemischer Zusammenhang positiv festgestellt ist. Ausreichend kann nach der KRINKO-Empfehlung bereits ein auffälliges Infektionsereignis sein. Zumindest die Häufung nosokomialer Infektionen mit dem gleichen Keim innerhalb eines Zeitraums, der einen epidemiologischen Zusammenhang möglich erscheinen lässt, muss zur Feststellung eines Auslöseereignisses führen.<sup>737</sup>

Vorliegend sind ESBL-bildende *Klebsiella pneumoniae* erstmals am 30. April 2011 bei dem Kind Nr. 10 festgestellt worden, das auf der Station 4027 lag. Danach sind auf der Station 4028 bei dem Kind Nr. 11 am 26. Mai 2011 und bei dem weiteren Kind Nr. 12 am 17. Juni 2011 Abstriche genommen worden, die zu positiven Befunden auf ESBL-bildende *Klebsiella pneumoniae* führten. Schließlich ist am 27. Juni 2011 noch ein Abstrich bei dem Kind Nr. 13 von der Station 4027 genommen worden, der einen positiven Befund auf ESBL-bildende *Klebsiella pneumoniae* ergab.<sup>738</sup> Die Meldung über den zuletzt erwähnten Befund betreffend den Abstrich vom 27. Juni 2011 erfolgte am 29. Juni 2011.<sup>739</sup> Spätestens diese Meldung hätte zur Feststellung des Auslöseereignisses führen müssen. Die vier Befunde sind in einem Zeitraum von etwa zwei Monaten eingegangen. Angesichts der langen Behandlungsdauer von Frühchen ist dies kein Zeitraum, der den Verdacht eines epidemiologischen Zusammenhangs entkräften könnte. Der Umstand, dass zwei der betroffenen Kinder auf der Station 4027 und die weiteren zwei Kinder auf der Station 4028 lagen, war gleichermaßen nicht geeignet, den Verdacht eines epidemiologischen Zusammenhangs am 29. Juni 2011 zu entkräften, da zwischen den Stationen ein Austausch von ärztlichem und pflegerischem Personal stattfand.

Tatsächlich ist es zur Feststellung eines Auslöseereignisses erst Anfang September, also mit einem zeitlichen Verzug von mehr als zwei Monaten gekommen, nachdem positive Befunde auf ESBL-bildende *Klebsiella pneumoniae* für zwei weitere Kinder von

---

<sup>736</sup> Bundesgesundheitsblatt 2002, 180 (182).

<sup>737</sup> Das Auslöseereignis für das Ausbruchsmanagement unterscheidet sich gegebenenfalls von dem Ereignis, das eine Meldepflicht auslöst.

<sup>738</sup> Vgl. Anlage 4 zum Ausschussbericht, S. 1.

<sup>739</sup> Chronologie der ESBL Meldungen vom 18. November 2011, Band 21, S. 150.

der Station 3911 und fünf weitere Kinder auf der Station 4027 vorlagen.<sup>740</sup> Die Feststellung des Auslöseereignisses erfolgte faktisch dadurch, dass die Oberärztin Frau Dr. Runde die Hygienefachkraft Frau Mietzner am 7. September 2011 über ein gehäuftes Auftreten ESBL-bildender Klebsiellen bei vier Patienten in Kenntnis setzte und diese daraufhin erste Maßnahmen veranlasste.<sup>741</sup>

Der zeitliche Verzug ist in erster Linie darauf zurückzuführen, dass die Aufzeichnung und Bewertung der Befunde nicht den an das Hygienemanagement zu stellenden Anforderungen entsprach. Bei der Meldung durch Frau Dr. Runde vom 7. September 2011 sollen ausdrücklich vier betroffene Patienten benannt worden sein.<sup>742</sup> Diese Angabe korrespondiert mit den Informationen, die am Folgetag im Rahmen der Meldung nach § 6 Abs. 3 Infektionsschutzgesetz dem Gesundheitsamt übermittelt wurden. Ausweislich eines Aktenvermerks des zuständigen Mitarbeiters des Gesundheitsamtes, Herrn Dr. Wunderle, soll nach dort gemeldet worden sein, dass vier oder fünf Kinder mit ESBL-Infektionen auffällig geworden seien.<sup>743</sup> Anfang September waren folglich die vor Juli 2011 liegenden positiven Befunde, welche die Feststellung des Auslöseereignisses bereits zum 29. Juni 2011 erforderlich gemacht hätten, im Bewusstsein der handelnden Akteure nicht präsent und die seit Juli aufgetretenen Befunde nicht vollständig.<sup>744</sup> Die zeitlich vor Juli 2011 liegenden Befunde sind im Rahmen des Ausbruchsmanagements erstmals am 8. November 2011 in der sogenannten „Umsetzungsrunde“ thematisiert worden.<sup>745</sup> Insoweit wird die Berechtigung der Kritik der Mitarbeiter des Deutschen Beratungszentrums für Hygiene an der Art und Weise der Dokumentation nach § 23 Abs. 4 S. 1 Infektionsschutzgesetz sowie der unzureichend klaren Zuweisung der Aufgabe, die Befunde zu sichten und zu bewerten, deutlich. Der Ordner, in dem die Befunde in Papierform abgeheftet wurden, hat nicht gewährleistet, dass hinreichende Klarheit über die Gesamtlage bestand. Offensichtlich besaß am 7. September 2011, dem Zeitpunkt der Meldung des Auslöseereignisses, niemand im Klinikum Bremen-Mitte die Übersicht, dass bereits vor Juli 2011 positive Befunde auf ESBL-bildende *Klebsiella pneumoniae* bestanden. Die Organisation der Dokumentation und der Aufgabenzuweisung der Befundsichtung und -bewertung waren vielmehr nicht einmal in der Folgezeit geeignet, eine zeitnahe

---

<sup>740</sup> Vgl. Anlage 4 zum Ausschussbericht, S. 1 f.

<sup>741</sup> Aktennotiz Nr. 1 vom 8. September 2011, Band 8, S. 3.

<sup>742</sup> Aktennotiz Nr. 1 vom 8. September 2011, Band 8, S. 3.

<sup>743</sup> Vermerk des Herrn Dr. Wunderle vom 13. September 2011, Band 8, S. 9.

<sup>744</sup> So auch Herr Staatsrat Professor Stauch, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 3/330 f.

<sup>745</sup> Protokoll der „Umsetzungsrunde“ vom 8. November 2011 im KBM, Band 9, S. 91.

Vervollständigung der Datenlage zu gewährleisten. Verantwortlich für dieses, möglicherweise nach § 73 Abs. 1 Nr. 9 Infektionsschutzgesetz bußgeldrechtliche Konsequenzen nach sich ziehende Organisationsversagen sind nach § 23 Abs. 4 S. 1 Infektionsschutzgesetz die „Leiter von Krankenhäusern“, folglich vorliegend die Geschäftsführung des Klinikums Bremen-Mitte.

### **8.3.2. Einberufung eines Ausbruchsmanagementteams**

In Abstimmung mit dem ärztlichen Leiter der Einrichtung soll entsprechend der KRINKO-Empfehlung zum Ausbruchsmanagement seitens des für die Hygiene Zuständigen auf der Basis der ersten Durchsicht und Bewertung der vorliegenden Befunde und Informationen geklärt werden, inwieweit ein Auslöseereignis tatsächlich vorliegt und ob das Ausbruchsmanagementteam einberufen werden soll.<sup>746</sup> Auch die Verfahrensordnung der Krankenhaushygiene des Klinikums Bremen-Mitte sieht eine vergleichbare Herangehensweise bei einem Ausbruchsgeschehen vor.

Die Meldung durch die Oberärztin Frau Dr. Runde an die Hygienefachkraft Frau Mietzner hat ausweislich einer Aktennotiz vom 8. September 2011 unmittelbar die Frage aufgeworfen, ob ein Ausbruchsmanagementteam einzuberufen sei:

*„(...) Frau Dr. Runde informiert das Gesundheitsamt und ein weiteres Gespräch zum Ausbruchsmanagement wird am 08.09.2011 nach Rücksprache mit dem beratenden Krankenhaushygieniker einberaumt. (...)“<sup>747</sup>*

Ein erstes aktenkundiges Zusammentreffen wegen des Auftretens der ESBL-bildenden *Klebsiella pneumoniae* fand sodann am 12. September 2011 im Klinikum Bremen-Mitte statt. Gegenstand des Treffens war nach einer allgemeinen Einführung durch die Hygienefachkraft zunächst ein Bericht des damaligen Krankenhaushygienikers Herrn Dr. Kappler zu den Ergebnissen einer Umgebungsuntersuchung vom 8. September 2011. Danach seien auf dem Schnuller eines betroffenen Kindes, einer Kanülenabwurfbox im Raum 441, einer Windelwaage und an der Hand eines Mitarbeiters Klebsiellen nachgewiesen worden. Diese Befunde sowie die fünf

---

<sup>746</sup> Bundesgesundheitsblatt 2002, 180 (182 f.).

<sup>747</sup> Aktennotiz Nr. 1 vom 8. September 2011, Band 8, S. 3.

Patientenisolat würden zur DNA-Typisierung zum Nationalen Referenzzentrum für gramnegative Krankenhauskeime nach Bochum geschickt.<sup>748</sup> Eine Bewertung der Situation auf der Grundlage der bereits vorliegenden Erkenntnisse ist dem Protokoll nicht zu entnehmen. Es ist insbesondere keine Entscheidung über die Einberufung eines Ausbruchsteam getroffen worden. Dementsprechend ist in der Folgezeit zunächst keine bestimmte Personengruppe in kontinuierlicher Zusammenarbeit im Sinne eines Ausbruchsteam tätig geworden.

Der personellen Zusammensetzung und dem Tätigkeitsfeld des Ausbruchsteam, so wie es die KRINKO-Empfehlung und die Verfahrensordnung der Krankenhaushygiene des Klinikums Bremen-Mitte vorsehen, entsprach weitgehend die sogenannte „Umsetzungsrunde“, die nach der Information der Öffentlichkeit erst am 2. November 2011 ihre Arbeit aufnahm. Problematisch ist allerdings die fehlende oder nicht genügende Einbindung der Hygienefachkräfte und des damaligen Krankenhaushygienikers Herrn Dr. Kappler in die Arbeit der „Umsetzungsrunde“. In täglichen Arbeitstreffen ist in der „Umsetzungsrunde“ der Handlungsbedarf unter Einbeziehung von Mitarbeitern des Gesundheitsamts besprochen und koordiniert worden. Die einzelnen Sitzungen sind durch Protokolle dokumentiert.<sup>749</sup> Mit Frau Dr. Kuss, der Ärztlichen Geschäftsführerin des Klinikums Bremen-Mitte, sowie Herrn Dr. Selzer, dem leitenden Oberarzt für die Neonatologie, war bei diesen Treffen Hygienesachverständiger zugegen. Ferner wurde das Gesundheitsamt umfassend beteiligt, wobei jedoch keine personelle Konstanz bestand. Im Übrigen war der Kreis der Teilnehmer wechselnd. In den „Umsetzungsrunden“ ist im Wesentlichen die Koordinationsleistung erbracht worden, die ein Ausbruchsteam leisten soll. Die Informationen sind zusammengeführt, die notwendigen Maßnahmen besprochen und die Aufgaben verteilt worden. Gleichwohl ist festzustellen, dass insbesondere die fehlende personelle Konstanz nicht den Empfehlungen der KRINKO entspricht und nachteilig ist, weil damit nicht gewährleistet ist, dass die mit der Umsetzung von Maßnahmen zur Verhinderung der weiteren Keimausbreitung befassten Personen auf dem gleichen Stand sind.

---

<sup>748</sup> Protokoll Nr. 2 vom 12. September 2011, Band 8, S. 5.

<sup>749</sup> Protokolle der Umsetzungsrunden vom 7.-10. November 2011, Band 3, S. 84 f., 88 f., 92 ff., 97 ff.; Protokoll der Umsetzungsrunde vom 14. November 2011, Band 6, S. 102 ff.; Protokoll der Umsetzungsrunde vom 15. November 2011, Band 30, S. 58 f.; Protokolle der Umsetzungsrunden vom 16.-21. November 2011, Band 9, S. 107 ff., 113a ff.; Protokolle der Umsetzungsrunden vom 29. November 2011 bis zum 17. Januar 2012, Band 100, S. 28 ff.

Dagegen ist ein Ausbruchsmangementteam mit dem ab dem 4. November 2011 tagenden Krisenstab nicht etabliert worden. Hierzu hat der Geschäftsführer der Gesundheit Nord gegenüber dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss ausgeführt:

*„Am 2. November 2011 fand dann gemeinsam mit der Senatorin und der Geschäftsführung des Klinikums Bremen-Mitte die erste Pressekonferenz statt. Zwei Tage später, am 4. November 2011, habe ich dann initiiert, einen Krisenstab einzusetzen. Die Teilnehmer dieses Krisenstabs waren neben mir die Geschäftsführung des Klinikums Bremen-Mitte, Frau Kuss, Frau Wendorff, als verantwortlicher Chefarzt und als hygieneverantwortlicher Geschäftsführer Herr Professor Huppertz, aus der Rechtsabteilung des Hauses Frau Fries, die Leiterin des Eltern-Kind-Zentrums, Frau Grinnus, der Hygieneverantwortliche am Standort, Herr Kappler, die pflegerische Leitung des Eltern-Kind-Zentrums, Frau Thiele, meine persönliche Referentin, Frau Röseler, und die Leiterin der Unternehmenskommunikation, Frau Matiszick.*

*Welche Funktion habe ich in diesem Krisenstab wahrgenommen? Ich habe dort eine koordinierende Aufgabe übernommen. Das habe ich getan, weil sehr schnell absehbar war und es ja auch schon da stattgefunden hat, dass dieser sehr tragische Keimausbruch, dieses sehr tragische Ereignis eine große öffentliche Relevanz haben würde. Deswegen habe ich die Koordination übernommen.*

*Die Funktion der Geschäftsführung des Klinikums Bremen-Mitte im Krisenstab ist klar: Die Geschäftsführung des Klinikums Bremen-Mitte ist verantwortlich für den Standort und damit auch für die Umsetzung aller notwendigen Maßnahmen, deswegen waren beide Geschäftsführerinnen dabei. Die Funktion von Herrn Professor Huppertz und von Herrn Kappler: Das sind die verantwortlichen Fachleute gewesen, was Hygiene betrifft, weil ich selbst kein Hygieniker bin, das waren zu dem damaligen Zeitpunkt die hausinternen Experten.*

*Ziel des Krisenstabs war, so haben wir es auch formuliert, dass wir eine einheitliche Information innerhalb des Unternehmens, aber vor allem auch nach außen sicherstellen wollten. Es sollte die Situation*

*jeweils analysiert und beurteilt werden. Es sollte dort eine externe und interne Kommunikationsstrategie festgelegt werden, und natürlich sollten im Krisenstab die wichtigsten Handlungsfelder identifiziert werden.*<sup>750</sup>

Bereits die Einberufung durch den Geschäftsführer der Gesundheit Nord, Herrn Dr. Hansen, und nicht durch einen Hygieneverantwortlichen des Klinikums Bremen-Mitte zeigt, dass es sich nicht um ein Ausbruchsteam im Sinne der KRINKO-Empfehlung gehandelt hat. Überdies sind die Zielsetzungen von denen eines Ausbruchsteams verschieden. Die Identifizierung der wichtigsten Handlungsfelder wurde zwar von Herrn Dr. Hansen als eine Aufgabe des Krisenstabs benannt. Als erstes Ziel wurde jedoch die einheitliche Information nach innen und außen durch Herrn Dr. Hansen in den Vordergrund gestellt.

Die Gründe dafür, dass nach dem 7. September 2011 noch keine kontinuierliche Sachbefassung durch eine bestimmte Personengruppe eingesetzt hat, dürften vielschichtig sein. Zunächst dürfte auch hier die unzureichende Dokumentation und der daraus resultierende mangelnde Gesamtüberblick über die Sachlage von Bedeutung gewesen sein. Da die vor Juli 2011 liegenden Fälle im Bewusstsein der Akteure nicht präsent waren,<sup>751</sup> wird das Ausmaß schlicht unterschätzt worden sein. Hinzu kommt, dass die Verfahrensfestlegung der Krankenhaushygiene des Klinikums Bremen-Mitte hinsichtlich der Maßnahmen bei Feststellung eines Auslöseereignisses den Beteiligten nicht präsent war.

Nach dem 2. November 2011 sind mit den Umsetzungsrunden und dem Krisenstab Strukturen zur Aufarbeitung des Keimausbruchs geschaffen worden. Dieses teilweise parallele Vorgehen entsprach jedoch nicht den KRINKO-Empfehlungen und auch nicht den Vorgaben der Verfahrensordnung der Krankenhaushygiene des Klinikums Bremen-Mitte. Der personellen Zusammensetzung und dem Tätigkeitsfeld des Ausbruchmanagementteams, so wie es die KRINKO-Empfehlung und die Verfahrensordnung der Krankenhaushygiene des Klinikums Bremen-Mitte vorsehen, entsprach weitgehend die sogenannte „Umsetzungsrunde“, die nach der Information der Öffentlichkeit erst am 2. November 2011 ihre Arbeit aufnahm. Problematisch ist –

---

<sup>750</sup> Herr Dr. Hansen, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 10/1103 f.

<sup>751</sup> Siehe unter „8.3.1. Feststellen des Auslöseereignisses“.

wie ausgeführt - die fehlende oder nicht genügende Einbindung der Hygienefachkräfte und des damaligen Krankenhaushygienikers Herrn Dr. Kappler in die Arbeit der „Umsetzungsrunde“. In täglichen Arbeitstreffen ist in der „Umsetzungsrunde“ der Handlungsbedarf unter Einbeziehung von Mitarbeitern des Gesundheitsamts besprochen und koordiniert worden. Die vom Krisenstab übernommene Aufgabe der Kommunikation nach innen und außen ist allerdings nach der KRINKO-Empfehlung Teil der Aufgaben, die das Ausbruchsmanagementteam wahrnehmen soll. Die Schaffung des Krisenstabes, der auch die Gesundheit Nord eingebunden hat, dürfte neben der Initiative durch Herrn Dr. Hansen auch dem Umstand der Holdingstruktur geschuldet sein. Der Keimausbruch hatte eine so große Öffentlichkeitswirkung, dass es sich nicht um ein Problem allein des Klinikums Bremen-Mitte handelte, sondern die Gesundheit Nord insgesamt betroffen war. Überdies wurde die im Krisenstab primär angesiedelte Unternehmenskommunikation ausschließlich auf der Ebene der Gesundheit Nord durch professionelle Pressesprecher begleitet. Auch betraf das Ausfallkonzept im März 2012 andere Standorte der Gesundheit Nord. So wurden an anderen Häusern neonatologische Versorgungskapazitäten wieder in Betrieb genommen bzw. neu geschaffen. Da ein solches Szenario auch bei anderen nosokomialen Ausbrüchen möglich erscheint, ist im Rahmen des Ausbruchsmanagements eine effiziente Bearbeitung der standortübergreifenden Probleme zu gewährleisten. Dabei sind alle Personen in das Ausbruchsmanagementteam einzubeziehen, unabhängig davon, ob sie bei der Holding oder einem einzelnen Krankenhaus des Klinikverbundes beschäftigt sind.

### **8.3.3.Meldung**

Im Zusammenhang mit nosokomialen Infektionen bestehen gesetzlich in den §§ 6 Abs. 3, 11 Abs. 2 Infektionsschutzgesetz geregelte Meldepflichten beziehungsweise Übermittlungspflichten. Die Erfüllung der Meldepflicht ist, zumindest soweit die Meldepflicht des Krankenhauses an das Gesundheitsamt betroffen ist, Teil des Ausbruchsmanagements.

#### **8.3.3.1. Meldung durch das Klinikum Bremen-Mitte**

Die erste Aufgabe des Ausbruchsmanagementteams soll nach der betreffenden KRINKO-Empfehlung sein, mit Hilfe der vorliegenden Informationen eine vorläufige

Gefährdungsbeurteilung durchzuführen und festzustellen, inwieweit tatsächlich ein Ausbruch vorliegt und akuter Handlungsbedarf besteht oder Infektionen bereits vor Einweisung in das Krankenhaus erworben wurden oder falsche positive Befunde oder Artefakte vorliegen.<sup>752</sup> Es sollen hierzu die bestehenden Informationen mit Hilfe einer Checkliste hinterfragt werden. Sodann formuliert die KRINKO-Empfehlung missverständlich:

*„Bei Vorliegen eines Ausbruchs wird das Gesundheitsamt informiert (§ 6 Abs. 3 IfSG) (...).“<sup>753</sup>*

Ein Ausbruch kann erst dann positiv festgestellt werden, wenn beim Vorliegen mehrerer Befunde die Genidentität festgestellt worden ist. Die gesetzliche Regelung des § 6 Abs. 3 S. 1 Infektionsschutzgesetz fordert dies nicht:

*„Dem Gesundheitsamt ist unverzüglich das gehäufte Auftreten nosokomialer Infektionen, bei denen ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet wird, als Ausbruch nichtnamentlich zu melden.“*

Der epidemische Zusammenhang, mithin das Bestehen eines Ausbruchs, muss folglich nicht feststehen. Er muss lediglich wahrscheinlich sein oder vermutet werden. Die KRINKO-Empfehlung ist insoweit missverständlich. Sie verweist zwar auf § 6 Abs. 3 Infektionsschutzgesetz, verlangt dem Wortlaut nach jedoch das Vorliegen eines Ausbruchs, obwohl gemäß der gesetzlichen Bestimmung bereits die Wahrscheinlichkeit oder die Vermutung eines epidemischen Zusammenhangs ausreicht.

Der Begriff der „nosokomialen Infektion“ ist in § 2 Nr. 8 Infektionsschutzgesetz als „eine Infektion mit lokalen oder systemischen Infektionszeichen als Reaktion auf das Vorhandensein von Erregern oder ihrer Toxine, die im zeitlichen Zusammenhang mit einer stationären oder einer ambulanten medizinischen Maßnahme steht, soweit die Infektion nicht bereits vorher bestand,“ legal definiert. Die Anwendung dieser Legaldefinition auf Frühgeborene ist nicht unproblematisch, weil diese von Geburt an

---

<sup>752</sup> Bundesgesundheitsblatt 2002, 180 (183).

<sup>753</sup> Bundesgesundheitsblatt 2002, 180 (183).

stationär behandelt werden und daher das Bestehen einer Infektion vor dem Krankenhausaufenthalt ausgeschlossen ist. Durch das Nationale Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen am Institut für Hygiene und Umweltmedizin der Charité wird daher zur Abgrenzung nosokomialer Infektionen von solchen, die über die Plazenta der Mutter erfolgt sind, ein Zeitintervall von 72 Stunden vorgeschlagen. Dieses Zeitintervall soll nicht gelten, wenn eine Infektion vor diesem Zeitpunkt eindeutig nosokomial oder eindeutig transplazentar erfolgt ist.<sup>754</sup> Die Vereinbarkeit dieser Definition mit der gesetzlichen Legaldefinition kann im Hinblick auf den zu untersuchenden Sachverhalt dahinstehen, denn die Erstnachweise bei den betroffenen Frühchen lagen zeitlich jeweils mehr als 72 Stunden nach der Geburt.<sup>755</sup> Zudem fand bei den Müttern der Frühchen kein Screening auf ESBL-bildende *Klebsiella pneumoniae* statt, so dass eine transplazentare Infektion nicht nachweisbar gewesen wäre.

Voraussetzung für das Vorliegen einer nosokomialen Infektion im Sinne des § 2 Nr. 8 Infektionsschutzgesetz ist weiter, dass lokale oder systemische Infektionsanzeichen bestehen. Die Besiedelung ohne klinische Symptome wird nicht erfasst.<sup>756</sup> Klassisches Beispiel für eine systemische Infektion ist die Sepsis, für eine lokale Infektion die Wundinfektion.<sup>757</sup> Im Zwischenbericht des Robert Koch-Instituts vom 29. November 2011 finden sich bezogen auf das zu beurteilende Geschehen folgende Definitionen:<sup>758</sup>

*„**Klebsiellen Sepsis** wurde definiert als Sepsis mit Nachweis von ESBL-Klebsiella-pneumoniae in der Blutkultur. **Klebsiellen Infektion** wurde definiert als Klebsiellen Sepsis oder Infektion, die mit einem Carbapenem behandelt wurde.“*

Diese Definitionen sind im Bericht von Herrn Staatsrat Professor Stauch vom 20. Dezember 2011 zur Konkretisierung der Voraussetzungen der Meldepflicht übernommen worden. Er führt weiter aus, dass die gesetzliche Legaldefinition des § 2

---

<sup>754</sup> Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Institut für Hygiene und Umweltmedizin, Protokoll – Surveillance nosokomialer Infektionen bei Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht < 1.500 g, Stand: 22. Dezember 2009, S. 17.

<sup>755</sup> So auch Herr Staatsrat Professor Stauch, Bericht, Ausbruch von ESBL bildenden *Klebsiella pneumoniae* im Zentrum für Kinderheilkunde, Klinik Bremen-Mitte im Jahr 2011, Bremen, den 20. Dezember 2011, Band 50, S. 27.

<sup>756</sup> BT-Drs. 14/2530, S. 44

<sup>757</sup> Bales/Baumann/Schnitzler, Infektionsschutzgesetz, Kommentar und Vorschriftensammlung, Stuttgart, 2. Aufl., 2003, § 2 Rn. 15.

<sup>758</sup> Zwischenbericht des Robert Koch-Instituts vom 29. November 2011, Band 16, S. 10.

Nr. 8 Infektionsschutzgesetz Infektionsanzeichen verlange, mithin die bloße Besiedelung mit Keimen ohne klinische Symptome nicht ausreiche, und dies im Bereich der Frühgeborenenbehandlung Bedenken begegne, weil die antibiotische Behandlung häufig beginnen müsse, obwohl klinische Anzeichen für eine Infektion noch unspezifisch seien.<sup>759</sup> Damit ist jedoch nur beschrieben, was sinnvoll und zweckmäßig wäre. Dies unterstreicht die ausdrückliche Zustimmung zu den entsprechenden Ausführungen im Bericht „Ausbruch von ESBL bildenden *Klebsiella pneumoniae* im Zentrum für Kinderheilkunde Klinikum Bremen-Mitte im Jahr 2011“ von Herrn Staatsrat Professor Stauch durch Herrn Dr. Eckmanns vom Robert Koch-Institut.<sup>760</sup> Vom Wortlaut des § 2 Nr. 8 Infektionsschutzgesetz hingegen ist die Zuordnung bloßer Besiedelungen mit Keimen nicht erfasst, auch dann nicht, wenn bereits medizinisch indiziert rein vorsorglich mit einer Antibiotikatherapie begonnen wird. Indem vielmehr ausdrücklich „eine Infektion mit lokalen oder systemischen Infektionsanzeichen“ gefordert wird, kann die Erfassung bloßer Besiedelungen in Verbindung mit einer Antibiotikatherapie auch nicht im Wege einer erweiternden Auslegung unter den Begriff der „nosokomialen Infektion“ im Sinne des Infektionsschutzgesetz gefasst werden.

Es muss ferner, um Meldepflicht nach § 6 Abs. 3 Infektionsschutzgesetz auszulösen, ein „gehäuftes Auftreten“ nosokomialer Infektionen festgestellt werden. Ein einmaliges Auftreten ist nicht geeignet die Meldepflicht zu begründen. Wann eine Häufung vorliegt, kann nicht generell in absoluten Zahlen festgelegt werden. Kriterium für einen Ausbruch beziehungsweise eine Häufung soll ein signifikanter Anstieg der Anzahl bestimmter Infektionen gegenüber der Grundrate sein. Voraussetzung für diese Beurteilung ist die Kenntnis dieser Grundrate. Diese soll sich in etwa durch die Ergebnisse der Studien des Nationalen Referenzzentrums für Krankenhaushygiene (NIDEP- und KISS-Studien) abschätzen lassen, aber im Übrigen von Krankenhaus zu Krankenhaus schwanken können und von der jeweiligen Station abhängen.<sup>761</sup>

Die Komplexität der Feststellung der Grundrate verdeutlicht, dass eine Orientierung daran kaum handhabbar ist, insbesondere unter Berücksichtigung des Umstandes, welchen Personenkreis nach § 8 Abs. 1 Infektionsschutzgesetz die Pflicht zur

---

<sup>759</sup> Herr Staatsrat Professor Stauch, Bericht, Ausbruch von ESBL bildenden *Klebsiella pneumoniae* im Zentrum für Kinderheilkunde, Klinik Bremen-Mitte im Jahr 2011, Bremen, den 20. Dezember 2011, Band 50, S. 27.

<sup>760</sup> Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 15/2083 ff.

<sup>761</sup> Bales/Baumann/Schnitzler, Infektionsschutzgesetz, Kommentar und Vorschriftensammlung, Stuttgart, 2. Aufl., 2003, § 6 Rn. 43.

unverzüglich Meldung trifft. Verpflichtet zur Meldung sind bezogen auf Krankenhäuser gemäß § 8 Abs. 1 Nr. 1 Infektionsschutzgesetz die feststellenden und die leitenden Ärzte. Diesen würde bei einem Abstellen auf die Grundrate bezogen auf eine Vielzahl unterschiedlicher Keime abverlangt, Studien zu kennen oder sich das betreffende Wissen permanent unmittelbar verfügbar zu machen. Eine solche Forderung ist im Krankenhausbetrieb nicht umsetzbar und überfordert das ärztliche Personal. Es ist daher für die Beurteilung, ob ein gehäuftes Auftreten im Sinne des § 6 Abs. 3 Infektionsschutzgesetz vorliegt, eine Einzelfallbetrachtung unter Abwägung aller zur Verfügung stehenden Daten und unter Berücksichtigung der spezifischen Besonderheiten der Station geboten. Hierbei sollte von dem Grundsatz ausgegangen werden, dass in Zweifelsfällen die Meldung zu erfolgen hat. Im Einzelnen bedeutet dies, dass bei Infektionen mit Erregern mit speziellen Resistenzmustern (identischen Resistenzmustern), die von § 23 Infektionsschutzgesetz erfasst sind, etwa Klebsiellen ssp., MRSA, VRE, E. coli, ab zwei Patienten ein epidemischer Zusammenhang gegeben sein kann.<sup>762</sup>

Der Umstand, dass damit Beurteilungsspielräume und Zweifelsfälle verbleiben, ist hinnehmbar, zumal eine Verletzung des § 6 Abs. 3 Infektionsschutzgesetz nicht bußgeldbewehrt ist und daher nicht die besonderen straf- und bußgeldrechtlichen Bestimmtheitsanforderungen an die Norm zu stellen sind. Die Unbestimmtheit der Formulierung und der Auslegung des Begriffs des „gehäuftes Auftretens“ ist der Komplexität der zu beurteilenden Sachverhalte geschuldet.

Von einer Häufung nosokomialer Infektionen musste ab dem 9. August 2011 ausgegangen werden. Zu diesem Zeitpunkt waren zwei Fälle nosokomialer Infektionen mit ESBL-bildenden Klebsiellen auf der Station 4027 bekannt, und zwar:

- Bei Kind Nr. 10, das am 25. April 2011 geboren wurde, wurden bei einem Abstrich vom 30. April 2011 ESBL-bildende Klebsiellen festgestellt.<sup>763</sup> Es bestanden überdies systemische Infektionszeichen als Reaktion auf das Vorhandensein von Erregern. Im Arztbericht ist hierzu ausgeführt:

---

<sup>762</sup> Vgl. im Einzelnen den Anhang 1 der Empfehlung Ausbruchmanagement und strukturiertes Vorgehen bei gehäufteten nosokomialen Infektionen, Bundesgesundheitsblatt 2002 180 (185). Der dort dargestellte enge Auslegungsmaßstab stellt einen Maßstab für die Praxis dar.

<sup>763</sup> Patientenakte, Band 27, S. 1065.

*„Am 5. Lebenstag vermehrte Bradykardien und Temperaturanstieg mit Zentralisierung. Bei klinisch krank wirkendem Kind laborchronisch erhöhten Entzündungszeichen (IL6 <5000 pg/ml) begannen wir zunächst eine antibiotische Therapie mit Flucloxacillin und Cefotaxim. Die Blutkultur ergab Klebsiella pneumoniae (ESBL). (...).“<sup>764</sup>*

- Bei Kind Nr. 16, das am 31. Juli 2011 geboren wurde, wurden bei einem Abstrich vom 7. August 2011 ESBL-bildende Klebsiellen festgestellt. Der Befund lag am 9. August 2011 vor.<sup>765</sup> Das Kind verstarb am 8. August 2011. Zum Verlauf und zur Therapie wird im Arztbericht ausgeführt:

*„Bei klinischer Verschlechterung und erhöhten Entzündungsparametern (IL-6 < 16,000pg/ml am 06.08) wurde eine antibiotische Therapie mit Flucloxacillin und Cefotaxim durchgeführt. Zunächst besserte sich der Zustand des Kindes. Bei erneuter Verschlechterung erfolgte am 08.08. die Umstellung auf Vancomycin und Cefotaxim. Im weiteren Verlauf kam es trotz antibiotischer Therapie zu fulminanter Sepsis mit disseminierter intravasaler Gerinnung. Trotz maximaler Therapie (...) gelang es bedauerlicherweise nicht (...) zu stabilisieren. Es trat zudem eine Hirnblutung II Grades bds. auf. (...) verstarb (...) am 8.08 (...). In der Blutkultur fanden sich Klebsiella pneumoniae, die eine Resistenz gegen Cefotaxim zeigten (ESBL).“<sup>766</sup>*

Mit der letzten Information betreffend das Kind Nr. 16 war unverzüglich die Meldung nach § 6 Abs. 3 Infektionsschutzgesetz an das Gesundheitsamt zu veranlassen. Die beiden nosokomialen Infektionen im Sinne des § 2 Nr. 8 Infektionsschutzgesetzes lagen zu diesem Zeitpunkt zwar mehr als vier Monate auseinander. Zu berücksichtigen ist jedoch, dass in der Zwischenzeit mehrere Besiedelungen festgestellt worden waren, und zwar im Einzelnen (nachfolgend genannte Daten beziehen sich auf den Tag des Abstrichs):

---

<sup>764</sup> Patientenakte, Band 27, S. 1042.

<sup>765</sup> Patientenakte, Band 24, S. 595.

<sup>766</sup> Patientenakte, Band 24, S. 568.

- Am 26. Mai 2011 auf der Station 4028 bei Kind Nr. 11,
- am 17. Juni 2011 auf der Station 4028 bei Kind Nr. 12,
- am 27. Juni 2011 auf der Station 4027 bei Kind Nr. 13,
- am 6. Juli 2011 auf der Station 3911 bei Kind Nr. 14 und
- am 22. Juli 2011 auf der Station 4027 bei Kind Nr. 15.<sup>767</sup>

Die Bedeutung der fortdauernden Besiedelungen wird nicht dadurch gemindert, dass sie zum Teil andere Stationen betrafen, insbesondere die Station 4028, weil ärztliches und pflegerisches Personal zwischen den Stationen wechselte. Die zwei nosokomialen Infektionen innerhalb von etwa vier Monaten, das zwischenzeitig konstante Auftreten von Besiedelungen sowie der Umstand, dass es sich um höchst infektionsanfällige Patienten handelte, hätte zu einem hohen Maß an Sensibilisierung führen müssen. Von besonderer Bedeutung ist, dass sich die Befunde auf der Station 4027 zeitlich verdichteten. In der Zeit vom 27. Juni 2011 bis zum Todesfall vom 8. August 2011 betreffend das Kind Nr. 16 sind bei zwei Kindern Besiedelungen festgestellt worden (Kinder Nr. 13 und Nr. 15) und bei einem Kind eine nosokomiale Infektion, die zum Tod geführt hat. Auch wenn zu diesem Zeitpunkt insoweit keine positiven Erkenntnisse bestanden, musste sich angesichts der zeitlichen Abfolge der Verdacht eines epidemischen Zusammenhangs zwischen den Vorfällen aufdrängen.

Tatsächlich erfolgte die Meldung durch das Klinikum Bremen-Mitte an das Gesundheitsamt erst am 7./8. September 2011,<sup>768</sup> nachdem es bei drei weiteren Kindern auf der Station 4027 bei Abstrichen vom 30. August, 2. September und 7. September 2011 und einem Kind auf der Station 3911 bei einem Abstrich vom 12. August 2011 zu positiven Befunden auf ESBL-bildende *Klebsiella pneumoniae* gekommen war.<sup>769</sup> Die Meldung ist wie folgt dokumentiert:

*„Tel. mit Fr. Dr. Thomas (496-....)“*

*(Zuvor hatte Fr. Dr. Runde versucht mich zu erreichen)*

---

<sup>767</sup> Siehe unter „3. Ausbruchsgeschehen“.

<sup>768</sup> Zu den verschiedenen Angaben zum Zeitpunkt der Meldung vgl. „3.3.4. ESBL-bildende Klebsiellen im September 2011“.

<sup>769</sup> Zu den Befunden: Vgl. Anlage 4 zum Ausschussbericht.

*Auf der Station werden insgesamt 16 Kinder betreut, z.T. in Inkubatoren. In der letzten Wochen seien mehrere (4 oder 5) Kinder mit ESBL-Infektion auffällig geworden. Dr. Kappler (Hygieniker) und Fr. Mietzner (Hygienefachkraft) seien informiert, Abstrichuntersuchungen würden laufen. Ein Ergebnis (Resistenzmuster, Erregerart etc.) liegt bisher nicht vor. Die erforderlichen Hygienemaßnahmen seien über Hrn. Kappler eingeleitet worden, aktuell gibt es keinen weiteren Handlungsbedarf.“<sup>770</sup>*

Die Meldung zu diesem Zeitpunkt war im Krankenhaus nicht unumstritten. Der seinerzeit die Hygieneverantwortlichkeit im Klinikum Bremen-Mitte wahrnehmende Chefarzt der Professor-Hess-Kinderklinik, Herr Professor Dr. Huppertz, beantwortete am 8. September 2011 die Mitteilung der Hygienefachkraft Frau Mietzner betreffend die Meldung an das Gesundheitsamt mit folgender E-Mail:

*„Sehr geehrte Frau Mietzner, sehr geehrte KollegInnen, bitte klare definitorische Abgrenzung: wir haben eine Häufung, keinen Ausbruch; das Gesundheitsamt wird verständigt, wenn wir einen Ausbruchsverdacht haben; das ist meiner Ansicht nach bisher nicht der Fall.“<sup>771</sup>*

Diese Auffassung entspricht zwar nicht den Vorgaben des § 6 Abs. 3 Infektionsschutzgesetz. Bei der Beurteilung ist aber zu berücksichtigen, dass die Ausführungen des Chefarztes Herrn Professor Dr. Huppertz im Einklang mit dem insoweit missverständlichen Wortlaut der KRINKO-Empfehlung zum Ausbruchsmanagement stehen.<sup>772</sup>

Im Nachgang zur Meldung wurde das Gesundheitsamt zunächst nur informiert. Fernmündliche Sachstandsmitteilungen erfolgten durch den Oberarzt Herrn Dr. Selzer am 13. September 2011 und den Krankenhaushygieniker Herrn Dr. Kappler am 14.

---

<sup>770</sup> Vermerk des Herrn Dr. Wunderle vom 13. September 2012, Band 8, S. 9.

<sup>771</sup> E-Mail von Herrn Professor Dr. Huppertz vom 8. September 2011, Band 9, S. 72a.

<sup>772</sup> Bundesgesundheitsblatt 2002, 180 (183).

September 2011.<sup>773</sup> Betreffend die Information vom 14. September 2011 durch Herrn Dr. Kappler vermerkte Herr Dr. Wunderle:

*„Bei der Umgebungsuntersuchung seien in 4 Proben Klebsiellen gewachsen: auf einem Schnuller von einem bekannt ESBL-positiven Kind, in der Kitteltasche eines Mitarbeiters, an einem Kanülenabwurfbehälter, an der Windelwaage (Messung der Ausscheidung).*

*Insbesondere könnte die Windelwaage die gemeinsame Quelle bzw. der Verteiler sein. Von den 4 Umweltproben liegt mittlerweile die Resistenzprüfung vor: die ESBL-pos. Stämme haben ein vergleichbares Resistenzmuster wie die 5 Humanisolate.*

*Alle Proben werden ins Nationale Referenzzentrum (Bochum) zur weiteren Differenzierung geschickt. Wenn es ein weiteres Treffen auf der Station gibt, soll bitte das GAB eingeladen werden. Wenn es weitere pos. ESBL-Infektionen gibt, werden wir (GAB) eine Begehung durchführen.“<sup>774</sup>*

Eine weitere Einbindung des Gesundheitsamts im Rahmen eines Ausbruchsmanagements fand zunächst nicht statt.

Die Gründe für die verspätete Meldung durch das Klinikum Bremen-Mitte an das Gesundheitsamt dürften überwiegend auf die unzureichende Dokumentation der Keimbefunde nach § 23 Abs. 4 S. 1 Infektionsschutzgesetz und die Regelung der Zuständigkeit für die Bewertung der Befunde zurückzuführen sein.<sup>775</sup> Inwieweit darüber hinaus Unsicherheiten in der Beurteilung, wann von einem „gehäuften Auftreten“ nosokomialer Infektionen im Sinne des § 6 Abs. 3 Infektionsschutzgesetz auszugehen ist, mitursächlich waren, ist nicht ersichtlich. Es bestanden hierzu zwar offensichtlich abweichende Auffassungen, die zum Teil auf der Linie der gesetzlichen Formulierung und zum Teil auf der Linie der insoweit missverständlichen KRINKO-Empfehlung lagen. Auswirkungen dieses Dissenses sind jedoch nicht feststellbar, denn faktisch ist die Meldung durch die Oberärztin Frau Dr. Runde vorgenommen worden, obwohl noch

---

<sup>773</sup> Vermerk des Herrn Dr. Wunderle vom 13. September 2011, Band 8, S. 9 f.

<sup>774</sup> Vermerk des Herrn Dr. Wunderle vom 13. September 2011, Band 8, S. 10.

<sup>775</sup> Siehe unter „8.3.1. Feststellen des Auslöseereignisses“.

keine positive Bestätigung für das Vorliegen eines epidemischen Zusammenhangs zwischen den Befunden vorlag, also noch nicht sicher von einem Ausbruch ausgegangen werden konnte, sondern nur ein Ausbruchsverdacht bestand.

### 8.3.3.2. Übermittlung durch das Gesundheitsamt

Nicht dem Ausbruchmanagement zuzuordnen, jedoch aufgrund des Sachzusammenhangs an dieser Stelle zu erörtern sind die weiteren Übermittlungspflichten der Verwaltungsbehörden, insbesondere die des Gesundheitsamts, die aus § 11 Abs. 2 Infektionsschutzgesetz resultieren. Hierzu sind die wesentlichen Aussagen bereits im Bericht von Herrn Staatsrat Professor Stauch vom 20. Dezember 2011, dem insoweit nachfolgend inhaltlich gefolgt wird, enthalten.<sup>776</sup>

§ 11 Abs. 2 Infektionsschutzgesetz bestimmt:

*„Ein dem Gesundheitsamt nach § 6 Absatz 3 als Ausbruch gemeldetes gehäuftes Auftreten nosokomialer Infektionen ist vom Gesundheitsamt spätestens am dritten Arbeitstag der folgenden Woche an die zuständige Landesbehörde sowie von dort innerhalb einer Woche an das Robert Koch-Institut ausschließlich mit folgenden Angaben zu übermitteln:*

- 1. zuständiges Gesundheitsamt,*
- 2. Monat und Jahr der einzelnen Diagnosen,*
- 3. Untersuchungsbefund,*
- 4. wahrscheinlicher Infektionsweg, wahrscheinliches Infektionsrisiko,*
- 5. Zahl der betroffenen Patienten.“*

Meldepflichtig ist mithin das als Ausbruch gemeldete gehäufte Auftreten nosokomialer Infektionen. Maßgeblich ist also die Meldung, hier des Krankenhauses. Nach dem Wortlaut der Vorschrift kommt es darauf an, ob das Gesundheitsamt eine Meldung „als

---

<sup>776</sup> Herr Staatsrat Professor Stauch, Bericht, Ausbruch von ESBL bildenden *Klebsiella pneumoniae* im Zentrum für Kinderheilkunde, Klinik Bremen-Mitte im Jahr 2011, Bremen, den 20. Dezember 2011, Band 50, S. 33 ff.

Ausbruch“ erhält. Ob nach Meinung des Gesundheitsamts ein Ausbruch vorliegt, spielt keine Rolle.

Ein gehäuftes Auftreten von Infektionen hatte das Klinikum Bremen-Mitte dem Gesundheitsamt unter dem 7./8. September 2011 durch Frau Dr. Runde gemeldet.<sup>777</sup> Telefonisch war mitgeteilt worden, auf der Station würden 16 Kinder betreut, in den „letzten Wochen“ seien vier oder fünf Kinder mit ESBL-Infektionen auffällig geworden.<sup>778</sup> Damit hatte das Gesundheitsamt Kenntnis von dem gehäuften Auftreten von Infektionen. Der Meldung war aber nicht zu entnehmen, dass das Krankenhaus bereits vom Ausbruch einer nosokomialen Infektion ausging.

Das Gesundheitsamt hätte spätestens die weitere Meldung vom 14. September 2011 durch Herrn Dr. Kappler als Ausbruchsmeldung behandeln müssen. Zu diesem Zeitpunkt hatte das Krankenhaus das gehäufte Auftreten von ESBL-bildenden Klebsiellen im zeitlichen Zusammenhang mit einer stationären oder einer ambulanten Maßnahme mitgeteilt, das bereits zu einem Todesfall geführt hatte. Anhaltspunkte für ein vorheriges Bestehen der Infektion hatte das Klinikum Bremen-Mitte nicht benannt. Das Krankenhaus vermutete auch einen epidemischen Zusammenhang: Hierfür sprachen sowohl die vergleichbaren Resistenzmuster der Humanisolate und der Umweltproben wie der Hinweis auf eine Windelwaage als mögliche „gemeinsame Quelle bzw. [...] Verteiler“.<sup>779</sup> Diese Vermutung reichte für die Annahme eines Ausbruchs aus. Ein sicheres Wissen, etwa in Folge einer DNA-Typisierung, ist nach dem Gesetzestext nicht erforderlich.

Ausgehend davon, dass spätestens mit der Mitteilung des Klinikums Bremen-Mitte an das Gesundheitsamt Bremen vom 14. September 2011 eine Meldung nach § 6 Abs. 3 Infektionsschutzgesetz vorlag, hätte das Gesundheitsamt die zuständige Landesbehörde spätestens am dritten Arbeitstag der folgenden Woche, also am 21. September 2011, informieren müssen. Von dort wäre innerhalb einer Woche, also bis zum 28. September 2011, dem Robert Koch-Institut eine Reihe von Informationen zu übermitteln gewesen. Tatsächlich wurde das Robert Koch-Institut erst am 1. November 2011, also mit rund fünf Wochen Verspätung, informiert.

---

<sup>777</sup> Zu den verschiedenen Angaben zum Zeitpunkt der Meldung vgl. „3.3.4. ESBL-bildende Klebsiellen im September 2011“.

<sup>778</sup> Vermerk des Herrn Dr. Wunderle vom 13. September 2011, Band 8, S. 9.

<sup>779</sup> Vermerk des Herrn Dr. Wunderle vom 13. September 2011, Band 8, S. 10.

Weitere Gründe, die einer Übermittlung entgegengestanden haben könnten, sind nicht ersichtlich. Insbesondere steht der Erfüllung der Übermittlungspflicht nicht entgegen, dass seinerzeit nach einem Vermerk des Gesundheitsamtes vom 10. November 2011 eine elektronische Meldung an das Robert Koch-Institut über das Programm SurvNet (Version 2.02.52) nicht möglich war,<sup>780</sup> denn das Gesetz verlangt keine elektronische Übermittlung. Das Gesundheitsamt hätte also in Schriftform übermitteln können.

Keine Bedeutung für die Übermittlungspflicht hat ferner der Umstand, dass im Zeitraum zwischen dem 7. September 2011 und dem 12. Oktober 2011 bei keinen weiteren Frühgeborenen Keime der Art *Klebsiella pneumoniae*/ESBL nachgewiesen wurden. Die Übermittlungspflicht nach § 11 Abs. 2 S. 1 Infektionsschutzgesetz ist vom weiteren Verlauf unabhängig. Dies folgt schon aus dem Wortlaut der Norm, aber auch aus ihrem Zweck: Denn die Vorschrift dient dazu, Informationen über nosokomiale Ausbrüche auf epidemiologische Zusammenhänge hin zu untersuchen und die zuständigen Landesbehörden anhand der gewonnenen Erkenntnisse zu beraten oder, wenn Ausbrüche in anderen Krankenhäusern zu befürchten sind, durch Veröffentlichungen im Epidemiologischen Bulletin zu informieren. Für diesen Zweck spielt es keine Rolle, ob es in dem konkret betroffenen Krankenhaus zu weiteren Fällen gekommen ist. Überdies ist nicht feststellbar, ob der Umstand, dass in der Zeit vom 7. September 2011 bis zum 12. Oktober 2011 keine weiteren Keimübertragungen festgestellt wurden, nicht allein darauf beruht, dass kein Routinescreening aller Frühchen durchgeführt wurde.

Der Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit fällt kein Verstoß gegen eine Übermittlungsverpflichtung zur Last. Sie hat am 1. November 2011, unmittelbar nachdem sie Kenntnis von dem Keimausbruch erlangt hat, umgehend an das Robert Koch-Institut übermittelt. Eine Kenntniserlangung zu einem früheren Zeitpunkt konnte nicht festgestellt werden. Sowohl die Senatorin, Frau Jürgens-Pieper, als auch deren Mitarbeiter gaben übereinstimmend an, vor dem 1. November 2011 keine Kenntnis von dem Keimausbruch in der Neonatologie des Klinikums Bremen-Mitte gehabt zu haben.<sup>781</sup> Auch über die Funktion der Aufsichtsratsvorsitzenden der Gesundheit Nord

---

<sup>780</sup> Vermerk zur Meldepflicht nach dem Infektionsschutzgesetz vom 10. November 2011, Band 4, S. 258.

<sup>781</sup> Frau Senatorin Jürgens-Pieper, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 31/4484; Frau Götz, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 11/1284; Herr Dr. Götz, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2843.

war keine frühere Information der Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit feststellbar.

Der Grund dafür, dass das Gesundheitsamt die Übermittlung an die Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit verspätet vornahm, dürfte im Wesentlichen auf die fehlende Regelung des Übermittlungsweges in der Infektionsschutz-Zuständigkeitsverordnung zurückzuführen sein, die im Zusammenhang mit dem Landeskompetenzzentrum ausführlich dargestellt ist.<sup>782</sup>

Inwieweit die verspätete Übermittlung durch das Gesundheitsamt Einfluss auf den Verlauf des Ausbruchs hatte, konnte nicht geklärt werden. Festzustellen ist, dass das Gesundheitsamt während des Ausbruchsgeschehens im Herbst 2011 das Klinikum Bremen-Mitte qualifiziert unterstützte.

#### **8.3.4. Erste krankenhaushygienische Ortsbegehung und Festlegung des akuten Handlungsbedarfs**

Wenn vom Ausbruchsmanagementteam das Vorliegen eines Ausbruchs bestätigt wurde, soll nach der einschlägigen KRINKO-Empfehlung eine hygienisch-mikrobiologische Ortsbegehung zur Beurteilung der hygienischen Situation mit Beobachtung und Darstellung der Handlungsabläufe vorgenommen werden. Hierbei sollen weitere Informationen gesammelt werden, um mögliche Infektionsquellen zu ermitteln und das Risiko einer weiteren Übertragung auf Patienten und Personal einzuschätzen sowie Abweichungen von festgelegten Hygiene-Richtlinien festzustellen (Soll-Ist-Analyse).<sup>783</sup>

##### **8.3.4.1. Durchführung der Maßnahmen**

Auch wenn Anfang September 2011 kein Ausbruchsmanagementteam im eigentlichen Sinn einberufen und tätig geworden ist, wurde der Handlungsempfehlung entsprochen, eine erste Krankenhausbegehung durchzuführen und den akuten Handlungsbedarf festzulegen. Die Hygienefachkraft Frau Mietzner führte noch am 7. September 2011

---

<sup>782</sup> Siehe unter „9.2.3.1. Landeskompetenzzentrum für Infektionskrankheiten“.

<sup>783</sup> Bundesgesundheitsblatt 2002, 180 (183).

nach der Meldung durch die Oberärztin Frau Dr. Runde eine Begehung und eine Umgebungsuntersuchung auf der Station 4027 durch. Hierbei aufgefallene Defizite sind in einem Vermerk niedergelegt worden. Diese betrafen unter anderem die Lagerhaltung von Verbrauchsmaterialien, den hygienischen Zustand von Geräten und das Hygieneverhalten von Eltern.<sup>784</sup> Die Ergebnisse der Begehung und der Umgebungsuntersuchung sind sodann am 12. September 2011 besprochen worden. Hierbei waren Herr van Hall (Stationsleitung), Frau Bojang (stellvertretende Stationsleitung), Herr Dr. Selzer (Leitender Oberarzt), Herr Dr. Schwalm (hygienebeauftragter Arzt), Frau Mietzner (Hygienefachkraft) und Herr Dr. Kappler (Krankenhaushygieniker) anwesend. Die einzelnen Feststellungen aus den Begehungen und Umgebungsuntersuchungen sind erörtert worden. Insbesondere zur Händedesinfektion und der Hygieneeinweisung der Eltern sind Maßnahmen verabredet worden.<sup>785</sup>

Die ferner nach der KRINKO-Empfehlung vorzunehmende Datensammlung ist vor der Besprechung vom 12. September 2011 nur unzureichend erfolgt. In dem Besprechungsprotokoll wird ausgeführt, dass bei fünf Patienten ESBL-bildende *Klebsiella pneumoniae* festgestellt worden sei. Der Erstnachweis datiere vom 22. Juli 2011 und betreffe Kind Nr. 15.<sup>786</sup> Die davor liegenden fünf Nachweise betreffend die Kinder Nr. 10 bis 14 aus Abstrichen in der Zeit vom 30. April bis zum 6. Juli 2011<sup>787</sup> waren seinerzeit noch nicht als möglicher Teil des Ausbruchs erfasst und mithin nicht Gegenstand der Beratungen. Die Aufgabe, mögliche Infektionsquellen zu ermitteln und das Risiko einer weiteren Übertragung auf weitere Patienten einzuschätzen, konnte auf der Grundlage dieser defizitären Datenlage nicht sachgemäß wahrgenommen werden. Verantwortlich dafür ist die nach § 23 Abs. 4 S. 1 Infektionsschutzgesetz vorgeschriebene, aber nur lückenhafte und der Form nach unzureichend erstellte Dokumentation sowie die fehlende klare Aufgabenzuweisung hinsichtlich der Bewertung der Daten.<sup>788</sup> Ferner dürfte die E-Mail des seinerzeit die Aufgabe des Hygieneverantwortlichen wahrnehmenden Herrn Professor Dr. Huppertz vom 8. September 2011 Wirkungen nach sich gezogen haben, nach der noch nicht von einem Ausbruchsverdacht auszugehen sei, wenngleich auch dies spekulativ ist. Die betreffende E-Mail ist abgesehen von Herrn Dr. Selzer und Frau Bojang an alle übrigen

---

<sup>784</sup> Aktennotiz Nr. 1 vom 8. September 2011, Band 8, S. 3 f.

<sup>785</sup> Protokoll Nr. 2 vom 12. September 2011, Band 8, S. 7 f.

<sup>786</sup> Protokoll Nr. 2 vom 12. September 2011, Band 8, S. 5.

<sup>787</sup> Vgl. Anlage 4 zum Ausschussbericht.

<sup>788</sup> Siehe unter „8.3.1. Feststellen des Auslöseereignisses“.

Teilnehmer der Besprechung vom 12. September 2011 gesandt worden.<sup>789</sup> Der Besprechung vom 12. September 2011 folgten keine weiteren zeitnahen Treffen, die der Befassung mit dem Auftreten der ESBL-bildenden *Klebsiella pneumoniae* dienen. Das nächste dokumentierte Treffen zur Sachbefassung mit den Keimvorfällen fand erst am 18. Oktober 2011 statt. Hierbei handelte es sich um die Begehung der Station 4027 mit dem Gesundheitsamt.

#### **8.3.4.2. Qualität der Maßnahmen**

Zwar entsprachen einige Maßnahmen damit dem Wortlaut der KRINKO-Empfehlung zum Ausbruchsmanagement, die getroffenen Maßnahmen blieben insgesamt aber oberflächlich. Die Begehung und die Umgebungsuntersuchung haben eine Vielzahl hygienischer Mängel auf der Station 4027 nicht aufgedeckt. Dies belegt die Begehung der Station 4027 durch das Gesundheitsamt vom 18. Oktober 2011, bei der offensichtliche Hygienemängel festgestellt wurden, die bereits zuvor hätten auffallen müssen. Es wurden unter anderem Vorhänge an den Fenstern, Armlehnstühle aus Vollholz, deren offenporige Oberflächen nicht mehr sicher zu desinfizieren waren, defekte Arbeitsflächen mit offenporigen Holzumlaufleisten und fehlende Händedesinfektionsmittelspender festgestellt.<sup>790</sup>

Zwischen dem 7. September und dem 10. November 2011 wurden auf den Stationen 4027 und 4028 in der Kinderklinik und im Kreißsaal zahlreiche Umgebungsuntersuchungen durchgeführt. Beprobt wurden: Hand-/Kittelhygiene, Medizingeräte, medizinisches Verbrauchsmaterial, patientennahe Flächen, Bürogeräte, Desinfektionsmittel, Medikamente, Pflegemittel, Luft, Wasser, Waschbecken, Siphons und Strahlregler, patientenferne Flächen und Lagerräume.<sup>791</sup> In vier Proben der ersten Abstrichserie wurde dabei der Ausbruchsstamm nachgewiesen: auf dem Schnuller eines betroffenen Kindes, auf einer Kanülenabwurfbox und auf einer Windelwaage jeweils in der Station 4027 und zudem auf der Hand eines/einer Beschäftigten.<sup>792</sup> Daneben gab es weitere auffällige Befunde mit anderen Erregern. Auf der Station 4027 wurden 167 Proben entnommen. Bei der ersten Untersuchung Anfang September

---

<sup>789</sup> E-Mail von Herrn Professor Dr. Huppertz vom 8. September 2011, Band 9, S. 72a.

<sup>790</sup> Protokoll der Begehung am 18. Oktober 2011, Band 8, S. 24 ff.

<sup>791</sup> Zwischenbericht des Robert Koch-Instituts vom 29. November 2011, Band 16, S. 41 ff.

<sup>792</sup> Zwischenbericht des Robert Koch-Instituts vom 29. November 2011, Band 16, S. 13; Nationales Referenzzentrum für gramnegative Krankenhauserreger, Typisierung von Isolaten mittels Pulsfeldgelelektrophorese, 20. Februar 2012, Band 111, S. 3.

wurde in einer Vancomycin-Spritze ein Bacillus festgestellt, in der Luft eines Patientenzimmers befanden sich Serratia spp., zudem fanden sich Pseudomonaden in zwei Wasserproben und in sechs Proben von Siphons und Strahlreglern.<sup>793</sup> Bei einer Nachkontrolle Mitte Oktober 2011 befanden sich an einer Hand und in drei Proben aus Kittelinnentaschen Staph. Aureus, diese befanden sich zudem in einer Probe aus einem Nebenraum. Keime befanden sich auch in einem Fach für Sauger und auf einem DescoWipes-Eimer wurde Aspergillus fumigatus nachgewiesen.<sup>794</sup> Bei einer Untersuchung vom 1. November fanden sich Keime auf einer Salbendose.<sup>795</sup> Auf der Station 4028 wurden 82 Proben entnommen. Im September 2011 wurden bei Proben auf Händen und aus Kittelinnentaschen E.coli und Staph. Aureus festgestellt. Pseudomonaden fanden sich in einem Nebenraum, in einem Desinfektionseimer und in einem Siphon/Strahlregler. Zudem wurden Keime auf einem Handschuhkasten, einem Notarztrucksack und einem Verbandwagen festgestellt.<sup>796</sup> Die übrigen Proben aus der Kinderklinik waren unauffällig.<sup>797</sup> Im Kreißsaal fanden sich Keime auf einer Reha-Einheit und auf einem Kasten für sterile Handschuhe, zudem befanden sich Blutflecken auf einem OP-Türgriff.<sup>798</sup>

Herr Dr. Eckmanns hat dazu in nicht öffentlicher Beweisaufnahme erläutert, bei der Interpretation der Ergebnisse von Umgebungsuntersuchungen sei immer darauf zu achten, wann sie gemacht worden seien. Wenn Proben unmittelbar nach Vornahme einer Handlung an einem infizierten oder besiedelten Kind genommen würden, sei es nicht ungewöhnlich, wenn sie einen Befund aufwiesen.<sup>799</sup> Sicher könnten Proben fast nur von der Person interpretiert werden, die sie erhoben habe, weil sie die genauen Umstände der Probennahme kenne.<sup>800</sup> Das Robert Koch-Institut habe die Ergebnisse der Umgebungsuntersuchungen zwar aufgelistet, sie aber nicht interpretiert. Die Befunde seien weit vor seinem Einsatz erhoben worden. Man habe sich speziell auf den zu untersuchenden Ausbruch konzentriert.<sup>801</sup> Bestimmte Feststellungen zeigten allerdings, wie leicht eine Übertragung von Erregern stattfinden könne.<sup>802</sup>

---

<sup>793</sup> Zwischenbericht des Robert Koch-Instituts vom 29. November 2011, Band 16, S. 41.

<sup>794</sup> Zwischenbericht des Robert Koch-Instituts vom 29. November 2011, Band 16, S. 42.

<sup>795</sup> Zwischenbericht des Robert Koch-Instituts vom 29. November 2011, Band 16, S. 43.

<sup>796</sup> Zwischenbericht des Robert Koch-Instituts vom 29. November 2011, Band 16, S. 44.

<sup>797</sup> Zwischenbericht des Robert Koch-Instituts vom 29. November 2011, Band 16, S. 45.

<sup>798</sup> Zwischenbericht des Robert Koch-Instituts vom 29. November 2011, Band 16, S. 46.

<sup>799</sup> Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der nicht öffentlichen Beweisaufnahme, 8/188.

<sup>800</sup> Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der nicht öffentlichen Beweisaufnahme, 8/199.

<sup>801</sup> Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der nicht öffentlichen Beweisaufnahme, 8/189.

<sup>802</sup> Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der nicht öffentlichen Beweisaufnahme, 8/193.

Auch Herr Professor Dr. Popp äußerte sich zu den oben genannten Umgebungsuntersuchungen. Seiner Meinung nach lasse sich aus den aufgeführten Ergebnissen unter anderem ableiten, dass die Reinigung offensichtlich unbefriedigend sei, wie hohe Keimzahlen, insbesondere auf Handschuhkästen, Kosmetikboxen, Salbendosen usw. zeigten. Der Umstand, dass in einem Desinfektionsmitteleimer *Pseudomonas* nachgewiesen worden seien, lasse darauf schließen, dass entweder Desinfektionsmittel eingesetzt worden sei, das massiv kontaminiert war, oder dass das Desinfektionsmittel völlig unterdosiert gewesen sei.<sup>803</sup> In seiner Befragung durch den parlamentarischen Untersuchungsausschuss führte er aus:

*„Auffällig sind die Ergebnisse der Abklatschuntersuchungen oder der Umgebungsuntersuchungen. Wenn man in der Desinfektionsmittellösung massenhaft *Pseudomonas* nachweisen kann, dann ist das für mich ein alarmierender Befund, dem nachgegangen werden muss, was hier in Bremen ja auch nicht passiert ist.“<sup>804</sup>*

Noch konkreter äußerte er:

*„Das würde ich im Rahmen des Ausbruchsmanagements so sehen, denn man macht ja Umgebungsuntersuchungen, um daraus irgendwelche Schlussfolgerungen zu ziehen, weil man natürlich auch etwas verbessern will. Wenn man dann noch derart auffällige Befunde hat - dass man jetzt den Keim an irgendeiner Stelle nachweist, das ist ja irgendwie noch nachvollziehbar, das muss aber natürlich auch diskutiert werden -, und zwar mehrere ganz verschiedene, die komplett aus allen Erfahrungen herausfallen, die dann zu keinerlei Diskussion und zu keinerlei Folgerung führen, dann empfinde ich das als völlig unangemessen angesichts der Befunde.“<sup>805</sup>*

---

<sup>803</sup> E-Mail Professor Dr. Popp, 19. April 2012, Band 172, S. 102; Sachverständigengutachten von Herrn Professor Dr. Popp im Ermittlungsverfahren der Staatsanwaltschaft Bremen vom 28. August 2012, Band 207, S. 231.

<sup>804</sup> Herr Professor Dr. Popp, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 32/4686 f.

<sup>805</sup> Herr Professor Dr. Popp, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 32/4776.

Diese Kritik ist für den parlamentarischen Untersuchungsausschuss schlüssig und nachvollziehbar. Nach den ihm zur Verfügung gestellten Akten wurden die Ergebnisse der Umgebungsuntersuchungen nicht hinreichend kritisch diskutiert. Auch ist nicht ersichtlich, welche Schlussfolgerungen aus den Ergebnissen gezogen wurden und was im Einzelnen aufgrund dieser Erkenntnisse veranlasst wurde.

### **8.3.5. Festlegung von ersten Interventionsmaßnahmen zur Verhütung der Weiterverbreitung der Keime**

Die KRINKO-Empfehlung zum Ausbruchmanagement sieht nach der Festlegung des akuten Handlungsbedarfs eine erste kritische Analyse der bis dahin gewonnenen Informationen, der Gefährdungsanalyse und der festgestellten Hygienemängel unter Berücksichtigung der Art der Infektion, der Ökologie und der bekannten Übertragungswege des Erregers zur Festlegung von Sofortmaßnahmen zum Schutz vor dessen Weiterverbreitung vor. Die Auswahl dieser ersten Interventionsmaßnahmen kann in dieser Phase noch Unschärfen aufweisen, weil der Informationsstand häufig noch lückenhaft ist, Patienten und Personal aber so rasch wie möglich zu schützen sind. Zu den bewährten Sofortmaßnahmen werden gezählt:

- Information und Schulung des Personals hinsichtlich des Umgangs mit der gehäuft aufgetretenen Infektion unter besonderer Berücksichtigung der Händedesinfektion,
- gezielte Desinfektionsmaßnahmen,
- gegebenenfalls Isolierung betroffener Patienten,
- gegebenenfalls vorübergehende Schließung von Abteilungen oder Stationen nach vorheriger Abstimmung mit dem Gesundheitsamt.<sup>806</sup>

Am 12. September 2011 sind zwar im parlamentarischen Untersuchungsausschuss an die erste krankenhaushygienische Ortsbegehung durch die Hygienefachkraft Frau Mietzner und die Umgebungsuntersuchung erste Maßnahmen besprochen worden. Diese betrafen jedoch die Händehygiene und die Aufklärung der Eltern über die hygienischen Verhaltensanforderungen beim Kontakt mit dem Kind. Es handelte sich

---

<sup>806</sup> Bundesgesundheitsblatt 2002, 180 (183).

um keine Interventionsmaßnahmen im eigentlichen Sinn, sondern die Intensivierung des allgemeinen Hygienemanagements.<sup>807</sup>

#### **8.3.5.1. Screening-Untersuchungen der Patientinnen und Patienten**

Klassische Maßnahmen eines Ausbruchsmanagements, die in der KRINKO-Empfehlung angesprochen sind, wurden hingegen erst deutlich später ergriffen. Um erkennen zu können, ob eine Übertragung von bereits infizierten oder besiedelten Kindern auf bisher noch nicht betroffene Frühchen stattfindet, wäre die Anordnung eines regelmäßigen Screenings aller Patienten der betroffenen Abteilungen, insbesondere der Station 4027 erforderlich gewesen. Das Screening auf ESBL ist jedoch nicht durch das Klinikum initiiert worden. Es findet sich vielmehr erst am 18. Oktober 2011 eine Empfehlung hierzu durch das Gesundheitsamt. Im Protokoll der Begehung vom 18. Oktober 2011 heißt es in den Empfehlungen des Referatsleiters Infektionsepidemiologie, Herrn Dr. Wunderle, unter anderem:

*„Weiter sollen ab sofort alle Abstriche (Perineum) der Frühgeborenen auch auf ESBL getestet werden. 1xwöchentlich soll ein ESBL-Screening stattfinden.“<sup>808</sup>*

Dementsprechend liegen erst relativ spät, nämlich seit dem 25. Oktober 2011 flächendeckend für alle Kinder Screeningergebnisse vor. Für die Zeit davor bestehen keine gesicherten Erkenntnisse, wann sich die betroffenen Frühchen vor dem Erstrnachweis infiziert haben.<sup>809</sup> Für die Annahme der handelnden Akteure beim Klinikum Bremen-Mitte, dass es in der Zeit nach der Meldung an das Gesundheitsamt vom 8. September 2011 bis zum 12. Oktober 2011 nicht zu Neuinfektionen gekommen sei,<sup>810</sup> besteht daher mangels Screeninguntersuchungen auch bei den unauffälligen Kindern kein Beleg. Unabhängig davon bestand kein Grund zur Entwarnung. In der Zeit vom 12. September bis zum 9. Oktober 2011 sind von den bereits als infiziert bekannten Kindern insgesamt 16 weitere positive Befunde aus

---

<sup>807</sup> Protokoll Nr. 2 vom 12. September 2011, Band 8, S. 5 ff.

<sup>808</sup> Protokoll der Begehung am 18. Oktober 2011, Band 1, S. 101.

<sup>809</sup> Zwischenbericht des Robert Koch-Instituts vom 29. November 2011, Band 16, S. 24.

<sup>810</sup> Vgl. Protokoll der Begehung vom 18. Oktober 2011, Band 1, S. 101.

Screeninguntersuchungen eingegangen.<sup>811</sup> Es war dementsprechend bekannt, dass der Keim nach wie vor auf der Station präsent war und damit das Risiko der Übertragung fortbestand. Um stetig ein Lagebild zu erhalten und die Situation jeweils bewerten zu können, wäre die frühzeitige Anordnung eines regelmäßigen Screenings auf ESBL-bildende Klebsiellen daher unabdingbar gewesen. Dieses Erfordernis unterstreichen auch die Empfehlungen des Robert Koch-Instituts in dessen Zwischenbericht vom 29. November 2011. Darin wird eine intensivisierte Surveillance gefordert, die unter anderem zweimal wöchentlich ein Screening der Frühchen auf den Stationen 4027 und 4028 vorsah.<sup>812</sup> Herr Dr. Eckmanns vom Robert Koch-Institut erläuterte im Rahmen seiner Vernehmung als Sachverständiger vor dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss, dass es sich bei dem regelmäßigen Screening um eine der ganz wichtigen Maßnahmen handle, um möglichst früh zu erfahren, wo der Erreger sei und wo er neu auftauche. Um frühzeitig Erkenntnisse zu bekommen, müsse das Screening zweimal in der Woche durchgeführt werden.<sup>813</sup>

Damit korrespondiert, dass die KRINKO nunmehr seit Anfang 2012 aufgrund einer ergänzenden Empfehlung zur „Prävention nosokomialer Infektionen bei neonatologischen Intensivpflegepatienten mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g“ bei intensivmedizinisch behandelten Frühgeborenen sogar routinemäßig ein klinisch-mikrobiologisches Screening (in Bezug auf die Kolonisation) auf solche multiresistenten Infektionserreger für indiziert hält, die meist den Nasopharynx (Rachenabstrich) und den Gastrointestinaltrakt (Analabstrich) besiedeln, um gegebenenfalls frühzeitig eine kalkulierte Infektionstherapie einleiten zu können.<sup>814</sup>

Im Ergebnis ist festzuhalten, dass das Screening auf ESBL-bildende Klebsiellen deutlich früher hätte eingeleitet werden müssen, um den Umfang und die Entwicklung des Problems beurteilen zu können. Anlass dazu hätte bereits Ende Juni 2011 bestanden, als die durch einen Abstrich vom 30. April 2011 nachgewiesene nosokomiale Infektion bekannt war und drei weitere Besiedelungsfälle jeweils betreffend ESBL-bildende *Klebsiella pneumoniae* aufgetreten waren.<sup>815</sup> Spätestens am 12. September 2011 hätte jedoch bei dem seinerzeit stattfindenden Treffen zur

---

<sup>811</sup> Chronologie der ESBL-Meldungen 2 incl. eingetakteter Abstrichbefunde, Band 21, S. 150.

<sup>812</sup> Herr Staatsrat Professor Stauch, Bericht, Ausbruch von ESBL bildenden *Klebsiella pneumoniae* im Zentrum für Kinderheilkunde, Klinik Bremen-Mitte im Jahr 2011, Bremen, den 20. Dezember 2011, Band 50, S. 27.

<sup>813</sup> Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 15/2078 f.

<sup>814</sup> Epidemiologisches Bulletin, 2012 (Nr. 2), 14.

<sup>815</sup> Siehe unter „8.3.1. Feststellen des Auslöseereignisses“.

Besprechung der Ergebnisse der Stationsbegehung und der Umgebungsuntersuchung eine Festlegung zur Durchführung eines regelmäßigen Screenings erfolgen müssen. Das Fehlen der Screeninguntersuchungen hat in der Folgezeit dazu geführt, dass keine ausreichende Datenbasis bestand, um die Situation beurteilen zu können. Soweit etwa die handelnden Akteure für die Zeit vom 8. September bis zum 12. Oktober 2011 davon ausgingen, dass keine weiteren Infektionen erfolgten, bestand hierfür keine sichere Grundlage. Ob der Keim nicht doch bereits in der Zwischenzeit weitergegeben wurde, könnte nur dann beurteilt werden, wenn in dieser Zeit auch die Kinder gescreent worden wären, bei denen keine Infektionsanzeichen erkennbar waren. Neben der tagesaktuellen Beurteilbarkeit der Sachlage ist durch das Unterlassen der Screeninguntersuchungen auch die Suche nach der Keimquelle behindert worden. Im Zwischenbericht des Robert Koch-Instituts ist die Durchführung einer „analytischen Fall-Kontroll- oder Kohortenstudie“ als Möglichkeit zur weiterführenden epidemiologischen Untersuchung des Ausbruchsgeschehens angesprochen. Eine solche Studie konnte insbesondere deshalb nicht durchgeführt werden, weil es dazu der Feststellung sicher negativer Kontrollpatienten bedürfe und dazu aufgrund des Fehlens von Screeningergebnissen für die Zeit vor der Aufnahme der Screenings am 25. Oktober 2011 keine gesicherten Daten bestünden.<sup>816</sup>

### 8.3.5.2. Kohortierung

Die Isolierung betroffener Patienten, also eine Kohortierung, findet erstmals in einer Aktennotiz vom 27. Oktober 2011 betreffend ein Gespräch, das Herr Professor Dr. Huppertz, Frau Peter, Herr Dr. Selzer, Frau Thiele und Frau Benz miteinander führten, wie folgt Erwähnung:

*„Alle Kinder aus dem hinteren Zimmer werden auf die Station 4027 verlegt. Im kleineren Zimmer bleiben 2 ESBL Kinder (Zwillinge).*

*Das hintere Zimmer wird mit gesunden Neugeborenen belegt. Personal zwischen den einzelnen Behandlungszimmern ist strikt zu trennen.“<sup>817</sup>*

---

<sup>816</sup> Zwischenbericht des Robert Koch-Instituts vom 29. November 2011, Band 16, S. 24.

<sup>817</sup> Aktennotiz, Donnerstag den 27. Oktober 2011, Band 23, S. 71.

Die entsprechende Maßnahme findet ferner als konkrete Anforderung zur Verbesserung der Hygiene Erwähnung im Begehungsprotokoll des Gesundheitsamtes vom 28. Oktober 2011.<sup>818</sup>

Als die Mitarbeiter des Robert Koch-Instituts am 2. November 2011 eintrafen, war die Kohortierung bereits umgesetzt. Das Robert Koch-Institut hatte eine weiter gehende Kohortierung empfohlen, die letztlich durchgeführt wurde.<sup>819</sup> Die Empfehlung sah vor, alle betroffenen Kinder in drei Gruppen aufzuteilen, und zwar

1. Patienten die einen positiven ESBL-Klebsiella-pneumoniae-Nachweis hatten,
2. Patienten, die zu einem Fall exponiert waren, aber bisher im Screening negativ waren, somit primäre Kontaktkinder und
3. Patienten, die nicht in einem Zimmer mit einem Fall lagen, sofern dies sicher dokumentiert und das Screening negativ war.

Die den ersten beiden Gruppen unterfallenden Kinder sind auf einer Isolierstation zusammengefasst und die der dritten Gruppe unterfallenden Kinder auf eine andere Station verlegt worden.<sup>820</sup>

Insgesamt ist festzustellen, dass die Kohortierung der Kinder zu spät durchgeführt wurde. Diese Maßnahme muss zur Unterbrechung der Übertragungswege am Anfang stehen. Dies belegen die Erkenntnisse aus dem Ausbruchmanagement der Neonatologie an der Asklepios Klinik Barmbek. Dort wurde im August/September 2011 gleichfalls ein Ausbruch mit ESBL-bildenden Klebsiellen festgestellt. Der erste Keimnachweis erfolgte bei einem Zwillingsskind nach einem Abstrich von einer Bindehautentzündung am Auge. Bereits dieser Erstnachweis führte dazu, dass das betroffene Kind in einem Einzelzimmer isoliert untergebracht wurde, obwohl dies mit einer Trennung vom Zwillingsgeschwisterkind einherging.<sup>821</sup> Als Ende August 2011 ein weiterer Befund aus der Operationswunde eines Frühchens hinzukam, wurde ein Screening aller Patienten der Neonatologie durchgeführt, das bei acht von zwölf Kindern eine Besiedelung ergab. Darauf wurden die betroffenen von den nicht

---

<sup>818</sup> Gehäuftes Auftreten von ESBL-Klebsiellen in der Neonatologie Station 4027/KBM, Protokoll vom 28. Oktober 2011, Band 8, S. 39.

<sup>819</sup> Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 15/2077.

<sup>820</sup> Zwischenbericht des Robert Koch-Instituts vom 29. November 2011, Band 16, S. 26.

<sup>821</sup> Herr Dr. Laux, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 16/2183.

betroffenen Kindern getrennt.<sup>822</sup> Als sich in der Folgezeit herausstellte, dass auf der Intensiv- und der Überwachungsstation insgesamt zweiundzwanzig betroffene Kinder lagen, ist die Kohortierung noch weiter vorangetrieben worden. Es sind sodann auch die Kontaktkinder, also die Kinder, die potentiell im selben Zimmer gelegen haben wie ein Kind, das betroffen war, räumlich getrennt worden. Das Pflegepersonal, das betroffene Kinder gepflegt hatte, hat nicht mehr gleichzeitig die Kontaktkinder gepflegt. Ferner wurden die Kontaktkinder zwei Mal pro Woche mit Abstrichen kontrolliert. Es sind dann keine weiteren Erkrankungen mehr aufgetreten.<sup>823</sup> Der Leiter der Neonatologie an der Asklepios Klinik Barmbek zog daraus folgendes Fazit:

*„Die Konsequenz ist, dass wir sagen können, es scheint so, dass man mit einem erhöhten Barriereverhalten tatsächlich die Weitergabe dieser Keime effektiv verhindern kann, wenn man es weiß. Die übliche und bis dahin empfohlene Hygienevorschrift der strengen Händehygiene, das muss man sagen, wird von diesen Keimen durchbrochen, sie reicht nicht aus.“<sup>824</sup>*

Diese Ausführungen belegen, den hohen Stellenwert der Kohortierung im Rahmen des Ausbruchsmanagements. Die Maßnahme ist so früh wie möglich zu ergreifen. Überdies ist sogleich durch Abstrichuntersuchungen zu klären, welche Patienten besiedelt sind, weil andernfalls eine Kohortierung aufgrund unzureichender Kenntnis vom Verbreitungsstand nicht durchführbar ist. Die Aufnahme der Kohortierung und des Screenings hätte folglich zum frühestmöglichen Zeitpunkt erfolgen müssen, mithin Ende Juni 2011. Dies scheiterte an der unzureichenden Dokumentation der Befunde und der Zuständigkeitsregelung betreffend der Bewertung von Keimbefunden, so dass seinerzeit keiner der Akteure den Gesamtüberblick hatte.<sup>825</sup> Spätestens in dem Zeitpunkt, als die Meldung erfolgte, also Anfang September 2011, hätte jedoch mit der Kohortierung begonnen werden müssen. Durch sofortige Screeninguntersuchungen bei allen Patienten der Station 4027 hätte festgestellt werden können, welche Frühchen besiedelt waren und welche nicht. Sodann hätte durch eine Isolierung der Gruppen voneinander und eine feste Personalzuordnung die Übertragungsmöglichkeit minimiert werden können. Die Bedeutung der Maßnahme wird durch das Beispiel des

---

<sup>822</sup> Herr Dr. Laux, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 16/2184.

<sup>823</sup> Herr Dr. Laux, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 16/2186.

<sup>824</sup> Herr Dr. Laux, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 16/2189.

<sup>825</sup> Siehe unter „8.3.1. Feststellen des Auslöseereignisses“.

Umgangs mit dem Keimausbruch an der Asklepios Klinik Barmbek vom August/September 2011 deutlich. Zwar ist es bezüglich des Ausbruchsgeschehens am Klinikum Bremen-Mitte möglich, dass trotz Kohortierung und Screeninguntersuchungen der Ausbruch nicht beendet worden wäre. Allerdings ändert dies nichts daran, dass diese Maßnahmen das Risiko einer Weiterverbreitung von Keimen deutlich vermindern können.

### **8.3.5.3. Aufnahmestopp**

In der KRINKO-Empfehlung zum Ausbruchsmanagement findet sich in der Aufzählung bewährter Sofortmaßnahmen unter dem letzten Spiegelstrich die vorübergehende Schließung von Abteilungen oder Stationen nach vorheriger Abstimmung mit dem Gesundheitsamt.<sup>826</sup> Bereits der Standort in der Aufzählung zeigt, dass die Schließung die ultima-ratio-Lösung darstellt, wenn andere Maßnahmen nicht oder nicht mehr Erfolg versprechend sind. Dies ist dem Versorgungsauftrag geschuldet. Insbesondere bei Notfällen, die auch in der neonatologischen Intensivmedizin vorkommen, ist zumindest ein Versorgungszentrum für Bremen notwendig, um überhaupt die medizinische Behandlung zu gewährleisten. Deshalb waren die Risiken, die von einem Ausbruchsgeschehen ausgehen, mit den Notwendigkeiten, eine ausreichende medizinische Versorgung bereitzustellen, gerade bei der Schließung der neonatologischen Station abzuwägen.

Am 2. November 2011 erließ die Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit gestützt auf § 28 Abs. 1 Infektionsschutzgesetz in sachlicher Unzuständigkeit<sup>827</sup> unter Anordnung der sofortigen Vollziehbarkeit einen Aufnahmestopp für die Station 4027.<sup>828</sup> Herr Dr. Zastrow äußerte zwar Verständnis für die Entscheidung, hielt die Maßnahme jedoch für einen Ausdruck von „Nervosität“ und einer „gewissen Hilflosigkeit“. Da die Station irgendwann wieder geöffnet werden müsse, sei es zur Vermeidung eines erneuten Keimausbruchs wichtig, dass dann nicht die gleichen Fehler erneut gemacht würden. Dazu bedürfe es einer Analyse der Arbeitsabläufe, die im Fall einer Schließung nicht erfolgen könne.<sup>829</sup>

---

<sup>826</sup> Bundesgesundheitsblatt 2002, 180 (183).

<sup>827</sup> Siehe unter „9.2.3.2. Zuständigkeit für Schutzmaßnahmen und Bußgeldverfahren nach dem Infektionsschutzgesetz“.

<sup>828</sup> Bescheid der Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit vom 2. November 2011, Band 26, S. 140 ff.

<sup>829</sup> Herr Dr. Zastrow, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 2/245 ff.<sup>830</sup> Herr Professor Dr. Herting, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 1/63.

Herr Professor Dr. Herting, der Leiter der Lübecker Universitätskinderklinik, teilte mit, dass Stationsschließungen immer wieder vorkämen. Im Jahr 2009 habe man auch an der Universitätskinderklinik in Lübeck zum Mittel der Schließung der Frühgeborenenstation greifen müssen. Es habe seinerzeit einen Ausbruch der Schweinegrippe H1N1 im Kreißsaal gegeben. Die Situation sei nicht einschätzbar gewesen, und daher sei es dann sicherer und einfacher gewesen, die Frühchenstation vorübergehend zu schließen.<sup>830</sup>

Vergleichbar äußerte sich Herr Dr. Laux, der Leiter der Neonatologie an der Asklepios Klinik Barmbek. Dort wurde ein Aufnahmestopp bereits angeordnet, als lediglich bei einem Kind eine Bindehautentzündung und bei einem anderen Kind ein Nachweis aus einem Wundabstrich als Infektionsanzeichen vorlagen und im Übrigen lediglich Besiedelungen bekannt waren. Zur Begründung führte Herr Dr. Laux aus:

*„Wir haben schon am 7. September von uns aus einen Aufnahmestopp verhängt, weil wir gesehen haben, dass wir in dieser Situation nicht wissen, woher der Keim kommt, nicht wissen, wie er verbreitet wird und diese Situation schon als Outbreak, als Ausbruch, zu definieren ist, auch wenn eben die meisten Kinder kontaminiert, aber nicht erkrankt waren.“<sup>831</sup>*

Herr Professor Dr. Eikmann, der Direktor des Instituts für Hygiene und Umweltmedizin der Justus-Liebig-Universität Gießen, wurde im Hinblick auf das Ausbruchsgeschehen auf der Neonatologie des Klinikums Bremen-Mitte sogar noch konkreter. Er äußerte sich wie folgt:

*„Aus krankenhaushygienischer Sicht hätte man aber sicherlich sehr viel schneller, sehr viel massiver reagieren und hier eingreifen müssen, bis hin zur Schließung der Station. Das wäre sicherlich sinnvoll und erforderlich gewesen.“<sup>832</sup>*

---

<sup>830</sup> Herr Professor Dr. Herting, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 1/63.

<sup>831</sup> Herr Dr. Laux, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 16/2185.

<sup>832</sup> Herr Professor Dr. Eikmann, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 2/100.

Bei zusammenfassender Würdigung der Angaben der Sachverständigen kommt der parlamentarische Untersuchungsausschuss zu dem Schluss, dass der Aufnahmestopp vom 2. November 2011 dringend geboten war. Bis dahin war es den Verantwortlichen im Klinikum Bremen-Mitte nicht gelungen, ein strukturiertes Ausbruchsmanagement einzuleiten. Zentrale Maßnahmen wurden erst kurz vor der Anordnung des Aufnahmestopps eingeleitet, insbesondere das flächendeckende Screening der Frühchen und die Kohortierung. Insbesondere die Kohortierung konnte erst effektiv umgesetzt werden, nachdem von allen Frühchen der Station Screeningergebnisse vorlagen. In dieser Situation hätte die Neuaufnahme von Frühchen die Behandlung in Einzelzimmern und durch Personal erfordert, das keine anderen möglicherweise unerkannt besiedelten oder infizierten Frühchen behandelt. Dies hätte weder räumlich noch personell gewährleistet werden können.

Ein Aufnahmestopp wäre aus den vorgenannten Gründen nach Auffassung des parlamentarischen Untersuchungsausschusses bereits am 17. Oktober 2011, dem Tag an dem die Typisierungsbefunde beim Klinikum Bremen-Mitte eintrafen, bis zur Umsetzung eines flächendeckenden Screenings und einer Kohortierung geboten gewesen. Nach der Meldung des gehäuften Keimauftritts durch das Klinikum Bremen-Mitte an das Gesundheitsamt gemäß § 6 Abs. 3 Infektionsschutzgesetz am 7./8. September 2011 wurden zwar zunächst keine Neuinfektionen und -besiedelungen festgestellt. Dies kann auch darauf zurückzuführen sein, dass kein flächendeckendes Screening etabliert wurde, wodurch Neuinfektionen und -besiedelungen einfach unerkannt geblieben sind. Durch Abstriche vom 12., 13. und 15. Oktober wurden bei den Kindern Nr. 21, 22 und 23 neue Fälle der Infektion bzw. Besiedelung mit ESBL-bildenden *Klebsiella pneumoniae* bekannt. Am 16. Oktober starb das Kind Nr. 22 infolge eines septischen Schocks. Überdies lagen den Verantwortlichen seit dem 17. Oktober 2011 die Ergebnisse der an das Nationale Referenzzentrum für gramnegative Erreger in Bochum zur DNA-Typisierung übersandten Isolate der Proben vom 8. September 2011 vor, wonach nunmehr unzweifelhaft von einem epidemiologischen Zusammenhang der einzelnen Fälle auszugehen war.<sup>833</sup> In dieser Situation hätte bereits Anlass bestanden, keine weiteren Kinder dem Risiko des Kontaktes mit infizierten beziehungsweise besiedelten Kindern auszusetzen. Mindestens bis zur Umsetzung eines flächendeckenden Screenings und einer an den daraus resultierenden Ergebnissen orientierten Kohortierung wäre die Verhängung eines vorübergehenden Aufnahmestopps geboten gewesen.

---

<sup>833</sup> Siehe unter „3.3.5. ESBL-bildende Klebsiellen im Oktober 2011“.

### 8.3.6. Ermittlung der Infektionsquelle

Nach Festlegung der Sofortmaßnahmen formuliert die KRINKO-Empfehlung zum Ausbruchsmanagement als nächstes Ziel, so genau wie möglich die Ursachen der Infektion und die Infektionsquelle aufzudecken, um die bereits eingeleiteten Kontrollmaßnahmen zu fokussieren oder zu modifizieren. Diesem Ziel dienen

- sorgfältig geplante, ausführliche krankenhaushygienische Ortsbegehungen,
- eine detaillierte Überprüfung von Handlungsabläufen sowie
- hygienisch-mikrobiologische Untersuchungen,
- ggf. ergänzt durch eine systematische epidemiologische Analyse. In Abstimmung mit dem zuständigen Gesundheitsamt sind ggf. zusätzliche Experten einzubeziehen.<sup>834</sup>

Die Durchführung der vorgenannten Aufgaben weist die KRINKO-Empfehlung zum Ausbruchsmanagement dem Krankenhaushygieniker zu. Er soll in Ergänzung der ersten krankenhaushygienischen Ortsbegehung, die der Festlegung des akuten Handlungsbedarfs dient, bei einer erneuten Ortsbegehung ausführlich potenzielle Infektionsquellen, technische Systeme, baulich-funktionelle und betrieblich-organisatorische Gegebenheiten prüfen, in die krankenhaushygienische Analyse einbeziehen und die Ergebnisse dokumentieren.<sup>835</sup>

Der parlamentarische Untersuchungsausschuss konnte nicht feststellen, dass der seinerzeit zuständige Krankenhaushygieniker, Herr Dr. Kappler, diese Aufgabe wahrgenommen hat. Der ersten Stationsbegehung durch die Hygienefachkraft Frau Mietzner vom 7. September 2011 schloss sich zeitnah keine weitere Begehung an. Die nächste Begehung fand erst statt, als im Oktober 2011 neue Infektionen und Besiedelungen bei Frühchen mit ESBL-Klebsiellen festgestellt wurden und aufgrund der Ergebnisse des Nationalen Referenzzentrums für gramnegative Erreger die Genidentität der Isolate feststand, die vor dem 8. September 2011 durch Abstriche gewonnen wurden. Es handelte sich um eine Begehung am 18. Oktober 2011 durch

---

<sup>834</sup> Bundesgesundheitsblatt 2002, 180 (183 f.).

<sup>835</sup> Bundesgesundheitsblatt 2002, 180 (184).

das Gesundheitsamt, an welcher der Krankenhaushygieniker nicht teilnahm.<sup>836</sup> Als danach noch deutlich mehr Besiedelungs- und Infektionsfälle festgestellt wurden und am 27. Oktober 2011 das seit Ende August infizierte Kind Nr. 18 starb, führte das Gesundheitsamt am 28. Oktober 2011 eine weitere Begehung durch. Auch an dieser nahm der Krankenhaushygieniker nicht teil.<sup>837</sup>

#### **8.3.6.1. Tätigkeit des Robert Koch-Instituts**

Ab dem 2. November 2011 ist die Aufklärungsarbeit im Krankenhaus maßgeblich durch das Robert Koch-Institut übernommen worden. Das Robert Koch-Institut wurde am 1. November 2011 durch die Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit eingeschaltet und nahm am 2. November 2011 seine Tätigkeit auf,<sup>838</sup> zunächst durch eine Besichtigung der Station 4027 und eine Beobachtung der Arbeitsabläufe.<sup>839</sup> Die Einbindung des Robert Koch-Instituts bezog sich dabei nicht lediglich auf die Ursachenerforschung. Es ist vielmehr primär zu dem Zweck herangezogen worden, Maßnahmen zur Verhinderung der weiteren Keimausbreitung zu begleiten und zu initiieren. Im Ergebnisprotokoll des ersten Gesprächs mit den Experten des Robert Koch-Instituts vom 2. November 2011, das in der Zeit von 20:00 Uhr bis 20:30 Uhr im Klinikum Bremen-Mitte stattfand, wird insoweit ausgeführt:

*„Im Vordergrund steht primär, die weitere Ausbreitung durch geeignete Maßnahmen zu stoppen. Unmittelbar in der Folge wird versucht, die Ursache zu ergründen.“<sup>840</sup>*

Die weiteren Gesprächsprotokolle belegen, dass das Robert Koch-Institut weit über die bloße Ursachenerforschung hinaus in das Krisenmanagement eingebunden war. Im Rahmen eines Fachgesprächs am 3. November 2011 ging es neben dem Personalscreening überwiegend um Fragen der praktischen Durchführung der Kohortierung der Frühchen, ferner um den Umgang mit Medizinprodukten und Desinfektionsmaßnahmen.<sup>841</sup> Am 4. und am 7. November 2011 sind erneut die

---

<sup>836</sup> Protokoll der Begehung am 18. Oktober 2011, Band 1, S. 101.

<sup>837</sup> Protokoll der Begehung am 28. Oktober 2011, Band 1, S. 107.

<sup>838</sup> Siehe unter „3.3.6. ESBL-bildende Klebsiellen im November 2011“.

<sup>839</sup> Ergebnisprotokoll Gespräch 2. November 2011, Band 2, S. 29.

<sup>840</sup> Ergebnisprotokoll Gespräch 2. November 2011, Band 2, S. 29.

<sup>841</sup> Ergebnisprotokoll Fachgespräch vom 3. November 2011, Band 3, S. 110 f.

Kohortierung und im Übrigen überwiegend das Personalscreening thematisiert worden.<sup>842</sup>

Das Robert Koch-Institut war folglich nicht ausschließlich mit der Ermittlung der Infektionsquelle befasst, sondern wurde auch mit Problemen des Ausbruchsmanagements konfrontiert. Gleichwohl wird im Zwischenbericht vom 29. November 2011 als Ziel der Untersuchung formuliert:

*„Ziele der hier dargestellten Ausbruchsuntersuchung waren die epidemiologische Beschreibung des Ausbruchs und die Suche nach dem Ausbruchsvehikel beziehungsweise eine Darstellung möglicher Infektionsketten, um rasche Empfehlungen zur Eindämmung des Ausbruchs zu erstellen.*

*Ein weiteres Ziel der Untersuchung war die Klärung, inwieweit eine analytische Studie zur Darstellung der Risikofaktoren für eine Besiedelung/Infektion mit ESBL-Klebsiella-pneumoniae mit Aussicht auf Erfolg durchführbar ist.“<sup>843</sup>*

Zu den Methoden führt das Robert Koch-Institut aus, dass die Hygienefachkräfte bei einer Umgebungsuntersuchung begleitet worden seien, Pflegebeobachtungen sowie Beobachtungen der Medikamentenzubereitung und in wechselnder Begleitung Stationsbegehungen durchgeführt worden seien. Ferner sei die Fallsuche intensiviert und eine deskriptive Auswertung und Darstellung der Falldaten vorgenommen worden.<sup>844</sup> Im Ergebnis konnten hinsichtlich der möglichen Übertragungswege lediglich Hypothesen gewonnen werden.<sup>845</sup> Weiter gehende Erkenntnisse hätten unter Umständen durch die Anwendung analytischer epidemiologischer Untersuchungsmethoden erzielt werden können. Hierzu hätte es jedoch einer besseren Datenbasis bedurft, insbesondere umfassenderer Screeninguntersuchungen, einer Pflegedokumentation, die die Zuordnung eines Patienten zu einem Bettenplatz und für

---

<sup>842</sup> Ergebnisprotokoll vom 4. November 2011, Band 3, S. 118 f.; Vermerk Umsetzungsrunde vom 7. November 2011, Band 3, S. 97 ff.

<sup>843</sup> Zwischenbericht des Robert Koch-Instituts vom 29. November 2011, Band 16, S. 9.

<sup>844</sup> Zwischenbericht des Robert Koch-Instituts vom 29. November 2011, Band 16, S. 9 ff.

<sup>845</sup> Siehe unter „4.4. Herkunft des Keims und Übertragungswege“.

die Station 4027 auch eine Zuordnung zu einem Zimmer beinhaltet, sowie uneingeschränkt lesbare Patientenakten.<sup>846</sup>

Insgesamt bleibt festzuhalten, dass die Tätigkeit des Robert Koch-Instituts über den bloßen Versuch zur Ermittlung der Keimquelle hinausging. Aufgaben des Ausbruchsmanagements, die grundsätzlich deutlich früher wahrzunehmen und gegenüber der Ermittlung der Keimquelle vorrangig sind, insbesondere die Festlegung von Interventionsmaßnahmen zur Vermeidung einer Weiterverbreitung des Keimes, sind von den Mitarbeitern des Robert Koch-Instituts maßgeblich beeinflusst worden.

### 8.3.6.2. Tätigkeit des Deutschen Beratungszentrums für Hygiene

Im Auftrag der Gesundheit Nord ist ferner das Deutsche Beratungszentrum für Hygiene beauftragt worden. Durch dessen Mitarbeiter wurde am 23. und 24. November 2011 eine Visitation der Neonatologie am Klinikum Bremen-Mitte durchgeführt. Das Ziel der Visitation wird im dazugehörigen Bericht wie folgt formuliert:

*„Ziel der Visitation war die Analyse von Schwachstellen im Hygienemanagement der Einrichtung und die Erstellung eines Maßnahmenkataloges zur kontinuierlichen Verbesserung unter Berücksichtigung haus- bzw. GeNo-weiter Implikationen.“<sup>847</sup>*

Unabhängig von dieser eher mittel- bis langfristigen Zielsetzung standen die Begehungen zeitlich noch im Kontext des Ausbruchsgeschehens. Die äußerst detaillierte Konformitätsprüfung der Verhältnisse auf der neonatologischen Intensivstation und der Prozessabläufe mit der KRINKO-Empfehlung zur Prävention nosokomialer Infektionen bei neonatologischen Intensivpflegepatienten mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g<sup>848</sup> geht deutlich über grundsätzliche Verbesserungsvorschläge hinaus und benennt konkrete Defizite und Empfehlungen.<sup>849</sup> Konkrete Ursachen für den Keimausbruch, insbesondere eine Keimquelle, konnte das Deutsche Beratungszentrum für Hygiene nicht ermitteln. Entsprechend der Zielsetzung

---

<sup>846</sup> Zwischenbericht des Robert Koch-Instituts vom 29. November 2011, Band 16, S. 24 f.

<sup>847</sup> Visitationsbericht des Deutschen Beratungszentrums für Hygiene vom 8. Dezember 2011, Band 22, S. 2.

<sup>848</sup> Bundesgesundheitsblatt 2007, 1265.

<sup>849</sup> Visitationsbericht des Deutschen Beratungszentrums für Hygiene vom 8. Dezember 2011, Band 22, S. 19 ff.

waren die Ergebnisse primär auf eine generelle Verbesserung des Hygieneverhaltens und -managements bezogen.

Nach Auffassung von Herrn Professor Dr. Popp war die Beauftragung des Deutschen Beratungsinstituts für Hygiene nicht ausreichend. Da in der Klinik selbst in der gegebenen Ausbruchssituation kein ausreichender Sachverstand vorhanden gewesen sei, hätte das Klinikum Bremen-Mitte über einen längeren Zeitraum eine erfahrene Expertin beziehungsweise einen erfahrenen Experten für Krankenhaushygiene beiziehen müssen, die oder der mehrmals wöchentlich ganztags vor Ort hätte arbeiten müssen.<sup>850</sup> Zur Beauftragung externer Sachverständiger äußerte sich Herr Professor Dr. Popp wie folgt:

*„Also, mein Eindruck ist, dass man hier im Prinzip von der ganzen Situation komplett überrollt wurde, dass man überhaupt keine Ahnung hatte, wie man mit so einer Situation umgeht, und dann eben gehofft hat, jetzt holen wir uns einmal ein paar, und die werden uns da schon heraushelfen. Das ist ja nicht passiert.“<sup>851</sup>*

Demgegenüber bekundete Herr Dr. Eckmanns, der für das Robert Koch-Institut federführend den Ausbruch von ESBL-bildenden Klebsiellen in Bremen begleitet hat, auf die Frage, wie er die Tatsache beurteile, dass seitens des Klinikums Bremen-Mitte das Beratungszentrum für Hygiene (Freiburg) hinzugezogen wurde:

*„Im Grunde fanden wir das sehr gut, weil wir dachten, dass dort eben durchaus noch zusätzlich Hygieneexpertise sinnvoll wäre.“<sup>852</sup>*

#### **8.3.6.3. Personalscreening**

Ein Personalscreening wurde in den KRINKO-Empfehlungen nicht ausdrücklich gefordert. In der im Januar 2012 veröffentlichten ergänzenden Empfehlung zur

---

<sup>850</sup> Herr Professor Dr. Popp, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 32/4741 f.

<sup>851</sup> Herr Professor Dr. Popp, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 32/4742.

<sup>852</sup> Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 15/2099.

„Prävention nosokomialer Infektionen bei neonatologischen Intensivpflegepatienten mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g“ heißt es dagegen nunmehr:

*„Über ein Personalscreening ist situationsbezogen in Absprache mit dem Krankenhaushygieniker zu entscheiden.“<sup>853</sup>*

Bereits anlässlich der Begehung durch das Gesundheitsamt vom 28. Oktober 2011 ist im Protokoll unter den konkreten Anforderungen zur Verbesserung der Hygiene unter dem letzten Spiegelstrich festgehalten:

*„Die Entscheidung, ob ein Personalscreening stattfinden soll, wird nach dem Vorliegen der Ergebnisse aus der DNA-Typisierung der Proben von den 3 letzten Fällen der ESBL-Häufung getroffen.“<sup>854</sup>*

Am 2. November 2011 erließ die Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit gestützt auf § 28 Abs. 1 Infektionsschutzgesetz mit der Anordnung des Aufnahmestopps für die Station 4027 zugleich die Anordnung eines Personalscreenings, wobei zunächst die Abgabe von Stuhlproben vorgesehen war.<sup>855</sup> Mit einem Änderungs- und Ergänzungsbescheid vom 7. November 2011 ist diese Anordnung modifiziert und fortan auch die Untersuchung mittels Analabstrichen zugelassen worden.<sup>856</sup> Hintergrund war, dass es keine standardisierten Vorgaben für die Durchführung eines Personalscreenings gibt und die Labormedizin in Person von Frau Professor Dr. Klouche und Herrn Dr. Wunderle vom Gesundheitsamt nach Rücksprache mit den Mitarbeitern des Robert Koch-Instituts Analabstriche für gleichermaßen aussagekräftig hielten.<sup>857</sup>

Die vom parlamentarischen Untersuchungsausschuss angehörten Sachverständigen haben die Durchführung des Personalscreenings grundsätzlich befürwortet. Der Mitarbeiter des Robert Koch-Instituts, Herr Dr. Eckmanns, hat mitgeteilt, dass er ein Personalscreening anfänglich nicht als vorrangig erachtet habe, weil es sich bei

---

<sup>853</sup> Epidemiologisches Bulletin Nr. 2, 16. Januar 2012, S. 14.

<sup>854</sup> Protokoll vom 28. Oktober 2011, Band 1, S. 108.

<sup>855</sup> Bescheid der Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit vom 2. November 2011, Band 26, S. 140 ff.

<sup>856</sup> Bescheid der Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit vom 7. November 2011, Band 26, S. 407 f.

<sup>857</sup> Ergebnisprotokoll Gespräch 2. November 2011, Band 2, S. 28; Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 15/2065 ff.

Klebsiellen nicht um einen Haut-, sondern um einen Darmkeim handele. Deswegen sei es eigentlich sehr unwahrscheinlich, dass der Ausbruch seine Ursache in der Besiedelung eines Mitarbeiters mit dem Keim habe. Gleichwohl sei die Maßnahme letztlich für sinnvoll erachtet und unterstützt worden.<sup>858</sup> Diese Einschätzung ist durch weitere Sachverständige bestätigt worden.<sup>859</sup>

Die Durchführung des Personalscreenings übernahm der betriebsärztliche Dienst des Klinikums Bremen-Mitte. Der leitende Betriebsarzt, Herr Dr. von Schwarzkopf, bezeichnete dies als ungewöhnliche Aufgabe für einen betriebsärztlichen Dienst. In großen Einrichtungen, etwa Universitätskliniken übernahmen die Hygieneabteilungen die Durchführung des Personalscreenings, weil diese Ärzte und Krankenschwestern hätten, die den medizinisch-pflegerischen Teil und den Datenschutzteil abdecken könnten. Das sei in bremischen Krankenhäusern wegen der fehlenden Hygieneärzte nicht der Fall. Deshalb habe man sich des betriebsärztlichen Dienstes als „Hilfsinstrument“ bedient.<sup>860</sup> Die Mitarbeiter hätten sich freiwillig beteiligt. Eine Verweigerungshaltung habe es bei niemandem gegeben.<sup>861</sup>

Zur Ermittlung der Infektionsquelle konnte das Personalscreening letztlich keinen wesentlichen Beitrag leisten. Bei keinem der Mitarbeiter, die dem Personalscreening unterlagen, konnten ESBL-bildende Klebsiella pneumoniae nachgewiesen werden.<sup>862</sup> Im Ergebnis kann daraus abgeleitet werden, dass mit großer Wahrscheinlichkeit unter den Mitarbeitern des Klinikums Bremen-Mitte kein Träger des Ausbruchskeims existiert.<sup>863</sup> Dennoch regt der parlamentarische Untersuchungsausschuss an, wissenschaftlich zu untersuchen, ob die in Bremen durchgeführten Untersuchungsmethoden hinreichend sensibel waren. Dies gilt unabhängig davon, dass sie zumindest gegenwärtig dem Stand der Wissenschaft entsprechen. So führte der Sachverständige Herr Professor Dr. Friedrich zu den in den Niederlanden bei Ausbrüchen von Klebsiellen angewandten Methoden aus, dass er bei einem Personalscreening auf jeden Fall Stuhluntersuchungen durchführen und die Stuhlprobe

---

<sup>858</sup> Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 15/2060.

<sup>859</sup> Herr Professor Dr. Eikmann, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 2/124 f.; Herr Dr. Zastrow, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 2/263 f.

<sup>860</sup> Herr Dr. von Schwarzkopf, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 13/1713 f.

<sup>861</sup> Herr Dr. von Schwarzkopf, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 13/1715.

<sup>862</sup> Befundergebnisse des Personalscreenings, Bände 117 - 120.

<sup>863</sup> Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 15/2069.

auch mittels einer Direct PCR mit einem hoch sensitiven Verfahren untersuchen würde.<sup>864</sup>

### **8.3.7. Bewertung der erhobenen Befunde und Festlegung gezielter Interventionsmaßnahmen nach den Ereignissen im Jahr 2011**

Im weiteren Fortschreiten des Ausbruchsmanagements empfiehlt die KRINKO aus den gewonnenen Ergebnissen zu möglichen Infektionsquellen und Übertragungswegen der Infektionserreger die bereits eingeleiteten Präventions- und Interventionsmaßnahmen zu überprüfen, gegebenenfalls zu modifizieren oder zu fokussieren.<sup>865</sup>

Entscheidend für die sachgerechte Bewertung der erhobenen Befunde ist deren Vollständigkeit. Die Datenlage im Klinikum Bremen-Mitte war aufgrund der Dokumentationsmängel nicht zufriedenstellend.<sup>866</sup> Hinzu kam, dass einige Informationen erst deutlich verspätet bekannt wurden. Erst Ende Februar 2012 wurde deutlich, dass der Ausbruchskeim bereits im Jahr 2009 auf der Station 4027 aufgetreten war. Herr Dr. Wunderle, der Leiter des Fachreferats Infektionsepidemiologie des Gesundheitsamtes Bremen, teilte hierzu der senatorischen Behörde für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit per E-Mail vom 27. Februar 2012 mit:

*„Liebe KollegInnen,*

*das Problem ist größer bzw. der Keim ist schon länger unterwegs als es uns bisher bekannt war. Dr. Kappler hat mich gerade angerufen und über folgendes informiert:*

*a. (...).*

*b. Dr. Kappler hatte in seinem Probenkühlschrank am letzten Donnerstag noch 3 weitere Klebsiellenproben „gefunden“. Diese wurden „eher durch Zufall“ bisher nicht entsorgt. Er hat diese 3 Altproben zusammen mit den aktuellen Proben nach Bochum geschickt.*

---

<sup>864</sup> Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2977.

<sup>865</sup> Bundesgesundheitsblatt 2002, 180 (184).

<sup>866</sup> Siehe unter „8.3.1. Feststellen des Auslöseereignisses“.

*In einer dieser Proben vom 20.01.2009 wurde bei einer Klebsiella pneumoniae ebenfalls das SHV-Gen 63 nachgewiesen. Dies bedeutet, dass der Ausbruchskeim zumindest im Januar 2009 schon auf der Station zirkulierte.“<sup>867</sup>*

Neben den bisher nicht geklärten Umständen zum „zufälligen“ Auffinden der Proben aus dem Jahre 2009 durch Herrn Dr. Kappler, stimmen auch die Herrn Dr. Wunderle durch Herrn Dr. Kappler mitgeteilten Daten nicht mit anderen Angaben überein. Herr Dr. Wunderle schreibt am Montag, 27. Februar 2012, davon, dass Herr Dr. Kappler „am letzten Donnerstag 3 weitere Klebsiellenproben ‘gefunden‘“ habe. Dies wäre demnach Donnerstag der 23. Februar 2012. Zum einen wäre der Zeitraum für die beim Nationalen Referenzzentrum für gramnegative Krankenhauserreger in Bochum vorgenommene Typisierung über das Wochenende extrem kurz, zum anderen ist das Ergebnis der Typisierung der drei Klebsiellenproben Herrn Dr. Kappler bereits mit Schreiben des Nationalen Referenzzentrums für gramnegative Krankenhauserreger vom 20. Februar 2012 zugegangen. Für die drei Proben ist in dem Schreiben ein Probeneingang vom 2. Februar 2012 notiert.<sup>868</sup> Demnach müssen diese Altproben schon viel früher durch Herrn Dr. Kappler „aufgefunden“ worden sein.

Unabhängig davon, ob aus diesem Befund für die Aufklärung des Ausbruchsgeschehens wesentliche Erkenntnisse resultieren, ist es nicht nachvollziehbar, weshalb erst mehr als fünf Monate nach der Meldung an das Gesundheitsamt von Anfang September 2011 im Institut für Krankenhaushygiene überprüft wird, ob noch Proben von früheren Untersuchungen existieren.

Mit dem Aufnahmestopp vom 2. November 2011 sind die Patienten von der Station 4027 verlegt und ist die Station umfassend umgebaut worden. Der Stationsumbau ist bis Ende Dezember vollzogen worden, die Kosten beliefen sich auf etwa 300.000,- €.<sup>869</sup>

Im Übrigen hat im Hinblick auf die Wiedereröffnung der Station 4027 eine Überarbeitung der zu treffenden Hygienemaßregeln im Wesentlichen nicht durch das

---

<sup>867</sup> E-Mail Herrn Dr. Wunderle vom 27. Februar 2012, Band 100, S. 319.

<sup>868</sup> Schreiben des Nationalen Referenzzentrums für gramnegative Krankenhauserreger vom 20. Februar 2012, Band 111, S. 116 ff.

<sup>869</sup> Herr Dr. Hansen, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 10/1158.

Klinikum Bremen-Mitte selbst, sondern auf der Ebene der Gesundheit Nord stattgefunden. In Anlehnung an die Empfehlungen des Robert Koch-Instituts aus dessen Zwischenbericht vom 29. November 2011<sup>870</sup> und die Empfehlungen des Deutschen Beratungszentrums für Hygiene aus dessen Visitationsbericht vom 8. Dezember 2011<sup>871</sup> wurde der sogenannten „10-Punkte-Maßnahmenplan“ entwickelt, der folgende Punkte umfasste:

*„1. Etablierung eines EDV-gestützten Frühwarnsystems für Keimbefunde*

*Kamen bislang die Keimbefunde aus dem Labor auf Papier ausgedruckt auf die Station, wird es künftig eine spezielle Software geben. Somit ist es nicht mehr nötig, die Befunde in einem speziellen Ordner auf der Station zu sammeln. Es gab damit zwar durchaus für die Stationen ein Frühwarnsystem für Keimbefunde, allerdings in Papierform. Es hat sich gezeigt, dass diese Art der Dokumentation nicht optimal und zu umständlich war. Die neue Software ist mittels einer Schnittstelle direkt mit dem Labor verbunden, so dass die Mitarbeiter auf der Station die Befunde tagesaktuell schnell und unkompliziert am Rechner einsehen können und automatisch bei auffälligen Befunden gewarnt werden.*

*2. Bauliche Veränderungen auf der Station*

*Derzeit finden auf der geschlossenen Station umfangreiche Bauarbeiten statt: Teppiche und andere Bodenbeläge wurden herausgerissen, Schränke ausgetauscht, sowie Waschbecken und Arbeitsinseln demontiert. Damit werden alle potentiellen Keimquellen entfernt. Künftig wird die Station ausschließlich durch die Schleuse zu betreten sein. Alle übrigen Zugänge werden verschlossen. Die Verbindungstüren zwischen den Zimmern werden ebenfalls verschlossen, damit die Zimmer nur noch vom Flur aus zugänglich sind. So ist sichergestellt, dass alle notwendigen Hygienemaßnahmen an der Zimmertür stattfinden – und die Gefahr sinkt, dass jemand schnell von einem Zimmer ins nächste wechselt, ohne alle Hygienevorschriften einzuhalten. Im Eingangsbereich*

---

<sup>870</sup> Zwischenbericht des Robert Koch-Instituts vom 29. November 2011, Band 16, S. 26 ff.

<sup>871</sup> Visitationsbericht des Deutschen Beratungszentrums für Hygiene vom 8. Dezember 2011, Band 22, S. 18 ff.

*werden die Eltern künftig noch einmal deutlich auf die notwendigen Hygienemaßnahmen hingewiesen und haben die Möglichkeit, ihre Garderobe in Schließfächern und Schränken zu verstauen.*

### *3. Reduzierung der Bettenzahl*

*Die Zahl der Betten auf der Station wird von derzeit 16 auf 14 reduziert. Damit garantieren wir einen größeren Abstand zwischen den einzelnen Inkubatoren und minimieren gleichzeitig die Gefahr einer Keimübertragung.*

### *4. Direkte Zuordnung des medizinischen Materials zum jeweiligen Behandlungsplatz / Bett*

*Die Aufbewahrung des notwendigen medizinischen Materials auf der Station wurde überprüft. Künftig wird der Tagesbedarf an Material in einzelnen Pflegewagen direkt am Bett aufbewahrt, so dass es keinerlei Berührungspunkte zwischen den Patienten geben kann. Wenn ein Kind entlassen wird, wird alles übrig gebliebene Material entsorgt. Auch das sorgt dafür, dass es keinerlei Berührungspunkte zwischen Materialien und damit zwischen den Patienten gibt. In den Zimmern gibt es künftig keine Schränke mehr. Im Materialraum der Station sind offene Regale durch geschlossene Schränke ersetzt worden.*

### *5. Erhöhung der Zahl der Hygienebeauftragten und -fachkräfte*

*Künftig wird jede Fachabteilung im Krankenhaus einen eigenen hygienebeauftragten Arzt und eine hygienebeauftragte Pflegekraft haben. Damit wird der Bereich, den die einzelnen Hygienebeauftragten betreuen müssen, deutlich kleiner. Zudem wird ein Facharzt für Hygiene eingestellt, der künftig die Aufgaben des Krankenhaushygienikers übernimmt. Die Zahl der Hygienefachkräfte wird zusätzlich aufgestockt.*

### *6. Bessere Kontrolle dank Hygienevisiten*

*Ab sofort wird es wöchentliche Hygienevisiten auf den Stationen geben, an denen der hygienebeauftragte Arzt, die hygienebeauftragte Pflegekraft sowie die hauptamtlichen Hygienefachkräfte teilnehmen. Bei diesen Visiten wird das Verhalten des Personals sowie die Ausstattung der Zimmer kontrolliert: Wird das Material korrekt entsorgt? Gibt es auffällige Befunde? Mindestens einmal im Monat*

werden die Ergebnisse dieser Hygienevisiten mit dem Krankenhaushygieniker besprochen. Damit werden die Kontrollen deutlich dichter als vorher.

#### 7. Schulungen

Die Schulungen für das Stationspersonal, das Reinigungspersonal sowie die Eltern werden deutlich intensiviert. Zunächst wird das Freiburger Beratungszentrum unterstützen und Schulungen anbieten, langfristig wird das Klinikum diese Schulungen selbst übernehmen.

#### 8. Patientenscreening

Auch die Kontrolle der Patienten wird intensiviert: Künftig wird es routinemäßig mindestens zweimal pro Woche ein Screening aller Patienten – also eine Untersuchung auf resistente Keime - geben. Schwangere werden grundsätzlich bei der Aufnahme gescreent.

#### 9. Neue Leitungsstruktur in der Kinderklinik

Als weitere Konsequenz wird die Leitung der Kinderklinik neu strukturiert. Die Prof.-Hess-Kinderklinik und die Klinik für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin werden jeweils wieder einen eigenen Chefarzt bekommen. Damit ist der Bereich, den die Chefärzte verantworten müssen, deutlich kleiner als vorher. Sie können präsenter sein und ihre Führungsverantwortung besser wahrnehmen. Die Leitung der Prof.-Hess-Kinderklinik übernimmt kommissarisch der leitende Oberarzt Dr. Wolfgang Marg, die Klinik für Neonatologie leitet zunächst Dr. Thorsten Körner, der vom LDW nach Bremen-Mitte wechselt. Wir freuen uns sehr, dass wir zwei erfahrene und anerkannte Ärzte dafür gewinnen konnten, die Kliniken in dieser schwierigen Zeit zu leiten.

#### 10. Qualitätssicherung wird zur Chefsache

Die Diskussion der BQS-Daten ist künftig Angelegenheit der Geschäftsführung. Bisher lag es in der Verantwortung der Chefärzte, diese Daten zu sichten, zu diskutieren und daraus Konsequenzen zu ziehen. Diese Verantwortung bleibt – aber die Diskussionen werden künftig unter Federführung und Kontrolle der Geschäftsführung stattfinden. Damit ist gewährleistet, dass schlechte Ergebnisse sofort auffallen und viel schneller als bisher geprüft werden kann, was

*anders gemacht werden muss. Kurz gesagt: Das Thema Qualitätssicherung wird in der Gesundheit Nord zur Chefsache.*<sup>872</sup>

Die Maßnahmen sind von den Sachverständigen als überwiegend zweckmäßig und zielführend beurteilt worden. Kritik wurde lediglich an dem die Dokumentation von Keimbefunden betreffenden Punkt 1. Hinsicht geäußert. Soweit von einem „Frühwarnsystem für Keimbefunde“ gesprochen werde, hat der Sachverständige Herr Dr. Zastrow darauf hingewiesen, dass es ein solches im eigentlichen Sinn des Wortes nicht gebe. Ein elektronisches System könne dies nicht leisten. Hierzu bedürfe es vielmehr der Bewertung durch das Hygienefachpersonal.<sup>873</sup>

Es ist festzustellen, dass der 10-Punkte-Maßnahmenplan nicht durch das konkret betroffene Klinikum Bremen-Mitte initiiert worden ist, sondern durch die Holding-Gesellschaft, die Gesundheit Nord. Die Gesundheit Nord trifft aufgrund der gesellschaftsrechtlichen Selbständigkeit der Krankenhäuser des Klinikverbundes, deren Alleingesellschafterin sie ist, grundsätzlich keine unmittelbare Verantwortung im Rahmen des Hygiene- und Ausbruchsmanagements. Gleichwohl war im Rahmen des 10-Punkte-Programms das Eingreifen der Holding-Gesellschaft richtig. Die wirtschaftlichen Folgen eines Keimausbruchs betreffen nicht allein das jeweilige Krankenhaus, sondern den Klinikverbund insgesamt. Obwohl der 10-Punkte-Maßnahmenplan zumindest in Teilen sehr speziell die Neonatologie am Klinikum Bremen-Mitte betrifft, ist eine Hebung und eine Vereinheitlichung der Hygienestandards innerhalb aller Krankenhäuser der Gesundheit Nord zur Vermeidung erneuter Keimausbrüche und Minimierung der Risiken für die Patienten und wirtschaftlichen Gefahren für den gesamten Klinikverbund anzustreben.

Mittlerweile ist der 10-Punkte-Maßnahmenplan in wesentlichen Bereichen umgesetzt worden. Das hat die weitere Befragung von Frau Senatorin Jürgens-Pieper ergeben.<sup>874</sup> Sie hat ausgeführt, die hygienebeauftragten Ärzte seien reguläre Mitglieder der Hygienekommission.<sup>875</sup> Die Anzahl der Hygienefachkräfte werde überprüft und durch die Geschäftsführung bestätigt.<sup>876</sup> Der Krankenhaushygieniker sei etabliert, eine

---

<sup>872</sup> Am 3. September 2012 abgerufen unter: <http://www.gesundheitnord.de/1366.html>.

<sup>873</sup> Herr Dr. Zastrow, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 2/197 ff.

<sup>874</sup> Frau Senatorin Jürgens-Pieper, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 34/4950 ff.

<sup>875</sup> Frau Senatorin Jürgens-Pieper, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 34/4950.

<sup>876</sup> Frau Senatorin Jürgens-Pieper, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 34/4950.

weitere Facharztstelle werde zurzeit ausgeschrieben.<sup>877</sup> Hygienebeauftragte Pflegekräfte pro Station seien benannt und der Funktionsbereich und die Aufgabenverteilung zwischen hygienebeauftragten Ärzten und Pflegekräften geregelt.<sup>878</sup> Fortbildungen und Schulungen seien initiiert und würden etabliert.<sup>879</sup> Für das EDV-gestützte Frühwarnsystem für Keimbefunde sei bereits ein Pilotprojekt durchgeführt worden. Im Oktober 2012 solle die Softwareinstallation und die Schulung der Ärzte erfolgen.<sup>880</sup> Es gebe einen Qualitätszirkel Reinigung, in dem die Probleme im Reinigungsbereich angesprochen werden.<sup>881</sup> Es gebe eine Zentralsterilisation in der Kinderklinik.<sup>882</sup> Darüber hinaus seien seit Juni 2012 noch Teilprojekte in Arbeit, das Desinfektionsmanagement, die Hygienequalitätskriterien für externe Dienstleister, die Hygiene in Beschaffung und Logistik und die Überprüfung und das Berichtswesen der gesamten Hygiene.<sup>883</sup> Das Hygienemanagement werde als dauerhafter Tagesordnungspunkt in den Sitzungen des Aufsichtsrats der Gesundheit Nord behandelt, damit der Aufsichtsrat dies auch neben der Geschäftsführung mit im Auge behalte.<sup>884</sup>

### 8.3.8. Information der Öffentlichkeit

Am 2. November 2011 wurde die Öffentlichkeit durch eine Pressekonferenz über den Keimausbruch informiert. Daran nahmen für die Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit deren Staatsrat, Herr Dr. Schuster, und der Leiter des Referats für Pflege, Ärztliche Angelegenheiten, Infektionsschutz, Gesundheitsfachberufe, Herr Dr. Götz, sowie für das Gesundheitsamt Bremen der für den Bereich der Infektionsepidemiologie zuständige Herr Dr. Wunderle teil. Für die Gesundheit Nord waren deren Geschäftsführer, Herr Dr. Hansen, sowie die Leiterin der Unternehmenskommunikation, Frau Matiszick, vertreten. Das Klinikum Bremen-Mitte war durch die Ärztliche Geschäftsführerin, Frau Dr. Kuss, und die Pflegerische Geschäftsführerin, Frau Wendorff, vertreten.<sup>885</sup> Die Pressekonferenz wurde in Abstimmung mit der senatorischen Behörde durch die Gesundheit Nord organisiert.<sup>886</sup>

---

<sup>877</sup> Frau Senatorin Jürgens-Pieper, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 34/4950 f.

<sup>878</sup> Frau Senatorin Jürgens-Pieper, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 34/4951.

<sup>879</sup> Frau Senatorin Jürgens-Pieper, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 34/4951.

<sup>880</sup> Frau Senatorin Jürgens-Pieper, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 34/4951 f.

<sup>881</sup> Frau Senatorin Jürgens-Pieper, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 34/4950.

<sup>882</sup> Frau Senatorin Jürgens-Pieper, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 34/4951.

<sup>883</sup> Frau Senatorin Jürgens-Pieper, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 34/4951.

<sup>884</sup> Frau Senatorin Jürgens-Pieper, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 34/4952.

<sup>885</sup> Ablauf Pressekonferenz ESBL-Keimausbruch Neonatologie, Band 2, S. 1.

<sup>886</sup> Frau Götz, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 11/1191.

Als wesentlich wird nach der KRINKO-Empfehlung zum Ausbruchmanagement erachtet, dass „mit einer Stimme gesprochen“ werden muss, um fehlerhafte oder sich widersprechende Informationen zu vermeiden. Es soll daher vorab eine Person des Ausbruchsteamteams für die Kommunikation mit den Medien bestimmt werden.<sup>887</sup> Dies bedingt eine frühzeitige Einbindung derjenigen, welche die Außendarstellung bewältigen sollen. Die Unternehmenskommunikation ist auf der Ebene der Alleingesellschafterin, der Gesundheit Nord, angesiedelt.<sup>888</sup> So soll ein einheitliches Auftreten der Gesundheit Nord und ihrer Krankenhäuser gewährleistet werden.

Eine Wahrnehmung der Öffentlichkeitsarbeit durch die Gesundheit Nord erfordert, dass die Weitergabe von Informationen rechtzeitig und umfassend erfolgt. Dies war nicht der Fall. Als frühester Zeitpunkt einer Benachrichtigung der Unternehmenskommunikation der Gesundheit Nord konnte der 19. Oktober 2011 festgestellt werden. In einer E-Mail der Ärztlichen Geschäftsführerin des Klinikums Bremen-Mitte vom 19. Oktober 2011 an Herrn Professor Dr. Huppertz heißt es insoweit:

*„Sehr geehrter Herr Prof. Huppertz,  
als Ergänzung unseres Gesprächs gerade eben (...):  
lassen Sie mir bitte Namen und Geburts- und Todestag der  
verstorbenen Säuglinge zukommen? (...)  
wieviele Säuglinge haben Sie jetzt noch kohortenisoliert?  
sind davon noch welche vital gefährdet?  
Frau Matiszik ist soweit erst einmal informiert. (...).  
Mit freundlichen Grüßen  
Dr. Brigitte Kuss“<sup>889</sup>*

Die Leiterin der Unternehmenskommunikation der Gesundheit Nord, Frau Matiszick, teilte mit, dass sie zwar fernmündlich über Probleme auf der Neonatologie im Zusammenhang mit Keimen informiert worden sei, auch darüber, dass zwei Kinder gestorben seien. Sie habe aber keine Detailkenntnis gehabt. Sie führt hierzu aus:

---

<sup>887</sup> Bundesgesundheitsblatt 2002, 180 (182).

<sup>888</sup> Am 3. September 2012 abgerufen unter: <http://www.gesundheitnord.de/60.html>.<sup>889</sup> E-Mail von Frau Dr. Kuss an Herrn Professor Dr. Huppertz betreffend ESBL, Wichtigkeit: Hoch, vom 19. Oktober 2011, Band 205, S. 27.

<sup>889</sup> E-Mail von Frau Dr. Kuss an Herrn Professor Dr. Huppertz betreffend ESBL, Wichtigkeit: Hoch, vom 19. Oktober 2011, Band 205, S. 27.

*„Ich kann mich nicht erinnern, dass ich damals über Detailfragen informiert wurde, wie sie aus der Mail an Prof. Huppertz hervorgehen (beispielsweise die Frage, wie viele Kinder von der Infektionswelle betroffen waren, wie viele isoliert bzw. kohortiert wurden etc.). Die genannte E-Mail war mir nicht bekannt. Mir war ebenfalls nicht bekannt, um welche Art von Keimen es sich handelte. Ich kann aber nicht mehr sagen, ob mir das tatsächlich nicht mitgeteilt wurde oder ob ich diese Information nur aus mangelndem medizinischen Fachwissen nicht einordnen konnte und sie mir deshalb zunächst nicht gemerkt habe. Über das tatsächliche Ausmaß des Keimausbruchs und die inzwischen bekannten Details war ich erst ab der kurzfristig einberufenen Krisensitzung kurz vor der Pressekonferenz, also am 1. November, im Bilde.“<sup>890</sup>*

Die vorstehenden Ausführungen verdeutlichen, weshalb die KRINKO-Empfehlung vorsieht, die Kommunikation mit der Medienöffentlichkeit einer Person zu übertragen, die im Ausbruchsteam mitarbeitet. Die Struktur der Unternehmenskommunikation wird insoweit anzupassen sein. Die Abteilung Unternehmenskommunikation muss frühzeitig in das Ausbruchsteam eingebunden werden und stets vollständig informiert sein, um eine umfassende und transparente Öffentlichkeitsarbeit gewährleisten zu können.

### **8.3.9. Entlassung von Herrn Professor Dr. Huppertz**

Arbeitsrechtliche Maßnahmen gegen handelnde Akteure im Zusammenhang mit einem Keimausbruch sind keine typische Maßnahme des Ausbruchsteams. Sie können gleichwohl geboten sein, wenn sich ein schuldhaftes Fehlverhalten verantwortlich Handelnder feststellen lässt. Am 15. November 2011 ist gegen Herrn Professor Dr. Huppertz die fristlose und hilfsweise die ordentliche Kündigung des Arbeitsverhältnisses ausgesprochen worden. Die Kündigung enthielt keine Begründung und war unterzeichnet durch die Pflegerische Geschäftsführerin und den Kaufmännischen Geschäftsführer des Klinikums Bremen-Mitte, Frau Wendorff und

---

<sup>890</sup> Stellungnahme von Frau Matiszick zur Information über den ESBL-Keimausbruch am Klinikum Bremen-Mitte vom 23. Juli 2012.

Herrn Dr. Pfeiffer, sowie den Geschäftsführer der Gesundheit Nord, Herrn Dr. Hansen.<sup>891</sup> Die Kündigung sei erfolgt, weil seinerzeit die Erkenntnisse eindeutig gewesen seien, dass eine Information des Gesundheitsamts deutlich früher hätte erfolgen müssen, als es tatsächlich der Fall gewesen sei.<sup>892</sup> Die Kündigung erfolgte durch das Klinikum Bremen-Mitte auf Anweisung des Gesellschafters der Klinik, der Gesundheit Nord. Herr Dr. Hansen hatte vor Erteilung der Anweisung an das Klinikum Bremen-Mitte keine Rücksprache mit der Vorsitzenden des Aufsichtsrats, der Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit, Frau Senatorin Jürgens-Pieper, gehalten.<sup>893</sup>

Herr Professor Dr. Huppertz hat gegen die Kündigung des Arbeitsverhältnisses mit Erfolg Kündigungsschutzklage erhoben. Das Arbeitsgericht Bremen-Bremerhaven führt insoweit im Urteil vom 23. Mai 2012 (Aktenzeichen: 2 Ca 2565/11) aus, dass die Kündigung unverhältnismäßig sei und lässt hierbei ausdrücklich offen, ob bei korrekter fachlicher Einschätzung das Gesundheitsamt früher hätte informiert werden müssen.<sup>894</sup>

Unabhängig von der juristischen Beurteilung der fristlosen Kündigung wäre eine Einbindung der Alleingesellschafterin der Gesundheit Nord angesichts der politischen Relevanz der Vorgänge zumindest zu erwarten gewesen. Im Zeitpunkt der Kündigung am 15. November 2011 hatte der Keimausbruch durch das mediale Interesse und die absehbaren wirtschaftlichen Folgen eine Bedeutung und Dynamik erlangt, dass die Entlassung des unter anderem auch für die Neonatologie am Klinikum Bremen-Mitte zuständigen Chefarztes politische Relevanz hatte, mithin die Belange der Alleingesellschafterin unmittelbar berührt waren. Frau Senatorin Jürgens-Pieper hat ausgeführt, dass sie die Entlassung von Herrn Professor Dr. Huppertz als „Kardinalfehler im Krisenmanagement“ erachte.<sup>895</sup> Eine solche Diskrepanz in der Einschätzung inhaltlicher Fragen zwischen Geschäftsführung und Aufsichtsrat bedarf der Klärung. Angesichts der weit reichenden Bedeutung der Entscheidung wäre diese herbeizuführen gewesen, bevor die Maßnahme ergriffen wurde.

---

<sup>891</sup> Außerordentliche Kündigung vom 15. November 2011, Band 65, S. 31.

<sup>892</sup> Herr Dr. Hansen, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 10/1106.

<sup>893</sup> Herr Dr. Hansen, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 10/1162 f.

<sup>894</sup> Urteil des Arbeitsgerichts Bremen-Bremerhaven vom 23. Mai 2011, Aktenzeichen 2 Ca 2565/11, S. 12 ff.

<sup>895</sup> Frau Senatorin Jürgens-Pieper, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 31/4507.

### 8.3.10. Wiedereröffnung der Station

Nachdem die Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit am 2. November 2011 einen Aufnahmestopp für die Station 4027 verhängt hatte,<sup>896</sup> wurde die Station grundlegend renoviert. Zunächst war eine Wiedereröffnung noch im Jahr 2011 geplant. Auf der Sitzung der sogenannten „Umsetzungsrunde“ vom 6. Dezember 2011 wurde ein Zeitplan vorgestellt, nach dem eine Wiedereröffnung der Station für den 23. Dezember 2011 vorgesehen war.<sup>897</sup> Bereits auf der Sitzung am 9. Dezember 2011 wurde der Termin für die Wiedereröffnung jedoch auf den Beginn des Jahres 2012 verlegt.<sup>898</sup>

Im Zwischenbericht des Robert Koch-Institutes wurde als bauliche Maßnahme empfohlen, darauf zu achten, dass einzelne Stationszimmer jeweils nur vom Flur aus begehbar sind.<sup>899</sup> Im Visitationsbericht des Deutschen Beratungszentrums für Hygiene Freiburg wird zu wünschenswerten baulichen Veränderungen der Station 4027 ausgeführt: Der Abstand zwischen Inkubatoren/Betten sollte mindestens zwei Meter betragen,<sup>900</sup> die Schließfächer für die Eltern sollten in einem gut zu überwachenden Bereich untergebracht werden,<sup>901</sup> in einem Patientenzimmer sollte ein Deckenschrank mit einer Telefon- und Sprechanlage demontiert werden,<sup>902</sup> der Rückbau einer Dusche im Eltern-WC wird empfohlen,<sup>903</sup> im vorgesehenen Raum für die Aufbewahrung von Milchnahrung und Muttermilch sollte darauf geachtet werden, eine funktionelle Trennung in Rein und Unrein vorzunehmen, im Lager für medizinische Gase sollte eine Holzverkleidung durch eine wischdesinfizierbare Oberfläche ersetzt werden, im unreinen Arbeitsraum sollte eine nicht genutzte Desinfektionsmittelleitung zurückgebaut werden.<sup>904</sup> Schließlich wurde vorgeschlagen, eine räumliche Trennung zwischen der geburtshilflichen Station und der Station 4027 zu schaffen.<sup>905</sup>

Nach einer Aufstellung des Klinikums Bremen-Mitte wurden folgende Maßnahmen durchgeführt: Abbau der Deckenampeln und Verlegung der Kommunikationselemente,

---

<sup>896</sup> Bescheid der Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit vom 2. November 2011, Band 21, S. 117.

<sup>897</sup> Protokoll der „Umsetzungsrunde“ vom 6. Dezember 2011, Band 100, S. 33.

<sup>898</sup> Protokoll der „Umsetzungsrunde“ vom 9. Dezember 2011, Band 100, S. 35.

<sup>899</sup> Zwischenbericht des Robert Koch-Instituts vom 29. November 2011, Band 16, S. 28.

<sup>900</sup> Visitationsbericht des Deutschen Beratungszentrums für Hygiene vom 8. Dezember 2011, Band 22, S. 20.

<sup>901</sup> Visitationsbericht des Deutschen Beratungszentrums für Hygiene vom 8. Dezember 2011, Band 22, S. 22.

<sup>902</sup> Visitationsbericht des Deutschen Beratungszentrums für Hygiene vom 8. Dezember 2011, Band 22, S. 57.

<sup>903</sup> Visitationsbericht des Deutschen Beratungszentrums für Hygiene vom 8. Dezember 2011, Band 22, S. 57.

<sup>904</sup> Visitationsbericht des Deutschen Beratungszentrums für Hygiene vom 8. Dezember 2011, Band 22, S. 58.

<sup>905</sup> Visitationsbericht des Deutschen Beratungszentrums für Hygiene vom 8. Dezember 2011, Band 22, S. 59.

Schaffung von größerem Abstand zwischen den Inkubatoren, Verlegung der Besucherschließfächer in den Eingangsbereich und dadurch Bereinigung des Funktionsraumes „Nahrungsmittellager“, Einziehen einer Trennwand zur Wöchnerinnenstation, Einbau eines Schrankes und einer Arbeitsfläche in den Arbeitsraum Milchlager, Blutgasanalyse (BGA) Labor: Wandöffnung verschließen und Holzregal demontieren, Montage von abschließbaren Fenstergriffen in den Patientenzimmern, Montage von Fliegengittern vor den Fenstern. Im Raum Küche/Aufenthaltsraum wurden Malerarbeiten durchgeführt. Teppichböden wurden ausgetauscht; gut zu reinigender und zu desinfizierender Bodenbelag wurde nicht erneuert.<sup>906</sup>

Herr Professor Dr. Popp vom Universitätsklinikum Essen führte am 2. März 2012 eine Begehung der Station 4027 durch. In seinem Bericht führte er zu der durchgeführten Renovierung aus:

*„Die Renovierung wurde durchgeführt entsprechend den Empfehlungen von BZH und RKI. Sie hat insgesamt 250.000,- Euro gekostet. Die Böden wurden entfernt (in den Arztzimmern gab es wohl noch Teppichböden) und neu gemacht. Es wurden neue Schränke angeschafft und neu gestrichen. Es wurden aber z. B. in den Personaltoiletten die Duschen nicht entfernt.“<sup>907</sup>*

Im Verlaufe der Umbaumaßnahmen führte das Gesundheitsamt am 16. Dezember 2011 eine Begehung durch.<sup>908</sup> In dem Protokoll der Begehung wurden die umgesetzten Maßnahmen dokumentiert, es gab nur wenige Beanstandungen. Intern wurde die Situation auf der umgebauten Station im Verlauf des Dezember 2011 jedoch kritisch bewertet. In einem Schreiben vom 27. Dezember 2011 beschwerte sich die damalige Ärztliche Geschäftsführerin des Klinikums Bremen-Mitte, Frau Dr. Kuss, über eine „völlig ungenügende Reinigungssituation auf der Station 4027 nach stattgehabter Reinigung und Desinfektion in den vergangenen Tagen“.<sup>909</sup> Am gleichen Tage schrieb der damalige Krankenhaushygieniker, Herr Dr. Kappler, in einer E-Mail an Mitarbeiter des Klinikums Bremen-Mitte:

---

<sup>906</sup> Erster Zwischenbericht, Antworten zum Fragenkatalog zu Maßnahmen des KBM und der GeNo, Band 197, S. 7 f.

<sup>907</sup> Bericht Begehung Neonatologie/pädiatrische Intensivstation Bremen am 2. März 2012, Band 186, S. 25.

<sup>908</sup> Protokoll der Begehung am 16. Dezember 2011, Band 99, S. 75 ff.

<sup>909</sup> Schreiben von Frau Dr. Kuss vom 27. Dezember 2011, Band 116, S. 10 der 4. Paginierung.

*„Die Ergebnisse der mikrobiologischen Umgebungsuntersuchungen bestätigen z. T. den schlechten optischen Eindruck, den wir heute von der Station 4027 gewonnen haben. Die heute angesetzte Grundreinigung der 4027 wird noch bis 14:00 Uhr am 28.12.2011 dauern (...). In Anbetracht des engen Terminplans halte ich ein Einräumen der Station nach der Grundreinigung für vertretbar. Die Station wäre bis zum 30.12. einzuräumen, am 02.01. erfolgt die Abschlussdesinfektion und am 03.01.2012 die hygienischen Umgebungsuntersuchungen. Ich möchte aber, dass ein Abweichen von der ansonsten nach Baumaßnahmen üblichen Verfahrensweise [Abschluss Umbau -1. Grundreinigung – 2. Routinemäßige Desinfektion (=desinfizierende Reinigung) – 3. Hygienische Abnahme – 4. Einräumen – 5. Abschlussdesinfektion (= Feindesinfektion)] offiziell beschlossen wird.“<sup>910</sup>*

Es konnte vom parlamentarischen Untersuchungsausschuss nicht geklärt werden, ob tatsächlich ein solcher Beschluss über ein Abweichen von der sonst nach Baumaßnahmen üblichen Verfahrensweise gefasst wurde. Der Staatsrat für Gesundheit, Herr Staatsrat Dr. Schuster, erklärte auf Befragen hierzu, diese E-Mail oder ein entsprechender Sachverhalt sei ihm nicht bekannt. Entscheidend für die senatorische Behörde sei gewesen, dass das Gesundheitsamt keine Bedenken gegen die Wiedereröffnung vorgebracht habe.<sup>911</sup> Zum gleichen Thema führte Herr Dr. Götz, Referatsleiter bei der Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit, aus:

*„Sie meinen ein Abweichen von - -? Ich kenne diese E-Mail nicht. Ich weiß, dass es dort einzelne Nachfragen gab. Wir haben in fast wöchentlichem Abstand zu dieser Zeit eine Umsetzungsrunde gehabt, wo auch die Wiedereröffnung Thema war. Ich weiß nur, dass wir ein bisschen bei der zu eiligen Wiedereröffnung gebremst haben, dass es Auflagen des Gesundheitsamts gab, auch im Detail, und dass wir als Behörde gesagt haben, erst wenn das Gesundheitsamt grünes Licht zur Wiedereröffnung gibt, inklusive dieser Maßnahmen -*

---

<sup>910</sup> E-Mail von Herrn Dr. Kappler vom 27. Dezember 2012, Band 116, S. 1 der 3. Paginierung.

<sup>911</sup> Herr Staatsrat Dr. Schuster, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 22/3057.

*dieses Detail kenne ich jetzt nicht, das Sie zitiert haben -, erst dann empfehlen wir unserer Senatorin, diese Station wieder zu eröffnen. So haben wir verfahren, bis irgendwann das grüne Licht kam. Von irgendwelchen Abweichungen, die Herr Dr. Kappler vorgeschlagen hat, ist mir nichts bekannt.*<sup>912</sup>

Am 4. Januar 2012 erfolgte eine erneute Begehung durch das Gesundheitsamt. Von den Mitarbeitern des Gesundheitsamtes wurden noch einige Maßnahmen nachgefordert; es handelte sich vornehmlich um die Anbringung von Händedesinfektionsmittel-Spendern und Fliegengittern. Zusammenfassend wurde festgestellt, dass nach Behebung der festgestellten Mängel baulich-hygienisch keine weiteren Maßnahmen nötig seien und die Station wieder eröffnet werden könne.<sup>913</sup>

Auch Herr Dr. Kappler äußerte zu diesem Zeitpunkt keine Bedenken mehr. In einer E-Mail vom 5. Januar 2012 an Herrn Dr. Wunderle, den Referenten für Infektionsepidemiologie beim Gesundheitsamt Bremen, teilte er mit, das Ergebnis der hygienisch-bakteriologischen Untersuchung nach Abschlussdesinfektion auf der Station 4027 zeige eine einwandfreie Desinfektion der untersuchten Flächen und weise einen guten Hygienestatus aus. In einem Desco-Wipes-Eimer im Flur sei auf einem Tuch eine Kontamination mit Pseudomonaden nachgewiesen worden. Sämtliche Desco-Wipes-Eimer auf der Station seien am 5. Januar 2012 verworfen worden. In einem Raum seien in einem Siphon massenhaft *Bacillus* spp. und noch nicht abschließend differenzierte gramnegative Erreger festgestellt worden. Der Siphon sei mittels Dismozon pur desinfiziert worden. Herr Dr. Kappler stellte fest, die Station 4027 könne aus hygienischer Sicht wieder in Betrieb genommen werden.<sup>914</sup> Mit einer E-Mail vom gleichen Tage teilte Herr Dr. Wunderle dem Referenten für Infektionsschutz bei der Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit, Herrn Christelsohn, mit, aus der Sicht des Gesundheitsamtes könne die Station 4027 wieder eröffnet werden.<sup>915</sup> Daraufhin hob die Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit die Anordnung der Schließung der Station 4027 - abermals in Unzuständigkeit - wieder auf.<sup>916</sup>

---

<sup>912</sup> Herr Dr. Götz, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2899.

<sup>913</sup> Protokoll der Begehung am 4. Januar 2012 nach Umbaumaßnahmen, Band 99, S. 82.

<sup>914</sup> E-Mail von Herrn Dr. Kappler vom 5. Januar 2012, Band 99, S. 85.

<sup>915</sup> E-Mail von Herrn Dr. Wunderle vom 5. Januar, Band 99, S. 87.

<sup>916</sup> .Bescheid der Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit vom 5. Januar 2012, Band 100, S. 270 f.

Der Termin für die Wiedereröffnung wurde nach Angaben von Herrn Dr. Götz von der senatorischen Behörde gemeinsam mit dem Klinikum Bremen-Mitte, der Gesundheit Nord und dem Gesundheitsamt festgelegt.<sup>917</sup> Vor dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss betonten der zu diesem Zeitpunkt noch kommissarische Leiter des Gesundheitsamtes, Herr Zimmermann, und der zuständige Abteilungsleiter des Gesundheitsamtes, Herr Dr. Dullin, es habe keine Bedenken gegen die Wiedereröffnung der Station 4027 im Januar 2012 gegeben.<sup>918</sup> Herr Dr. Wunderle, der Leiter des Referats Infektionsepidemiologie beim Gesundheitsamt Bremen, äußerte sich etwas verhaltener:

*„Solange nicht klar ist, was die Ursache ist, habe ich Bedenken, unabhängig davon, wo sie aufgemacht wird. Also auch dieser Umbau - -. Man muss ja sagen, diese Station hat vorher 25 Jahre lang gearbeitet, und sie haben ja nicht schlecht gearbeitet, da sind viele Kinder zur Welt gekommen. Dann hatten wir das MRSA-Problem, was aber mittlerweile auch bis heute gesehen - die letzten Fälle waren im Juni - im Griff ist, das MRSA-Problem haben sie im Griff. Was sie nicht im Griff haben, ist ESBL, und einfach, wenn nicht klar ist, wie es zu diesen Fällen kommt, wenn man nicht weiß, wie sich dieser Erreger auf die Kinder überträgt, dann kann man kein gutes Gefühl haben. Es war eine Hoffnung, dass das jetzt mit dem Umbau klappt, und wir waren alle erschrocken, dass das jetzt wieder neu läuft....Wir hatten gehofft, dass es - -. ... Nein, jetzt niemandem gegenüber, dass ich jetzt der senatorischen Behörde gesagt hätte, hoffentlich geht das gut oder so; das nicht, sondern wir waren einfach alle der Meinung, es muss, weil im Personalscreening nichts herausgekommen ist - -. Wenn man dann davon ausgeht, es gibt eine Punktquelle, irgendwie einen Gegenstand oder irgendetwas auf dieser Station, und dann kann man sagen, man hat das Personal untersucht. Auf der anderen Seite hat man jetzt auf der Station alles umgekrempelt, sie haben ein neues Sonografiegerät bekommen, sie haben alle Infusionslösungen, alle Handschuhe, alles, was sie da hatten, ausgewechselt. Es ist quasi so ein Reset gewesen, ein*

---

<sup>917</sup> Herr Dr. Götz, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2844.

<sup>918</sup> Herr Zimmermann, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 12/1379; Herr Dr. Dullin, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 12/1453.

*richtiger Neustart, und wir sind alle davon ausgegangen, wir wissen zwar nicht, was es war, aber wir hoffen, dass der Spuk vorbei ist.*<sup>919</sup>

#### **8.4. Reaktive Phase Februar 2012**

Nach dem Umbau ist die Station 4027 am 9. Januar 2012 wieder eröffnet worden. Im Februar kam es zu erneuten Keimbefunden. Bei Abstrichen vom 21. und 22. Februar 2012 wurde der Keim bei den Kindern Nr. 42, 43 und 44 festgestellt. Die drei Kinder waren im Februar 2012 geboren und lagen in zwei unterschiedlichen Zimmern.<sup>920</sup> Am 28. Februar 2012 verstarben zwei Frühchen und zwar Kind Nr. 45 und Kind Nr. 46.<sup>921</sup> Bei Kind Nr. 45 konnte der Ausbruchsstamm der ESBL-bildenden Klebsiellen im Blut nachgewiesen werden. Herr Dr. Körner, der zu dieser Zeit für die Neonatologie zum kommissarischen Chefarzt bestellt war, äußerte gegenüber dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss die Einschätzung, eine Blutvergiftung durch die ESBL-Klebsiellen habe mit zum Tode geführt.<sup>922</sup> Bei Kind Nr. 46 konnte der Ausbruchsstamm der ESBL-bildenden Klebsiellen nur auf der Haut, nicht aber im Blut oder im Trachealsekret nachgewiesen werden. Das Kind war daher nach der Einschätzung von Herrn Dr. Körner besiedelt, ist aber nicht an dem Keim gestorben.<sup>923</sup>

Das infolge des erneuten Auftretens des Ausbruchsstamms der ESBL-bildenden Klebsiellen notwendige reaktive Ausbruchsmanagement ist deutlich schneller eingeleitet und strukturierter abgelaufen als im Jahr 2011.

##### **8.4.1. Feststellen des Auslöseereignisses**

Die Feststellung des Auslöseereignisses erfolgte umgehend. Sämtliche Frühchen auf der Station 4027 wurden seinerzeit einmal wöchentlich, jeweils am Dienstag, einem Screening auf MRSA- und ESBL-Keime unterzogen. Im Rahmen dieses routinemäßigen Screenings wurde der Ausbruchskeim erneut festgestellt.<sup>924</sup> Die

---

<sup>919</sup> Herr Dr. Wunderle, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 12/1532 f.

<sup>920</sup> Vermerk des Herrn Dr. Wunderle (Gesundheitsamt Bremen) vom 23. Februar 2012, Band 100, S. 306.

<sup>921</sup> Vgl. Anlage 4 zum Ausschussbericht, S. 5.

<sup>922</sup> Herr Dr. Körner, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 9/1068.

<sup>923</sup> Herr Dr. Körner, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 9/1069 f.

<sup>924</sup> Herr Dr. Körner, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 9/1039.

Feststellung des Ausbruchskeims wurde ohne zeitliche Verzögerung sogleich als Auslöseereignis behandelt.

Das zeitnahe Erkennen des erneuten Auftretens des Ausbruchskeims ist Folge des wöchentlichen Screenings. Gleichwohl ist festzustellen, dass das wöchentliche Screening hinter den Empfehlungen des Robert Koch-Instituts<sup>925</sup> und dem durch die Gesundheit Nord im 10-Punkte-Maßnahmenplan<sup>926</sup> angekündigten Umfang zurückgeblieben ist. In einer Woche ist überdies aufgrund eines Kommunikationsversehens mit der Mikrobiologie nicht auf ESBL-bildende Keime, sondern lediglich auf MRSA getestet worden.<sup>927</sup> Als Grund dafür, dass die Frühchen nur einmal wöchentlich einem Screening unterzogen wurden, wurde angegeben, dass das Klinikum Bremen-Mitte davon ausgegangen sei, dass die Empfehlung des zweimal wöchentlichen Screenings sich auf die Ausbruchsphase bezogen habe und diese sei als abgeschlossen betrachtet gewesen.<sup>928</sup>

#### **8.4.2. Einberufung des Ausbruchmanagementteams**

Die ersten beiden Keimbefunde betreffend die Kinder Nr. 42 und 43 sind am 23. Februar 2012 bekannt geworden. Es ist sodann noch am gleichen Tag unter Einbeziehung von Herrn Dr. Wunderle, Herrn Dr. Hansen sowie beratenden Experten des Deutschen Beratungszentrums für Hygiene eine Besprechung durchgeführt worden.<sup>929</sup> Das Ausbruchmanagementteam ist in Form der „Umsetzungsrunde“ nach dem Bekanntwerden des erneuten Auftretens des Ausbruchskeims umgehend auf eine breitere Basis als 2011 gestellt worden.

#### **8.4.3. Meldung**

Die Meldung gemäß § 6 Abs. 3 Infektionsschutzgesetz seitens des Klinikums Bremen-Mitte erfolgte unmittelbar nach Kenntniserlangung von den Keimbefunden betreffend die Kinder Nr. 42 und 43. Herr Dr. Körner, der damalige kommissarische Chefarzt der Neonatologie am Klinikum Bremen-Mitte, rief hierzu Herrn Dr. Wunderle am 23.

---

<sup>925</sup> Zwischenbericht des Robert Koch-Instituts vom 29. November 2011, Band 16, S. 27.

<sup>926</sup> Am 3. September 2011 abgerufen unter: <http://www.gesundheitnord.de/1366.html>.

<sup>927</sup> Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 15/2082.

<sup>928</sup> Frau Wendorff, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 27/3829.

<sup>929</sup> Herr Dr. Hansen, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 10/1108 f.

Februar 2012 um 12:00 Uhr an. Auch das Gesundheitsamt informierte bereits mit einer am 23. Februar 2012 um 13:17 Uhr versendeten E-Mail neben weiteren Mitarbeitern des Gesundheitsamts und dessen Leiter auch die senatorische Behörde für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit in Person von Herrn Christelsohn, Herrn Dr. Götz und Frau Stroth.<sup>930</sup> Ferner wurde parallel dazu das Robert Koch-Institut in Kenntnis gesetzt.<sup>931</sup>

Angesichts der medialen Beachtung der Vorgänge aus dem vorangegangenen Jahr und dem zwischenzeitig eingesetzten parlamentarischen Untersuchungsausschuss war die Sensibilisierung allseits sehr hoch, zumal unabhängig von der zunächst noch ausstehenden Gentypisierung der Befunde bereits der Verdacht bestand, dass es sich erneut um den Ausbruchskeim aus dem Vorjahr handelte. Verzögerungen bei der Meldung beziehungsweise Übermittlung hat es dementsprechend nicht gegeben.

#### **8.4.4. Erste krankenhaushygienische Ortsbegehung und Festlegung von Interventionsmaßnahmen**

Es wurden überdies umgehend Begehungen durchgeführt, sowohl durch das Gesundheitsamt als auch durch das Robert Koch-Institut, das noch am 23. Februar 2012 mit einem aus fünf Personen bestehenden Team in Bremen eintraf.<sup>932</sup> Ferner sind an Sofortmaßnahmen die Kohortierung der Frühchen, also die räumliche Trennung der Kinder mit Keimnachweis von denen ohne Keimnachweis, sowie die Räumung und Desinfizierung eines Zimmers eingeleitet und noch am gleichen Tag umgesetzt worden.<sup>933</sup>

Insbesondere die Kohortierung ist eine nach der KRINKO-Empfehlung zum Ausbruchsmanagement empfohlene Maßnahme.<sup>934</sup> Diese konnte umgesetzt werden, weil, anders als noch beim Keimausbruch 2011 nunmehr aufgrund des wöchentlichen Routinescreenings Befunde für alle Frühchen der Station vorlagen. Es bestand infolge der wöchentlichen Abstriche mithin eine gewisse Kenntnis darüber, welche Kinder von dem Keim betroffen waren und welche nicht. Damit war die Grundvoraussetzung dafür

---

<sup>930</sup> E-Mail des Herrn Dr. Wunderle vom 23. Februar 2012, Band 100, S. 304.

<sup>931</sup> Herr Dr. Wunderle, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 12/1532.

<sup>932</sup> Herr Dr. Wunderle, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 12/1532.

<sup>933</sup> Herr Dr. Hansen, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 10/1108 f.

<sup>934</sup> Bundesgesundheitsblatt 2002, 180 (183).

geschaffen, dass sämtliche Frühchen der richtigen Kohorte zugeordnet werden konnten.

Es wurde ferner bereits am 23. Februar 2012 seitens des Klinikums Bremen-Mitte und der Gesundheit Nord erörtert, ob ein Aufnahmestopp zu veranlassen sei. Das hinzugezogene Gesundheitsamt Bremen und die Experten des Deutschen Beratungszentrums für Hygiene in Freiburg sollen dies jedoch als noch nicht erforderlich erachtet haben, so dass zunächst davon abgesehen wurde. Am 24. Februar 2012 erreichte die Station 4027 der weitere Keimnachweis betreffend das Kind Nr. 44. Sodann erging durch Herrn Dr. Hansen seitens der Gesundheit Nord eine Anweisung zur Verhängung eines vorübergehenden Aufnahmestopps gegenüber der Geschäftsführung des Klinikums Bremen-Mitte.<sup>935</sup> Noch am gleichen Tag verfügte das Stadtamt Bremen gestützt auf § 28 Abs. 1 Infektionsschutzgesetz einen Aufnahmestopp.<sup>936</sup>

Die Umsetzungsrunde tagte wieder und nahm die Funktion des Ausbruchsteamteams wieder wahr. Dabei wurden die einzelnen Ergebnisse des Personalscreenings und der Umgebungsuntersuchungen bewertet und weitere Maßnahmen verabredet.<sup>937</sup>

#### 8.4.5. Ermittlung der Infektionsquelle

Unter anderem zur Ermittlung der Infektionsquelle wurde abermals das Robert Koch-Institut hinzugezogen. Die Keimquelle konnte bislang nicht ermittelt werden. Herr Dr. Eckmanns, der Leiter des Einsatzteams des Robert Koch-Instituts, führte hierzu aus:

*„Nach wie vor stochern wir im Nebel und sind total verzweifelt. Ich weiß es auch nicht. Ich würde auch dazu sagen, ich hätte die Station auch wieder eröffnet. Dass der Erreger da wieder aufgetaucht ist, ist -  
-. Wir haben da verschiedenste Theorien, die ich immer verwerfen würde, wenn ich irgendetwas anderes hätte, aber da wir nichts*

---

<sup>935</sup> Herr Dr. Hansen, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 10/1109.

<sup>936</sup> Anordnung nach § 28 Infektionsschutzgesetz durch das Stadtamt Bremen vom 24. Februar 2012, Band 100, S. 309 ff.

<sup>937</sup> Vgl. dazu im Einzelnen: Umsetzungsrunde, 1. Besprechungsprotokoll, 28. Februar 2012, Band 100, S. 341 ff.; Umsetzungsrunde, 2. Besprechungsprotokoll, 1. März 2012, Band 100, S. 344 ff.; Umsetzungsrunde, 3. Besprechungsprotokoll, 6. März 2012, Band 100, S. 357 ff.

*anderes haben, kann es tatsächlich sein, dass er vielleicht sogar über 500 Meter von der einen Station auf die andere gebracht wurde, was ich aber fast für ausgeschlossen halte.“<sup>938</sup>*

Aufgrund des durchgeführten Routinescreenings nach der Wiedereröffnung der Station am 9. Januar 2012 konnte das Robert Koch-Institut anders als nach dem Keimausbruch 2011<sup>939</sup> eine Kohortenstudie durchführen. Auch diese hat nach vorläufigen Erkenntnissen kein eindeutiges Ergebnis erbracht, sondern lediglich ergeben, dass tendenziell stärker die Kinder betroffen waren, die vielen Eingriffen ausgesetzt waren, also potenziell eher die kränkeren Frühchen.<sup>940</sup>

Neben dem Robert Koch-Institut ist nach dem erneuten Auftreten der Keime auf der Station 4027 noch Herr Professor Dr. Exner tätig geworden. Er wurde hierzu von dem Klinikum Bremen-Mitte beauftragt.<sup>941</sup> Herr Professor Dr. Exner führte unter anderem eine Untersuchung des Desinfektionsmitteldosiergerätes aus dem Waschmaschinenraum der Station 4027 durch, die den Nachweis von *Klebsiella pneumoniae*-DNA im Wasserzulauf des Gerätes ergab. Letztlich konnte jedoch nicht festgestellt werden, dass die gefundene *Klebsiellen*-DNA zum Ausbruchsstamm gehört.<sup>942</sup> Dies ändert nichts daran, dass es sich um eine mögliche Erklärung des Ausbruches handelt.

Herr Dr. Eckmanns teilte mit, die Annahme, dass sich der Ausbruchskeim möglicherweise im Desinfektionsmitteldosiergerät befunden habe, im Hinblick auf die nach dem erneuten Auftreten des Ausbruchskeims durchgeführte Fallkontrollstudie nicht zu einer Revision oder wesentlichen Veränderung des Ergebnisses führe:

*„Diese Studie, die ist mehr oder weniger fertig ausgewertet, zeigt, dass Kinder, an denen besonders viele Maßnahmen durchgeführt wurden, tatsächlich ein höheres Risiko haben, dass sie diesen Keim haben. Wenn man das jetzt weiterspinnen würde, könnte man versuchen, das mit dieser These zu verbinden, weil ja, wenn ich das*

---

<sup>938</sup> Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 15/2046 f.

<sup>939</sup> Siehe unter „8.3.5.1. Screeninguntersuchungen der Patientinnen und Patienten“.

<sup>940</sup> Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 15/2141.

<sup>941</sup> Herr Professor Dr. Exner, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 29/4160.

<sup>942</sup> Siehe unter „4.4.1.2. Desinfektionsmitteldosiergerät als mögliche Keimquelle“.

*aus der Presse richtig verstanden habe, dann ja das Desinfektionsmittel, das Flächendesinfektionsmittel, das auf der Station war, nach der Vorstellung von Herrn Professor Dr. Exner kontaminiert sein soll, immer einmal wieder sporadisch. Dann wäre die Umgebung kontaminiert, und dann ginge das natürlich damit einher, dass Kinder, an denen mehr Manipulationen gemacht wurden, möglicherweise ein etwas höheres Risiko hätten.*

*Es geht aber natürlich genauso einher mit dieser These, dass eine Übertragung von einem Kind auf ein anderes stattgefunden hat. Wo viel manipuliert wird, müssen die Leute mehr arbeiten und müssen auch durchaus einmal vielleicht den einen oder anderen Handgriff machen, ohne es zu schaffen, sich zwischendurch die Hände zu desinfizieren. Ich glaube, es ist nicht im Widerspruch dazu!*<sup>943</sup>

Es wurde ferner nochmals ein umfangreiches Screening durchgeführt, das vom Stadtamt angeordnet worden ist. Die Anordnung des Screenings wurde als eine Anordnung von Schutzmaßnahmen auf § 28 Infektionsschutzgesetz gestützt.<sup>944</sup> Der Kreis der vom Screening erfassten Personen wurde gegenüber dem ersten Personalscreening deutlich ausgeweitet. Den Screeninguntersuchungen wurden alle Personen unterzogen, die in den zwei Wochen vor dem 23. Februar 2012 Kontakt zu den Kindern oder der Station hatten.<sup>945</sup> Insgesamt sind 349 Personen untersucht worden. Hiervon waren 50 Personen ärztliches Personal, 171 Personen Pflegepersonal und weitere 128 Personen haben in sonstiger Weise in Kontakt zur Neonatologie gestanden. Im Einzelnen wurden bei 750 Untersuchungsterminen 31 Personen viermal untersucht, 2 Personen dreimal, 275 Personen zweimal untersucht, 12 Personen einmal sowie weitere 29 Auswärtige zweimal untersucht. Alle Ergebnisse waren negativ in Bezug auf ESBL-bildende Klebsiellen. Bei 10 Personen wurden ESBL-bildende E-Coli nachgewiesen. Hierbei handelte es sich bei fünf Fällen um Personen des Personals und bei den weiteren fünf Fällen um sonstige Personen, die im Kontakt mit der neonatologischen Station standen.<sup>946</sup> Das Screening ist überdies dahin gehend erweitert worden, dass nicht nur ein Analabstrich abgenommen wurde. Es sind stattdessen von jeder Person mit ganz wenigen Ausnahmen zwei

---

<sup>943</sup> Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 25/3520 f.

<sup>944</sup> Stadtamt Bremen, Anordnung von Schutzmaßnahmen nach § 28 Infektionsschutzgesetz vom 24. Februar 2012, Band 87, S. 1 ff.; Stadtamt Bremen, Anordnung von Schutzmaßnahmen nach § 28 Infektionsschutzgesetz vom 1. März 2012, Band 87, S. 7 ff.

<sup>945</sup> Vermerk des Herrn Dr. Wunderle vom 23. Februar 2012, Band 100, S. 307.

<sup>946</sup> Schreiben der Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit vom 9. November 2012.

Abstrichserien durchgeführt worden, wobei mit dem ersten Abstrichtupfer das rechte und das linke Ohr abgestrichen wurden, mit dem zweiten Abstrichtupfer der Rachen und beide Nasenvorhöfe und mit dem dritten Abstrichtupfer wurde ein Analabstrich durchgeführt. Die Ausführung des Screenings hat das Gesundheitsamt Bremen übernommen. Obwohl das Screening sowohl hinsichtlich des untersuchten Personenkreises als auch hinsichtlich der Untersuchungsmethode ausgeweitet worden ist, ergab sich erneut kein positiver Befund betreffend ESBL-bildender Klebsiellen des Ausbruchsstammes.

Zur Ermittlung der Keimquelle sind umfangreiche und zweckmäßige Anstrengungen unternommen worden. Um etwaige Unsicherheiten hinsichtlich der Keimquelle zu beseitigen, war aus der damaligen Perspektive, die Durchführung von umfassenden Screeninguntersuchungen richtig. Zu untersuchen ist nach heutigem Wissensstand, ob die angewandte Methode hinreichend zuverlässig war. Letztlich hat sich aber aufgrund der Screeninguntersuchungen gezeigt, dass wohl keine der gescreenten Personen ein Träger des Ausbruchskeims war. Der Umstand, dass die Ursache des Keimausbruchs nicht gefunden werden konnte, beruht nicht darauf, dass gebotene Aufklärungsmaßnahmen nicht ergriffen worden sind. Allerdings wird die Keimquelle nach Auskunft von Experten in über 50 % der Fälle nicht gefunden.<sup>947</sup>

#### **8.4.6.Information der Öffentlichkeit**

Die handelnden Akteure schafften beim erneuten Auftreten des Ausbruchskeims und insbesondere nach den Todesfällen vom 28. Februar 2012 sehr schnell umfassende Transparenz. Bereits am 24. Februar 2012 wurden das erneute Auftreten des Keims sowie der Aufnahmestopp der Öffentlichkeit mitgeteilt. Seitens des Klinikums Bremen-Mitte übernahm der kommissarische Chefarzt der Neonatologie, Herr Dr. Körner, die Kommunikation mit den Medien. Er gab unter anderem gegenüber Radio Bremen ein Interview und erläuterte den Sachstand sowie die eingeleiteten Maßnahmen.<sup>948</sup> Überdies informierte Frau Senatorin Frau Jürgens-Pieper über den Sachverhalt und kündigte an, dass, soweit weitere Fälle bekannt würden, eine Schließung der Station erwogen werden müsse.<sup>949</sup> Am 29. Februar 2012 nahm Frau Senatorin Jürgens-Pieper

---

<sup>947</sup> Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 15/2046 und 25/3520.<sup>948</sup> Am 6. September 2011 abgerufen unter: <http://www.radiobremen.de/mediathek/video34482-popup.html>.

<sup>948</sup> Am 6. September 2011 abgerufen unter: <http://www.radiobremen.de/mediathek/video34482-popup.html>.

<sup>949</sup> Am 6. September 2011 abgerufen unter: [http://www.radiobremen.de/fensehen/buten\\_un\\_binnen/video34488-popup.html](http://www.radiobremen.de/fensehen/buten_un_binnen/video34488-popup.html).

zum Tod der zwei Frühchen vom Vortag Stellung und gab bekannt, dass die Neonatologie sowie die Geburtsklinik am Klinikum Bremen-Mitte geschlossen werden. Ferner teilte sie mit, dass die Neonatologie fortan am Klinikum Links der Weser und am Klinikum Bremen-Nord untergebracht werde.<sup>950</sup>

#### **8.4.7. Freistellung von Herrn Dr. Hansen und Herrn Dr. Kappler**

Am 29. Februar 2012 wurde der Geschäftsführer der Gesundheit Nord, Herr Dr. Hansen, durch Frau Senatorin Jürgens-Pieper in ihrer Funktion als Vorsitzende des Aufsichtsrats der Gesundheit Nord mit sofortiger Wirkung von seinen dienstlichen Verpflichtungen freigestellt. Zur Begründung führte Frau Senatorin Jürgens-Pieper in der öffentlichen Beweisaufnahme einen schleichenden Vertrauensverlust an, der sich unter anderem auf das Krisenmanagement und die ungenügende Aufklärung des Hygieneskandales durch das Hygieneinstitut bezogen habe.<sup>951</sup> Einzelheiten zu dem Vertrauensverlust benannte Frau Senatorin Jürgens-Pieper gegenüber dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss in nicht öffentlicher Sitzung. Herr Dr. Hansen ist nach wie vor lediglich freigestellt. Das Arbeitsverhältnis ist nicht beendet.<sup>952</sup>

Am 29. Februar 2012 wurde zudem Herr Dr. Kappler, der Leiter des Instituts für Allgemeine Hygiene, Krankenhaus- und Umwelthygiene, von seinen dienstlichen Verpflichtungen freigestellt. Anlass war die nicht nachvollziehbar späte Entdeckung der drei Klebsiellenproben aus dem Jahr 2009 in einem Laborkühlschrank.<sup>953</sup> Die Freistellung erfolgte durch die Geschäftsführung des Klinikums Bremen-Mitte auf Bitte von Herrn Dr. Hansen.<sup>954</sup> Das Arbeitsverhältnis ist nicht beendet. Herr Dr. Kappler hat am 13. August 2012 seinen Dienst wieder begonnen, und zwar in der Funktion eines Laborleiters.<sup>955</sup>

#### **8.5. Reaktive Phase Mai 2012**

---

<sup>950</sup> Am 6. September 2011 abgerufen unter: [http://www.radiobremen.de/fensehen/buten\\_un\\_binnen/video34488-popup.html](http://www.radiobremen.de/fensehen/buten_un_binnen/video34488-popup.html).

<sup>951</sup> Frau Senatorin Jürgens-Pieper, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 31/4493.

<sup>952</sup> Frau Senatorin Jürgens-Pieper, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 31/4516.

<sup>953</sup> Siehe unter „8.3.7. Bewertung der erhobenen Befunde und Festlegung gezielter Interventionsmaßnahmen nach den Ereignissen im Jahr 2011“.

<sup>954</sup> Herr Dr. Hansen, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 10/1163.

<sup>955</sup> E-Mail von Frau Pile an den Untersuchungsausschuss vom 20. November 2012.

Am 10. Mai 2012 trat im Rahmen des Routinescreenings auf der Station 4028 noch einmal punktuell ein positiver Befund von ESBL-bildenden Klebsiellen auf, der dem Ausbruchsstamm zuzuordnen war.<sup>956</sup> Das von dem positiven Keimbefund betroffene Kind Nr. 47 lag auf der Station 4028. Im Nebenzimmer wurden zwei Kinder behandelt, die positiv auf den Erreger getestet worden waren. Bei dem einen Kind aus dem Nebenzimmer, das sehr krank und seit über einem Jahr in der Klinik war und diesen Erreger seit fast einem Dreivierteljahr hatte, war der Erreger schon eine längere Zeit nicht mehr nachgewiesen worden. Gleichwohl war nicht mit Sicherheit davon auszugehen, dass das Kind negativ war. Das weitere Kind aus dem Nebenzimmer, das in dem Geschehen im Februar 2012 positiv geworden war, war noch positiv. Herr Dr. Eckmanns hält es aufgrund dieser Konstellation für vorstellbar, dass eine Übertragung von dem Zimmer mit den beiden positiven Kindern auf das Kind Nr. 47 erfolgte.<sup>957</sup>

In Reaktion auf das erneute Auftreten des Ausbruchskeims trat erneut ein Krisenstab zusammen. Es wurde nochmals ein Mitarbeiterscreening durchgeführt, weil sich in diesem Fall die Zahl der Personen, die in dem relevanten Zeitraum Kontakt zu den betroffenen Kindern aus den beiden Zimmern hatten, eingrenzen ließ. Überdies wurde eine Kohortierung eingeleitet. Weitere Keimübertragungen konnten in der Folgezeit nicht festgestellt werden. Das von der im Mai 2012 festgestellten Übertragung betroffene Kind Nr. 47 wurde Anfang Juni aus der Klinik entlassen.<sup>958</sup>

## 8.6. Zusammenfassung

Das Ausbruchsmanagement des Klinikums Bremen-Mitte im Jahr 2011 war bis zum 1. November 2011 äußerst defizitär. Es mangelte im Klinikum Bremen-Mitte insbesondere an den strukturellen Voraussetzungen. Als besonders nachteilig wirkte sich aus, dass mangels einer zum Zweck frühzeitiger Erkennung geeigneten Form der Dokumentation der Keimbefunde die gebotenen Maßnahmen zu spät eingeleitet worden sind. Es hätte deutlich früher eines Routinescreenings aller Frühchen bedurft, um eine Kohortierung vornehmen zu können. Überdies hätte früher an das Gesundheitsamt Bremen gemeldet werden müssen. Es bestand ferner kein Ausbruchsmanagementteam im Sinne der KRINKO-Empfehlung und der Leitlinie der Krankenhaushygiene des

---

<sup>956</sup> Siehe unter 3.4.3. ESBL-bildende Klebsiellen im Mai 2012“.

<sup>957</sup> Herr Dr. Eckmanns, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 25/3524 f.

<sup>958</sup> Herr Dr. Wunderle, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 24/3473 f.

Klinikums Bremen-Mitte. Es bleibt unverständlich, warum in der Krisensituation die eigenen Verfahrensfestlegungen keine Anwendung gefunden haben.

Im Jahr 2012 war das Ausbruchsmanagement deutlich besser. Insbesondere das Screening der Frühchen und die Kohortierung wurden umgehend umgesetzt. Auch wirft das Ausbruchsmanagement, wie in diesem Fall, zahlreiche standortübergreifende Fragestellungen auf, insbesondere wenn andere Standorte in ein Ausfallkonzept einbezogen sind.

## **9. Kontrolle und Aufsicht**

Der parlamentarische Untersuchungsausschuss hat sich damit beschäftigt, welchen Einfluss die verschiedenen Akteure auf das Klinikum Bremen-Mitte hatten. Dabei ist zu unterscheiden zwischen den gesellschaftsrechtlichen Steuerungsmitteln innerhalb der Holding Gesundheit Nord und der staatlichen Gesundheitsaufsicht. Es ist zu prüfen, wo Durchgriffsmöglichkeiten bestanden und inwieweit hier Mängel in der Struktur oder in der Umsetzung festzustellen waren.

### **9.1. Gesellschaftsrechtliche Einflussmöglichkeiten der Gesundheit Nord auf das Klinikum Bremen-Mitte**

Die Gesundheit Nord gGmbH Klinikverbund Bremen ist Alleingesellschafterin der Klinikum Bremen-Mitte gGmbH. Deshalb wird nachfolgend dargestellt, ob und inwieweit sie unmittelbaren Einfluss auf das Klinikum Bremen-Mitte nehmen konnte.

#### **9.1.1. Gesellschaftsrechtliche Struktur der Klinikum Bremen Mitte gGmbH**

Der Gesellschaftsvertrag der Klinikum Bremen-Mitte gGmbH wurde im Mai 2012 neu gefasst.<sup>959</sup> Er enthält in einigen Punkten Änderungen zu dem zuvor geltenden Gesellschaftsvertrag.<sup>960</sup> Entscheidend für die Einflussmöglichkeiten vor und während des Ausbruchsgeschehens ist die Fassung des Gesellschaftsvertrages vor Mai 2012. Diese wird daher im Folgenden zunächst zugrunde gelegt. Sodann werden die im Gesellschaftsvertrag vorgenommenen Änderungen geschildert.

Gegenstand der Klinikum Bremen-Mitte gGmbH ist die Förderung des öffentlichen Gesundheitswesens, insbesondere die Sicherstellung der Krankenhausversorgung der Bevölkerung in der Freien Hansestadt Bremen (Stadtgemeinde) durch das Betreiben des Krankenhauses in Bremen, St.-Jürgen-Straße, im Verbund mit den drei anderen Klinikum gGmbHs der Gesundheit Nord, einschließlich deren Unterstützung und Förderung.<sup>961</sup> Verantwortlich für die Verfolgung dieser Ziele und die Einhaltung der damit verbundenen gesetzlichen Vorgaben sind die Organe der Gesellschaft, die

---

<sup>959</sup> Band 203, 1. Fach.

<sup>960</sup> Band 96, S. 1 ff.

<sup>961</sup> § 2 des Gesellschaftsvertrages.

Geschäftsführung, der Aufsichtsrat und die Gesellschafterversammlung jeweils im Rahmen ihrer Zuständigkeiten.

Die Geschäftsführungsbefugnis der Geschäftsführer erstreckt sich auf alle Handlungen, die der gewöhnliche Betrieb des Unternehmens der Gesellschaft mit sich bringt. Dazu gehört insbesondere die Patientenversorgung nach den Grundsätzen der Leistungsfähigkeit und der Wirtschaftlichkeit.<sup>962</sup> Sie sind verpflichtet, bei ihren Entscheidungen auch die Interessen des Klinikverbundes zu wahren.<sup>963</sup> Für Geschäftsführerhandlungen, die darüber hinausgehen, bedarf es eines vorherigen zustimmenden Aufsichtsratsbeschlusses.<sup>964</sup> Für besonders wichtige Angelegenheiten, die die Gesellschaft als Ganze betreffen, bedarf es eines vorherigen Beschlusses der Gesellschafterversammlung.<sup>965</sup>

Darüber hinaus hat die Geschäftsführung gegenüber dem Aufsichtsrat Berichtspflichten.<sup>966</sup> Sie erstrecken sich auf die beabsichtigte Geschäftspolitik und andere grundsätzliche Fragen der Unternehmensplanung (insbesondere die Finanz-, Investitions- und Personalplanung), Rentabilität der Gesellschaft, den Gang der Geschäfte, insbesondere den Umsatz, und die Lage der Gesellschaft sowie Geschäfte, die für die Rentabilität oder Liquidität der Gesellschaft von erheblicher Bedeutung sein können. Außerdem ist dem Vorsitzenden des Aufsichtsrats aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten.

Über die Klinikum Bremen-Mitte gGmbH üben der Aufsichtsrat und die Gesellschafterversammlung, also letztlich die Gesundheit Nord, die Aufsicht und Kontrolle aus. Der Aufsichtsrat<sup>967</sup> der Klinikum Bremen-Mitte gGmbH ist zur Hälfte mit Mitgliedern besetzt, die durch die Freie Hansestadt Bremen entsandt werden, und zur anderen Hälfte mit Arbeitnehmervertretern. Vorsitzender des Aufsichtsrates war bis zur Abänderung des Gesellschaftsvertrages im Mai 2012 der Sprecher der Geschäftsführung der Gesundheit Nord.<sup>968</sup> Aktuell ist Herr Staatsrat Dr. Schuster Vorsitzender des Aufsichtsrates des Klinikums Bremen-Mitte. Der Aufsichtsrat, der

---

<sup>962</sup> § 1 Abs. 3 der Geschäftsanweisung für die Geschäftsführung des Klinikums Bremen-Mitte, Band 96, S. 18.

<sup>963</sup> § 7 Abs. 5 des Gesellschaftsvertrages in beiden Fassungen.

<sup>964</sup> § 7 Abs. 7 des Gesellschaftsvertrages, Band 96, S. 5.

<sup>965</sup> § 7 Abs. 9 des Gesellschaftsvertrages, Band 96, S. 6 f.

<sup>966</sup> § 7 Abs. 11 des Gesellschaftsvertrags i.V.m. § 90 Aktiengesetz

<sup>967</sup> § 9 des Gesellschaftsvertrages in beiden Fassungen.

<sup>968</sup> § 9 Abs. 5 des Gesellschaftsvertrages alte Fassung.

mindestens einmal im Kalendervierteljahr zusammentritt,<sup>969</sup> hat unter anderem die Aufgabe, die Geschäftsführung zu überwachen. Bei drohenden, erheblichen negativen Planabweichungen und akuten Risiken für die Unternehmensentwicklung ist dem Vorsitzenden zu berichten (Ad-hoc Risikoberichte).<sup>970</sup>

Mindestens einmal jährlich, bei Bedarf auch öfter, ist eine Gesellschafterversammlung einzuberufen. Sie beschließt über die Feststellung des Jahresabschlusses, die Ergebnisverwendung, die Wahl des Abschlussprüfers und die Entlastung der Geschäftsführer und der Mitglieder des Aufsichtsrats. Den Vorsitz in der Gesellschafterversammlung führt der Aufsichtsratsvorsitzende.<sup>971</sup>

### **9.1.2. Aufsichtspflichten von Aufsichtsrat und Gesellschafterin der Klinikum Bremen-Mitte gGmbH**

Über den Aufsichtsrat und die Gesellschafterversammlung hat die Gesundheit Nord mithin Einflussmöglichkeiten auf die grundlegenden Entscheidungen der Klinikgesellschaft insbesondere im Hinblick auf die wirtschaftliche Entwicklung, die Unternehmensentwicklung und die Besetzung hochrangiger Positionen.

Die Überwachungsrechte des Aufsichtsrates beziehen sich jedoch nicht auf das operative Geschäft, sondern auf die Grundfragen der Gesellschaft und insbesondere deren finanzielle Situation. Die Geschäftsführung zu kontrollieren, heißt aber insbesondere vergangenes Handeln zu überwachen.<sup>972</sup> Nach § 111 Abs. 4 Aktiengesetz können dem Aufsichtsrat Maßnahmen der Geschäftsführung im Wesentlichen nicht übertragen werden. Diese Vorschrift ist nach § 52 Abs. 1 GmbHG auch auf die Gesellschaft mit beschränkter Haftung anzuwenden, sofern diese einen Aufsichtsrat hat. Dies bedeutet, dass beim Aufsichtsrat keine Aufgaben der Geschäftsführung mit Ausnahme der in § 111 Abs. 4 S. 2 Aktiengesetz genannten Zustimmungsvorbehalte durch die Satzung angesiedelt werden dürfen.<sup>973</sup> Entsprechend sind die Zustimmungsrechte von Gesellschafterversammlung und

---

<sup>969</sup> § 9 Abs. 11 des Gesellschaftsvertrags, Band 96, S. 12.

<sup>970</sup> § 13 Abs. 3 der Geschäftsweisung für die Geschäftsführung in beiden Fassungen.

<sup>971</sup> § 8 des Gesellschaftsvertrags, Band 96, S. 9 ff.

<sup>973</sup> Vgl. im Einzelnen: Hüffer, Aktiengesetz, München, 10. Aufl., 2012, § 111 Rn. 16 ff. m. w. N.

Aufsichtsrat<sup>974</sup>, sowie die Unterrichts-<sup>975</sup> und Mitwirkungsrechte<sup>976</sup> des Aufsichtsrates ausgestaltet. Der Aufsichtsrat ist nicht befugt, der Geschäftsführung Weisungen zu erteilen. Bei befürchteten wesentlichen Nachteilen für die Klinikgesellschaft hat der Vorsitzende des Aufsichtsrates das zuständige Fachressort und die Querschnittseinheit Beteiligungsmanagement bei der Senatorin für Finanzen zu benachrichtigen.<sup>977</sup>

Daneben wurde zur kurzfristigen Einflussnahme auf die Geschäftsführungen der einzelnen Krankenhäuser des Klinikverbundes durch die Geschäftsführung der Gesundheit Nord auch auf das Instrument der Gesellschafteranweisung zurückgegriffen. Unter dem 24. Mai 2012 erließ die Geschäftsführung der Gesundheit Nord zwei Gesellschafteranweisungen an die Geschäftsführungen der vier Krankenhäuser der Gesundheit Nord sowie der Gesundheit Nord Dienstleistungen. Diese wurden zum einen angewiesen sicherzustellen, dass in allen Bereichen der Krankenhäuser des Klinikverbundes von allen Reinigungskräften nur Einmalhandschuhe (ausschließlich Nitril mit langer Stulpe) benutzt bzw. eingesetzt werden. Daneben wurden die Geschäftsführungen verpflichtet, die Arbeitsanweisungen für die Reinigungskräfte und das Reinigungsverfahren (Unterhalts- und Flächenreinigung) zum Handschuhhandling und den ausschließlichen Einsatz von Einmalhandschuhen unter Berücksichtigung der Empfehlungen von Herrn Eikenberg (in dessen E-Mail vom 24. Mai 2012) zu überprüfen, zu aktualisieren und für die kurzfristige Umsetzung Sorge zu tragen.

Der parlamentarische Untersuchungsausschuss hat den Eindruck gewonnen, dass in den letzten Jahren die Geschäftsführung der Gesundheit Nord und insbesondere deren damaliger Geschäftsführer Herr Dr. Hansen, auf die Entscheidungen der Geschäftsführung des Klinikums Bremen-Mitte einen erheblichen Einfluss hatte. Dies war aus Sicht der Gesundheit Nord zur Gewährleistung des Sanierungskurses erforderlich.

Von diesem Einfluss machten die Verantwortlichen der Gesundheit Nord jedoch im Hinblick auf die Erfordernisse eines ordnungsgemäßen Hygienemanagements keinen

---

<sup>974</sup> § 7 Abs. 7 und 9 des Gesellschaftsvertrages in beiden Fassungen.

<sup>975</sup> § 13 der Geschäftsanweisung für die Geschäftsführung in beiden Fassungen.

<sup>976</sup> § 9 der Geschäftsordnung für den Aufsichtsrat des Klinikums Bremen-Mitte, Band 97, S. 41.

<sup>977</sup> § 9 Abs. 3 der Geschäftsordnung für den Aufsichtsrat des Klinikums Bremen-Mitte.

Gebrauch. Weder wurde Qualifikation oder Stellung des Krankenhaushygienikers problematisiert, noch wurde erkannt, dass die Übertragung der Hygieneverantwortlichkeit auf Herrn Professor Dr. Huppertz entgegen der Geschäftsanweisung erfolgt war.

Wie im Abschnitt „Ausstattung mit medizinischem Personal“<sup>978</sup> geschildert, nahm Herr Dr. Hansen in erheblichem Umfang Einfluss auf das Ob von Einstellungsentscheidungen. Hinsichtlich der Besetzung mit Personal war er nach dem Eindruck aller Beteiligten die entscheidende Person.

Auch im Rahmen des Krisenmanagements wurde die bestimmende Stellung der Gesundheit Nord und von Herrn Dr. Hansen deutlich. Die Entscheidung, gegen Herrn Professor Dr. Huppertz Kündigungen auszusprechen, ging von Herrn Dr. Hansen aus. Dieser führte gegenüber dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss aus, er habe eine Gesellschafteranweisung veranlasst, dass die Geschäftsführung Herrn Professor Dr. Huppertz fristlos entlassen sollte. Eine Abstimmung mit der Senatorin oder dem Staatsrat sei nicht erfolgt.<sup>979</sup> Daneben beruhten auch die Entscheidungen zur Freistellung von Herrn Dr. Kappler und zur Schließung der Station 4027 im Februar 2012 auf Anregungen von Herrn Dr. Hansen. Dieser führte dazu gegenüber dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss aus:

*„Die Freistellung von Herrn Kappler habe ich, wenn Sie so wollen, in dieser Krisenstabssitzung empfohlen. Da ist die Geschäftsführung Mitte anwesend gewesen, und dann ist das arbeitsrechtlich von der Geschäftsführung umgesetzt worden. Eine echte Gesellschafteranweisung hat es nur für die Kündigung von Herrn Professor Huppertz gegeben, das war definitiv eine Gesellschafterentscheidung. Die Schließung der Station können Sie auch als Gesellschafterentscheidung bezeichnen, das ist richtig,(....)“<sup>980</sup>*

---

<sup>978</sup> Siehe unter „6.3.1.1. Zuständigkeit für Personalentscheidungen“.

<sup>979</sup> Herr Dr. Hansen, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme. 10/1163.

<sup>980</sup> Herr Dr. Hansen, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 10/1198.

*Bei der Kündigung von Herrn Professor Huppertz - daraus mache ich auch keinen Hehl - habe ich auch diesen Weg gewählt, weil zu vermuten war, dass das eine heftige öffentliche Diskussion wird und ich die Geschäftsführung aus der Schusslinie nehmen wollte. Deswegen stehe ich auch dazu, dass ich das als Gesellschafter angewiesen habe, weil Chefarzentscheidungen grundsätzlich in der Verantwortung des Geschäftsführers Klinikmanagement liegen, weil das jeweils strategische Entscheidungen sind.“<sup>981</sup>*

Aufgrund der Ausgestaltung des Gesellschaftsvertrages hatte die Geschäftsführung der Gesundheit Nord jedoch auch rechtliche Möglichkeiten, auf das operative Geschäft der Krankenhäuser des Klinikverbundes Einfluss zu nehmen. Allerdings nicht in ihrer Funktion als Mitglieder der Aufsichtsräte. Gemäß § 7 Abs. 12 des Gesellschaftsvertrages hatte der Kaufmännische Geschäftsführer der Gesundheit Nord, weil dieser nicht der Sprecher der Geschäftsführung der Gesundheit Nord war, das Recht an allen Sitzungen der Geschäftsführung teilzunehmen. Ihm stand aber kein Stimmrecht zu, er konnte einer Entscheidung der Klinikgeschäftsführung jedoch widersprechen.<sup>982</sup> Auf Wunsch der Geschäftsführung der Gesundheit Nord waren Sitzungen der Klinikgeschäftsführung anzuberaumen und Fragen der laufenden Geschäftsführung auf die Tagesordnung zu setzen und zu erörtern.<sup>983</sup>

Diese Einflussnahmemöglichkeit wurde nach der Neufassung des Gesellschaftsvertrages noch verstärkt. Durch die neue Fassung des Gesellschaftsvertrages wurde die Zahl der Geschäftsführer erhöht; die Geschäftsführung bestehend aus der kaufmännischen, der pflegerischen und der ärztlichen Geschäftsführung wurde um einen Geschäftsführer erweitert, der zugleich Geschäftsführer der Gesundheit Nord ist. Seine Funktion besteht unter anderem darin, den Willen der Gesundheit Nord in der laufenden Geschäftsführung durchzusetzen.<sup>984</sup> Ihm steht hierfür ein Widerspruchsrecht bei Geschäftsführungsentscheidungen zu.<sup>985</sup> Die Geschäftsführung der Gesundheit Nord hat damit weiterhin Einfluss auf die Geschäftsführung der Klinikgesellschaft.

---

<sup>981</sup> Herr Dr. Hansen, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 10/1198.

<sup>982</sup> § 2 Abs. 4 Ziff. 2 der Geschäftsanweisung für die Geschäftsführung vom 25. August 2008.

<sup>983</sup> § 2 der Geschäftsanweisung für die Geschäftsführung in beiden Fassungen.

<sup>984</sup> § 2 Abs. 4 Ziff. 1 der Geschäftsanweisung für die Geschäftsführung vom 29. Mai 2012.

<sup>985</sup> § 2 Abs. 4 Ziff. 3 der Geschäftsanweisung für die Geschäftsführung vom 29. Mai 2012.

Dagegen ist nicht mehr vorgesehen, dass der Sprecher der Geschäftsführung der Gesundheit Nord gleichzeitig der Vorsitzende des Aufsichtsrates ist. Nunmehr enthält der Gesellschaftsvertrag lediglich eine Regelung, wonach Vorsitzender des Aufsichtsrates ein von der Freien Hansestadt Bremen entsandtes und bestimmtes Aufsichtsratsmitglied ist.<sup>986</sup> Frau Senatorin Jürgens-Pieper führte zum Hintergrund der Änderung des Gesellschaftsvertrages aus, Ziel der Neufassung sei eine Anpassung an steuerrechtliche Vorgaben und eine weitere Verzahnung der Klinikgesellschaft mit der Gesundheit Nord gewesen.<sup>987</sup>

Eine direkte Einwirkungsmöglichkeit der Stadtgemeinde Bremen auf die Klinikgesellschaft beinhaltet § 7 Abs. 10 des Gesellschaftsvertrages. Danach bedarf der jährliche Wirtschaftsplan der Gesellschaft neben der Zustimmung des Aufsichtsrates auch der Zustimmung des Fachressorts sowie der Senatorin für Finanzen.

### **9.1.3. Das Eltern-Kind-Zentrum**

In der Gesundheit Nord sind auf der Grundlage des Medizinischen Zukunftskonzeptes<sup>988</sup> zunächst zehn, heute elf Kompetenzzentren eingerichtet worden, von denen drei standortübergreifend sind. Dies sind das Eltern-Kind-Zentrum, mit dem sich der parlamentarische Untersuchungsausschuss befasst hat, und darüber hinaus das Zentrum für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik an den Standorten Ost und Nord sowie das an allen Standorten angesiedelte Zentrum für Anästhesiologie und OP-Management.

Das Eltern-Kind-Zentrum ist auf alle vier Standorte verteilt. Es umfasst die Professor-Hess-Kinderklinik, die Kliniken für Kinderchirurgie und Kinderurologie sowie für Pädiatrische Intensivmedizin und das Sozialpädiatrische Institut am Klinikum Bremen-Mitte, die Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin sowie für Gynäkologie und Geburtshilfe am Klinikum Bremen-Nord, die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie am Klinikum Bremen-Ost sowie die Kliniken für Kinder- und

---

<sup>986</sup> § 9 Abs. 5 des Gesellschaftsvertrages neue Fassung.

<sup>987</sup> Frau Senatorin Jürgens-Pieper, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 31/4567.

<sup>988</sup> Vorlage für die Sitzung des Aufsichtsrats der GeNo am 22. Juni 2009, Band 60, S. 1 ff.

Jugendmedizin, für strukturelle und angeborene Herzfehler/Kinderkardiologie und für Frauenheilkunde und Geburtshilfe am Klinikum Links der Weser.

Nach der Präambel der zum Zeitpunkt der Keimvorfälle gültigen Geschäftsordnung für standortübergreifende Zentren<sup>989</sup> ist die Zielsetzung eines solchen Zentrums die Kombination aus wohnortnaher Versorgung einerseits sowie der Konzentration von Spezialleistungen andererseits, die Schaffung größerer Einheiten und die optimale Ressourcennutzung durch Vermeidung von Doppelstrukturen. Der parlamentarische Untersuchungsausschuss ist in diesem Zusammenhang der Frage nachgegangen, welche medizinischen Gründe für eine Zentralisierung der Frühgeborenenversorgung in nur einem Level-1-Perinatalzentrum in Bremen sprechen. Dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss wurde dargelegt, dass es sich bei der Schaffung größerer Fachzentren in der Neonatologie um einen von mehreren Faktoren handle, um die Sterblichkeit gerade bei sehr kleinen Frühgeborenen zu senken.<sup>990</sup>

Befasst hat sich der parlamentarische Untersuchungsausschuss auch mit der organisatorischen Einbettung der standortübergreifenden Zentren in die Struktur der Gesundheit Nord mit ihren vier selbständigen Krankenhäusern. Nach § 3 der Geschäftsordnung hat die Geschäftsführung der Gesundheit Nord das arbeitsvertragliche Direktionsrecht über die Zentrumsleitungen, die nach § 4 Abs. 3 in Abstimmung mit den jeweils zuständigen Geschäftsführungen der Krankenhäuser des Klinikverbundes besetzt werden sollen. Bei einem alle vier Standorte betreffenden Zentrum müssen daher die Geschäftsführungen der Gesundheit Nord und aller vier Krankenhäuser eine einvernehmliche Besetzung herbeiführen. Die Zentrumsleitung wiederum hat das arbeitsvertragliche Direktionsrecht über die Chefärzte der im Zentrum zusammengefassten Kliniken. Eine Fachverantwortung ist mit dieser Aufsicht jedoch nicht verbunden. Diese liegt bei den Geschäftsführungen der einzelnen Krankenhäuser des Klinikverbundes bzw. innerhalb medizinischer wissenschaftlicher Standards bei den Chefärzten selber. Dies hat zur Folge, dass für ein an allen vier Standorten angesiedeltes Zentrum vier ärztliche und vier pflegerische Geschäftsführer/innen nur für ihre jeweiligen Chefärzte fachlich verantwortlich sind, die dienstrechtliche Verantwortung aber bei keiner dieser Geschäftsführungen, sondern über die Zentrumsleitung bei der Gesundheit Nord liegt, obwohl sowohl die Chefärzte als auch die Zentrumsleitungen über ihre Funktion als Zentrumsleitung hinaus

---

<sup>989</sup> Geschäftsordnung für standortübergreifende Zentren, gültig vom 11. Mai 2010 bis 11. Mai 2012.

<sup>990</sup> Herr Professor Dr. Herting, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 1/10 f. und 1/80 f.

Beschäftigte eines der vier Standorte sind. Wo genau die dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss beschriebene koordinierende und steuernde Rolle der Zentrumsleitungen bei dieser Funktionsverteilung liegt, und warum sie neben den Geschäftsführungen einen zusätzlichen Nutzen haben sollen, konnte dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss nicht überzeugend vermittelt werden. Die Funktion der Zentrumsleitungen stellt sich vielmehr als eine Art „Anker“ der Gesundheit Nord im operativen Geschäft der Krankenhäuser dar, für das zwar die Geschäftsführungen vor Ort verantwortlich sind, dies aber offenbar nicht umfassend sein sollen.

In der Zentrumskonferenz nach § 5 der Geschäftsordnung, in der die Zentrumsleitung, alle beteiligten Chefärzte, Klinikdirektoren, Institutsdirektoren, Pflegeleitungen und je ein Mitglied der beteiligten Geschäftsführungen Mitglied sind, ist dieser organisatorische Mix zusammen gefasst. Eine letztendliche Verantwortung hat aber auch sie nicht. Bei fehlender Einigkeit in der Zentrumskonferenz entscheidet die jeweils zuständige Geschäftsführung; betrifft die Uneinigkeit daher mehrere Standorte, können die Geschäftsführungen jeweils unterschiedlich entscheiden. Da die Zentrumsleitung keine Fachverantwortung hat, muss sie diese Unterschiedlichkeit letztlich hinnehmen.

#### **9.1.4. Gesellschaftsrechtliche Rolle der Gesundheit Nord gGmbH Klinikverbund Bremen**

Die Gesundheit Nord gGmbH Klinikverbund Bremen ist eine gemeinnützige Gesellschaft mit dem Ziel der kontinuierlichen und entwicklungsoffenen Verbesserung der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit der mit ihr verbundenen Krankenhausunternehmen und Einrichtungen.<sup>991</sup> Für die Entwicklung einer dem Gesellschaftsvertrag entsprechenden Unternehmensstrategie und die Organisation ihrer Geschäftstätigkeit sind die Organe der Gesundheit Nord, die Geschäftsführung, der Aufsichtsrat und die Gesellschafterversammlung, im Rahmen ihrer Zuständigkeit eigenverantwortlich.

Die Geschäftsführer der Gesundheit Nord werden durch die Gesellschafterversammlung bestellt und abberufen.<sup>992</sup> Die Vorsitzende des

---

<sup>991</sup> Vgl. Gesellschaftsvertrag der Gesundheit Nord gGmbH Klinikverbund Bremen, Band 58, S. 192 ff.

<sup>992</sup> § 7 Abs. 4 des Gesellschaftsvertrages.

Aufsichtsrates schließt die Anstellungsverträge mit den Geschäftsführern ab.<sup>993</sup> Gemäß § 7 Abs. 6 des Gesellschaftsvertrages soll die Abgrenzung der Aufgaben der Geschäftsführung der Gesundheit Nord von denen der mit ihr verbundenen Kliniken in einem Konzern-Geschäftsverteilungsplan geregelt werden. Ein solcher Konzern-Geschäftsverteilungsplan wurde dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss nicht vorgelegt.

Die Geschäftsführungsbefugnis der Geschäftsführer der Gesundheit Nord erstreckt sich auf alle Handlungen des gewöhnlichen Betriebes. Für darüber hinausgehende Handlungen bedarf es einer vorherigen Zustimmung des Aufsichtsrates.<sup>994</sup> Für Geschäftsführungshandlungen insbesondere im Zusammenhang mit hochdotierten Personalentscheidungen und der Wahrnehmung der Gesellschafterstellung in den einzelnen Krankenhäusern des Klinikverbundes und der Festlegung der Grundsätze der Geschäftspolitik ist eine Zustimmung der Gesellschafterversammlung erforderlich.<sup>995</sup>

Die Mitglieder des Aufsichtsrates<sup>996</sup> der Gesundheit Nord werden zur Hälfte durch die Stadtgemeinde Bremen entsandt; die andere Hälfte besteht aus Arbeitnehmervertretern. Vorsitzende des Aufsichtsrates ist die für den Bereich Gesundheit zuständige Senatorin. Der Aufsichtsrat hat die Geschäftsführung zu überwachen,<sup>997</sup> er ist in Entscheidungen von grundlegender Bedeutung für das Unternehmen einzubinden.<sup>998</sup> Der Aufsichtsrat ist nicht befugt, der Geschäftsführung Weisungen zu erteilen. Maßnahmen der Geschäftsführung können auch hier dem Aufsichtsrat nicht übertragen werden (§ 111 Abs. 4 S. 1 Aktiengesetz). Kommt die Geschäftsführung einem Rat des Aufsichtsrates nicht nach und drohen der Gesellschaft aus der Nichtbeachtung wesentliche Nachteile, informiert die Aufsichtsratsvorsitzende umgehend die Querschnittseinheit Beteiligungsmanagement bei der Senatorin für Finanzen.<sup>999</sup>

Zum Umgang mit Risikomeldungen führte der kaufmännische Geschäftsführer der Gesundheit Nord, Herr Gmajnic, bei seiner Anhörung aus, die Gesundheit Nord habe

---

<sup>993</sup> § 10 Abs. 2 des Gesellschaftsvertrages.

<sup>994</sup> § 7 Abs. 7 des Gesellschaftsvertrages.

<sup>995</sup> § 7 Abs. 9 des Gesellschaftsvertrages.

<sup>996</sup> § 9 des Gesellschaftsvertrages.

<sup>997</sup> § 10 Abs. 1 des Gesellschaftsvertrages.

<sup>998</sup> § 9 Abs. 1 der Geschäftsordnung für den Aufsichtsrat der Gesundheit Nord gGmbH Klinikverbund Bremen, Band 58, S. 209 ff.

<sup>999</sup> § 9 Abs. 3 der Geschäftsordnung für den Aufsichtsrat.

eine Risikoberichterstattung, die bisher aber sehr ökonomisch geprägt sei. Diese Risikoberichterstattung werde in Zukunft auf qualitative Faktoren ausgeweitet.<sup>1000</sup>

Der Einfluss der Stadtgemeinde Bremen als Gesellschafterin der Gesundheit Nord wird über die Gesellschafterversammlung und den Aufsichtsrat ausgeübt. Eine direkte Einwirkung der Stadtgemeinde Bremen auf die Gesundheit Nord beinhaltet auch § 7 Abs. 10 des Gesellschaftsvertrages. Danach bedarf der jährliche Wirtschaftsplan der Gesellschaft neben der Zustimmung des Aufsichtsrates auch der Zustimmung des Fachressorts sowie der Senatorin für Finanzen.

#### **9.1.4.1. Beteiligungsmanagement**

Die Trägerverantwortung über die Gesundheit Nord liegt beim Senat insgesamt, gemäß Handbuch Beteiligungsmanagement aufgeteilt auf die Senatorin für Finanzen (Querschnittseinheit Beteiligungsmanagement) und die Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit. Die Aufgabe des dezentralen Beteiligungsmanagements liegt im Fachressort.<sup>1001</sup> Welche Aufgaben davon umfasst sind, ist im Handbuch Beteiligungsmanagement der Freien Hansestadt Bremen aufgeführt. Der Aufgabenzuweisung liegt das Konzept zu Grunde, dass die Budget- und Ressourcenverantwortung gegenüber den zugeordneten Gesellschaften bei dem Fachressort liegt. Hieraus ergeben sich insbesondere folgende Aufgaben:

*„- Unterstützung der Fachabteilungen, bzw. –referate bei der Wahrnehmung der Fach- und Haushaltsverantwortung gegenüber den zugeordneten Unternehmen,*

*- Definition und Aufstellen von Zielen für die Unternehmen in Abstimmung mit der Fachabteilung / dem Fachreferat (Zielsteuerung), bzw. Unterstützung des Fachreferates/der Fachabteilung bei der Zielsteuerung*

*- Beteiligungs-Controlling über sämtliche steuerungsrelevante Gesellschaften im Zuständigkeitsbereich des jeweiligen Fachressorts*

---

<sup>1000</sup> Herr Gmajnic, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 18/2521.

<sup>1001</sup> Handbuch Beteiligungsmanagement der Freien Hansestadt Bremen, 2. Auflage Januar 2007, Stand erste Nachlieferung August 2008; abrufbar unter [www.finanzen.bremen.de](http://www.finanzen.bremen.de).

(...)

- *Mitwirkung bzw. Federführung bei der Erstellung von ressortbezogenen Vorlagen für Senat und Bürgerschaft*

- *Wahrnehmung der Gesellschaftsrechte entsprechend der in Fach 2 A enthaltenen Verantwortlichkeiten-Matrix*

(...).<sup>1002</sup>

Diese Aufgabe ist in der senatorischen Behörde dem unmittelbar bei der Senatorin angesiedelten Referat 02 „Beteiligungsmanagement, Angelegenheiten der kommunalen Klinika“ übertragen. Wie dessen Leiter, Herr Dr. Gottwald, gegenüber dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss ausführte, berät und unterstützt das Referat bei der Ausübung der Aufgaben, die sich aus der Gesellschafterstellung der Stadtgemeinde Bremen ergeben.<sup>1003</sup> Gemäß § 9 Abs. 12 des Gesellschaftsvertrages der Gesundheit Nord haben je ein Vertreter des Fachressorts und der Querschnittseinheit Beteiligungsmanagement das Recht, als Gast an Aufsichtsratssitzungen teilzunehmen.

#### **9.1.4.2. Umsetzung**

Herr Dr. Gottwald beschrieb gegenüber dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss einen regen Austausch zwischen der senatorischen Behörde und der Gesundheit Nord. Zu verschiedensten Themen seien Berichte eingeholt worden.<sup>1004</sup> Es hätten monatliche Jour fixe mit der Geschäftsführung der Gesundheit Nord und dem Staatsrat stattgefunden. Ein direkter Kontakt mit den einzelnen Krankenhäusern des Klinikverbundes habe nicht bestanden. Herr Dr. Gottwald formulierte dies wie folgt:

---

<sup>1002</sup> Handbuch Beteiligungsmanagement der Freien Hansestadt Bremen, Rn 14 f., Band 58, S. 19.

<sup>1003</sup> Herr Dr. Gottwald, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 17/2401 ff.

<sup>1004</sup> Herr Dr. Gottwald, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 17/2403 ff.

*„Unser Hauptansprechpartner ist die GeNo als Holding, das heißt, wir haben im Wesentlichen den Zugriff auch auf die Klinika über die Holding. Das heißt, wenn es Fragen betreffend der Klinika gibt, dann gehen sie - das war von Anfang so festgelegt - letztlich über die GeNo-Geschäftsführung, sodass direkte Kontakte zu den Klinika einmal informeller Art existieren, aber immer dann, sagen wir einmal, wenn es Anfragen gibt, von wo auch immer, ob sie aus dem politischen Raum oder sonst woher kam, geht es über die GeNo-Geschäftsführung. Das war von Anfang an die Arbeitsgrundlage.“<sup>1005</sup>*

Herr Dr. Hansen führte zur Zusammenarbeit der Geschäftsführung der Gesundheit Nord mit der senatorischen Behörde aus, es habe seit 2008 ein monatliches sogenanntes Beteiligungscontrollinggespräch mit den Mitarbeitern des Beteiligungscontrollings gegeben, das der Staatsrat für Gesundheit geleitet habe. In diesen Gesprächen seien ausführlich die verschiedensten aktuellen Aspekte der Entwicklung der Gesundheit Nord und der einzelnen Krankenhäuser des Klinikverbundes diskutiert worden. Darüber hinaus habe es mit dem ehemaligen Herrn Staatsrat Dr. Schulte-Sasse und auch mit Herrn Staatsrat Dr. Schuster wöchentlich oder zweiwöchentlich einen Jour fixe gegeben, zu dem sich nur der Staatsrat und die Geschäftsführung der Gesundheit Nord getroffen hätten, um aktuelle Themen und Probleme zu erörtern. Darüber hinaus habe es immer auch spontane Kontakte bei besonderen Vorkommnissen gegeben.<sup>1006</sup>

Der ehemalige Staatsrat Herr Dr. Schulte-Sasse schilderte das Verhältnis zwischen den einzelnen Kliniken, der Gesundheit Nord und der Ressortspitze nach seiner Praxis wie folgt:

*„Deshalb ist es für mich eigentlich immer sehr wichtig gewesen, dass klar ist, welche Verantwortung die Geschäftsführungen vor Ort haben. Sie können nicht mit dem Finger auf die GeNo-Geschäftsführung zeigen und sagen, die machen ja alles. Sie müssen ihre Verantwortung wahrnehmen. Sie bekommen Geld dafür, sie haben*

---

<sup>1005</sup> Herr Dr. Gottwald, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 17/2406.

<sup>1006</sup> Herr Dr. Hansen, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 10/1203 f.

*einen Arbeitsvertrag, sie haben eine Berichtspflicht. Wenn sie den Eindruck haben, die GeNo greife zu stark und über die Maßen in ihre Zuständigkeiten ein, dann sind sie verpflichtet, das im zuständigen Aufsichtsrat zu thematisieren und einen Beschluss des Aufsichtsrats herbeizuführen, sonst laufen sie doch selbst in eine auch rechtliche Gefahr der Verantwortung, die am Ende ja eigentlich fürchterlich ist. Für mich war es dann auch immer entscheidend, dass die Verantwortung, die wir als Behörde zu tragen haben, klar abgegrenzt wird von der Verantwortung, die bei der GeNo-Geschäftsführung liegt.*

*Ich habe dann in Entscheidungen oder auch Diskussionen der GeNo-Geschäftsführung eingegriffen, wenn ich das für die weitere Entwicklung für wichtig und unabwendbar gehalten habe, aber da haben wir übrigens auch bei uns im Haus immer wieder diskutiert, auch in der Leitung: Müssen wir jetzt schon, oder sollen wir jetzt nicht? Da hat es auch bei uns unterschiedliche Meinungen gegeben, ob man soll oder nicht, aber wir haben uns am Ende auch immer darauf verständigt, auch bei uns in der Leitung.“<sup>1007</sup>*

## **9.2. Behörden**

Möglichkeiten zur Einflussnahme auf die Kliniken der Gesundheit Nord bestehen außerhalb der gesellschaftsrechtlichen Organe über das öffentliche Gesundheitswesen. Das öffentliche Gesundheitswesen wird im Wesentlichen durch die senatorische Behörde und die Gesundheitsämter Bremen und Bremerhaven wahrgenommen.

### **9.2.1. Senat und für Gesundheit zuständiges Senatsmitglied**

Nach Art. 118 Abs. 1 S. 1 BremLV führt der Senat die Verwaltung nach den Gesetzen und den von der Bürgerschaft gegebenen Richtlinien. Die Mitglieder des Senats tragen nach einer vom Senat zu beschließenden Geschäftsverteilung die Verantwortung für

---

<sup>1007</sup> Herr Staatsrat Dr. Schulte-Sasse, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 19/2729.

die einzelnen Verwaltungsbehörden und Ämter.<sup>1008</sup> Jedes Mitglied des Senats übernimmt für sein Ressort die Verantwortung.<sup>1009</sup> Dies beinhaltet im Bereich des Untersuchungsgegenstands die alleinige Geschäftsleitungsgewalt, die Personalhoheit und die Organisationsgewalt über den Bereich Gesundheit in der senatorischen Behörde und über die nachgeordneten öffentlichen Einrichtungen, hier das Gesundheitsamt.

In dem zu untersuchenden Zeitraum, der aufgrund der Erweiterung des Untersuchungsauftrages durch den Beschluss der Bremischen Bürgerschaft (Landtag) vom 23. Februar 2012 (Drs. 18/274) im Jahr 2005 beginnt, waren als Mitglieder des Senats zunächst Frau Senatorin Röpke (SPD), sodann seit dem 2. November 2006 Frau Senatorin Rosenkötter (SPD) und seit dem 6. Juli 2012 Frau Senatorin Jürgens-Pieper (SPD) für den Bereich Gesundheit zuständige Senatsmitglieder. Ihre Vertreter im Amt waren zunächst Herr Staatsrat Dr. Knigge, dann seit dem 1. September 2007 Herr Staatsrat Dr. Schulte-Sasse und seit dem 12. Juni 2012 Herr Staatsrat Dr. Schuster.

Solange die kommunalen Kliniken als nachgeordnete Dienststellen in Form von Anstalten oder Eigenbetrieben organisiert waren, umfasste die Ressortverantwortung des zuständigen Senatsmitglieds auch die Kliniken selbst.

Seit der Privatisierung der Kliniken zum 1. Januar 2004<sup>1010</sup> und ihrer Überführung in gemeinnützige Gesellschaften mit beschränkter Haftung (gGmbH) werden Trägereigenschaften der Stadtgemeinde Bremen über die ebenso organisierten Holding vermittelt.

Der ehemalige Staatsrat Herr Dr. Schulte-Sasse äußerte sich vor dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss zum Thema Fachaufsicht folgendermaßen:

*„Deshalb tendiere ich eher dazu, das Instrument der Fachaufsicht so zu definieren, dass man den Verantwortungsbereich der Geschäftsführungen*

---

<sup>1008</sup> Art. 121 Abs. 1 S. 1 BremLV.

<sup>1009</sup> Neumann, Verfassung der Freien Hansestadt Bremen, Stuttgart u.a., 1. Aufl., 1996, Art. 120, Rn. 3.

<sup>1010</sup> Siehe Krankenhausunternehmens-Ortsgesetz - KHUG - vom 8. April 2003, Brem.GBl. S. 175.

*nicht unnötig einschränkt und sich ausschließlich auf die gegebenenfalls auch globaleren Parameter konzentriert, die aus der Sicht des Trägers für die Entwicklung wirklich von zentraler und entscheidender Bedeutung sind, und sich im Übrigen darauf verlässt, wenn es in irgendwelchen anderen Bereichen nicht gut läuft, dass man es schon erfährt und es dann auch außerhalb der systematischen Aufsicht zu einem Aufsichtsthema machen kann. Das kann ich ja schließlich selbst definieren. Kein Geschäftsführer kann mir sagen, Sie dürfen mich in dieser Frage nicht beaufsichtigen, das steht ihm gar nicht zu. Davon haben wir natürlich auch Gebrauch gemacht.“<sup>1011</sup>*

In seiner zweiten Anhörung am 5. Oktober 2012 präzisierte er diese Aussage dahingehend, dass diese Ausführungen sich auf seine Rolle als Gesellschafter bezogen hätten:

*„ ... Das ist eine völlig andere fachliche Steuerung, das ist keine Aufsichtsfunktion in dem Sinne, also im fachaufsichtlichen Sinne, wie es die Behörde betrifft, sondern es ist auch eine - das ist ein unscharfer Begriff, das gebe ich gern zu - fachliche Steuerung der GeNo durch den Vertreter des Gesellschafters.“<sup>1012</sup>*

und führte weiter aus

*„... Nun, bei der Frage der Aufsichtsratsfunktion in den Kliniken: Ich sehe natürlich, unabhängig davon, ob die Senatorin Aufsichtsratsvorsitzende der GeNo oder Herr Staatsrat Schuster Aufsichtsratsvorsitzender der vier Kliniken ist, auch wenn sie das jeweils nicht wären, die Notwendigkeit, dass der Träger der kommunalen Kliniken, also die Stadtgemeinde Bremen, die eigene Einrichtung steuert. Es kann ja nicht sein, dass die privat-rechtliche Konstitution der kommunalen Kliniken dazu führt, dass die Geschäftsführungen dieser Kliniken unabhängig vom Willen des Trägers machen können, was sie wollen.“*

---

<sup>1011</sup> Herr Staatsrat Dr. Schulte-Sasse, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 19/2649.

<sup>1012</sup> Herr Staatsrat Dr. Schulte-Sasse, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 33/4870 f.

*Diese Steuerung der Kliniken durch den Träger geschieht natürlich über die Instrumente, die der Träger hat. Wenn der Senat feststellt, dass das zuständige fachliche Ressort das Gesundheitsressort ist und dass deshalb die fachpolitische Steuerung der GeNo-Kliniken durch das Gesundheitsressort, durch das Personal im Gesundheitsressort, zu geschehen hat, dann ist das eine Selbstverständlichkeit. Durch wen denn sonst? Das ist der Grund, warum ich, als ich hier nach Bremen kam, mich auch als erstes um die Frage gekümmert habe, wie denn diese Steuerung in Bremen aussieht, wie sie strukturiert und aufgebaut ist.“<sup>1013</sup>*

Frau Senatorin Jürgens-Pieper äußerte gegenüber dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss, dass weder die Gesundheit Nord noch die Krankenhäuser des Klinikverbundes seit deren Überführung in gemeinnützige Gesellschaften mit beschränkter Haftung einer behördlichen Fachaufsicht unterlägen.<sup>1014</sup> Die Fachaufsicht betreffe die Recht- und Zweckmäßigkeit des Verwaltungshandelns. Hierbei gehe es unter anderem um die Einheitlichkeit der Rechtsanwendung, Ermessenslenkung, die Qualität der Auftragserfüllung, die Wirtschaftlichkeit und die Gewährleistung transparenter Entscheidungs- und Verwaltungsabläufe. Die Fachaufsicht werde in einer hierarchisch aufgebauten Verwaltungsorganisation für die eigene Verwaltung und für die nachgeordneten Behörden ausgeübt. Die Gesundheit Nord und die Krankenhäuser des Klinikverbundes seien als gemeinnützige Gesellschaften mit beschränkter Haftung keine nachgeordneten Behörden. Das schließe das GmbH-Recht und das Aktienrecht aus.<sup>1015</sup>

Vor dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss hat Senatorin Jürgens-Pieper ihren Einfluss auf die Geschäftsführung der Gesundheit Nord und der Kliniken wie folgt beschrieben:

*„Erstens, manche, die diskutieren, vergessen, dass die vier kommunalen Kliniken nicht mehr als städtische Eigenbetriebe geführt werden, sondern aufgrund politischer Entscheidungen als eigenständige Gesellschaften mit einer ebenfalls eigenständigen Holding als Rahmen. Ich habe weder als Senatorin noch als*

---

<sup>1013</sup> Herr Staatsrat Dr. Schulte-Sasse, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 33/4874.

<sup>1014</sup> Frau Senatorin Jürgens-Pieper, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 31/4481.

<sup>1015</sup> Frau Senatorin Jürgens-Pieper, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 31/4622.

*Vorsitzende des Aufsichtsrates der Gesundheit Nord das Recht, diesen Leitungen Anweisungen zu erteilen. Weder in meinem Senatorenamt noch in meiner Funktion als Vorsitzende des Aufsichtsrates der Gesundheit Nord nehme ich eine Fachaufsicht über die Kliniken oder deren Holding wahr.*<sup>1016</sup>

Weiter hob Senatorin Jürgens-Pieper hervor, als Aufsichtsratsvorsitzende des Klinikverbundes sei sie für die Überwachung und Beratung der Geschäftsführung des Klinikverbundes zuständig, nicht jedoch für die Geschäftsführungen in den Krankenhäusern.<sup>1017</sup> Für deren Überwachung und Beratung seien die jeweiligen Aufsichtsräte der Krankenhäuser des Klinikverbundes zuständig.<sup>1018</sup> Gegenstand der Überwachung durch den Aufsichtsrat sei die Ordnungsmäßigkeit, die Zweckmäßigkeit und die Wirtschaftlichkeit der Geschäftsführungen. Hierzu gehöre die Prüfung, ob sich die Holding im Rahmen ihrer satzungsmäßigen Aufgaben betätige, die maßgebenden Bestimmungen beachte, und ob das Geschäft mit der Sorgfalt eines ordentlichen und gewissenhaften Geschäftsführers wirtschaftlich sparsam geführt werde.<sup>1019</sup> Eine unmittelbare Einflussmöglichkeit des Aufsichtsrates bestehe nur für die in der Satzung geregelten zustimmungspflichtigen Geschäfte, wie zum Beispiel den Erwerb oder die Veräußerung, die Beendigung von Beteiligungen oder die Beschlussfassung über den Wirtschaftsplan. Als Aufsichtsratsvorsitzende könne sie zudem die Geschäftsführer der Holding bestellen und entlassen, wenn entsprechende Gründe vorliegen. Sie könne aber auf der Grundlage des Gesellschaftsrechts nicht unmittelbar in das operative Geschäft der Holding oder der einzelnen Kliniken eingreifen.<sup>1020</sup> Sowohl in ihrer Funktion als Senatorin als auch als Aufsichtsratsvorsitzende sei sie dem Wohl der Bürger, als Aufsichtsrätin konkret der Patientinnen und Patienten, verpflichtet. Dies umso mehr, als die Holding eine gemeinnützige Gesellschaft sei, also nicht mit Gewinnerzielungsabsicht arbeite.<sup>1021</sup>

---

<sup>1016</sup> Frau Senatorin Jürgens-Pieper, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 31/4481.

<sup>1017</sup> Frau Senatorin Jürgens-Pieper, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 31/4483.

<sup>1018</sup> Frau Senatorin Jürgens-Pieper, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 31/4484.

<sup>1019</sup> Frau Senatorin Jürgens-Pieper, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 31/4483.

<sup>1020</sup> Frau Senatorin Jürgens-Pieper, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 31/4483.

Herr Staatsrat Dr. Schuster stellte dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss dar, dass er seine Aufgabe darin sehe, „Interessen in der Gesundheitspolitik und Problemstellungen wahrzunehmen, diese so zum Ausgleich zu bringen, um daraus ein politisches Konzept zu entwickeln und dieses in Verwaltungshandeln umzusetzen“, fachliche Expertise heranzuziehen, ohne sie selber haben zu müssen, Diskussionen zu führen und zu kommunizieren, „um ein Bild zu gewinnen und, was die Politik am Ende zu entscheiden hat, entscheiden zu können, nämlich die Abwägung verschiedener Interessen und die Reaktion auf Problemlagen“.<sup>1022</sup> Seine Funktion sieht Herr Staatsrat Dr. Schuster daher vornehmlich als eine politische an, nicht als eine eines auch direkt in die Fachaufgaben des Ressorts eingebundenen Verwaltungsleiters, der die politischen Entscheidungen der Senatorin nur umsetzt.

**9.2.2. Abteilung „Gesundheit“** Die Verwaltung des Geschäftsbereichs Gesundheit in der senatorischen Behörde für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit obliegt der Abteilung 4 „Gesundheit“. Sie stand seit Beginn des Untersuchungszeitraums 2005 bis zu seinem Ausscheiden zum 1. Februar 2012, Arbeitsbeendigung schon vor dem 24. Dezember 2011,<sup>1023</sup> unter der Leitung von Herrn Dr. Gruhl. Die Neubesetzung erfolgte zum 1. Oktober 2012.

Eine allgemeine Fachaufsicht über die kommunalen Kliniken, die vormalig aus der Rolle der Stadtgemeinde Bremen als Klinikträger erwuchs, besteht in der Abteilung 4 nicht mehr. Sie nimmt insoweit lediglich die Überwachungsaufgaben wahr, die sich aus den gesetzlichen Vorschriften für alle Krankenhäuser ergeben. Der parlamentarische Untersuchungsausschuss hat sich bei seinen Untersuchungen daher nur mit den spezifischen Überwachungsaufgaben über bestimmte Tätigkeiten der Kliniken in den Referaten 43 und 44 befasst.

Im Referat 43 ist der Infektionsschutzreferent, Herr Christelsohn, für das Impfwesen, den Infektionsschutz und das Infektionsschutzgesetz, MRSA, den Infektionsalarm- und Influenzapandemieplan und die Aufsicht über die Rechtsmedizin und das Leichenwesen zuständig. Das Referat 43 ist auch die Einheit, an die durch das Gesundheitsamt und das dort verortete Landeskompetenzzentrum Keimausbrüche in

---

<sup>1022</sup> Herr Staatsrat Dr. Schuster, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahmen, 22/3092.

<sup>1023</sup> Herr Dr. Gruhl, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 14/1891.

Bremen gemeldet werden.<sup>1024</sup> Im Referat 44 ist der Pharmaziereferent, Herr Stork-Beimfohr, zuständig für Arzneimittel, Apotheken, einschließlich der Krankenhausapotheke des Klinikums Bremen-Mitte, und Medizinprodukte sowie für den Vollzug des Apotheken-, Arzneimittel-, Betäubungsmittel-, Gewerbe-, Heilmittelgewerbe-, Medizinprodukte- und Transfusionsgesetzes im Land Bremen.

Der parlamentarische Untersuchungsausschuss hat bei seinen Anhörungen festgestellt, dass in der Abteilung 4 seit dem Weggang des Abteilungsleiters Herrn Dr. Gruhl zum Februar 2012 der Referatsleiter 43, Dr. Götz, der einzige verbliebene Humanmediziner ist. Auch auf der Leitungsebene des Ressorts ist mit dem Wechsel von Herrn Staatsrat Dr. Schulte-Sasse auf Herrn Staatsrat Dr. Schuster zu Beginn der 18. Wahlperiode im Sommer 2011 kein Mediziner mehr für den Bereich Gesundheit zuständig. Schließlich verfügt der für Infektionsschutz zuständige Referent, Herr Christelsohn, anders als sein Vorgänger Herr Dr. Nettesheim, nicht über eine medizinische Ausbildung. Herr Christelsohn hatte dies vor und erneut nach der Übernahme dieser Aufgabe 2009 in einem Schreiben an Herrn Dr. Götz vom 17. November 2009 schriftlich angemerkt und erklärt, die Aufgabe der Aufsicht über die Krankenhausbetriebe hinsichtlich der Krankenhaushygiene wie auch andere Aufgaben der Fachaufsicht über medizinisch tätige Institutionen gemäß Geschäftsverteilungsplan<sup>1025</sup> aus diesem Grunde nicht vollumfänglich ausfüllen zu können.<sup>1026</sup> Herr Dr. Gruhl und Herr Dr. Götz erläuterten dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss dazu, dass relevant für die Aufgabe als Infektionsschutzreferent nicht die medizinische Ausbildung sei, sondern die Möglichkeit, medizinischen Sachverstand heranzuziehen.<sup>1027</sup> Dies sei mit Herrn Dr. Götz, Herrn Dr. Gruhl und Herrn Staatsrat Dr. Schulte-Sasse im Gesundheitsressort und Herrn Dr. Wunderle sowie Frau Dr. Offenhäuser im Gesundheitsamt auch tatsächlich gewährleistet gewesen.<sup>1028</sup> Es ist gleichwohl beabsichtigt, den Geschäftsverteilungsplan zu ändern und die ärztlichen Aufgaben auf Herrn Dr. Götz zu

---

<sup>1024</sup> Siehe unter „8.3.3.2 Übermittlung durch das Gesundheitsamt“ und „9.2.3.1. Landeskompetenzzentrum für Infektionskrankheiten“.

<sup>1025</sup> Geschäftsverteilungsplan Stand 11/2007, Band 59, S. 69.

<sup>1026</sup> Herr Christelsohn, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 14/1833 f.; Dienstliche Erklärung zum Geschäftsverteilungsplan, Band 58, S. 306 f.

<sup>1027</sup> Herr Dr. Gruhl, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 14/1908; Herr Dr. Götz, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2852.

<sup>1028</sup> Herr Christelsohn, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 14/1834; 14/1858; Herr Zimmermann, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 12/1381.

übertragen.<sup>1029</sup> Dies entspricht nach Angaben von Herrn Dr. Götz der tatsächlichen Arbeitsteilung seit 2008.<sup>1030</sup>

Aus den Aussagen von Herrn Christelsohn und Herrn Dr. Gruhl zu den dem Infektionsschutzreferenten zugeordneten medizinischen Aufgaben hat der parlamentarische Untersuchungsausschuss entnommen, dass für eine Vielzahl der Fachaufgaben der Abteilung Gesundheit medizinischer Sachverstand mindestens in ausreichendem Maß schnell verfügbar sein muss. Durch den Weggang von Herrn Dr. Schulte-Sasse, dem ehemaligen Staatsrat, und Herrn Dr. Gruhl ist insoweit jedoch eine relevante Vakanz im Gesundheitsressort entstanden,<sup>1031</sup> die zur Überzeugung des parlamentarischen Untersuchungsausschusses Auswirkungen auf eine fachgerechte Aufgabenwahrnehmung hat. Um den humanmedizinischen Kompetenzverlust in der Abteilung zu kompensieren, ist auf Referatsebene zu gewährleisten, dass dort, wo eine humanmedizinisch fachliche Aufsicht wahrzunehmen ist, die Referatsleiter entsprechend qualifiziert sind. Der parlamentarische Untersuchungsausschuss hält deshalb die Erhöhung des humanmedizinischen Sachverstandes in der Abteilung 4 für geboten. Das Personal ist unter Berücksichtigung der neu zuzuweisenden Kompetenzen um mindestens eine Stelle aufzustocken.

### **9.2.3. Gesundheitsamt Bremen**

Das Gesundheitsamt Bremen ist eine nachgeordnete Dienststelle der Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit. Es ist Teil des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Bremen und nimmt die ihm zugewiesenen Aufgaben nach dem Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst in der Stadtgemeinde Bremen wahr. Es steht unter der Leitung von Herrn Zimmermann und besteht aus fünf Abteilungen, in denen relativ kleine und hoch spezialisierte Arbeitseinheiten die Aufgaben des Gesundheitsamtes, die ganz unterschiedliche berufliche Kompetenzen erfordern, bearbeiten.<sup>1032</sup> Die für den Untersuchungsgegenstand des parlamentarischen Untersuchungsausschusses relevante Abteilung 3, Gesundheit und Umwelt, unter der Leitung von Herrn Dr. Dullin beinhaltet unter anderem das Referat 30,

---

<sup>1029</sup> Herr Dr. Götz, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2854; Herr Christelsohn, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 14/1842.

<sup>1030</sup> Herr Dr. Götz, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2870.

<sup>1031</sup> Herr Staatsrat Dr. Schuster, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahmen, 22/3089.

<sup>1032</sup> Herr Zimmermann, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahmen, 12/1346.

Infektionsepidemiologie, unter der Leitung von Herrn Dr. Wunderle mit zwölf weiteren Beschäftigten.<sup>1033</sup>

Die gesetzliche Grundlage für die Aufgaben des Referats 30 liegt bundesrechtlich im Infektionsschutzgesetz des Bundes und landesrechtlich im bremischen Gesundheitsdienstgesetz. Dort ist in § 22 Abs. 1 den Gesundheitsämtern die Landesaufgabe der Infektionshygiene als Auftragsangelegenheit unter der Aufsicht der Senatorin für Gesundheit<sup>1034</sup> übertragen. Die Gesundheitsämter überwachen nach § 25 Gesundheitsdienstgesetz auch die Einhaltung der Anforderungen der Hygiene in Einrichtungen, bei denen aufgrund der vorliegenden Erkenntnisse ein besonderes Hygienierisiko besteht, mithin also auch in Krankenhäusern. In § 25 Abs. 2 heißt es hierzu:

*„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.“*

Der Leiter des Gesundheitsamtes, Herr Zimmermann, erläuterte dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss ebenso wie Herr Staatsrat Dr. Schuster, dass Routineaufgaben wie die in § 25 Gesundheitsdienstgesetz vorgesehene gesundheitliche Überwachung von Krankenhäusern durch Begehungen in den vergangenen Jahren in einem aus Sicht des Ressorts und des Gesundheitsamtes zu geringen Maße wahrgenommen werden konnten.<sup>1035</sup> So wurden in den Jahren 2009 und 2010 lediglich insgesamt fünf Begehungen von Krankenhäusern durchgeführt.<sup>1036</sup> Dies war nach Aussage von Herrn Dr. Götz auch im Ressort bekannt.<sup>1037</sup>

---

<sup>1033</sup> Übersicht, Stand: 11. November 2011, Band 7, S. 4.

<sup>1034</sup> § 5 Abs. 2 Gesundheitsdienstgesetz.

<sup>1035</sup> Herr Zimmermann, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahmen, 12/1403; Herr Staatsrat Dr. Schuster, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahmen, 22/3003.

<sup>1036</sup> E-Mail von Herrn Christelsohn, Band 43, S. 341.

<sup>1037</sup> Herr Dr. Götz, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2867 f.

Herr Christelsohn äußert sich bezüglich des vom Gesundheitsamt Bremen vorgelegten Leistungsberichtes 2010 in einer E-Mail vom 7. Juni 2011 an Herr Dr. Götz:

*„ ... Hinsichtlich der Begehungen speziell der medizinischen Einrichtungen wiederhole ich meine Bedenken, die ich bereits zum Leistungsbericht 2009 deutlich gemacht habe. M.E. wird der Begehung der KH im brem. Stadtgebiet nicht ausreichend Aufmerksamkeit geschenkt.*

*Anmerkung: Mir liegt als MA des GA der detaillierte Leistungsbericht der Abt. 3 vor. Hieraus geht hervor, dass in 2010 nur 3 (!) (2009=2) Krankenhäuser begangen wurden. Insgesamt wurden in den vergangenen Jahren nur 5 Begehungen in brem. KH durchgeführt. Auch wenn das GA einen sehr guten Ansatz in der Präventionsarbeit beim IfSchutz mit den KH pflegt (Vorträge, telef. Beratung, bedarfsorientierte Treffen) so halte ich es für wichtig, dass die KH jährlich einmal begangen werden. Ich glaube, dass eine derartige Praxis auch die Tätigkeit der Hygienefachkräfte, die es gegenüber der KH-Leitungsebene nicht immer so einfach haben, unterstützen würde. ...“<sup>1038</sup>*

Bereits 2010 habe Herr Dr. Gruhl dies gegenüber Herrn Zimmermann thematisiert.<sup>1039</sup> Als Ursache wurde dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss eine für die Bearbeitung der Routineaufgaben und der in den letzten Jahren aufgetretenen Arbeitsanfälle durch EHEC, Schweinegrippe und Vogelgrippe sowie weitere zusätzlich übertragene Aufgaben zu geringe Personaldecke dargestellt, die durch das Ausscheiden einer intern durch einen bisherigen Gesundheitsaufseher zu ersetzenden Mitarbeiterin aus der Tuberkuloseüberwachung 2011 noch verstärkt worden sei.<sup>1040</sup> Dadurch seien die Routineaufgaben „hinten runter gefallen“. <sup>1041</sup> Seit September 2011 war die knappe Personalbesetzung im Gesundheitsamt Gegenstand einer Überprüfung in der senatorischen Behörde.<sup>1042</sup> Herr Dr. Götz führte dazu aus, er wisse nicht, ob Herr Dr. Gruhl die Problematik der Krankenhausbegehungen der vorherigen und der neuen politischen Ressortleitung weitergegeben habe.<sup>1043</sup> Möglicherweise sei diese

---

<sup>1038</sup> E-Mail von Herrn Christelsohn vom 7. Juni 2011 an Herrn Dr. Götz, Band 43, S. 341.

<sup>1039</sup> Herr Dr. Götz, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2867.

<sup>1040</sup> Herr Dr. Dullin, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahmen, 12/1458.

<sup>1041</sup> Herr Dr. Götz, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2869.

<sup>1042</sup> Herr Staatsrat Dr. Schuster, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahmen, 22/3045 und 22/3120.

<sup>1043</sup> Herr Dr. Götz, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2868.

Information in der Ressortführung durch den Wechsel der Ressortzuständigkeit zur 18. Wahlperiode verloren gegangen.

Bei der Überwachung der Hygiene sollen die Gesundheitsämter nach § 25 Abs. 2 Gesundheitsdienstgesetz auf die Herstellung von strukturellen, organisatorischen und personellen Voraussetzungen für hygienisches Handeln hinwirken. Diese Aufgabe erschöpft sich nicht in der Durchführung von Krankenhausbegehungen, denn diese erfassen organisatorische und personelle Voraussetzungen hygienischen Handelns nicht. Krankenhausbegehungen betreffen vielmehr lediglich punktuell einen Vergleich des hygienischen Ist-Zustandes mit dem Soll-Zustand.

Hinsichtlich des Fachpersonals für Hygiene ist festgestellt worden, dass der am Klinikum Bremen-Mitte seit 2007 tätige Krankenhaushygieniker nach der in Bremen geltenden Rechtslage nicht über die ausreichende berufliche Qualifikation verfügte.

Ferner konnte festgestellt werden, dass die Zuständigkeit des Krankenhaushygienikers für sämtliche Krankenhäuser der Gesundheit Nord nicht KRINKO-konform war und dementsprechend nicht dem gebotenen hygienischen Standard entsprach.<sup>1044</sup> Es ist nicht feststellbar, dass das Gesundheitsamt insoweit Erkenntnisse gesammelt und Bemühungen entfaltet hat, das Klinikum Bremen-Mitte zur entsprechenden Aufstockung des Personals zu veranlassen. Auf die Frage, ob und wie das Referat Infektionsepidemiologie in die Überwachung der Einhaltung von Hygienevorschriften in den bremischen Krankenhäusern eingebunden ist, antwortete Herr Dr. Wunderle:

*„Wir machen Begehungen in den Krankenhäusern, wobei man sagen muss, dass es in den letzten Jahren schwierig geworden ist, weil wir immer in anderer Weise Ausbrüche hatten, wie zum Beispiel EHEC letztes Jahr. Wir machen aber in den Krankenhäusern Routinebegehungen, und wenn es Anlässe gibt wie Ausbrüche, auch hier in diesem Keimskandal oder letztes Jahr auf derselben Station - Frau Offenhäuser kommt ja später noch, da war ein MRSA-Problem auf dieser Station -, dann würden wir auch immer sofort hingehen, eine Begehung machen und uns das vor Ort anschauen. Das Problem ist, dass wir im Bereich Krankenhaushygiene sehr schlecht*

---

<sup>1044</sup> Siehe unter „5.2.1.1. Rechtliche Vorgaben“.

*besetzt sind und letztendlich nicht die Möglichkeit hatten, in den letzten Jahren regelmäßig, so wie wir uns das vorstellen, wirklich alle zwei Jahre jedes Krankenhaus oder jede Abteilung zu besuchen. Das ist gar nicht möglich gewesen.*<sup>1045</sup>

Der parlamentarische Untersuchungsausschuss ist der Ansicht, dass trotz derartiger Ereignisse regelmäßige Begehungen durch das Gesundheitsamt stattfinden müssen. Darüber hinaus umfassen die Überwachungsaufgaben des Gesundheitsamtes jedoch insbesondere auch die grundsätzlicheren Fragen der personellen und organisatorischen Voraussetzungen für die Krankenhaushygiene. Auch insoweit muss auf die Einhaltung der Standards hingewirkt werden.<sup>1046</sup> Hierbei ist auch in Hygiene- und Organisationspläne Einsicht zu nehmen. Die Empfehlungen der KRINKO bilden den maßgeblichen Stand der Wissenschaft ab, an dem sich die Überprüfung zu orientieren hat. Ein entsprechendes Rollenverständnis ist beim Gesundheitsamt Bremen nicht vorhanden. Der senatorischen Behörde obliegt es, im Rahmen der Fachaufsicht zu überprüfen, ob die den nachgeordneten Behörden übertragenen Aufgaben erfüllt werden.

Mittlerweile ist vorgesehen, die Krankenhausbegehungen durch das Gesundheitsamt durch ein wesentlich umfangreicheres Hygieneaudit zu ersetzen.<sup>1047</sup> Diese Verpflichtung wurde zwischenzeitlich in § 10 der Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen vom 27. März 2012 festgeschrieben. Hiernach ist vorgesehen, dass sich die Krankenhäuser mindestens alle zwei Jahre einem festgelegten Auditverfahren, das anhand von Checklisten durchgeführt wird, zu unterziehen haben. Hinzukommen zwischenzeitliche Nachkontrollen bei Bedarf.<sup>1048</sup> Die Hygieneaudits und ebenso die eventuell daraus erwachsenen Nachkontrollen sollen für die Krankenhäuser gebührenpflichtig sein. Die Vorbereitungen zur Ausarbeitung von Hygieneaudits haben bereits begonnen.<sup>1049</sup>

Zu Beginn des Jahres 2012 beauftragte die senatorische Behörde den Arzt für Mikrobiologie, Infektionsepidemiologie und Öffentliches Gesundheitswesen Herrn Dr.

---

<sup>1045</sup> Herr Dr. Wunderle, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 12/1494 f.

<sup>1046</sup> Vgl. § 25 Abs. 2 ÖGDG.

<sup>1047</sup> Frau Senatorin Jürgens-Pieper, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 34/4948.

<sup>1048</sup> Frau Senatorin Jürgens-Pieper, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 34/4948.

<sup>1049</sup> Frau Senatorin Jürgens-Pieper, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 34/4949.

Leidel mit einer Evalutation der krankenhaushygienischen Aufsicht durch die bremischen Gesundheitsämter. Der senatorischen Behörde ging es bei der Beauftragung des Gutachters darum, eine Außenbetrachtung zu erhalten.<sup>1050</sup> Herr Dr. Leidel legte am 21. März 2012 seinen Bericht vor.<sup>1051</sup>

Er schreibt u.a. in Bezug auf die Personalausstattung des entsprechenden Referats des Gesundheitsamtes Bremen den Hinweis:

*„Es sei mir jedoch der Hinweis gestattet, dass angesichts der vielfältigen Aufgaben des Referatsleiters und seiner Vertreterin die personellen Ressourcen sehr knapp bemessen sind.“*<sup>1052</sup>

...

*„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.“*<sup>1053</sup>

Hinsichtlich der Personalausstattung des zuständigen Sachbereichs des Gesundheitsamtes Bremerhaven äußert er sich folgendermaßen:

*„Was über die knappe personelle Situation in Bremen gesagt wurde, gilt in Bremerhaven mindestens in gleichem Maße.“*<sup>1054</sup>

Herr Zimmermann gab an, er habe gegenüber der senatorischen Behörde deutlich gemacht, für die neuen Aufgaben 2,5 Stellen im Bereich des Infektionsschutzes zusätzlich zu benötigen. Diese setzten sich aus einem Nachholbedarf und aus einem Bedarf für erwartete künftige Aufgaben zusammen.<sup>1055</sup> Als hausinterne Maßnahme habe er zunächst veranlasst, zur Aushilfe auf der Ebene der Gesundheitsaufseher eine

---

<sup>1050</sup> Frau Senatorin Jürgens-Pieper, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 31/4527.

<sup>1051</sup> Bericht über die Prüfung der krankenhaushygienischen Aufsicht durch die bremischen Gesundheitsämter des Herrn Dr. Jan Leidel.

<sup>1052</sup> Bericht über die Prüfung der krankenhaushygienischen Aufsicht durch die bremischen Gesundheitsämter des Herrn Dr. Jan Leidel, S. 13.

<sup>1053</sup> Bericht über die Prüfung der krankenhaushygienischen Aufsicht durch die bremischen Gesundheitsämter des Herrn Dr. Jan Leidel, S. 22.

<sup>1054</sup> Bericht über die Prüfung der krankenhaushygienischen Aufsicht durch die bremischen Gesundheitsämter des Herrn Dr. Jan Leidel, S. 23.

<sup>1055</sup> Herr Zimmermann, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahmen, 12/1404 f.

Prophylaxehelferin aus dem jugendzahnärztlichen Dienst mit voller Stelle dorthin zu versetzen.<sup>1056</sup> Dem Gesundheitsamt sind mittlerweile 1,75 Arztstellen und 2 Stellen für Gesundheitsaufseher zugewiesen worden, die ausgeschrieben werden können.<sup>1057</sup> Zu prüfen ist, ob mit dieser Aufstockung die zugewiesenen Aufgaben erfüllt werden können.

#### **9.2.3.1. Landeskompetenzzentrum für Infektionskrankheiten**

Nach § 11 Abs. 2 Infektionsschutzgesetz hat das Gesundheitsamt einen ihm gemeldeten Ausbruch spätestens am dritten Arbeitstag der folgenden Woche an die zuständige Landesbehörde zu übermitteln; von dort hat innerhalb einer Woche eine Übermittlung an das Robert Koch-Institut zu erfolgen. Gemäß § 54 Infektionsschutzgesetz ist die zuständige Landesbehörde nach dem Infektionsschutzgesetz von der Landesregierung durch Rechtsverordnung zu bestimmen. Entsprechend erließ der Senat am 3. Juli 2001 die Verordnung über die zuständigen Behörden nach dem Infektionsschutzgesetz.<sup>1058</sup> § 3 Abs. 2 bestimmt hier als zuständige Landesbehörde im Sinne des § 11 Abs. 1 bis 3 Infektionsschutzgesetz die Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit.

Im Land Bremen erfolgte die Sammlung und Übermittlung von Informationen über Infektionskrankheiten, die das Gesundheitsamt erreichen, tatsächlich nicht durch eine Landesbehörde, sondern durch das beim Gesundheitsamt angesiedelte „Landeskompetenzzentrum für Infektionskrankheiten“ (Referat 30, Abteilung 3). Herr Dr. Gruhl erläuterte als Hintergrund gegenüber dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss, dass im Land Bremen 80 oder 90 Prozent der Meldungen aus dem Gesundheitsamt Bremen gekommen seien. Deshalb habe man diese Landesaufgabe mit Einverständnis der Gesundheitsämter Bremen und Bremerhaven an das Gesundheitsamt Bremen delegiert.<sup>1059</sup> Dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss wurde lediglich ein Schreiben des Senators für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales vom 27. Juli 2000 vorgelegt, in dem das Gesundheitsamt gebeten wurde, die Aufgaben eines Landeskompetenzzentrums für

---

<sup>1056</sup> Herr Zimmermann, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahmen, 12/1406.

<sup>1057</sup> Herr Dr. Götz, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 25/3602.

<sup>1058</sup> Infektionsschutz-Zuständigkeitsverordnung, Brem.GBl. S. 235, zuletzt geändert durch § 6 Abs. 2 Infektionsschutz-Zuständigkeitsverordnung vom 28. August 2012, Brem.GBl. S. 382.

<sup>1059</sup> Herr Dr. Gruhl, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 14/1906.

meldepflichtige Krankheiten gemäß Infektionsschutzgesetz zu übernehmen.<sup>1060</sup> Es ist bereits fraglich, ob Kompetenzen durch einen schlichten Schriftwechsel übertragen werden können. Jedenfalls wurde das Schreiben durch die Regelung in der ein Jahr später erlassenen Infektionsschutz-Zuständigkeitsverordnung überholt.<sup>1061</sup> Die Landesaufgabe nach § 11 Infektionsschutzgesetz wurde dem Gesundheitsamt damit nicht entsprechend den gesetzlichen Vorgaben durch die Infektionsschutz-Zuständigkeitsverordnung übertragen.

In Bezug auf die Übermittlung von Daten an das Robert Koch-Institut bestand eine weitere Unklarheit hinsichtlich der Zuständigkeiten dadurch, dass die Infektionsschutz-Zuständigkeitsverordnung auch nach der Änderung vom 24. Januar 2012 die aktuelle Fassung des § 11 Infektionsschutzgesetz nicht berücksichtigte. Zum Zeitpunkt des Erlasses der Infektionsschutz-Zuständigkeitsverordnung im Jahre 2001 hatte § 11 Infektionsschutzgesetz drei Absätze: Absatz 1 betraf die Übermittlung des Auftretens meldepflichtiger Erkrankungen oder Krankheitserreger, Absatz 2 die Meldung von möglichen Impfschäden und Fällen möglicher Infektionen durch Arzneimittel und Absatz 3 die Übermittlung von Daten zur Schaffung eines Netzes für die Überwachung und Kontrolle übertragbarer Krankheiten in der Europäischen Gemeinschaft. Die zuständige Landesbehörde hatte in allen Fällen jeweils die Aufgabe einer Schnittstelle zwischen dem Gesundheitsamt und dem Robert Koch-Institut. Mit der Novellierung des Infektionsschutzgesetzes wurde zum 4. August 2011 der für den Untersuchungsgegenstand einschlägige neue Absatz 2 eingefügt, die übrigen Absätze blieben inhaltlich unverändert. Indem die Infektionsschutz-Zuständigkeitsverordnung in ihrem § 3 Abs. 2 weiterhin nur die Zuständigkeit für die Absätze 1 bis 3 des § 11 Infektionsschutzgesetz regelt und damit nicht auf die Tatsache Bezug nimmt, dass § 11 Infektionsschutzgesetz inzwischen 4 Absätze umfasst, in denen von der „zuständigen Landesbehörde“ gesprochen wird, wird klar, dass sich die Zuständigkeitsverordnung auf die alte Fassung des § 11 Infektionsschutzgesetz bezogen hatte. Nur so macht auch § 4 Abs. 4 der Zuständigkeitsverordnung Sinn, der die zuständige Behörde (im Unterschied zur Landesbehörde) nach § 11 Abs. 3 Infektionsschutzgesetz bestimmt. Eine „zuständige Behörde“ agiert jedoch nur im alten Absatz 3 des § 11 Infektionsschutzgesetz (jetziger Absatz 4). Nunmehr hat der Senat die Zuständigkeitsverordnung vom 3. Juli 2001 durch die gleichnamige Verordnung über

---

<sup>1060</sup> Schreiben der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales vom 27. Juli 2000, Band 30, S. 156.

<sup>1061</sup> So auch Herr Staatsrat Professor Stauch, Bericht, Ausbruch von ESBL bildenden *Klebsiella pneumoniae* im Zentrum für Kinderheilkunde, Klinik Bremen-Mitte im Jahr 2011, Bremen, den 20. Dezember 2011, Band 50, S. 34.

die zuständigen Behörden nach dem Infektionsschutzgesetz vom 28. August 2012 abgelöst.<sup>1062</sup> Gemäß § 3 Abs. 3 ist zuständige Landesbehörde im Sinne des § 11 Abs. 1 bis 4 Infektionsschutzgesetz das Landeskompetenzzentrum „Infektionsepidemiologie“.

Nach den Erkenntnissen des parlamentarischen Untersuchungsausschusses lässt sich nicht ausschließen, dass die senatorische Behörde vom Gesundheitsamt früher über das Ausbruchsgeschehen informiert worden wäre, wenn eine klare Regelung der Zuständigkeit zur Übermittlung nach § 11 Abs. 2 Infektionsschutzgesetz existiert hätte und diese allen Beteiligten präsent gewesen wäre. Möglicherweise fehlte insoweit die Sensibilität für über die reine Fachlichkeit hinausgehende Fragen im Gesundheitsamt bei der Bearbeitung der Keimvorfälle. Der parlamentarische Untersuchungsausschuss sieht allerdings keinen Anlass, dies den fachlich zuständigen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen im Gesundheitsamt vorzuhalten. Zu bemängeln sind vielmehr die nicht vorhandene Regelung von Informationswegen und -pflichten durch die senatorische Behörde. Auch fehlte eine strukturierte Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsamt und senatorischer Behörde.

Durch Erlass der Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit wurde im September 2012 beim Gesundheitsamt Bremen ein Landeskompetenzzentrum „Infektionsepidemiologie“ errichtet.<sup>1063</sup> Der parlamentarische Untersuchungsausschuss hält die Übertragung der Meldepflicht nach § 11 Abs. 2 Infektionsschutzgesetz auf das Landeskompetenzzentrum jedoch nicht für sinnvoll, sondern für eine Verwirrung der Zuständigkeiten. In jedem der Absätze von § 11 Infektionsschutzgesetz ist eine Übermittlung von Daten durch die zuständige Landesbehörde vorgesehen. Für die Absätze 1, 3 und 4 ist über die Infektionsschutz-Zuständigkeitsverordnung eine Zuständigkeit der senatorischen Behörde begründet worden. Das Gesundheitsamt Bremen ist gemäß § 6 Abs. 1 ÖGDG eine kommunale Behörde, so dass ein beim Gesundheitsamt Bremen angesiedeltes Landeskompetenzzentrum nicht den gesetzlichen Anforderungen genügt, wonach die meldepflichtigen Ereignisse an eine Landesbehörde übermittelt werden müssen. Konsequenter und für alle Betroffenen nachvollziehbarer wäre daher ausschließlich eine Abschaffung der Bezeichnung „Landeskompetenzzentrum“ und eine Zusammenfassung der Zuständigkeiten nach § 11 Infektionsschutzgesetz im Referat 43 der senatorischen Behörde.

---

<sup>1062</sup> Verordnung über die zuständigen Behörden nach dem Infektionsschutzgesetz vom 28. August 2012, Brem.GBl. S. 382.

<sup>1063</sup> Vorlage für die Sitzung der Gesundheitsdeputation am 25. September 2012, Band 221, S. 28.

### **9.2.3.2. Zuständigkeit für Schutzmaßnahmen und Bußgeldverfahren nach dem Infektionsschutzgesetz**

Der fünfte Abschnitt des Infektionsschutzgesetzes enthält die Ermächtigung zu unterschiedlichsten Maßnahmen zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten. Zum Teil ist in diesen Vorschriften ausdrücklich das Gesundheitsamt als zuständige Behörde genannt. Für Schutzmaßnahmen nach den §§ 28 bis 31 Infektionsschutzgesetz sieht das Gesetz eine Bestimmung der zuständigen Behörde (nicht: der zuständigen Landesbehörde) durch den Landesgesetzgeber vor. Das Gesundheitsamt hat in diesem Bereich lediglich eine Eilzuständigkeit.<sup>1064</sup> Nach der Bremischen Infektionsschutz-Zuständigkeitsverordnung ist im Übrigen das Stadtamt die zuständige Behörde im Sinne des Infektionsschutzgesetzes.<sup>1065</sup>

Diese Zuständigkeitsverteilung wurde jedoch im Rahmen des Ausbruchsgeschehens nicht beachtet. Vielmehr erließ die Anordnung von Schutzmaßnahmen nach § 28 Infektionsschutzgesetz gegenüber dem Klinikum Bremen-Mitte am 2. November 2011 die Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit. Auch der Änderungs- und Ergänzungsbescheid vom 7. November 2011 wurde von der senatorischen Behörde erlassen. Damit handelte eine sowohl sachlich als auch instanziell unzuständige Behörde. Die Bescheide waren mithin formell rechtswidrig. Im vorliegenden Fall war dies aufgrund des inhaltlichen Konsenses mit dem Adressaten des Bescheides, dem Klinikum Bremen-Mitte, im Ergebnis nicht schädlich. Grundsätzlich begründet das behördliche Handeln in Unzuständigkeit aber die Gefahr, dass der Adressat des Bescheides sich erfolgreich mit rechtlichen Mitteln zur Wehr setzt, was eine zeitliche Verzögerung der notwendigen Maßnahmen nach sich zieht. Die schnelle Umsetzung der verfügbaren Maßnahmen beruhte damit auf der Einsicht und Kooperation des Klinikums Bremen-Mitte, nicht auf der formell unanfechtbaren Anordnung.

Herr Staatsrat Dr. Schuster antwortete auf die Frage, ob ihm bei Erlass der Bescheide bekannt gewesen sei, dass die Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit in Unzuständigkeit handelte:

---

<sup>1064</sup> Über die Verweisung in § 28 Abs. 2 Infektionsschutzgesetz auf § 16 Abs. 7 Infektionsschutzgesetz.

<sup>1065</sup> § 4 Abs. 1 in Verbindung mit § 79 Abs. 2 Bremisches Polizeigesetz.<sup>1066</sup> Herr Staatsrat Dr. Schuster, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 22/3042.

*„Nein, man lernt in solchen Prozessen nämlich nie aus. Wir empfanden das auch nicht als besonders dramatisch, denn wir haben es dann - . Jemand hat es sofort mitbekommen - ich weiß gar nicht, wer das dann gesagt hatte -, wir haben das dann formal auch über das Stadtamt gemacht, denn die Kooperation ist da entsprechend in Ordnung, sodass wir damit kein Problem hatten. Sachlich haben wir darin kein Problem gesehen, denn wir fühlten uns schon für den Infektionsschutz zuständig, nicht für die Verhängung der Auflagen danach, aber für den Infektionsschutz. Deswegen haben wir natürlich gehandelt, ohne uns dazu weitere Gedanken zu machen oder Kenntnis zu haben, ob die formale Zuständigkeit am Ende des Tages auch für den Bescheid bei uns liegt.“<sup>1066</sup>*

Neben den Schutzmaßnahmen nach den §§ 28 bis 31 Infektionsschutzgesetz ist das Stadtamt Bremen in der Stadtgemeinde Bremen als Ortspolizeibehörde<sup>1067</sup> für die Verfolgung und Ahndung von Ordnungswidrigkeiten nach § 73 Infektionsschutzgesetz zuständig. Zu diesen Zuständigkeitsregelungen befragt, gab Frau Senatorin Jürgens-Pieper folgendes an:

*„(...) Es ist eine Bündelungsfunktion, die dort im Stadtamt stattfindet, was die Gefahrenabwehr angeht. Ich will nicht verhehlen, dass es sich vielleicht in diesem speziellen Fall nicht direkt anbietet, das Stadtamt sofort einzubeziehen - wir haben es auch, ehrlich gesagt, am Anfang aus dem Auge verloren -, aber es ist dann auch nachgeholt worden, und bei den anderen Fällen, Aufnahmestopps, haben wir das gleich, glaube ich, richtig gut gemacht.*

*Ich will aber damit sagen, es hat schon auch eine wichtige Funktion, dass auch bei der Gefahrenabwehr eine Bündelungsfunktion da ist. Nehmen Sie einmal andere Infektionswellen, die vielleicht auch dazu führen müssen, dass polizeiliche Einsätze notwendig sind und anderes mehr, manchmal auch Menschen in Quarantäne gesetzt*

---

<sup>1066</sup> Herr Staatsrat Dr. Schuster, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 22/3042.

<sup>1067</sup> Nach § 34 der Bremischen Verordnung über die Zuständigkeit für die Verfolgung und Ahndung von Ordnungswidrigkeiten in Verbindung mit § 67 Abs. 2 Nr. 1 Bremisches Polizeigesetz.<sup>1068</sup> Frau Senatorin Jürgens-Pieper, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 31/4523 f.

*oder irgendwo hingebracht werden müssen, zu Untersuchungen, weil sie sich verweigern, oder auch andere Maßnahmen zur Gefahrenabwehr ergriffen werden müssen! Ich will nicht sagen, dass man es vielleicht auch anders machen könnte, aber ich glaube, es hat auch etwas, und wir müssen es, glaube ich, mit dem Innensenator noch einmal in Ruhe bereden, ob man nicht doch bei der Bündelungsfunktion bleibt.“<sup>1068</sup>*

Festzustellen ist, dass es im Stadtamt an jeglicher Fachlichkeit sowohl für Anordnungen als auch die Verfolgung und Ahndung von Ordnungswidrigkeiten nach dem Infektionsschutzgesetz fehlt. Die vermeintlich zweckmäßige Bündelungsfunktion kann demgemäß inhaltlich vom Stadtamt nicht ausgefüllt werden. Im Ergebnis ist das Stadtamt auf den Sachverstand des Gesundheitsamtes angewiesen und wird in entsprechenden Fällen zum bloßen Ausführungsorgan. Vor dem Hintergrund der auch sonst weitreichenden Zuweisungen von Kompetenzen beim Infektionsschutz an das Gesundheitsamt, ist es aus Sicht des parlamentarischen Untersuchungsausschusses die allein sinnvolle Lösung die Zuständigkeiten sowohl für Anordnungen als auch die Verfolgung und Ahndung von Ordnungswidrigkeiten nach dem Infektionsschutzgesetz auf das Gesundheitsamt zu übertragen.

#### **9.2.3.3. Verpflichtung zur fortlaufenden Überarbeitung der Krankenhaushygieneverordnung**

Entgegen der Ansicht des Gutachters Herrn Professor Dr. Popp<sup>1069</sup> bestand keine Verpflichtung der senatorischen Behörde, die Krankenhaushygieneverordnung von 1990 in regelmäßigen Abständen zu überarbeiten. Eine solche Verpflichtung ergab sich weder aus Landes- noch aus Bundesrecht.

Die Ermächtigungsgrundlage für den Erlass der Krankenhaushygieneverordnung von 1990 bildete § 6 Abs. 5 des Bremischen Krankenhausfinanzierungsgesetzes.<sup>1070</sup> Die

---

<sup>1068</sup> Frau Senatorin Jürgens-Pieper, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 31/4523 f.

<sup>1069</sup> Sachverständigengutachten von Herrn Professor Dr. Popp im Ermittlungsverfahren der Staatsanwaltschaft Bremen vom 28. August 2012, Band 207, S. 196 ff.

<sup>1070</sup> Bremisches Krankenhausfinanzierungsgesetz (BremKHG) in der Fassung vom 15. Juli 2003 (Brem.GBl. S. 341), aufgehoben mit Wirkung vom 1. Juni 2011 durch § 35 S. 2 Bremisches Krankenhausgesetz vom 12. April 2011 (Brem.GBl. S. 252).

Vorschrift enthielt keine Verpflichtung zur regelmäßigen Überarbeitung der Verordnung. Entsprechend enthielt die Krankenhaushygieneverordnung von 1990 in ihrer ursprünglichen Fassung keine Befristung ihrer Gültigkeitsdauer. Eine solche wurde erst durch das Zweite Gesetz zur Bereinigung des bremischen Rechts vom 21. November 2006<sup>1071</sup> eingefügt.

Eine bundesgesetzliche Verpflichtung zum Erlass einer Hygieneverordnung mit einer Frist bis zum 31. März 2012 gibt es erst seit Inkrafttreten des § 23 Abs. 8 Infektionsschutzgesetz zum 4. August 2011. Zuvor stand den Bundesländern der Erlass verbindlicher Regelungen in diesem Bereich frei. Lediglich sieben Bundesländer hatten eine Krankenhaushygieneverordnung erlassen.<sup>1072</sup>

Andere juristische Ansätze für die von Herrn Professor Dr. Popp angenommene Verpflichtung der senatorischen Behörde sind nicht ersichtlich. Bei seiner Anhörung vor dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss führte Herr Professor Dr. Popp relativierend aus, zu fragen sei nach dem politischen Gestaltungswillen, dieser habe gefehlt.<sup>1073</sup>

#### **9.2.4. Zusammenfassung**

Der parlamentarische Untersuchungsausschuss konnte keine Verantwortung der öffentlichen Gesundheitsverwaltung im Sinne eines unmittelbaren Ursachenzusammenhangs dafür feststellen, dass die Keime im Klinikum Bremen-Mitte aufgetreten sind.

Der parlamentarische Untersuchungsausschuss hat festgestellt, dass die senatorische Behörde spätestens nach der Neubesetzung der Staatsratsstelle im Sommer 2011 und dem Ausscheiden des Abteilungsleiters für den Bereich Gesundheit Ende 2011 nicht mehr über hinreichenden medizinischen Sachverstand verfügte. Der parlamentarische Untersuchungsausschuss hält deshalb die Erhöhung des humanmedizinischen Sachverstandes in der Abteilung 4 für geboten. Das Personal ist um mindestens eine Stelle zu erhöhen. Der parlamentarische Untersuchungsausschuss bemängelt, dass

---

<sup>1071</sup> Art. 1 Nr. 46 des Zweiten Gesetzes zur Bereinigung des bremischen Rechts vom 21. November 2006 (Brem.GBl. 457).

<sup>1072</sup> Lorz, NJW 2011, S. 3397, 3340.

<sup>1073</sup> Herr Professor Dr. Popp, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 32/4710 f.

rechtliche Umsetzungsbedarfe in Bezug auf die Festlegung von Zuständigkeiten nach dem Infektionsschutzgesetz in der senatorischen Behörde nicht erkannt und bearbeitet worden.

Konsequent und für alle Betroffenen nachvollziehbar wäre nach Ansicht des parlamentarischen Untersuchungsausschusses eine Abschaffung der Bezeichnung „Landeskompetenzzentrum“ und eine Zusammenfassung der Zuständigkeiten nach § 11 Infektionsschutzgesetz im Referat 43 der senatorischen Behörde.

Vor dem Hintergrund der auch sonst weitreichenden Zuweisungen von Kompetenzen beim Infektionsschutz an das Gesundheitsamt, ist es aus Sicht des parlamentarischen Untersuchungsausschusses die allein sinnvolle Lösung die Zuständigkeiten für Anordnungen nach dem Infektionsschutzgesetz auf das Gesundheitsamt zu übertragen.

Die Personalausstattung des Referats Infektionsepidemiologie ist umfassend zu analysieren und gegebenenfalls anzupassen.

Die Anzahl der regelmäßigen Begehungen durch das Gesundheitsamt ist nach Ansicht des parlamentarischen Untersuchungsausschusses in den zurückliegenden Jahren auf ein nicht akzeptables Maß gesunken. Dieses war auch in der senatorischen Behörde bekannt. Schließlich ist der im Rahmen der Hygieneaufsicht wahrzunehmende Aufgabenumfang durch das Gesundheitsamt Bremen zu eng gefasst worden.

## 10. Gesetz über das Leichenwesen

Im Rahmen der Untersuchungen stellten sich dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss auch rechtsmedizinische Fragen. Thematisiert wurde die Frage einer Pflicht zur Benachrichtigung des Institutes für Rechtsmedizin bei Todesfällen im Zusammenhang mit dem Ausbruch einer nosokomialen Infektion und das Erfordernis der Einführung einer qualifizierten Leichenschau.

### 10.1. Benachrichtigung an das Institut für Rechtsmedizin

Nach dem Bremischen Gesetz über das Leichenwesen<sup>1074</sup> ist jede menschliche Leiche einer Leichenschau zu unterziehen; Leichenschauärztin bzw. Leichenschauarzt ist in der Regel der Hausarzt, bei Sterbefällen in Krankenhäusern eine dort tätige Ärztin bzw. ein dort tätiger Arzt.<sup>1075</sup> Das Leichenwesengesetz enthält in § 8 Abs. 3 S. 1 eine Meldepflicht an das Institut für Rechtsmedizin<sup>1076</sup> beim Vorhandensein von Anhaltspunkten dafür, dass der Tod in ursächlichem Zusammenhang mit medizinischen Maßnahmen eingetreten ist. Zur Meldung verpflichtet ist jeweils die Leichenschauärztin bzw. der Leichenschauarzt. § 8 Abs. 3 S. 1 Leichenwesengesetz lautet:

*„Sind Anhaltspunkte dafür vorhanden, dass der Tod in ursächlichem Zusammenhang mit einer Narkose, mit operativen oder anderen therapeutischen oder sonstigen medizinischen Maßnahmen einschließlich Schutzimpfung eingetreten ist, hat der Leichenschauarzt oder die Leichenschauärztin umgehend die zuständige Behörde zu benachrichtigen und ihr die Todesbescheinigung zu übergeben.“*

Es stellte sich für den parlamentarischen Untersuchungsausschuss die Frage, inwieweit bei Todesfällen, die im Zusammenhang mit dem Ausbruch einer nosokomialen Infektion stehen, eine Pflicht zur Benachrichtigung der Instituts für Rechtsmedizin nach § 8 Abs. 3 S. 1 Leichenwesengesetz besteht. Herr Staatsrat

---

<sup>1074</sup> Leichenwesengesetz, vom 1. März 2011, Brem.GBl. S. 87, zuletzt geändert am 24. Januar 2012, Brem.GBl. S. 24.

<sup>1075</sup> § 1, § 4 Abs. 3, § 5 Leichenwesengesetz.

<sup>1076</sup> Dessen Zuständigkeit ergibt sich aus der Bekanntmachung für die nach dem Gesetz über das Leichenwesen zuständigen Behörden vom 10. Juni 1997, Brem.GBl. S. 288, zuletzt geändert am 24. Januar 2012, Brem.GBl. S. 24.

Professor Stauch vertritt in seinem Gutachten<sup>1077</sup> die Ansicht, spätestens zu dem Zeitpunkt, als ein Ausbruch im Sinne des Infektionsschutzgesetzes festzustellen war, wäre jedenfalls die Mitursächlichkeit eines außerhalb des Krankheitsbildes und des Krankheitsverlaufs der verstorbenen Patienten liegenden und nicht zufälligen oder unbedeutenden Geschehens nicht mehr von der Hand zu weisen gewesen. Zu diesem Zeitpunkt hätte daher eine Benachrichtigung des Institutes für Rechtsmedizin erfolgen müssen.<sup>1078</sup> Der Leiter des Institutes für Rechtsmedizin, Herr Professor Dr. Birkholz, führte dazu gegenüber dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss aus, ein Todesfall im Zusammenhang mit einer nosokomialen Infektion sei nicht meldepflichtig nach dem Leichenwesengesetz.<sup>1079</sup> Die Problemlage, die Herr Staatsrat Professor Stauch beschreibe, halte er noch nicht für meldepflichtig. Eine Meldepflicht begründe sich erst, wenn tatsächliche Anhaltspunkte dafür vorlägen, dass menschliches Mitverschulden vorliege.<sup>1080</sup> Die Totenscheine der verstorbenen Kinder hätten so, wie sie ausgefüllt waren, keine Meldepflicht begründet.<sup>1081</sup> Herr Professor Dr. Birkholz wies darauf hin, das Leichenwesengesetz diene nicht dazu, Hygieneprobleme aufzudecken, entscheidend sei im Fall des Auftretens von nosokomialen Infektionen daher die Meldung an das Gesundheitsamt.<sup>1082</sup>

Herr Professor Dr. Birkholz erläutert seine Auffassung wie folgt: Das Erkennen und Bekämpfen nosokomialer Infektionen sei Aufgabe des Infektionsschutzes. § 8 des Leichenwesengesetzes diene demgegenüber dem Aufdecken strafbarer Handlungen.<sup>1083</sup> Durch eine pathologische Untersuchung könne lediglich festgestellt werden, dass eine Infektion zum Tod eines Menschen geführt habe. Die Frage, ob diese Infektion durch vermeidbares menschliches Verhalten, wie bspw. einen deutlichen Hygienemangel, zurückzuführen sei, könne im Institut für Rechtsmedizin jedoch nicht aufgeklärt werden. Herr Professor Dr. Birkholz formulierte dies so:

*„Es ist doch wohl so, dass die Todesursachen bekannt sind. Insofern gibt es da ja wohl keine Fragen. (...) Die Frage steht ja wohl im*

---

<sup>1077</sup> Ausbruch von ESBL bildenden *Klebsiella pneumoniae* im Zentrum für Kinderheilkunde Klinikum Bremen-Mitte im Jahr 2011, Band 50.

<sup>1078</sup> Herr Staatsrat Professor Stauch, Bericht, Ausbruch von ESBL-bildenden *Klebsiella pneumoniae* im Zentrum für Kinderheilkunde, Klinikum Bremen-Mitte, Bremen, den 20. Dezember 2011, Band 50, S. 42 f.

<sup>1079</sup> Herr Professor Dr. Birkholz, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 4/618.

<sup>1080</sup> Herr Professor Dr. Birkholz, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 4/626 f.

<sup>1081</sup> Herr Professor Dr. Birkholz, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 4/629.

<sup>1082</sup> Herr Professor Dr. Birkholz, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 4/633 f.

<sup>1083</sup> BB-Drs. 13/337 S. 10, 13 f.

*Raum, wie man vermeidet, dass die Kinder krank werden. Das ist das Problem. Da kann eine Obduktion, eine gerichtsmedizinische Untersuchung keine neuen Erkenntnisse bringen.“<sup>1084</sup>*

Unter Berücksichtigung der Zwecke des Infektionsschutzgesetzes auf der einen und des Leichenwesengesetzes auf der anderen Seite schließt sich der parlamentarische Untersuchungsausschuss der Ansicht von Herrn Professor Dr. Birkholz nicht an.

Die Gesetzesfassung des § 8 Abs. 3 S. 1 des Leichengesetzes lässt nicht zu, diesen so restriktiv zu verstehen. Dort ist lediglich von einem „ursächlichen Zusammenhang“ gesprochen. Darauf, ob der Tod des Kindes letztlich auf einem vermeidbaren Verhalten beruhte, ist für die Frage der Benachrichtigung zunächst einmal unerheblich. Gerade § 8 Abs. 3 S. 2 des Leichengesetzes zeigt, dass es bei dieser Meldepflicht gerade auch um die Vermeidung von „unerwarteten“ also nicht fahrlässig hervorgerufenen Todesfällen geht. Auch ist eine Benachrichtigung in diesen Fällen nicht sinnlos, so könnte etwa im Wege einer Leichennachschau gemäß § 10 des Leichengesetzes eine Blut- oder Urinprobe entnommen werden. Dies kann sich im Rahmen der Ursachenforschung als wichtig erweisen.

## **10.2. Erfordernis einer qualifizierten Leichenschau**

Bei seiner Anhörung wies Herr Professor Dr. Birkholz den parlamentarischen Untersuchungsausschuss auf die aus seiner Sicht bestehende Problematik hin, dass die Leichenschau durch den zuletzt behandelnden Arzt vorgenommen wird.<sup>1085</sup> Aus forensischer Sicht sei es nicht gut, wenn derjenige, der möglicherweise etwas zu verschleiern habe, dann auch die Dokumente ausfüllte, die sein Handeln vollkommen vertuschten.<sup>1086</sup> Sei fast 30 Jahren werde in Deutschland durch die Staatsanwaltschaft die qualifizierte Leichenschau gefordert. Derzeit sei die Rechtsmedizin darauf angewiesen, dass der Leichenschauarzt den Leichenschauschein ordnungsgemäß ausfülle.<sup>1087</sup> Herr Professor Dr. Birkholz verwies auf die Befassung mit dem Thema

---

<sup>1084</sup> Herr Professor Dr. Birkholz, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 4/635.

<sup>1085</sup> Herr Professor Dr. Birkholz, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 4/624, 4/628.

<sup>1086</sup> Herr Professor Dr. Birkholz, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 4/624, 4/636.

<sup>1087</sup> Herr Professor Dr. Birkholz, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 4/624.

durch die Konferenz der Justizministerinnen und Justizminister der Länder und die Gesundheitsministerkonferenz der Länder. Die Justizministerinnen und Justizminister beschlossen am 5. November 2009 zum Tagesordnungspunkt II.5 „Verbesserung der Qualität der äußeren Leichenschau“:

*„1. Die Justizministerinnen und Justizminister nehmen den Bericht der Projektgruppe zur Verbesserung der Qualität der äußeren Leichenschau zur Kenntnis.*

*2. Die Justizministerinnen und Justizminister sprechen sich auf seiner Grundlage für eine Professionalisierung der äußeren Leichenschau aus. Aus ihrer Sicht hat die Projektgruppe ein schlüssiges Gesamtkonzept erarbeitet, das geeignet ist, die Qualität der äußeren Leichenschau mit Blick nicht nur auf die Feststellung nichtnatürlicher Todesfälle, sondern auch zur Gewährleistung einer zuverlässigen und aussagekräftigen Todesursachenstatistik zu optimieren. Sie sehen in den Empfehlungen der Projektgruppe eine geeignete Grundlage für entsprechende gesetzgeberische Überlegungen in den Ländern.*

*3. Die Justizministerinnen und Justizminister bitten ihren Vorsitzenden, den Bericht der Projektgruppe und diesen Beschluss der Gesundheits-, Innen- und Kultusministerkonferenz zur Kenntnis zu bringen.“<sup>1088</sup>*

Die 84. Gesundheitsministerkonferenz der Länder griff diese Beschlüsse auf. Die Ergebnisse der Justizministerkonferenz wurden nicht vollständig übernommen; die Gesundheitsministerkonferenz beschloss am 30. Juni 2011 einstimmig:

*„1. Die GMK nimmt den Bericht der länderoffenen Arbeitsgruppe zur Prüfung der Reformvorschläge für eine Verbesserung der Qualität der äußeren Leichenschau zur Kenntnis und dankt der Arbeitsgruppe für ihre Arbeit.*

*2. Die GMK ist wie die Justizministerkonferenz der Auffassung, dass eine Verbesserung der ärztlichen Leichenschau anzustreben ist.*

---

<sup>1088</sup> [http://www.justiz.nrw.de/JM/justizpolitik/jumiko/beschluesse/2009/herbstkonferenz09/II\\_5.pdf](http://www.justiz.nrw.de/JM/justizpolitik/jumiko/beschluesse/2009/herbstkonferenz09/II_5.pdf), abgerufen am 30. Oktober 2012.

3. Die GMK empfiehlt den Ländern, den Landesärztekammern sowie den Krankenhäusern und den Kassenärztlichen Vereinigungen, die sie betreffenden Prüfergebnisse umzusetzen.
4. Die GMK bittet das Bundesministerium für Gesundheit zu prüfen, ob bei einer Novellierung der GOÄ die Gebühr für die Leichenschau angemessen erhöht werden sollte.
5. Die GMK bittet die Justizministerkonferenz, die Innenministerkonferenz sowie die Kultusministerkonferenz, diesen Beschluss zur Kenntnis zu nehmen.<sup>1089</sup>

In einer Vorlage der Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit vom 29. Juli 2011 für die Sitzung der staatlichen Deputation für Gesundheit am 23. August 2011 wird dazu ausgeführt, eine länderübergreifende Arbeitsgruppe sei zu dem Ergebnis gekommen, dass es eine Reihe von Maßnahmen gebe, welche die Qualität der äußeren Leichenschau verbessern könnten. Die Einführung und flächendeckende Sicherstellung eines eigenen speziellen Leichenschaudienstes werde für nicht umsetzbar gehalten. Alle anderen Reformvorschläge seien aufgegriffen worden und fänden sich in vier wesentlichen Verbesserungsvorschlägen wieder: 1. Verbesserung der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung; 2. Adäquate Qualitätskontrolle der Dokumentation; 3. Einführung von Meldepflichten bei bestimmten Auffindesituationen; 4. Einführung einer Leichennachschau durch rechtsmedizinische Institute in noch zu definierenden Fällen. Eine einheitliche bundesweite Vorgehensweise sei derzeit nicht zu erreichen. Es obliege den Ländern, im eigenen Ermessen die Verbesserungspotentiale zu prüfen und die Prüfergebnisse des Berichtes umzusetzen.<sup>1090</sup>

Von der Gesundheitsministerkonferenz der Länder wird daher die Einführung einer qualifizierten Leichenschau nicht gefordert. Herr Staatsrat Dr. Schuster führte zu diesem Thema gegenüber dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss aus:

*„Ich möchte ein bisschen zurückweisen, dass wir keine qualifizierte Leichenschau haben, die haben wir. Ob da noch ein zusätzlicher Arzt einbezogen werden muss, das haben wir bisher für bestimmte Fälle*

<sup>1089</sup> [http://www.gmkonline.de/?&nav=beschluesse\\_84&id=84\\_05.06](http://www.gmkonline.de/?&nav=beschluesse_84&id=84_05.06), abgerufen am 30. Oktober 2012.

<sup>1090</sup> [http://www.gesundheit.bremen.de/sixcms/media.php/13/DG+2011-08-23+L-5-18+GMK+Beschl%FCsse\\_Beschlussfassung.pdf](http://www.gesundheit.bremen.de/sixcms/media.php/13/DG+2011-08-23+L-5-18+GMK+Beschl%FCsse_Beschlussfassung.pdf), abgerufen am 30. Oktober 2012.

*geregelt, insbesondere bei der Obduktion von kleinen Kindern unter sechs Jahren, das ist aber ein anderes Thema als das, was wir hier hatten. Wir haben bisher nicht die sachliche Notwendigkeit gesehen, dies zu machen, sondern glauben, dass die Art und Weise, wie hier die Leichenschau stattfindet, im Grundsatz ausreichend ist.*<sup>1091</sup>

Frau Senatorin Jürgens-Pieper erklärte bei Ihrer Anhörung vor dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss, es bestehe noch keine abschließende Meinung zu dem Thema. Insbesondere seien die Kosten eines solchen Systems noch nicht abgeschätzt.<sup>1092</sup>

Der parlamentarische Untersuchungsausschuss bittet, die staatliche Deputation für Gesundheit zu prüfen, inwieweit die Todesscheine für Todesfälle, die während einer stationären Behandlung eintreten, von Leichenschauärzten zu erstellen sind, die in die Behandlung des verstorbenen Patienten nicht eingebunden gewesen sind. Die Aufnahme einer verpflichtenden Regelung in das Gesetz über das Leichenwesen ist ebenfalls zu prüfen.

---

<sup>1091</sup> Herr Staatsrat Dr. Schuster, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 22/3036.

<sup>1092</sup> Frau Senatorin Jürgens-Pieper, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 31/4515.

## **11. Zusammenarbeit mit Krankenkassen**

Der parlamentarische Untersuchungsausschuss hat durch den Einsetzungsbeschluss vom 18. November 2011 u. a. den Auftrag erhalten, den Sachverhalt der Zusammenarbeit mit den Krankenkassen im Zusammenhang mit der Einhaltung der Vorschriften zur Krankenhaushygiene zu untersuchen. Hier ergeben sich drei Problembereiche: die Einbindung der Krankenkassen bei der Finanzierung der ambulanten Behandlung von Patienten mit antibiotikaresistenten Keimen, die Finanzierung der Kosten der Krankenhaushygiene und die Finanzierung von Netzwerken zur Bekämpfung antibiotikaresistenter Keime.

### **11.1. Ambulante Behandlung von Patienten mit antibiotikaresistenten Keimen**

In den vergangenen Jahren bestand das Problem, dass die Verordnung von Salben, Cremes et cetera, die für die Sanierung von MRSA-Trägern in Altenheimen oder zu Hause notwendig sind, keine Kassenleistung war und auch das Screening auf MRSA oder die Nachkontrolle von MRSA in den Altenheimen nur in Ausnahmefällen bezahlt wurde, beziehungsweise auf das Laborbudget des jeweiligen Arztes ging.<sup>1093</sup> In 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.<sup>1094</sup> 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. Einige der Leistungen sind nur bei MRSA-Risikopatientinnen bzw. Risikopatienten abrechnungsfähig, die zuvor in den letzten sechs Monaten an mindestens vier aufeinanderfolgenden Tagen stationär behandelt wurden. Die neuen

---

<sup>1093</sup> Vgl. Herr Dr. Gruhl, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 14/1921 f.

<sup>1094</sup> Anhang zur Vergütungsvereinbarung für ärztliche Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie von Trägern mit dem Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus* (MRSA) in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 87 Abs. 2a SGB V.

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.<sup>1095</sup>

Die genannten Regelungen gelten jedoch nur für die Behandlung von MRSA-Patienten.

In der Vorlage für die Sitzung der staatlichen Deputation für Gesundheit am 8. Mai 2012: Umsetzungsstand des Landesaktionsprogramms „Krankenhaushygiene“ wird auf ein am 21. März 2012 von der AOK Bremen / Bremerhaven in Zusammenarbeit mit dem Rotes Kreuz Krankenhaus Bremen angekündigtes einjähriges Pilotprojekt als ein positives Beispiel der Einbindung einer Krankenkasse verwiesen. Die AOK Bremen / Bremerhaven hatte in den vergangenen Monaten unter Regie des MRSA Netzwerkkoordinators Gespräche u.a. mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen 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.<sup>1096</sup>

### **11.2. Kosten der Krankenhaushygiene**

In den öffentlichen Beweisaufnahmen wurde dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss von verschiedenen Zeugen und Sachverständigen die Problematik der Finanzierung der Krankenhaushygiene geschildert. Diese Kosten werden nicht getrennt berechnet, sondern sind Teil des Krankenhausbudgets. Die Krankenhäuser rechnen gegenüber den Krankenkassen nicht nach ihren tatsächlichen Kosten ab, sondern nach den sogenannten DRG, den diagnosebezogenen Fallgruppen. Der ehemalige Kaufmännische Geschäftsführer des Klinikums Bremen-Mitte, Herr Dr. Pfeiffer, erläuterte dazu vor dem parlamentarischen

---

<sup>1095</sup> Vorlage für die Sitzung der staatlichen Deputation für Gesundheit am 8. Mai 2012: Umsetzungsstand des Landesaktionsprogramms „Krankenhaushygiene“.

<sup>1096</sup> Vorlage für die Sitzung der staatlichen Deputation für Gesundheit am 8. Mai 2012: Umsetzungsstand des Landesaktionsprogramms „Krankenhaushygiene“.

Untersuchungsausschuss, der wesentliche Aspekt der Zusammenarbeit zwischen Krankenkassen und Kliniken seien die Budgetverhandlungen, die jährlich stattfänden. In diesen Verhandlungen werde aber nicht über die Refinanzierung von Kosten gesprochen, die irgendwo entstanden seien, sondern es werde über bestimmte Leistungen gesprochen, die das Krankenhaus erbringen wolle, und über die Finanzierung dieser Leistung, also über Preise.<sup>1097</sup>

Dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss stellte sich damit die Frage, ob die Budgets die Kosten für Krankenhaushygiene in ausreichendem Maße darstellen. Herr Dr. Zastrow, der Leiter des Institutes für Hygiene und Umweltmedizin der Vivantes Kliniken Berlin, sah hier zunächst kein Problem:

*„Dazu muss man wissen; Die Krankenkassen bezahlen das alles! Die gesamten Hygienemaßnahmen, die wir in der RKI-Richtlinie haben, sind in den DRG abgebildet. Die waren auch früher schon in den Pflegesätzen immer enthalten. Wir haben eine große Sitzung veranstaltet mit den Spitzenvertretern der Krankenkassen und wollten sie davon überzeugen, uns einen Sonderbonus pro Patient für Hygiene zu geben. Das war schon in den Achtzigerjahren. Da haben sie gesagt; ihr bekommt doch alles, jeden Handgriff, jeden Sprühvorgang auf die Wunde rechnet ihr uns doch schon vor. Das haben wir alles bekommen. Nur, man kann natürlich viel Geld machen, indem man das dann eben nicht dafür verwendet.“<sup>1098</sup>*

Im Verlauf seiner Aussage präzisierte Herr Dr. Zastrow seine Angaben dahingehend:

*„Das muss ich vielleicht ein bisschen korrigieren. Alle Hygienemaßnahmen am Patienten, ich sage einmal Kittel, Händedesinfektion, sterile Materialien und so weiter sind mit darin. Auch der Faktor Zeit ist mit darin. Nur die Hygieneärzte sind tatsächlich nicht in den Budgets enthalten.“<sup>1099</sup>*

---

<sup>1097</sup> Herr Dr. Pfeiffer, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 6/683 f.

<sup>1098</sup> Herr Dr. Zastrow, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 2/223.

<sup>1099</sup> Herr Dr. Zastrow, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 2/260.

Der damalige Geschäftsführer der Gesundheit Nord, Herr Dr. Hansen, antwortete auf die Frage, inwieweit es möglich sei, Krankenkassen an den Kosten für Hygienemaßnahmen zu beteiligen:

*„Das kann ich Ihnen beantworten. Das geht leider gar nicht! Das finde ich nach wie vor sehr bemerkenswert, dass der Bundesgesetzgeber die Finanzierung von Krankenhäusern festlegt und das seit 15 Jahren bereits unzureichend, dass seit 15 Jahren noch nicht einmal die Tarifierhöhung der Mitarbeiter finanziert wird. Da gibt es überhaupt kein Finanzierungsinstrument für Hygiene. Das ärgert alle Krankenhausmanager, dass da munter Gesetze beschlossen werden, dass das alles ausgeweitet werden muss, aber keiner sagt, wie es bezahlt werden soll.“<sup>1100</sup>*

Der ehemalige Abteilungsleiter Gesundheit bei der Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit, Herr Dr. Gruhl, verwies auf einen anderen Aspekt der Finanzierung. Nach seiner Ansicht ist zu berücksichtigen, dass Hygienevorkehrungen für ein Krankenhaus durchaus ökonomisch sinnvoll sein können: Denn nosokomiale Infektionen bedeuteten eine längere Liegezeit, brächten aber keine Mehreinnahmen, und daher sei es für die Krankenhäuser ökonomisch sinnvoll, in Hygiene zu investieren.<sup>1101</sup>

Frau Senatorin Jürgens-Pieper führte gegenüber dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss aus, das System der Fallpauschalen beinhalte einige Probleme. Als einen ersten Problemkreis skizziert Frau Senatorin Jürgens-Pieper die Methodik der Berechnung, mit der die Orientierungswerte gemäß § 10 Abs. 6 KHEntgG bestimmt werden sollen, die Grundlage für die Berechnung der Fallpauschalen werden sollen. Zur Bestimmung der Höhe der Fallpauschalen wird ein landesweit geltender Basisfallwert (Landesbasisfallwert) vereinbart, der für das gesamte folgende Jahr gilt (§ 10 Abs. 1 S. 1 KHEntgG). Die Veränderungen des Basisfallwertes sind durch die Veränderungsrate gemäß § 71 SGB V begrenzt. In § 10 Abs. 6 KHEntgG ist als Ziel vorgesehen, dass die Begrenzung des Basisfallwertes durch die Veränderungsrate nach § 71 SGB V durch einen Orientierungswert abgelöst wird, den

---

<sup>1100</sup> Herr Dr. Hansen, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 10/1136.

<sup>1101</sup> Herr Dr. Gruhl, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 14/1922.

das Statistische Bundesamt im Auftrag des Bundesgesundheitsministers ermitteln soll. Hier fordert die Senatorin, dass endlich ein solcher Orientierungswert eingeführt werde und dass sich dieser an der tatsächlichen Kostenentwicklung im Krankenhausbereich orientiere.<sup>1102</sup> Diese Argumentation beruht darauf, dass die Veränderungsrate nach § 71 SGB V sich im Gegensatz zu dem Orientierungswert an der Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen und nicht den tatsächlichen Kosten der stationären Versorgung orientiert. Die Deckelung der Einnahmen durch die Veränderungsrate gemäß § 71 SGBV widerspreche der Kostenentwicklung durch Tarifsteigerungen und besondere Ereignisse, wie beispielsweise das Auftreten von EHEC. Die Krankenhäuser seien gezwungen, entweder mit Personalabbau oder mit Mengenausweitungen zu reagieren. Dies stelle falsche ökonomische Anreize dar. Die Senatorin für Gesundheit machte ebenfalls deutlich, dass Bremen sich in der Vergangenheit - so im Jahr 2010 - dafür eingesetzt habe, verbindliche Personalstandards im Bereich der Pflege einzuführen.<sup>1103</sup> Es sei auch systemwidrig Unternehmensüberschüsse aus dem Finanzierungssystem zu nehmen, wie dies auf Bundesebene diskutiert werde. Denn anders sei, etwa auf Bremen bezogen, die Finanzierung des Teilersatzneubaues nicht möglich.<sup>1104</sup> Für eine sachgerechte Krankenhausfinanzierung sei auch wichtig, dass Investitionskosten im Rahmen der Fallpauschalen berücksichtigt würden. Der Gesundheitsfond weise hierfür genügend finanzielle Mittel auf.<sup>1105</sup> Die Krankenhäuser würden, so die Senatorin, auch mit den sogenannten morbiditätsbedingten Mehrleistungen ungerechtfertigt belastet, diese würden im gegenwärtigen Finanzierungssystem nur unzureichend erstattet.<sup>1106</sup> Auf Bundesebene bedürfe die Krankenhausfinanzierungspolitik der dringenden Erneuerung.<sup>1107</sup>

### 11.3. Netzwerke zur Bekämpfung antibiotikaresistenter Keime

Der Untersuchungsausschuss hat sich durch Herrn Professor Dr. Friedrich vom Universitätsklinikum Groningen über die Bekämpfung von multiresistenten

---

<sup>1102</sup> Frau Senatorin Jürgens-Pieper, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 31/4534.

<sup>1103</sup> Frau Senatorin Jürgens-Pieper, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 31/4538.

<sup>1104</sup> Frau Senatorin Jürgens-Pieper, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 31.4535.

<sup>1105</sup> Frau Senatorin Jürgens-Pieper, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 31/4537.

<sup>1106</sup> Frau Senatorin Jürgens-Pieper, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 31/4537.

<sup>1107</sup> Frau Senatorin Jürgens-Pieper, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 31/4530 ff.

Staphylococcus-Aureus-Bakterien in den Niederlanden unterrichten lassen.<sup>1108</sup> Dort wird mit Erfolg ein MRSA-Netzwerk betrieben. Dies beinhaltet einen Zusammenschluss von Einrichtungen, die mit MRSA zu tun haben. Vertreten sind Krankenhäuser samt Krankenhaushygienikern, hygienebeauftragten Ärzten, Hygienefachkräften und Pflegedienstleitungen, ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen, Laboratorien, niedergelassene Ärzte, Rettungsassistenten, Mikrobiologen, Vertreter der Ärztekammer, kassenärztlicher Vereinigungen und Krankenkassen sowie Patientenvertreter und die Krankenhausgesellschaft. Gerade das mit dem Netzwerk verfolgte sektorenübergreifende Handeln sei, so Herr Professor Dr. Friedrich, für die Bekämpfung dieser Erreger von großer Bedeutung, da Patienten es durch die verschiedenen Einrichtungen des Gesundheitswesens trügen.<sup>1109</sup>

Im Jahr 2011 hat die Kassenärztliche Vereinigung Bremen mit der AOK Bremen/Bremerhaven eine Vereinbarung zur verbesserten Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer MRSA-Infektion abgeschlossen.<sup>1110</sup> Vertragsziele waren neben einer verbesserten Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer MRSA-Infektion und der Gewährleistung einer hinreichenden Sanierung insbesondere auch die optimierte Kooperation an den Sektoren-Nahtstellen (stationär-ambulant, ambulant-stationär) und ein verbesserter Informationsfluss, also die Bildung eines Netzwerkes. Auch dieser Bereich wird nunmehr durch den Anhang zur Vergütungsvereinbarung für ärztliche Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie von Trägern mit dem Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 87 Abs. 2a SGB V erfasst. Nach dessen § 3 sollen die neuen Gebührenordnungspositionen nur von Vertragsärzten berechnet werden, die in einem sektorübergreifenden MRSA-Netzwerk unter Einbeziehung des öffentlichen Gesundheitsdienstes organisiert sind. Damit ist eine Finanzierung dieser Leistungen durch die Krankenkassen zumindest im Bereich der MRSA sichergestellt.

Das Landesaktionsprogramm „Krankenhaushygiene“ der Senatorin für Gesundheit vom 6. Dezember 2011 sieht eine Erweiterung des MRSA-Netzwerkes in Bremen auf

---

<sup>1108</sup> Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2927 ff.

<sup>1109</sup> Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2959.

<sup>1110</sup> Vereinbarung zur verbesserten Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer MRSA-Infektion, Band 36, S. 105 f. der 2. Paginierung.

andere relevante nosokomiale Infektionen vor.<sup>1111</sup> Eine Unterarbeitsgruppe des Runden Tisches MRSA diskutiert gegenwärtig, welche weiteren Keime für die Bearbeitung durch das Netzwerk besonders dringlich sind.<sup>1112</sup> Inwiefern die Krankenkassen sich auch an der Erweiterung des MRSA-Netzwerkes auf weitere relevante Keime beteiligen, was im Grundsatz zu begrüßen wäre, steht daher noch nicht fest.

---

<sup>1111</sup> Initiierung eines Landesaktionsprogramms „Krankenhaushygiene“, Vorlage für die Sitzung der staatlichen Deputation für Gesundheit am 6. Dezember 2011, S. 2.

<sup>1112</sup> Umsetzungsstand des Landesaktionsprogramms „Krankenhaushygiene“, Vorlage für die Sitzung der staatlichen Deputation für Gesundheit am 8. Mai 2012, S. 2.

## 12. Der Umgang mit multiresistenten Erregern in den Niederlanden

### 12.1. Verbreitung von multiresistenten Erregern in den Niederlanden

Die Niederlande weisen im Unterschied zu Deutschland signifikant bessere Werte hinsichtlich der Krankheitshäufigkeit von zumindest einzelnen multiresistenten Erregern auf.<sup>1113</sup> Dies gilt insbesondere für MRSA. So sind in Groningen 0,08 % der Patienten im Krankenhaus mit MRSA besiedelt, wohingegen in Deutschland durchschnittlich 20 % der Patienten mit MRSA besiedelt sind.<sup>1114</sup> Darüber hinaus zeigt sich die positivere Situation in den Niederlanden auch an den gemeldeten Nachweisen von MRSA aus Blut oder Liquor. Diese sind in Deutschland gemäß § 1 der Labormeldepflicht-Anpassungsverordnung<sup>1115</sup> meldepflichtig. So gibt es in Nordrhein-Westfalen, das nach seiner Größe ungefähr den Niederlanden entspricht, pro Jahr etwa 1.000 durch MRSA hervorgerufene Blutvergiftungen, wohingegen es in den Niederlanden jährlich circa 40 durch MRSA hervorgerufene Blutvergiftungen gibt.<sup>1116</sup>

Anders verhält es sich bei den ESBL-bildenden Keimen. Von diesen Erregern breiten sich gerade die sogenannten livestock-assoziierten Escherichia-coli, die ESBL bildend sind, in ganz Europa und so auch in den Niederlanden aus.<sup>1117</sup> Nach neuesten Studien sind 10 % bis 15 % aller erwachsenen Patienten mit Escherichia-coli-ESBL zumindest besiedelt.<sup>1118</sup> Im Zusammenhang mit Klebsiella pneumoniae kommt es trotz der zahlreichen Hygienevorkehrungen ebenfalls zu einem Anstieg von Besiedelungen und Infektionen. Beispielsweise ereignete sich in der Zeit von Juni 2011 bis Juli 2012 ein schwerwiegender Ausbruch mit Klebsiella pneumoniae ESBL OXA-48 im Maasstad Krankenhaus in Rotterdam.<sup>1119</sup> In der wissenschaftlichen Diskussion in den Niederlanden wird im Hinblick auf den Anstieg von ESBL-bildenden Klebsiellen gefordert, dass im Bereich der Krankenhäuser die Präventionsstrategien nochmals überprüft und im Bereich der niedergelassenen Ärzte nochmals die Hygienemaßnahmen und der Antibiotikaeinsatz hinterfragt werden.

---

<sup>1113</sup> Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2929.

<sup>1114</sup> Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2929.

<sup>1115</sup> Labormeldepflicht-Anpassungsverordnung vom 26. Mai 2009 (BGBl. I S. 1139).

<sup>1116</sup> Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2937.

<sup>1117</sup> Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2937.

<sup>1118</sup> Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2937.

<sup>1119</sup> Im Einzelnen dazu: „Das Unsichtbare sehen“, Bericht der externen Untersuchungskommission des Maasstad Krankenhauses vom 29. März 2012, Band 185.

Schließlich wird auch der Antibiotikaeinsatz in der Landwirtschaft als eine der möglichen Ursachen für den Anstieg von multiresistenten Keimen mit ESBL-Bildnern in Betracht gezogen.<sup>1120</sup> Hinsichtlich der Vergabe von Antibiotika in der Landwirtschaft kritisierte der Sachverständige Herr Professor Dr. Friedrich:

*„Es ist bei der Gabe von Antibiotika in der Landwirtschaft und Tiermedizin anders damit bestellt, es ist das sogenannte „dutch paradox“. Die Niederlande sind das Land mit dem niedrigsten Einsatz von Antibiotika in der Humanmedizin und das Land mit dem höchsten Einsatz von Antibiotika in der Veterinär- und Tiermedizin oder in der Landwirtschaft. Das liegt an der intensiven Massentierhaltung, die in den Niederlanden durchgeführt wird, vor allem bei der Schweinemast, auch bei Rindern, Geflügel und Ziegen.“<sup>1121</sup>*

Der Sachverständige führte weiter aus, dass es durch beide Aspekte, nämlich sowohl durch die Massentierhaltung als auch durch die übermäßige Gabe von Antibiotika an Tiere, zu einer erheblichen Beschleunigung der Selektion von multiresistenten Erregern komme. Er verdeutlichte weiter, dass – unabhängig von der Gabe von Antibiotika – bereits die Massentierhaltung für sich genommen, zu einer Beschleunigung der Selektionsprozesse von Erregern führe.<sup>1122</sup> Hinzu trete dann noch, dass die Antibiotikavergabe den Selektionsprozess beschleunige. Selbst ohne die Gabe von Antibiotika vollzögen, so der Sachverständige Herr Professor Dr. Friedrich, Erreger in der Tierhaltung innerhalb von 16 Tagen genauso viele Schritte in der Evolution wie die menschliche Spezies innerhalb von 30.000 Jahren. Komme es nun daneben zu der Gabe von Antibiotika in der Tierhaltung, verkürze sich diese Frist weiter auf lediglich einen Tag.<sup>1123</sup>

## 12.2. Strategien zur Reduktion von Antibiotikaresistenzen

---

<sup>1120</sup> Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2937.

<sup>1121</sup> Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2970.

<sup>1122</sup> Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2970.

<sup>1123</sup> Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2970.

Die Niederlande haben bereits im Jahr 1986 eine Strategie zur Reduktion von Antibiotikaresistenzen entwickelt, die mit den vier Begriffen „search“, „restrict“, „contain“ und „follow“ umschrieben werden kann.<sup>1124</sup>

### 12.2.1. Das Prinzip „search“

Mit „search“ ist gemeint, gezielt nach multiresistenten Keimen zu suchen, und zwar bevor sie bei den jeweiligen Patienten Infektionen auslösen.<sup>1125</sup> Um aber Infektionserreger wirksam bekämpfen zu können, braucht man „Augen für das Unsichtbare“, das heißt, der Arzt muss den Erreger zunächst einmal entdecken, bevor er ihn bekämpfen kann.<sup>1126</sup>

Dies zeigt sich schon vor der Aufnahme in ein Krankenhaus: In den Niederlanden wird ein Patient über ein Zuweisungssystem bei einem Krankenhaus von dem Hausarzt angemeldet.<sup>1127</sup> Bis es zur Aufnahme in einem Krankenhaus kommt, wird abgeklärt, ob Risikofaktoren dafür bestehen, dass der Patient Träger eines multiresistenten Keims ist.<sup>1128</sup> Hierzu bespricht der Hausarzt mit seinem Patienten eine Frageliste. So wird schon im Vorfeld beispielsweise gefragt, ob der Patient in der Landwirtschaft arbeitet, chronische Wunden hat oder zuvor in einem belgischen oder deutschen Krankenhaus war.<sup>1129</sup> Je nach Risikoprofil werden, und zwar wenn möglich schon vor der Aufnahme in ein Krankenhaus, mikrobiologische Untersuchungen durchgeführt, um festzustellen, ob der jeweilige Patient Träger eines multiresistenten Erregers ist.<sup>1130</sup> Bei einem Patienten, der zuvor in einem deutschen Krankenhaus war, würde in den Niederlanden beispielsweise nach allen multiresistenten Erregern gesucht, und zwar ausgedehnt auf alle Körperregionen, in denen ein entsprechendes Reservoir bestehen könnte.<sup>1131</sup>

Käme es dennoch dazu, dass MRSA oder ESBL-bildende Klebsiellen neu aufträten, so würde schon beim ersten Fall eine Suche nach der Kontaktperson erfolgen, die für die Übertragung ursächlich gewesen sein könnte. Bei der Besiedelung mit MRSA werde

---

<sup>1124</sup> Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2929.

<sup>1125</sup> Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2930.

<sup>1126</sup> Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2929.

<sup>1127</sup> Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2942.

<sup>1128</sup> Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2942.

<sup>1129</sup> Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2943.

<sup>1130</sup> Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2943.

<sup>1131</sup> Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2943.

angesichts der großen Ausbreitungsgeschwindigkeit in der Regel schon in diesem Stadium ein Screening aller Mitarbeiter und Patienten angeordnet. Beim Auftreten eines Falles mit Klebsiellen werde lediglich eine Screeninguntersuchung aller Mitpatienten durchgeführt.<sup>1132</sup> Es werde sogar täglich gescreent.<sup>1133</sup> Auch Screeninguntersuchungen des Personals würden dann angeordnet, wenn nicht umgehend die Keimquelle entdeckt werde. Dabei sei notwendig, führte der Sachverständige Herr Professor Dr. Friedrich aus, „dass Mitarbeiter nur mit PCR-Verfahren untersucht werden dürfen, um auch den Träger zu finden.“ Denn das Personal weise in der Regel eine sehr viel geringere Konzentration von multiresistenten Klebsiellen bzw. MRSA auf der Haut auf als Patienten, bei denen mittels Antibiotika die übrigen Keime unterdrückt würden, so dass sehr sensible Screeninguntersuchungen - wie mittels des PCR-Verfahrens - angezeigt seien.<sup>1134</sup>

#### 12.2.2. Das Prinzip „restrict“

„Restrict“ bedeutet, die Gabe von Antibiotika möglichst zu reduzieren, und zwar in der Tiermedizin, in der Landwirtschaft und in der Humanmedizin. Der letztgenannte Punkt stellt einen für jeden Patienten spürbaren Unterschied zwischen der medizinischen Versorgung in Deutschland und in den Niederlanden dar. So bestehen Hürden, um in den Niederlanden Antibiotika verschrieben zu bekommen. Diese werden in der Regel nicht von einem Hausarzt verordnet, sondern nur von einem Facharzt.<sup>1135</sup> Zwar kann rechtlich die Vergabe von Antibiotika durch jeden Arzt erfolgen. Allerdings werde durch kontinuierliche Weiterbildung den Ärzten vermittelt, dass die Vergabe von Antibiotika in die Hände von Fachärzten gehöre, und diese ungeschriebene Regel werde auch befolgt.<sup>1136</sup> Hinzu kommt, dass die Verschreibung von Antibiotika möglichst auch mit einer Untersuchung durch einen Facharzt für Mikrobiologie verbunden ist. Ziel dieser Untersuchungen ist es, dass nicht notwendige Antibiotikatherapien sofort beendet und möglichst nur die wirksamsten Antibiotika verschrieben werden.<sup>1137</sup>

Während der Krankenhausbehandlung wird die Gabe von Antibiotika an die einzelnen Patienten kontinuierlich daraufhin überprüft, ob die Antibiotikagabe noch sinnvoll ist. So

---

<sup>1132</sup> Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2948.

<sup>1133</sup> Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2979.

<sup>1134</sup> Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2949.

<sup>1135</sup> Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2930.

<sup>1136</sup> Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2955.

<sup>1137</sup> Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2956.

berichtete der Sachverständige Herr Professor Dr. Friedrich, dass in seiner Klinik das Computersystem spätestens nach zwei Tagen automatisch die Frage aufwerfe, ob Antibiotika noch verabreicht werden müssten.<sup>1138</sup>

Auch der übermäßige Einsatz von Antibiotika in der Landwirtschaft soll in den Niederlanden in Zukunft begrenzt werden: So bemüht sich der Gesundheitsrat in den Niederlanden, den Einsatz von Antibiotika in der Landwirtschaft in den nächsten zwei Jahren um 50 % zu reduzieren.<sup>1139</sup> Der Sachverständige Herr Professor Dr. Friedrich wies aber auch auf die Schwierigkeiten hin, dieses wichtige Ziel in der niederländischen Gesellschaft durchzusetzen:

*„Es gibt jetzt keine Gesetzgebung, die sagt, es muss jetzt so geschehen. Da sind noch viele Diskussionen notwendig, denn es ist natürlich ein gesamtgesellschaftliches Problem. Es betrifft eben auch einen wichtigen Sektor der niederländischen Wirtschaft und damit der Gesellschaft, und diese Diskussion muss breit geführt werden.“<sup>1140</sup>*

### 12.2.3. Das Prinzip „contain“

„Contain“ bezieht sich darauf, dass weitere Übertragungen von multiresistenten Erregern auf andere Menschen möglichst unterbunden werden.<sup>1141</sup> Dieses Prinzip steht insbesondere für sehr weitreichende Isolierungsmaßnahmen. Der Sachverständige Herr Professor Dr. Friedrich stellte beispielsweise dar, dass in dem Krankenhaus, in dem er tätig sei, ca. 10 % aller Betten Einzelzimmer und zudem 40 % der vorhandenen Betten in der Regel nicht belegt seien, damit Patienten isoliert werden könnten.<sup>1142</sup> Isolierungsmaßnahmen würden auch vorbeugend vorgenommen. Patienten, die zuvor in einem deutschen, belgischen oder auch englischen Krankenhaus behandelt worden seien, würden generell für zumindest 48 Stunden prophylaktisch isoliert, weil das europäische Ausland aus der Perspektive der Niederlande ein Endemiegebiet darstelle.<sup>1143</sup>

---

<sup>1138</sup> Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2982.

<sup>1139</sup> Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2970.

<sup>1140</sup> Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2971.

<sup>1141</sup> Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2930.

<sup>1142</sup> Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2932.

<sup>1143</sup> Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2928 sowie 21/2936.

Kommt es zu einem positiven Befund, so werden in den Niederlanden neben der Isolierung sogleich Barrieremaßnahmen eingeleitet. Bei E. coli, ESBL-bildenden Keimen oder VRE werden beispielsweise Schutzkittel angelegt. Da bei ESBL-bildenden Keimen auch eine Tröpfcheninfektion möglich ist, werden zusätzlich noch ein Mundschutz und eine Haube getragen.<sup>1144</sup> Ferner besteht eine „funktionelle Trennung“ zwischen dem Personal, das besiedelte Patienten, und dem Personal, das nicht besiedelte Patienten behandelt. Im Hinblick auf das Risiko einer Übertragung wird zudem darauf geachtet, dass möglichst keine Übertragungen auf das Personal stattfinden. So kann deshalb nur Personal eingesetzt werden, dessen Haut gesund ist.<sup>1145</sup> Auch besteht bei Mitarbeitern, die sich gegenwärtig einer Antibiotikatherapie unterziehen, ein höheres Risiko, dass diese mit ESBL-bildenden Keimen besiedelt werden.<sup>1146</sup> Es ist daher eine Aufgabe des Arbeitsmediziners, die Pflegekräfte und Ärzte zu benennen, die in diesen Fällen eingesetzt werden könnten.<sup>1147</sup>

Schließlich wird in den Niederlanden sichergestellt, dass genügend Pflegekräfte vorhanden sind, um die notwendigen Händedesinfektionen etwa auf einer Intensivstation gewährleisten zu können. Dieses bessere Verhältnis wird in den Niederlanden dadurch gewährleistet, dass es grundsätzlich in der Verantwortung der Pflegekräfte liegt, wie viele Betten für die medizinische Behandlung zur Verfügung stehen. Sie entscheiden in der Regel jeden Morgen selbständig, wie viele Patienten mit dem vorhandenen Personal versorgt werden können. Dies hat zur Folge, dass dann auch nur diese Zahl von Patienten aufgenommen wird. Dieses deutlich bessere Patienten-Pflegekräfte-Verhältnis führt dazu, dass die Pflegekräfte tatsächlich die Händedesinfektionen ohne Schwierigkeiten durchführen können, wohingegen in Deutschland eine Pflegekraft die hohe Anzahl an Händedesinfektionen in Spitzenzeiten kaum bewältigen kann.<sup>1148</sup>

#### **12.2.4. Das Prinzip „follow“**

---

<sup>1144</sup> Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2944.

<sup>1145</sup> Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2946.

<sup>1146</sup> Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2944.

<sup>1147</sup> Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2946.

<sup>1148</sup> Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2950 f.

Das Schlagwort „follow“ meint, dass ein Patient so lange behandelt wird, bis eine Besiedelung mit multiresistenten Keimen nicht mehr vorliegt.<sup>1149</sup> Das Prinzip des „follow“ betrifft vor allem den Umgang mit Patienten, die mit MRSA besiedelt sind. Bei MRSA wird versucht, eine Dekolonisierung durchzuführen, indem entsprechende Antibiotika verschrieben werden. Dieses Verfahren ist bei anderen multiresistenten Erregern bislang in diesem Umfang nicht möglich, so dass es insofern bei den Isolierungsmaßnahmen verbleiben muss.<sup>1150</sup> Dennoch ist es auch in diesen Fällen wichtig, genaue Kenntnis davon zu haben, ob ein Patient mit einem Keim besiedelt ist, denn dies ermöglicht, im Falle einer Infektion sogleich das wirksamste Antibiotikum zu verabreichen.<sup>1151</sup>

### **12.3. Unterschiede zwischen dem niederländischen und dem deutschen Gesundheitssystem**

#### **12.3.1. Arts Microbioloog**

Eine „Schlüsselfigur“ im niederländischen Gesundheitswesen stellt der sogenannte Arts Microbioloog dar. Der Begriff wird mit Facharzt für Mikrobiologie nur unzureichend übersetzt, weil die Ausbildung zum deutschen Facharzt für Mikrobiologie sich von der zum Arts Microbioloog unterscheidet. Die Facharztausbildung ist in den Niederlanden auf fünf Jahre angelegt und umfasst die Themenbereiche Krankenhaushygiene, Infektiologie sowie die diagnostische Mikrobiologie.<sup>1152</sup>

Der Arts Microbioloog trägt die Hauptverantwortung dafür, dass die oben dargestellte Strategie zur Reduktion von Antibiotikaresistenzen in der klinischen Praxis umgesetzt wird.<sup>1153</sup> Ihn trifft die Verantwortung festzustellen, ob eine vereinzelte Infektion oder Besiedelung bei einem Patienten vorliegt oder ob es sich bereits um einen Ausbruch handelt. Ihm obliegt es, den Erreger zu bestimmen und eine Subtypisierung zu veranlassen.<sup>1154</sup> Ihn trifft auch die Hauptverantwortung für die anschließenden Maßnahmen der Krankenhaushygiene. Daneben besteht bei diesen Ärzten eine enge

---

<sup>1149</sup> Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2930.

<sup>1150</sup> Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2944 f.

<sup>1151</sup> Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2945.

<sup>1152</sup> Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2930.

<sup>1153</sup> Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2930.

<sup>1154</sup> Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2968.

Anbindung an die Patienten bei der Diagnose von Infektionen und der Beratung hinsichtlich einer Therapie.<sup>1155</sup> Diese zeigt sich auch in der Verschreibung von Antibiotika. So ist insbesondere die Gabe von Antibiotika nahezu immer an die Untersuchung durch einen Arts Microbioloog gebunden, damit sichergestellt ist, dass das richtige Antibiotikum gegeben und eine nicht notwendige Antibiotikatherapie sofort beendet wird.<sup>1156</sup> Mit diesen vielfältigen Aufgaben geht einher, dass es in einem Krankenhaus in den Niederlande deutlich mehr entsprechende Fachärzte gibt, als etwa Krankenhaushygieniker in Deutschland. Der Sachverständige Herr Professor Dr. Friedrich berichtete, dass in der von ihm betreuten Klinik auf 1.300 Betten 16 entsprechende Fachärzte kämen.<sup>1157</sup>

### 12.3.2. Hygienefachkräfte

Neben dem Arts Microbioloog gibt es in den Niederlanden ebenso wie in Deutschland auch Hygienefachkräfte. Unabhängig von der Tatsache, dass die Ausbildung auch im pflegerischen Bereich akademisiert worden ist,<sup>1158</sup> entspricht der Ausbildungsstand der Hygienefachkräfte in der Pflege in Deutschland demjenigen ihrer niederländischen Kolleginnen und Kollegen.<sup>1159</sup> Ein wesentlicher Unterschied zeigt sich jedoch in der Zusammenarbeit zwischen den Ärzten und den Hygienefachkräften. Beide bilden in den Niederlanden ein „Team (...), um das Problem medizinisch-ärztlich, pflegerisch-medizinisch anzugehen“.<sup>1160</sup> Dies bedeutet aber im Gegensatz zu den Verhältnissen in Deutschland auch, dass „viel Wert darauf gelegt [wird], dass es eben nicht nur die Verantwortung des Arztes ist, sondern die Verantwortung der Pflegekraft, auch dem Arzt in Bezug auf Hygiene, Screeningmaßnahmen und Antibiotika zu widersprechen, wo man genuinerweise sagen würde, das ist natürlich ärztlich“. Dieser fachliche Austausch zwischen der medizinisch-ärztlichen und der pflegerisch-medizinischen Seite lässt unberührt, dass es der Arzt ist, der die alleinige Kompetenz zur Gabe von Antibiotika hat.<sup>1161</sup>

---

<sup>1155</sup> Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2930.

<sup>1156</sup> Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2955 f.

<sup>1157</sup> Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2930.

<sup>1158</sup> Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2930 f.

<sup>1159</sup> Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2935.

<sup>1160</sup> Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2931.

<sup>1161</sup> Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2935.

### 12.3.3. Inspectie voor de Gezondheidszorg

Neben den Gesundheitsämtern, die es in den Niederlanden auch gibt, sind dort sogenannte Inspectie voor de Gezondheidszorg eingerichtet worden.<sup>1162</sup> Diese Inspektionen für Gesundheitsversorgung arbeiten in den Niederlanden überregional, wobei das Land in sechs Regionen aufgeteilt ist.<sup>1163</sup> Die Inspektionen für Gesundheitsversorgung überwachen sehr eingehend, ob die Anforderungen an eine funktionierende Krankenhaushygiene eingehalten werden.<sup>1164</sup> Die Überprüfung eines Krankenhauses nimmt dabei sehr viel Zeit in Anspruch. Sie kann bis zu zwei Wochen dauern. Besonderes Augenmerk wird während einer Inspektion darauf gerichtet, ob die Vorgaben, die sich ein Krankenhaus selbst gibt, auch in der täglichen Praxis eingehalten werden.<sup>1165</sup>

Der Umgang mit den einzelnen Krankenhäusern erfolgt dabei nach dem Grundsatz „High trust, high penalty“.<sup>1166</sup> Das bedeutet, dass man sich darauf konzentriert, die Eigenverantwortung der Kliniken für die Umsetzung der erforderlichen Maßnahmen und Einhaltung der Hygienerichtlinien zu stärken. Kommt die Inspektion für Gesundheitsversorgung aber bei einer Inspektion zu dem Ergebnis, dass die Vorschriften nicht eingehalten worden sind, so hat sie auch die Möglichkeit, Bußgelder zu verhängen<sup>1167</sup> oder sogar die Schließung von Stationen anzuordnen, wenn Mängel etwa in der Organisation bestehen. So wurde in einem Krankenhaus in Apeldoorn die Schließung einer Station angedroht, weil dort die Abteilung für medizinische Mikrobiologie aus dem Krankenhaus im Rahmen eines Outsourcings ausgegliedert worden war.<sup>1168</sup> Nach der Aussage des Sachverständigen Herrn Professor Dr. Friedrich ist das Vorgehen der Inspektion für Gesundheitsversorgung sehr streng. Auch die Geldstrafen würden stets so bemessen, dass sie für das Krankenhaus teurer seien, als die Kosten, den Mangel abzustellen.<sup>1169</sup>

Schließlich sorgt die Inspektion für Gesundheitsversorgung auch für Transparenz, indem sie Schwachstellen eines Krankenhauses veröffentlicht. Dabei ist die Schwelle, ab der eine Information öffentlich bekannt gegeben wird, sehr niedrig. So wird etwa

---

<sup>1162</sup> Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2931.

<sup>1163</sup> Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2931.

<sup>1164</sup> Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2931.

<sup>1165</sup> Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2972.

<sup>1166</sup> Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2972.

<sup>1167</sup> Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2941.

<sup>1168</sup> Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2973.

<sup>1169</sup> Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2974.

veröffentlicht, wenn es zu einem Ausbruch mit Vancomycin-resistenten-Enterokokken kommt, damit bei Verlegungen von Patienten diese in den aufnehmenden Krankenhäusern auch entsprechend überwacht und gescreent werden. Auch diese Öffentlichkeitsarbeit der Inspektion für Gesundheitsvorsorge stellt einen wichtigen Faktor dar, der die Krankenhäuser dazu motiviert, in der täglichen Arbeit hohe Qualitätskriterien einzuhalten.<sup>1170</sup>

#### **12.3.4. Organisation der ambulanten und klinischen Versorgung**

Die ambulante und klinische Versorgung ist in den Niederlanden anders als in Deutschland organisiert. So bindet sich in den Niederlanden ein Patient nach seiner Hausarztwahl für ein Jahr an den gewählten Hausarzt. Ein Patient muss deshalb immer, wenn er ambulant medizinisch behandelt werden will, zunächst seinen Hausarzt aufsuchen.<sup>1171</sup> Ferner sind Fachärzte ausschließlich in den Krankenhäusern angestellt und nicht als niedergelassene Fachärzte tätig.<sup>1172</sup> Diese Voraussetzungen ermöglichen es, dass in den Niederlanden besser als in Deutschland sichergestellt werden kann, dass die einzelnen Patienten vor einem elektiven Eingriff bereits durch ihren Hausarzt untersucht werden.<sup>1173</sup>

Daneben gibt es in den Niederlanden eine geringere Anzahl an Krankenhäusern als in Deutschland. So hat Nordrhein-Westfalen, das nach seiner Einwohneranzahl ungefähr den Niederlanden entspricht, über 400 Krankenhäuser, wohingegen es in den Niederlanden lediglich etwa 115 Krankenhäuser gibt. Gerechnet auf die Bevölkerungsanzahl gibt es in Deutschland zwischen drei- bis viermal mehr Krankenhausbetten. Dass in den Niederlanden dennoch, etwa für Isolierungsmaßnahmen, Kapazitäten freigehalten werden können, beruht insbesondere darauf, dass der Zugang zu einer klinischen Versorgung beschränkter ist. Die Patienten müssen sich etwa für elektive Maßnahmen auf eine Warteliste setzen lassen.<sup>1174</sup>

---

<sup>1170</sup> Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2874 f.

<sup>1171</sup> Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2942.

<sup>1172</sup> Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2932.

<sup>1173</sup> Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2942.

<sup>1174</sup> Herr Professor Dr. Friedrich, Protokoll der öffentlichen Beweisaufnahme, 21/2931 f.

#### 12.4. Zusammenfassung

Die medizinische Situation in den Niederlanden ist im Vergleich zu Deutschland durch sehr niedrige Raten von Besiedelungen und Infektionen mit dem Erreger MRSA gekennzeichnet. Hinsichtlich der Anzahl von Besiedelungen beziehungsweise Infektionen mit Klebsiellen, insbesondere ESBL-bildenden, besteht jedoch kein großer Unterschied.

Die Erfolge des niederländischen Gesundheitssystems in der Bekämpfung von multiresistenten Keimen beruhen vor allem auf einer Strategie, die durch die Schlagworte „search“, „restrict“, „contain“ und „follow“ gekennzeichnet ist. Mit „search“ ist gemeint, nach den Keimen gezielt zu suchen, und zwar bevor sie bei den jeweiligen Patienten Infektionen auslösen. Das Prinzip „restrict“ beinhaltet das Bemühen, die Gabe von Antibiotika in der Tiermedizin, in der Landwirtschaft und in der Humanmedizin zu reduzieren. Das Strategieelement „contain“ bezieht sich darauf, dass weitere Übertragungen von multiresistenten Erregern auf andere Menschen möglichst unterbunden werden. Das Schlagwort „follow“ beinhaltet schließlich, dass ein Patient möglichst so lange behandelt wird, bis eine Besiedelung mit multiresistenten Keimen nicht mehr vorliegt.

Zudem existiert mit dem Arzt für Mikrobiologie in den Niederlanden ein Facharzt, der in dieser Form in Deutschland nicht vorhanden ist, dem aber eine zentrale Rolle im Bereich der Krankenhaushygiene zukommt.

Ungeachtet der Unterschiede in den Gesundheitssystemen, sollten aufgrund der sehr positiven Entwicklung in Teilbereichen der Bekämpfung multiresistenter Keime in den Niederlanden, die dort getroffenen Maßnahmen genau dahingehend analysiert werden, ob durch eine Übertragung von Strategieelementen in das deutsche Gesundheitssystem ebenfalls Eindämmungseffekte erzielt werden können.

### 13. Zusammenfassende Bewertung

Zu dem Auftreten von Klebsiellen auf der neonatologischen Station des Klinikums Bremen-Mitte im Jahr 2005 konnten über die durch den seinerzeit am Klinikum Bremen-Mitte tätigen Krankenhaushygieniker, Herrn Dr. Holländer, getroffenen Feststellungen hinaus keine weitergehenden Erkenntnisse erlangt werden. Nach seiner Darstellung war nicht von einem Ausbruchsgeschehen auszugehen.

In der Neonatologie des Klinikums Bremen-Mitte kam es ferner in den Jahren von 2009 bis 2012 zu einem Ausbruch von ESBL-bildenden *Klebsiella pneumoniae*. Insgesamt waren 37 Kinder betroffen. Im Jahr 2011 waren 30 Kinder betroffen, von denen drei an dem Keim verstarben. Nach der Renovierung und Wiedereröffnung der Station 4027 im Januar 2012 kam es erneut zum Auftreten des genidentischen Keimes bei sechs Kindern. Im Nachhinein ließ sich durch eine nachträglich gefundene Probe im Institut für Allgemeine Hygiene, Krankenhaushygiene und Umwelthygiene rekonstruieren, dass der genidentische Keim bereits 2009 bei einem Kind auf der Neonatologie des Klinikums Bremen-Mitte festgestellt worden war.

Der parlamentarische Untersuchungsausschuss wurde unter anderem mit dem Auftrag eingesetzt, die Umstände der Infektionswelle und der Todesfälle von frühgeborenen Kindern in der neonatologischen Intensivstation im Klinikum Bremen-Mitte aufzuklären. Eine Aufklärung der Ursache des Ausbruches der nosokomialen Infektion mit ESBL-bildenden *Klebsiella pneumoniae* war jedoch nicht möglich; nach Auskunft von Experten gelingt dies in mehr als der Hälfte der Fälle nicht. Im Zusammenhang mit dem Hygiene- und Ausbruchmanagement musste der parlamentarische Untersuchungsausschuss jedoch Mängel am Klinikum Bremen-Mitte und in der Gesundheit Nord feststellen. Zudem offenbarten sich strukturelle Probleme bei der senatorischen Behörde für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit sowie beim Gesundheitsamt Bremen als nachgeordnete Dienststelle der Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit. Verschiedene im Verlauf des Untersuchungsverfahrens festgestellten Mängel sind von der Gesundheit Nord und von der Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit bereits aufgegriffen worden.

Am **Klinikum Bremen-Mitte** bestanden in dem für das Ausbruchsgeschehen bedeutsamen Zeitraum erhebliche Mängel im Hygienemanagement. Aus der Sicht des parlamentarischen Untersuchungsausschusses war es bereits problematisch, dass die

Ärztliche Geschäftsführerin lediglich nebenamtlich tätig war und zudem die Verantwortung für den Bereich Krankenhaushygiene durch eine interne, nach außen unwirksame Vereinbarung auf Herrn Professor Dr. Huppertz übertragen hatte. Nunmehr ist am Klinikum Bremen-Mitte ein hauptamtlicher Ärztlicher Geschäftsführer tätig, der auch für die Krankenhaushygiene verantwortlich ist. Der Krankenhaushygieniker hatte nicht die nach bremischer Rechtslage erforderliche ärztliche Qualifikation. Zudem war er für eine Vielzahl weiterer Krankenhäuser und Sachgebiete zuständig. Er war darüber hinaus nur unzureichend in das Hygienemanagement des Klinikums eingebunden, weil ihm die Weisungsbefugnis für die Hygienefachkräfte fehlte. Zum 1. Juni 2012 wurden ein entsprechend der Rechtslage hinreichend qualifizierter Krankenhaushygieniker eingestellt und die Einbindung des Institutes für Allgemeine Hygiene, Krankenhaushygiene und Umwelthygiene in die Struktur des Klinikums Bremen-Mitte überarbeitet. Der hygienebeauftragte Arzt der Neonatologie war für seine Tätigkeit nicht – wie von der KRINKO empfohlen – freigestellt. Die gesetzlich vorgeschriebene Dokumentation der aufgetretenen nosokomialen Infektionen war unzureichend. Auch die Pflegedokumentation war in Bezug auf die Möglichkeit der Aufklärung eines Ausbruchsgeschehens unzureichend. Im Bereich der Dokumentation werden derzeit durch die Gesundheit Nord entsprechende Maßnahmen eingeleitet. Die Zahl der Hygienefachkräfte am Klinikum Bremen-Mitte genügte zwar in etwa den damaligen gesetzlichen Vorgaben, jedoch nicht den Empfehlungen der KRINKO aus dem Jahr 2009. Die Qualifikation der stellvertretenden ärztlichen Leitung der Geburtshilfe des Klinikums Bremen-Mitte verstieß gegen die Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen für LEVEL 1-Perinatalzentren. Ansonsten aber entsprach die Besetzung der Neonatologie mit Ärzten diesen Vorgaben. Die Ausstattung mit Pflegepersonal war im Jahre 2011 vielfach problematisch. Der von den Fachgesellschaften empfohlene Betreuungsschlüssel wurde durchschnittlich überwiegend nicht erreicht. Bei der Bewertung ist allerdings zu berücksichtigen, dass auch nach Expertenmeinung ein einheitlicher Betreuungsschlüssel für die Neonatologie wegen der sehr unterschiedlichen Pflegebedürftigkeit der Kinder schwer festzulegen ist. Zur Behandlung des Ausbruchsgeschehens selbst war festzustellen, dass am Klinikum Bremen-Mitte zwar eine Leitlinie für Maßnahmen beim Auftreten von nosokomialen Infektionen bestand, die Festlegungen zum Ausbruchsmanagement und zur Einsetzung eines Ausbruchsmanagementteams enthielt, diese Vorgaben wurden aber nicht vollständig umgesetzt. Wegen der mangelhaften Dokumentation von Befunden mit nosokomialen Infektionen wurde der Ausbruch erst mit erheblicher

Verspätung erkannt. Entsprechend erfolgte die vorgesehene Meldung an das Gesundheitsamt viel zu spät. Verspätet und erst auf Anraten des Gesundheitsamtes erfolgte die Einführung von Screening-Untersuchungen aller Kinder auf den betroffenen Stationen. Aus diesem Grund konnten auch Kohortierungsmaßnahmen erst verspätet erfolgen. Die Schließung der Station 4027 geschah erst auf behördliche Weisung.

Im Bereich der **Gesundheit Nord** war festzustellen, dass die Mängel im Hygienemanagement des Klinikums Bremen-Mitte hier nicht ausreichend zur Kenntnis genommen wurden. Gleiches gilt für die enge Personaldecke im Bereich der Neonatologie. Der parlamentarische Untersuchungsausschuss hat den Eindruck gewonnen, dass im Bereich Personal von Seiten der Gesundheit Nord vordringlich wirtschaftliche Ziele verfolgt wurden. Durch die neue Geschäftsführung der Gesundheit Nord sind insoweit veränderte Prioritäten angekündigt worden. Als Teil des „10-Punkte-Maßnahmenplanes“ wurde als Reaktion auf das Ausbruchsgeschehen eine Erhöhung der Zahl der Hygienebeauftragten und –fachkräfte in den Krankenhäusern der Gesundheit Nord beschlossen. Die durch eine Tochterfirma der Gesundheit Nord erbrachten Reinigungsleistungen wurden sowohl von Seiten des Klinikums Bremen-Mitte als auch durch externe Sachverständige erheblich kritisiert. Auch wenn sich manche Kritikpunkte nicht nachverfolgen ließen bzw. fachlich umstritten waren, ist festzustellen, dass in diesem Bereich erhebliche Mängel auf den untersuchten Stationen bestanden. Im Bereich der Schulung der Reinigungskräfte sind in den letzten Monaten bereits Veränderungen vorgenommen worden. Nach Ansicht des Ausschusses besteht kein direkter Zusammenhang zwischen der Zentralisierung der Reinigungsdienstleistungen in der Gesundheit Nord Dienstleistungen GmbH und den festgestellten Reinigungsmängeln. Zur Behandlung des Ausbruchsgeschehens selbst war festzustellen, dass die Gesundheit Nord in erheblichem Maße in die Aufarbeitung einbezogen war. Die Leitung eines Krisenstabes und die gesamte Öffentlichkeitsarbeit im Jahr 2011 erfolgten von hier. Eine sofortige Benachrichtigung der Holding bei Entdeckung des Ausbruches erfolgte nicht, insoweit hatte es die Gesundheit Nord versäumt, entsprechende Berichtswege zu implementieren. Die Gesundheit Nord reagierte bereits im November 2011 mit ihrem 10-Punkte-Maßnahmenplan auf das Ausbruchsgeschehen. Festzustellen ist, dass hier durch die Holding sehr konkrete Maßnahmen vorgegeben wurden, die eigentlich in die Zuständigkeit der Geschäftsführung des Klinikums Bremen-Mitte gehören. Die Kündigung von Herrn Professor Dr. Huppertz am 15. November 2011 erfolgte auf Veranlassung der

Geschäftsführung der Gesundheit Nord ohne Rücksprache mit der Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit in ihrer Funktion als Vorsitzende des Aufsichtsrates der Gesundheit Nord. Vor dem Arbeitsgericht hatte diese Maßnahme keinen Bestand.

Im **Gesundheitsamt** als nachgeordnete Dienststelle der Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit konnte dessen Referat „Infektionsepidemiologie“ (Abteilung 3, Referat 30) nach Erkenntnissen des parlamentarischen Untersuchungsausschusses aufgrund der quantitativen Besetzung in den letzten Jahren die ihm obliegenden Aufgaben nicht mehr vollständig wahrnehmen. Routinebegehungen von medizinischen Einrichtungen wurden auf ein nicht zu akzeptierendes Maß beschränkt, zudem wurde die Einhaltung von Hygienestandards in den bremischen Krankenhäusern nicht überprüft. Nachdem es von dem Ausbruch erfahren hatte, hat das Gesundheitsamt das Ausbruchsmanagement des Klinikums Bremen-Mitte in engagierter Weise unterstützt. Allerdings wurde der Ausbruch erst mit zeitlicher Verzögerung an die senatorische Behörde übermittelt, was dazu führte, dass auch das Robert Koch-Institut erst verspätet benachrichtigt wurde. Dies lag auch an der unklaren Verordnungslage hinsichtlich der Meldewege und der Funktion des Landeskompetenzzentrums. Diese Aufgabe ist nach Auffassung des parlamentarischen Untersuchungsausschusses in der senatorischen Behörde wahrzunehmen.

Der parlamentarische Untersuchungsausschuss konnte keine Erkenntnisse darüber gewinnen, dass die **Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit** im Rahmen ihrer gesellschaftsrechtlichen Überwachungspflichten seit dem Bekanntwerden des Keimausbruchs den Hinweisen auf Mängel im Zusammenhang mit dem Untersuchungsgegenstand nicht ausreichend nachgegangen wäre. Es ist aber zu betonen, dass die Aufsichtsgremien der Gesundheit Nord in den Jahren vor dem Ausbruchsgeschehen ihr Augenmerk in erster Linie auf die wirtschaftliche Situation der Holding und der ihr angeschlossenen Krankenhäuser gelegt hatten.

Im Hinblick auf die Ausübung der Aufsicht über das Klinikum Bremen-Mitte im Rahmen der Gefahrenabwehr im Bereich Gesundheit musste der parlamentarische Untersuchungsausschuss Mängel feststellen. Zu beklagen ist die personelle Ausstattung der Abteilung 4 „Gesundheit“ in der senatorischen Behörde. Dort war seit dem 24. Dezember 2011 die Leitung nicht besetzt. Dies hatte u. a. zur Folge, dass in der gesamten senatorischen Behörde lediglich ein Humanmediziner tätig war. Der

Referent für Infektionsschutz, Herr Christelsohn, hatte bei Übernahme dieser Zuständigkeit seine fehlende ärztliche Qualifikation betont. Der parlamentarische Untersuchungsausschuss hat Zweifel daran, dass insoweit die Möglichkeit, medizinischen Sachverstand durch den Vorgesetzten heranziehen zu können, ausreichend ist, um die Position des Infektionsschutzreferenten umfassend auszufüllen. Im Referat des Herrn Christelsohn bestand eine weitere Unklarheit insoweit, als ihm nach der Geschäftsverteilung die Fachaufsicht über das Institut für Allgemeine Hygiene, Krankenhaushygiene und Umwelthygiene oblag. Das Institut untersteht jedoch als Teil des Klinikums Bremen-Mitte seit dem Jahr 2001 der Aufsicht durch die dortige Geschäftsführung. Hinsichtlich der Frage der Qualifikationsanforderungen für die Position einer Krankenhaushygienikerin bzw. eines Krankenhaushygienikers bestanden in der senatorischen Behörde offensichtlich Unklarheiten über den Inhalt der einschlägigen Vorschriften. Bei Erlass der Verfügungen vom 2. und 7. November 2011 handelte die senatorische Behörde in Umgehung der Infektionsschutz-Zuständigkeitsverordnung bewusst in Unzuständigkeit. Schließlich erfolgte die Aufsicht über das Gesundheitsamt unzureichend. Die hier bestehenden strukturellen und personellen Mängel wurden über einen langen Zeitraum hingenommen. Die Zuordnung der Zuständigkeit für die Übermittlung von Daten nach dem Infektionsschutzgesetz war nicht klar geregelt. Dies führte zu Missverständnissen bei den Mitarbeitern des Gesundheitsamtes. Im April 2012 wurde eine neue Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen erlassen, mit der in weitem Maße die Empfehlungen der KRINKO in bindendes bremisches Recht umgesetzt wurden. Im Sommer 2012 wurde eine Aufstockung des Personals des Gesundheitsamtes bewilligt.

## **14. Empfehlungen des Untersuchungsausschusses Klinikkeime**

### **I. Klinikum Bremen Mitte sowie alle Krankenhäuser in Bremen**

#### **Klinikum Bremen Mitte:**

1. Der parlamentarische Untersuchungsausschuss empfiehlt, die Einhaltung der Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses für die Neonatologie betreffenden Bereiche regelmäßig zu überprüfen. Der staatlichen Deputation für Gesundheit ist ein Bericht nach Abschluss zu erstatten.
2. Der parlamentarische Untersuchungsausschuss empfiehlt, die Planung des Teilersatzneubaus im Hinblick auf die Erkenntnisse aus dem Ausbruchsgeschehen hinsichtlich der hygienischen Anforderungen zu überprüfen und gegebenenfalls zu überarbeiten.
3. Nach Fertigstellung des Teilersatzneubaus erachtet es der parlamentarische Untersuchungsausschuss aus medizinischen Gründen für sinnvoll, eine erneute Zentralisierung der neonatologischen Behandlung im Bereich des neuerrichteten Eltern-Kind-Zentrums am Klinikum Bremen-Mitte zu realisieren. Zwingend notwendig erscheint dem parlamentarischen Untersuchungsausschuss in diesem Zusammenhang die Notwendigkeit eines standortübergreifenden Ausfallkonzeptes.
4. Die personelle Ausstattung der neonatologischen Intensivstation sollte sich an der Maximalbelegung orientieren, weil ansonsten stationsfremdes Pflegepersonal in diesem spezialisierten Bereich eingesetzt werden müsste. Den Personalschlüsselempfehlungen des Robert Koch-Instituts beziehungsweise dessen Bezugnahme auf die Empfehlungen der Fachgesellschaft ist zu folgen.

## II. Alle Krankenhäuser in Bremen:

1. Der parlamentarische Untersuchungsausschuss bittet die staatliche Deputation für Gesundheit zu prüfen, inwieweit die Todesscheine für Todesfälle, die während einer stationären Behandlung eintreten, von Leichenschauärzten zu erstellen sind, die in die Behandlung des verstorbenen Patienten nicht eingebunden gewesen sind. Die Aufnahme einer verpflichtenden Regelung in das Gesetz über das Leichenwesen ist ebenfalls zu prüfen.
2. Hinsichtlich § 8 Abs. 3 S. 1 des Gesetzes über das Leichenwesen ist zu prüfen, ob klargestellt werden muss, dass in der Regel Anhaltspunkte dafür, dass der Tod in ursächlichem Zusammenhang mit einer Narkose, mit operativen oder anderen therapeutischen oder sonstigen medizinischen Maßnahmen einschließlich Schutzimpfung steht, bei jedem Todesfall während einer stationären Behandlung vorliegen.
3. Der parlamentarische Untersuchungsausschuss hält es für sinnvoll, den Hygieneplan des Klinikums Bremen-Mitte sowie die Hygienepläne der anderen Krankenhäuser des Klinikverbundes in regelmäßigen Abständen durch hausfremde Experten überprüfen zu lassen, wobei auch die Krankenhäuser in nicht kommunaler Trägerschaft aufgefordert werden, sich einer solchen Überprüfung zu unterziehen. Über das Ergebnis dieser Überprüfung in den Krankenhäusern des Klinikverbundes ist der staatlichen Deputation für Gesundheit zu berichten. Eine entsprechende Überprüfung sollte nach Ansicht des parlamentarischen Untersuchungsausschusses mindestens alle fünf Jahre erfolgen.
4. Die Krankenhäuser im Land Bremen werden aufgefordert, einen organisatorischen Rahmen für die Zusammenarbeit der Krankenhaushygieniker zu schaffen, die in der Umsetzung der Hygieneverordnung zukünftig von Krankenhäusern mit einer Anzahl von 400 oder mehr aufgestellten Betten im Umfang einer Vollzeitstelle beschäftigt werden müssen. Das Gesundheitsamt ist hierbei einzubeziehen.

### **III. Gesundheit Nord gGmbH**

1. Die Konzernstruktur der Gesundheit Nord ist hinsichtlich der Struktur des standortübergreifenden Eltern-Kind-Zentrums zu überprüfen. Gerade in den hausübergreifenden Zentren müssen die Zuständigkeits- und Verantwortungsbereiche klar geregelt sein.
2. Zur Sicherung von Qualität und Sicherheit in der Krankenhausbehandlung muss das Qualitätsmanagement ein fester Tagesordnungspunkt in den Geschäftsführungssitzungen werden. Dem Aufsichtsrat ist hierüber jährlich zu berichten.
3. Die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten im Bereich des Hygienemanagements und der Reinigung sind eindeutig zuzuweisen.
4. Die Aufsichtsräte der Krankenhäuser des Klinikverbundes haben festzulegen, welche Informationen im Bereich der Krankenhaushygiene ihnen zur Wahrnehmung ihrer Aufsichtsfunktion regelmäßig vorzulegen sind.
5. Die Öffentlichkeitsarbeit der Gesundheit Nord muss ein hohes Maß an Transparenz sicherstellen.

### **IV. Hygienemanagement:**

1. Der parlamentarische Untersuchungsausschuss regt eine Prüfung dahingehend an, inwiefern das Institut für allgemeine Hygiene aufgrund seiner weitreichenden und übergeordneten Aufgabenfelder so unabhängig wie möglich von der Klinikstruktur des Klinikums Bremen-Mitte zu organisieren ist.
2. Der parlamentarische Untersuchungsausschuss sieht es als dringende Aufgabe an, gemäß der neuen Hygieneverordnung an jedem

Krankenhaus des Klinikverbundes einen Krankenhaushygieniker in Vollzeit zu beschäftigen.

3. Aktuell muss nach Ansicht des parlamentarischen Untersuchungsausschusses sichergestellt werden, dass eine enge Begleitung der Level-1-Versorgung am Klinikum Links der Weser und der Level-2-Versorgung am Klinikum Bremen-Nord durch einen Krankenhaushygieniker gewährleistet ist.
4. Die neue Hygieneverordnung (Krankenhaushygieniker in Vollzeit) macht eine Trennung der Tätigkeit des Krankenhaushygienikers von den Leitungsaufgaben hinsichtlich des Instituts für allgemeine Hygiene notwendig.
5. Der Krankenhaushygieniker ist zu verpflichten, den Geschäftsführungen der jeweiligen Krankenhäuser des Klinikverbundes mitzuteilen, sofern seine Empfehlungen in einem Krankenhaus des Klinikverbundes nicht in angemessener Zeit umgesetzt werden.
6. Die Geschäftsführung der Gesundheit Nord hat zu überwachen, dass die Mitarbeiter im ärztlichen und pflegerischen Bereich sowie in der Reinigung ausreichend und regelmäßig im Bereich der Hygiene geschult werden. Die Schulungsmaßnahmen sind dauerhaft fortzuführen. Hierzu ist dem medizinischen Geschäftsführer der Gesundheit Nord regelmäßig durch die ärztlichen und pflegerischen Geschäftsführer der Krankenhäuser des Klinikverbundes zu berichten.
7. Im Rahmen des Qualitätsmanagements muss sichergestellt werden, dass Mitarbeiter Unregelmäßigkeiten im Hinblick auf Hygiene unabhängig von Stellung und Funktion dem Krankenhaushygieniker melden können müssen, ohne berufliche Nachteile befürchten zu müssen.

## **V. Reinigungsmanagement:**

1. Aufgrund der festgestellten Reinigungsmängel empfiehlt der parlamentarische Untersuchungsausschuss, das gesamte Reinigungswesen innerhalb der Gesundheit Nord auch weiterhin einer regelmäßigen externen Begutachtung und Kontrolle zu unterziehen. Die Ergebnisse sind dem Aufsichtsrat der Gesundheit Nord vorzulegen. Der parlamentarische Untersuchungsausschuss regt an, vor dem Hintergrund der Zentralisierung die in den Krankenhäusern des Klinikverbundes eingesetzten Reinigungsmittel und -verfahren zu vereinheitlichen.
2. Darüber hinaus erachtet es der parlamentarische Untersuchungsausschuss als notwendig, in hochsensiblen Bereichen festes Personal einzusetzen.
3. Zukünftig ist von der Geschäftsführung der Gesundheit Nord Dienstleistungen zu gewährleisten, dass die Reinigungsleistungen den Qualitätsanforderungen genügen, wie sie sich nach dem jeweiligen Stand der Wissenschaft ergeben.
4. Arbeitsanweisungen sind klar und verständlich zu formulieren.

## **VI. Gesundheitsamt**

1. Der parlamentarische Untersuchungsausschuss empfiehlt, die Kontrolle der Krankenhäuser durch das Gesundheitsamt zu intensivieren. Angestrebt werden sollte, den in § 10 der Hygieneverordnung vorgesehenen Überwachungszeitraum von zwei Jahren zu verkürzen. Es sollen auch unangekündigte Begehungen stattfinden. Über die Ergebnisse dieser Begehungen ist die staatliche Deputation für Gesundheit regelmäßig zu informieren.
2. Das Gesundheitsamt hat nach einer Begehung stets zu überprüfen, ob die ausgesprochenen Empfehlungen umgesetzt worden sind. Dies kann durch eine Nachbegehung erfolgen, aber auch durch eine Kontrolle seitens des Krankenhaushygienikers, der die Ergebnisse an das

Gesundheitsamt übermittelt und damit die Kontrolle der Umsetzung gewährleistet.

3. Das Gesundheitsamt hat sich regelmäßig und bei einer Begehung im Rahmen des Audits bestätigen zu lassen, ob seitens des Krankenhaushygienikers und der Hygienefachkräfte einzelne Behandlungsprozesse, Arbeitsabläufe und Reinigungsleistungen hinreichend überprüft worden sind.
4. Nach jeder Meldung eines gehäuftten Auftretens nosokomialer Infektionen, bei denen ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist, ist seitens des Gesundheitsamtes eine Begehung unverzüglich durchzuführen.
5. Das Kontrollpersonal muss regelmäßig geschult werden, um auch eine Kontrolle sich verändernder Gefährdungspotentiale zu gewährleisten.
6. Das Gesundheitsamt soll in einem standardisierten Verfahren die Einhaltung der Vorgaben der Hygieneverordnung in den Krankenhäusern zumindest jährlich überprüfen.
7. Das Gesundheitsamt soll eine Rufbereitschaft für die Meldung von meldepflichtigen Vorfällen einrichten. Eine so erfolgte Meldung setzt die gesetzlich vorgeschriebenen Fristläufe in Gang.
8. Zu prüfen ist, ob mit der schon vorgenommenen Personalaufstockung beim Gesundheitsamt die zugewiesenen Aufgaben erfüllt werden können.
9. Die Zusammenarbeit sowie Informationswege zwischen dem Gesundheitsamt und der senatorischen Behörde ist bzw. sind eindeutig festzulegen und schriftlich zu fixieren. Der staatlichen Deputation für Gesundheit ist hierüber zu berichten.

**VII. Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit**

1. Die Aufgaben des Landeskompetenzzentrums sind nach Auffassung des parlamentarischen Untersuchungsausschusses in der senatorischen Behörde wahrzunehmen.
2. Die Senatorin für Gesundheit wird aufgefordert, die Hygieneverordnung im Lichte der nunmehr seitens der anderen Bundesländer erlassenen Hygieneverordnungen zu überprüfen. In Betracht kommt dabei u.a. die Funktion der Hygienebeauftragten Ärzte zu stärken, wie ein Vergleich mit der rheinland-pfälzischen Hygieneverordnung zeigt:
  - a. Der hygienebeauftragte Arzt wirkt nach § 7 der rheinlandpfälzischen Hygieneverordnung bei der Einhaltung der Regeln der Hygiene und Infektionsprävention mit und ist insoweit weisungsbefugt, regt Verbesserungen der Hygienepläne und Funktionsabläufe an und beteiligt sich an der hausinternen Fortbildung des Personals zu Themen der Hygiene in der medizinischen Einrichtung.
  - b. Entsprechend § 7 Abs. 2 der rheinland-pfälzischen Hygieneverordnung sollten in Hygiene ausreichend geschulte Ärzte mit Leitungserfahrung zu Hygienebeauftragten Ärzten bestellt werden.
3. Die Senatorin für Gesundheit wird zudem aufgefordert zu prüfen, ob die Aufgaben der Hygienebeauftragten in der Pflege ebenfalls in der Hygieneverordnung mit eigenständigen Rechten und Pflichten ausgestaltet werden sollten.
4. Die Senatorin für Gesundheit wird aufgefordert, sich für mehr Ausbildungsmöglichkeiten zur Fachärztin oder zum Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin an Bremischen Krankenhäusern sowie verstärkte Weiter- und Fortbildungsmaßnahmen im Bereich der Krankenhaushygiene durch der Landesärztekammer einzusetzen.

5. Der parlamentarische Untersuchungsausschuss hält die Erhöhung des humanmedizinischen Sachverständes in der senatorischen Behörde für geboten. Das Personal ist unter Berücksichtigung der neu zuzuweisenden Kompetenzen um mindestens eine Stelle aufzustocken.

## **VIII. Senat**

1. Der Senat wird aufgefordert, darauf hinzuwirken, dass aufgrund der erhöhten Anforderungen, die an die Krankenhaushygiene durch das verstärkte Auftreten multiresistenter Keime zu stellen sind, durch die Gesetzgebung des Bundes eine ausreichende finanzielle Ausstattung der Kliniken gewährleistet wird.
2. Der Senat wird zur Sicherung der Finanzierung der Krankenhäuser im Land Bremen aufgefordert, sich auf der Bundesebene weiterhin dafür einzusetzen, dass
  - a. Regelungen eingeführt werden, die die Einführung eines sachgerechten Orientierungswertes für Preissteigerungen von Krankenhausleistungen vorsehen und damit die vollständige Finanzierung der allgemeinen Kostenentwicklung der Krankenhausbetriebe zukünftig sichern;
  - b. verbindliche Personalstandards in der Krankenhauspflege eingeführt werden, um einen ruinösen Wettbewerb auf Kosten der Beschäftigten und Patienten zu verhindern;
  - c. ökonomische Anreize zur ungerechtfertigten „Mengenausweitung“ unterbunden werden;
  - d. Unternehmensüberschüsse bei den Krankenhäusern verbleiben und nicht als Wirtschaftlichkeitsreserve aus dem Finanzierungssystem genommen werden dürfen;

- e. die Weiterentwicklung der Krankenhausförderung und die Finanzierung bedarfsnotwendiger Investitionen im Bundesgebiet einheitlich gestaltet werden und der Weg u.a. in Richtung eines prozentualen Investitionszuschlags auf die Fallpauschalen konsequent verfolgt wird;
  - f. die volle Finanzierung der morbiditätsbedingten Mehrleistungen der Krankenhäuser erbracht wird.
3. Der Senat wird aufgefordert, sich für eine verstärkte Grundlagenforschung im Bereich der Hygiene sowie der Bekämpfung nosokomialer Infektionen einzusetzen.
4. Als eine zentrale Ursache für die Entstehung multiresistenter Keime wird die übermäßige Antibiotikavergabe in der Massentierhaltung angesehen. Der Senat wird deshalb aufgefordert, auf eine deutliche Reduzierung der Antibiotikavergabe in der Tierhaltung hinzuwirken und sich für eine Verschärfung der diesbezüglichen bundesgesetzlichen Regelungen einzusetzen. Die Verschreibung und der Verkauf tierärztlicher Medikamente sind voneinander zu trennen, das tierärztliche Dispensierrecht aufzuheben. Der parlamentarische Untersuchungsausschuss hält es darüber hinaus für begrüßenswert, wenn ein breiter Verzicht auf Lebensmittel aus konventioneller Massentierhaltung, zu einem Umdenken und zu einer Verringerung der pauschalen Antibiotikaverabreichung führen würde.

## **Verzeichnis der Anlagen**

Anlage 1    Verfahrensordnung des Untersuchungsausschusses vom  
              1. Dezember 2011

Anlage 2    Beweisbeschlüsse I bis XXXII

Anlage 3    Zeugenliste

Anlage 4    Chronologie des Ausbruchsgeschehens

Anlage 5    Stationsbelegung und Pflegepersonalbesetzung der Station 4027 im  
              Jahre 2011

Anlage 6    Stationsbelegung und Pflegepersonalbesetzung der Station 4027 im  
              Januar und Februar 2012

## Anlage 1

**Verfahrensordnung des Untersuchungsausschusses zur „Aufklärung der Umstände der Infektionswelle und der Todesfälle von frühgeborenen Kindern in der neonatologischen Intensivstation im Klinikum Bremen-Mitte (KBM) sowie der damit in Zusammenhang stehenden mutmaßlichen Missachtung von Vorschriften der Krankenhaushygiene, der Nichtbeachtung von Meldevorschriften sowie struktureller, personeller und organisatorischer Mängel hinsichtlich der Einhaltung von Hygienevorschriften und Notwendigkeiten und Möglichkeiten von Verbesserungen in diesem Bereich“ - PUA Krankenhauskeime**

beschlossen am 1. Dezember 2011

### **1. Bezeichnung des Untersuchungsausschusses**

Der Ausschuss trägt die Kurzbezeichnung Untersuchungsausschuss „Krankenhauskeime“.

### **2. Teilnahme der stellvertretenden Mitglieder an den Ausschusssitzungen**

Die stellvertretenden Mitglieder können an den nicht öffentlichen Sitzungen mit beratender Stimme teilnehmen. Bei den öffentlichen Beweisaufnahmen haben sie grundsätzlich kein Fragerecht, es sei denn, sie vertreten ein Mitglied.

Nach § 4 Abs. 3 Satz 2 Untersuchungsausschussgesetz besteht keine persönliche Stellvertretung. Ist ein ordentliches Mitglied verhindert, ist der Ausschussvorsitzenden mitzuteilen, durch welches stellvertretende Mitglied die Vertretung erfolgt.

### **3. Teilnahme von Fraktionsassistenten**

Der Ausschuss ist mit der Teilnahme jeweils der namentlich benannten Fraktionsassistentinnen/Fraktionsassistenten an den nicht öffentlichen Sitzungen einverstanden. Die Fraktionsassistentinnen/Fraktionsassistenten werden darauf hingewiesen, dass sie hinsichtlich ihrer Verschwiegenheit den gleichen Pflichten

unterliegen wie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Bürgerschaftskanzlei. Sie werden nach dem Verpflichtungsgesetz verpflichtet.

#### **4. Anwesenheit von Vertreterinnen und Vertretern des Senats**

Im Hinblick auf Art. 98 Abs. 1 LV werden dem Senat Einladungen zu den Ausschusssitzungen übermittelt. Zu nicht öffentlichen Sitzungen haben Vertreterinnen oder Vertreter des Senats keinen Zutritt (Art. 98 Abs. 3 Satz 2 LV).

#### **5. Protokollführung im Ausschuss**

Von den Beweisaufnahmen werden Wortprotokolle, von den nicht öffentlichen Sitzungen grundsätzlich Beschlussprotokolle erstellt. Einsicht in die Protokolle der öffentlichen Beweisaufnahme wird erst gewährt, nachdem sie den vernommenen Zeugen vorgelegen haben.

#### **6. Information der Presse**

Die Information der Presse erfolgt durch mit allen Fraktionen abgestimmte Presseerklärungen oder durch Pressekonferenzen, an denen die Vorsitzende, der stellvertretende Vorsitzende und die Obleute der Fraktionen teilnehmen. Die übrigen Mitglieder und Stellvertreterinnen/Stellvertreter können teilnehmen.

#### **7. Verwendung von Unterlagen**

Unterlagen, die zuvor nicht allen Ausschussmitgliedern zur Verfügung gestellt worden sind, dürfen bei Zeugenbefragungen nicht herangezogen werden.

#### **8. Schriftwechsel der Ausschussassistenten**

Jeder im Ausschuss vertretenen Fraktion und den Fraktionsassistentinnen/Fraktionsassistenten wird ein Exemplar des geführten Schriftwechsels zur Verfügung gestellt ("Kleiner Verteiler").

#### **9. Vervielfältigung der Akten**

Die Fraktionen werden von dem Eingang des Aktenmaterials unterrichtet. Sie erhalten Gelegenheit, innerhalb von drei Wochen die Akten durchzusehen. Die von den Ausschussmitgliedern gekennzeichneten Unterlagen werden, sofern nicht nach Nr. 14 e) etwas anderes beschlossen wird, danach kopiert und an die Mitglieder und die

stellvertretenden Mitglieder des Ausschusses über die in der Geschäftsstelle eingerichteten Fächer verteilt.

#### **10. Reihenfolge der Befragung**

In den öffentlichen Beweisaufnahmen erhält zunächst die Vorsitzende, dann der stellvertretende Vorsitzende, dann die Vertreterin/der Vertreter der CDU-Fraktion und der Fraktion DIE LINKE die Möglichkeit zur Befragung. Nach Abschluss der ersten Befragungsrunde werden weitere Befragungen in der Reihenfolge der Wortmeldungen durchgeführt.

#### **11. Rechtsstellung der Zeugen**

Rechtsbeistände von Zeugen haben das Recht, bei der Vernehmung ihres Mandanten/ihrer Mandantin anwesend zu sein. Sie dürfen keine Beweisanträge stellen. Der Ausschuss wird aber Anregungen zu Beweiserhebungen entgegennehmen, sie prüfen und ihnen folgen, wenn er sie für berechtigt hält.

#### **12. Öffentlichkeit der Beweiserhebung**

Der Untersuchungsausschuss lässt Live-Rundfunkübertragungen bei öffentlichen Beweisaufnahmen nicht zu. Mitschnitte durch den Hörfunk sind bei öffentlichen Beweisaufnahmen zur Verwendung für O-Ton-Sequenzen in Reportagen zulässig. Fernsehaufnahmen sind bis zum Beginn der Sitzung gestattet.

Elektronische Live-Berichterstattungen in Form von Bloggen, Twittern, SMS, Statusmeldungen in soziale Netzwerke o.a. aus den Sitzungen des Untersuchungsausschusses sind nicht gestattet.

#### **13. Behandlung anonymer Hinweise**

Anonyme Hinweise werden in der Regel vom Ausschuss nicht berücksichtigt. Im Einzelfall entscheiden die Vorsitzende und der stellvertretende Vorsitzende gemeinsam mit den Obleuten der CDU-Fraktion und der Fraktion DIE LINKE, ob ein anonymer Hinweis so substantiiert ist, dass er in die Beratungen eingeführt wird.

Bei anonymen Hinweisen, die nicht dem Ausschuss, sondern einzelnen Mitgliedern beziehungsweise Fraktionen zugehen, entscheidet zunächst das Mitglied

beziehungsweise die jeweilige Fraktion über die Relevanz des Hinweises. Halten sie ihn für substantiiert, wird der anonyme Hinweis der Vorsitzenden und ihrem Stellvertreter sowie den Obleuten der CDU-Fraktion und der Fraktion DIE LINKE zugeleitet, die über die weitere Verwendung befinden. In Zweifelsfällen entscheidet der Ausschuss, ob entsprechenden Hinweisen weiter nachgegangen wird.

#### **14. Verfahren zur Behandlung von Akten**

- a) Akten oder Teile von Akten sind nur dann vertraulich, wenn der Untersuchungsausschuss dies nach § 7 Abs. 5 UAG beschließt.
- b) Akten oder Teile von Akten, die von der übersendenden Stelle bei der Übergabe an den Untersuchungsausschuss ausdrücklich als „vertraulich“ gekennzeichnet werden, und die Ermittlungsakten der Staatsanwaltschaft gelten als vom Untersuchungsausschuss mit einem Beschluss nach § 7 Abs. 5 UAG versehen. Der Untersuchungsausschuss behält sich vor, einen Vertraulichkeitsbeschluss hinsichtlich einzelner Akten oder Aktenbestandteile für Zwecke der Verwendung in öffentlicher Beweisaufnahme und/oder im Abschlussbericht aufzuheben. Hat eine öffentliche Stelle Akten oder Aktenbestandteile für vertraulich erklärt, wird die Vertraulichkeit nur mit deren Einverständnis oder aufgrund gerichtlicher Entscheidungen aufgehoben.

Personenbezogene Daten, insbesondere Geschäfts- und Patientendaten, gelten auch ohne entsprechende Kennzeichnung nach Buchstabe b) als mit dem Beschluss „vertraulich“ nach § 7 Abs. 5 UAG versehen. Enthält eine Akte personenbezogene Daten, darf der Untersuchungsausschuss diese Daten, insbesondere im Rahmen einer öffentlichen Beweisaufnahme oder für seinen Abschlussbericht, nur anonymisiert verwenden, es sei denn der/die Betroffene hat in die weitere Verwendung eingewilligt.

Aufgrund des Vertraulichkeitsbeschlusses besteht im Hinblick auf den Inhalt der der Vertraulichkeit unterliegenden Akten die Pflicht zur Verschwiegenheit.

- e) Die der Vertraulichkeit unterliegenden Akten sind zugänglich den

Mitgliedern und stellvertretenden Mitgliedern des Untersuchungsausschusses, den namentlich benannten Fraktionsassistentinnen/Fraktionsassistenten sowie den mit der Betreuung des Ausschusses beauftragten Bediensteten der Bürgerschaftskanzlei. Der Umgang mit diesen Akten ist im Verantwortungsbereich eines jeden Empfängers so zu organisieren, dass andere als die in Satz 1 genannten Personen keinen Zugang haben.

- f) Für Akten von besonderer Schutzwürdigkeit (VS-Sachen, Personalakten, Patientendaten etc.) kann der Ausschuss abweichende und/oder ergänzende Regelungen beschließen, insbesondere die Übersendung an den Untersuchungsausschuss nur mit anonymisierten Daten erbitten, die Beschränkung der Einsichtnahme auf einzelne Personen nach Buchstabe e) Satz 1 oder die Verwendung der Informationen aus den Akten nur in vertraulicher Sitzung vorsehen.
- g) Der Vertraulichkeit unterliegende Akten, die sich im Besitz der Mitglieder und stellvertretenden Mitglieder des Untersuchungsausschusses und der Fraktionsassistenten befinden, sind nach Auflösung des Untersuchungsausschusses der Verwaltung der Bürgerschaft zwecks Vernichtung zurückzugeben.
- h) Akten (vertrauliche und nicht vertrauliche) dürfen nur von den unter Buchstabe e) Satz 1 genannten Personen eingesehen und nur innerhalb dieses Personenkreises weitergegeben werden.

## Anlage 2

### **Beweisbeschlüsse I bis XXXII**

Der Untersuchungsausschuss hat in seiner Sitzung am 18. November 2011 beschlossen:

#### **Beweisbeschluss I**

Es soll Beweis erhoben werden zum Untersuchungsauftrag durch Beiziehung aller einschlägigen Unterlagen (auch Kranken- und Hygieneunterlagen) einschließlich der elektronischen Korrespondenz, der Organigramme und der Verwaltungsanweisungen aus den Senatsbereichen einschließlich der nachgeordneten Dienststellen, der zugeordneten Gesellschaften und der städtischen Kliniken sowie der Staatsanwaltschaft.

Der Untersuchungsausschuss hat in seiner Sitzung am 1. Dezember 2011 beschlossen:

#### **Beweisbeschluss II**

**(ergänzt durch Beschluss vom 12. Januar 2012)**

Es soll Beweis erhoben werden zum Untersuchungsauftrag durch Beiziehung des Berichts des Robert-Koch-Instituts zu den möglichen Ursachen für die Klebsiellen-Infektion in der Neonatologie im Klinikum Bremen-Mitte. Der Bericht wird zur Grundlage der Beweiserhebung.

Der Ausschuss bittet, ihm den Bericht unverzüglich nach Eingang zur Verfügung zu stellen.

Der Untersuchungsausschuss hat in seiner Sitzung am 1. Dezember 2011 beschlossen:

**Beweisbeschluss III**  
**(ergänzt durch Beschluss vom 12. Januar 2012)**

Es soll Beweis erhoben werden zum Untersuchungsauftrag durch Beiziehung des Berichts, den der Sonderermittler Staatsrat Prof. Matthias Stauch im Auftrag des Senats zu den Todesfällen auf der neonatologischen Station des Klinikums Bremen-Mitte erstellt hat. Der Bericht wird zur Grundlage der Beweiserhebung.

Der Ausschuss bittet, ihm den Bericht unverzüglich nach Fertigstellung zur Verfügung zu stellen.

Der Untersuchungsausschuss hat in seiner Sitzung am 1. Dezember 2011 beschlossen:

**Beweisbeschluss IV**

Es soll Beweis erhoben werden zum Untersuchungsauftrag der Bremischen Bürgerschaft vom 18. November 2011, insbesondere zu folgenden Fragen:

Wie stellt sich die gesundheitliche Situation und medizinische Versorgung von Frühgeborenen in Deutschland dar und wie ist sie zu bewerten?

Wodurch unterscheiden sich sogenannte Level-1-Perinatalzentren von anderen Säuglingsstationen, auf denen Frühgeborene behandelt werden (z.B. bezogen auf personelle und technische Ausstattung, Qualifikation und Hygienestandards)?

Welche Auswirkungen hat die vom Gemeinsamen Bundesausschuss für die Versorgung von Frühgeborenen unter 1.250 g vorgegebene Mindestmenge von 30 Fällen pro Jahr auf die Qualität der Betreuung und den Erfolg der medizinischen Behandlung? Welche Kriterien sind daneben für die Ergebnisqualität relevant?

Wie und wodurch unterscheidet sich die Behandlung von Frühgeborenen in Deutschland von der in anderen Ländern?

Der Untersuchungsausschuss hat in seiner Sitzung am 6. Dezember 2011 beschlossen:

**Beweisbeschluss V**  
**(ergänzt durch Beschluss vom 12. Januar 2012)**

Es soll Beweis erhoben werden zum Untersuchungsauftrag durch Beiziehung des Berichtes, den die BZH GmbH, Deutsches Beratungszentrum für Hygiene (Prof. Daschner) Freiburg, anlässlich der Todesfälle auf der neonatologischen Station des Klinikums Bremen-Mitte erstellt hat. Der Bericht wird zur Grundlage der Beweiserhebung.

Der Ausschuss bittet, ihm den Bericht unverzüglich nach Fertigstellung zur Verfügung zu stellen.

Der Untersuchungsausschuss hat in seiner Sitzung am 6. Dezember 2011 beschlossen:

**Beweisbeschluss VI**

Es soll Beweis erhoben werden zum Untersuchungsauftrag, insbesondere zu folgenden Fragen:

Welche Hygienestandards und welche Hygienestrukturen sind auf sogenannten Level-1-Perinatalzentren einzuhalten (z. B. bezogen auf die personelle und technische Ausstattung sowie Qualifikation des Personals)?

Wie stellt sich die gesundheitliche Situation hinsichtlich von Krankenhausinfektionen - insbesondere im Hinblick auf Klebsiellen-Infektionen - in Deutschland generell dar, und

welche Besonderheiten bestehen insofern hinsichtlich der gesundheitlichen Situation von so genannten Frühchen?

Inwiefern unterscheiden sich die Hygienestandards und Hygienestrukturen am Klinikum Bremen-Mitte - insbesondere auch im Hinblick auf die Versorgung von Frühgeborenen - von den Standards und Strukturen anderer Kliniken mit Level-1-Perinatalzentren in Deutschland?

Wie sind das von der Gesundheit Nord für die Neonatologie des Klinikums Bremen-Mitte vorgelegte Maßnahmenpaket und das Landesaktionsprogramm Krankenhaushygiene zu bewerten?

Der Untersuchungsausschuss hat in seiner Sitzung am 5. Januar 2012 beschlossen:

### **Beweisbeschluss VII**

Es soll Beweis erhoben werden zum Untersuchungsauftrag, insbesondere zu folgenden Fragen:

Aus welchem Anlass und auf wessen Initiative wurde Staatsrat Prof. Matthias Stauch beauftragt, die Abläufe und Zusammenhänge im Hinblick auf den Ausbruch von ESBL bildenden *Klebsiella pneumoniae* im Zentrum für Kinderheilkunde Klinikum Bremen-Mitte im Jahr 2011 zu dokumentieren?

Auf welcher Informationsgrundlage ist der Bericht entstanden?

Durch wen sind die Informationen zur Verfügung gestellt worden und welche Informationen sind selbsttätig ermittelt worden?

Welche Methode ist angewandt worden?

Welche Feststellungen sind getroffen worden; insbesondere

zu den geltenden bundes- und landesrechtlichen Vorschriften zur Krankenhaushygiene und den entsprechenden Meldevorschriften;

zu den in Deutschland geltenden Hygienestandards;

zur Umsetzung dieser Vorschriften und Standards im Klinikum Bremen-Mitte

zur personellen Verantwortung für die Umsetzung dieser Vorschriften und Standards

Der Untersuchungsausschuss hat in seiner Sitzung am 5. Januar 2012 beschlossen:  
(geändert durch Beschluss vom 15. März 2012)

### **Beweisbeschluss VIII**

Es soll Beweis erhoben werden zum Untersuchungsauftrag, insbesondere zu folgenden Fragen:

Welchen Arbeitsbereich umfasst die Tätigkeit des Robert Koch-Instituts?

Aus welchem Anlass und auf wessen Initiative wurde das Robert-Koch-Institut beauftragt, den Ausbruch von ESBL bildenden *Klebsiella pneumoniae* im Zentrum für Kinderheilkunde Klinikum Bremen-Mitte im Jahr 2011 und im Jahr 2012 zu untersuchen?

Welche Untersuchungen wurden jeweils vorgenommen und über welchen Zeitraum erstreckten sie sich?

Um welche Art von Bakterien handelt es sich bei ESBL bildenden *Klebsiella pneumoniae* (z.B. wie entwickeln sich Antibiotikaresistenzen, welchen Lebensraum bevorzugen die Bakterien, wie werden sie übertragen, was macht ihre Gefährlichkeit aus, unter welchen Umständen überleben solche Bakterien in einem Krankenhaus, wie reagieren sie auf Antibiotika und auf Desinfektionsmittel)?

Wie oft wurden ESBL-Klebsiellen im Klinikum Bremen-Mitte in den letzten Jahren nachgewiesen und wie sind diese Nachweise zu bewerten?

Welche Feststellungen wurden zum Ausbruch von Klebsiellen auf der neonatologischen Station des Klinikum Bremen Mitte seit dem Jahr 2005 bis 2012 getroffen, insbesondere

zu den Infektionsquellen und Infektionsketten, die zum Ausbruch mit ESBL bildenden *Klebsiella pneumoniae* in der Neonatologie im Klinikum Bremen-Mitte geführt haben,

zur Umsetzung der geltenden Hygienevorschriften und -standards in der Neonatologie des Klinikums Bremen-Mitte und im Land Bremen durch

Hygiene-Pläne einschließlich Hygienekontrollen sowie deren Dokumentation, auch im Vergleich zu den Kliniken anderer Großstädte zur personellen Ausstattung und Qualifikation des Klinikums Bremen-Mitte in den Bereichen Krankenhaushygiene und Neonatologie, zu den eingeleiteten Maßnahmen des Klinikums Bremen-Mitte, der Gesundheit Nord, des Gesundheitsamtes und des Gesundheitsressorts seit Beginn der Infektion im konkreten Krisenfall, zum Zeitpunkt und Umfang der Untersuchung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Neonatologie und des Klinikums Bremen-Mitte auf den in Rede stehenden Keim, zur Art und zum Umfang der vorgeschriebenen Meldewege und den tatsächlichen Abläufen im zu untersuchenden Sachverhalt, zum Hygienemanagement und Meldesystem im Vergleich zur Praxis an anderen Kliniken im Bundesgebiet und darüber hinaus und zum Zeitpunkt der Information des medizinischen Personals in der betroffenen Klinik, der Angehörigen von betroffenen und neu eingewiesenen Patienten sowie der Öffentlichkeit.

Welche Empfehlungen wurden ausgesprochen zur medizinisch wünschenswerten und realisierbaren Verbesserung der Krankenhaushygiene und der laufenden Einbeziehung externen Sachverständs und wie wurden sie umgesetzt?

Wie beurteilen Sie die Klebsiellen Infektion in der Neonatologie im Klinikum Bremen Mitte vor dem Hintergrund der Erfahrungen mit ähnlichen Vorfällen in anderen großen Kliniken wie in Mainz oder in Hamburg?

Der Untersuchungsausschuss hat in seiner Sitzung am 5. Januar 2012 beschlossen:  
(ergänzt durch Beschluss vom 15. März 2012)

### **Beweisbeschluss IX**

Es soll Beweis erhoben werden zum Untersuchungsauftrag, insbesondere zu folgenden Fragen:

Welchen Arbeitsbereich umfasst die Tätigkeit des Deutschen Beratungszentrums für Hygiene (BZH GmbH) Freiburg?

Aus welchem Anlass und auf wessen Initiative wurde das Deutsche Beratungszentrum für Hygiene mit der Visitation des Bereichs Neonatologische Intensivmedizin am Klinikum Bremen-Mitte beauftragt?

Welche Ermittlungen wurden vorgenommen; über welchen Zeitraum erstreckte sich die Visitation?

Wer war an der Visitation beteiligt?

Welche Feststellungen wurden getroffen, insbesondere

- zur Umsetzung der geltenden Hygienevorschriften in der Neonatologie des Klinikums Bremen-Mitte,

- zur personellen Ausstattung und Qualifikation des Klinikums Bremen-Mitte in den Bereichen Krankenhaushygiene und Neonatologie,

- zur Zusammenarbeit mit den Krankenkassen im Zusammenhang mit der Einhaltung der Vorschriften zur Krankenhaushygiene,

- zu den eingeleiteten Maßnahmen des Klinikums Bremen-Mitte, der Gesundheit Nord, des Gesundheitsamtes und des Gesundheitsressorts seit Beginn der Infektion im konkreten Krisenfall und

- zur Einhaltung der in Deutschland geltenden medizinischen Hygienestandards im Land Bremen durch Hygiene-Pläne einschließlich der Hygienekontrollen sowie deren Dokumentation, auch im Vergleich zu den Kliniken anderer Großstädte?

- zum Hygienemanagement im Vergleich zur Praxis an anderen Kliniken im Bundesgebiet oder darüber hinaus.

Welche Empfehlungen wurden ausgesprochen zur medizinisch wünschenswerten und realisierbaren Verbesserung der Krankenhaushygiene und der laufenden Einbeziehung externen Sachverständs?

Wie beurteilen Sie die Situation nach dem erneuten Keimausbruch im Februar 2012?

Wie konnte es zu dem weiteren Keimausbruch im Februar 2012 kommen?

Welche weiteren Maßnahmen wurden empfohlen?

### Beweisbeschluss XI wurde aufgehoben

Der Untersuchungsausschuss „Krankenhauskeime“ hat in seiner Sitzung am 19. Januar 2012 beschlossen, Beweisbeschluss XII ist obsolet ist, da er wörtlich in den Beweisbeschluss XXI übernommen worden ist.

Der Untersuchungsausschuss „Krankenhauskeime“ hat in seiner Sitzung am 19. Januar 2012 beschlossen, Beweisbeschluss XIII ist obsolet ist, da er wörtlich in den Beweisbeschluss XVI übernommen worden ist.

Der Untersuchungsausschuss hat in seiner Sitzung am 12. Januar 2012 beschlossen:

### **Beweisbeschluss XIV**

Es soll Beweis erhoben werden zum Untersuchungsauftrag, insbesondere zu folgenden Fragen:

Welche Beobachtungen haben Eltern bezogen auf die Hygienezustände auf der Station für Frühgeborene im Klinikum Bremen-Mitte gemacht?

Welche Beobachtungen haben Eltern im Hinblick auf die Nutzung von Handschuhen, Kitteln oder die Desinfektion von Händen bei dem ärztlichen und dem Pflegepersonal gemacht?

Welche Beobachtungen haben Eltern im Hinblick auf die Anlieferung und Lagerung von medizinischem Verbrauchsmaterial, von Untersuchungsgeräten und von sonstigen im Krankenraum bzw. anderen den Eltern zugänglichen Räumlichkeiten gemacht?

Haben die Eltern eine Information über die Einhaltung von Hygienevorschriften erhalten? Wenn ja, wie sah diese aus?

Welche Anforderungen in Bezug auf die Hygiene wurden an die Eltern gestellt, wenn diese die Station der Frühgeborenen besuchten?

Wurden die Eltern nach eigenen Erkrankungen gefragt? Wenn ja, welche Konsequenzen hatte das Vorliegen eigener Erkrankungen auf die Besuche auf der Neonatologie?

Haben die Eltern Gespräche zwischen Ärzten, Hygienebeauftragten, Pflegekräften und Reinigungspersonal über den Hygienestatus bzw. Hygieneanforderungen im Klinikum Bremen-Mitte mitbekommen? Wenn ja, was war Gegenstand dieser Gespräche?

Der Untersuchungsausschuss hat in seiner Sitzung am 12. Januar 2012 beschlossen:

#### **Beweisbeschluss XV**

Es soll Beweis erhoben werden zum Untersuchungsauftrag, insbesondere zu der Frage,

welche Maßnahmen wurden durch das Klinikum Bremen-Mitte und die Gesundheit Nord seit Beginn der Klebsiellen-Infektion im konkreten Krisenfall eingeleitet

Der Untersuchungsausschuss hat in seiner Sitzung am 19. Januar 2012 beschlossen:

#### **Beweisbeschluss XVI**

**(ergänzt durch Beschluss vom 9. Februar 2012 und vom 16. Februar 2012)**

Es soll Beweis erhoben werden über

die Einhaltung der Vorschriften zur Krankenhaushygiene in den bremischen Kliniken, insbesondere Klinikum Bremen-Mitte, durch die Krankenhäuser selbst bzw. deren

Beauftragte oder Bevollmächtigte, die Gesundheit Nord sowie die zuständigen Aufsichtsbehörden, und

die Umsetzung und Einhaltung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern insbesondere über

Art und Umfang der geltenden bundes- und landesrechtlichen Vorschriften zur Krankenhaushygiene

Umsetzung der geltenden Hygienevorschriften in der Neonatologie am Klinikum Bremen-Mitte und im Klinikverbund Gesundheit Nord

Personelle Verantwortung für die Umsetzung der Hygienevorschriften in der Neonatologie und im Klinikverbund Gesundheit Nord

Personelle Ausstattung und Qualifikation in den Bereichen Krankenhaushygiene und Neonatologie im Klinikverbund Gesundheit Nord

Hygienemanagement im Klinikum Bremen-Mitte und in der Gesundheit Nord

Kontrolle und Aufsicht über die Einhaltung der in Deutschland geltenden Hygienestandards im Land Bremen durch Hygienepläne einschließlich der Hygienekontrollen sowie deren Dokumentation und die Aufsicht

Zeitpunkt und Umfang der Untersuchung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Neonatologie und des Klinikums Bremen-Mitte auf den in Rede stehenden Keim

Zusammenarbeit mit den Krankenkassen im Zusammenhang mit der Einhaltung der Krankenhaushygiene

sowie zu den Fragen

Welche finanziellen und personellen Mittel standen für Hygienemaßnahmen im Zusammenhang mit der Behandlung von Frühgeborenen zur Verfügung?

Erfolgt Freistellungen für die mit der Umsetzung von betrauten Mitarbeiter/innen?

Wenn ja, in welchem Umfang und seit wann? Bitte den Zeitraum ab 2008 angeben

Welches Hygiene-Schulungskonzept gab es für die Mitarbeiter/innen des Klinikums Bremen-Mitte? Wie wurde sichergestellt, dass die Mitarbeiter die Schulung auch verstanden haben? Wie erfolgte die Überwachung der

Hygieneanforderungen? Wer hat die Schulungen vorgenommen?

Wurde externer Sachverstand für die Umsetzung der Schulungen in Anspruch genommen?

Der Untersuchungsausschuss hat in seiner Sitzung 19. Januar 2012 beschlossen:

**Beweisbeschluss XVII**  
**(ergänzt durch Umlaufbeschluss vom 27. März 2012)**

Es soll Beweis erhoben werden über

Art und Umfang der vorgeschriebenen Meldewege und deren Beachtung sowie die Information der Öffentlichkeit durch die Behörde der Senatorin für Gesundheit im vorliegenden Fall und allgemein das vorgesehene Reaktionssystem im Krisenfall, insbesondere über

die personelle Verantwortung für die Umsetzung der Meldevorschriften am Klinikum Bremen-Mitte

Art und Umfang der vorgeschriebenen Meldewege und tatsächlicher Ablauf im zu untersuchenden Sachverhalt

den Zeitpunkt der Information des medizinischen Personals in der betroffenen Klinik, der Angehörigen und neu eingewiesener Patienten sowie der Öffentlichkeit

den Umgang mit den Todesfällen unter Berücksichtigung der melderechtlichen Vorschriften nach dem Leichengesetz

sowie über die Steuerungsprozesse und Entscheidungsstrukturen im Klinikum Bremen-Mitte, im Klinikverbund Gesundheit Nord, in der senatorischen Behörde und in deren nachgeordneten Dienststellen in den Bereichen Hygiene, Infektionsschutz und Meldepflichten, insbesondere über

innerbetriebliche Abläufe und Strukturen im Klinikum Bremen-Mitte und im Klinikverbund, die ein frühzeitiges Erkennen der Krisensituation beeinflusst haben

Der Untersuchungsausschuss hat in seiner Sitzung 19. Januar 2012 beschlossen:

### **Beweisbeschluss XVIII**

**(ergänzt durch Beschluss vom 16. Februar 2012 und durch Umlaufbeschluss vom 27. März 2012)**

Es soll Beweis erhoben werden über

die Auswirkung des Zentrenkonzepts der Gesundheit Nord im Bereich der Neonatologie

die Auswirkung der Zusammenführung der Neonatologie von den Kliniken Links der Weser und Bremen-Nord am Klinikum Bremen-Mitte im Hinblick auf den konkreten Krisenfall und im Hinblick auf die Gesundheitsversorgung insgesamt.

Der Untersuchungsausschuss hat in seiner Sitzung am 19. Januar 2012 beschlossen:

### **Beweisbeschluss XIX**

Es soll Beweis erhoben werden über

die politische und administrative Verantwortung des Senats, insbesondere der Senatorin für Gesundheit, als Senatorin und Vorsitzende des Aufsichtsrats des Klinikverbundes 'Gesundheit Nord', insbesondere betreffend die Kontrolle und Aufsicht des Klinikverbundes 'Gesundheit Nord'.

Der Untersuchungsausschuss hat in seiner Sitzung am 19. Januar 2012 beschlossen:

### **Beweisbeschluss XX**

**(ergänzt durch Beschluss vom 16. Februar 2012;  
geändert durch Beschluss vom 12. April 2012)**

Es soll Beweis erhoben werden über

die Bedingungen und das Management hinsichtlich der Untersuchungsgegenstände an anderen Krankenhäusern, insbesondere über

die personelle Ausstattung und Qualifikation in den Bereichen Krankenhaushygiene und Neonatologie an Krankenhäusern anderer Großstädte

die Einhaltung der in Deutschland geltenden Hygienestandards durch Hygienepläne einschließlich der Hygienekontrollen sowie deren Dokumentation an Krankenhäusern anderer Großstädte

das Hygienemanagement und Meldesystem anderer Kliniken im Bundesgebiet oder darüber hinaus

Konsequenzen, die nach den durch vergleichbare Infektionen verursachten Zwischenfällen an anderen Kliniken gezogen worden sind

Der Untersuchungsausschuss hat in seiner Sitzung am 19. Januar 2012 beschlossen:

### **Beweisbeschluss XXI**

**(ergänzt durch Beschlüsse vom 16. Februar 2012 und 29. Juni 2012 und durch Umlaufbeschluss vom 27. März 2012)**

Es soll Beweis erhoben werden über

die Konsequenzen aus dem zu untersuchenden Sachverhalt für die Einhaltung, Verbesserung und Weiterentwicklung der Krankenhaushygiene im Land Bremen sowie der Meldevorschriften innerhalb des Gesundheitsressorts, seiner nachgeordneten Dienststellen und zwischen diesen Behörden, insbesondere über

eingeleitete Maßnahmen des Klinikums Bremen-Mitte, der Gesundheit Nord, des Gesundheitsamtes und des Gesundheitsressorts seit Beginn der Infektion im konkreten Krisenfall

die medizinisch wünschenswerten und realisierbaren Möglichkeiten der Verbesserung der Krankenhaushygiene und laufende Einbeziehung von externem Sachverstand

sowie zu den Fragen

Welche Ergebnisse und Konsequenzen sind für die Neonatologie im Klinikum Bremen-Mitte aus dem Zwischenbericht des Robert Koch Instituts zu ziehen (bezogen auf die personelle und technische Ausstattung, Qualifikation, Hygienemanagement, Surveillance)?

Wie wurden die Ergebnisse auf Grundlage der Empfehlungen im Zwischenbericht des Robert Koch Instituts bereits umgesetzt und welche weiteren Maßnahmen sind geplant?

Waren die Aussagen und Empfehlungen des Robert Koch-Instituts zu den erforderlichen Hygienemaßnahmen Ihnen inhaltlich vor Erstellung des Berichts bekannt?

Wenn ja, warum wurden Sie nicht umgesetzt? Welches waren ggf. die Gründe für die Nichtumsetzung?

Wenn nein, warum haben Sie sich nicht über die Hygieneanforderungen informiert? Was stand der Information ggf. im Wege?

Beweisbeschluss XXII wurde aufgehoben

Der Untersuchungsausschuss hat in seiner Sitzung am 1. März 2012 beschlossen:

### **Beweisbeschluss XXIII**

Es soll Beweis erhoben werden zum Untersuchungsauftrag, insbesondere zu folgendem Gegenstand:

Untersuchung der Vorgänge über nachgewiesene Klebsiellen-Keime im Klinikum Bremen-Mitte im Jahr 2005

Nach Informationen sind im Klinikum Bremen-Mitte bereits im Jahr 2005 Klebsiellen-Keime festgestellt worden. In diesem Zusammenhang seien diese Keime bei sechs Frühgeborenen nachgewiesen worden. Es ist nicht auszuschließen, dass der Tod von Frühgeborenen im Jahr 2005 im Klinikum Bremen-Mitte mit den Klebsiellen-Keimen in Verbindung steht. Insofern ist dieser Sachverhalt für die weitere Aufklärung im Rahmen des Untersuchungsauftrages (Drs. 18/132) von Bedeutung und der Untersuchungsausschuss möge ihn in seine Untersuchungen einzubeziehen.

Zudem habe der Untersuchungsausschuss die Akten über diese Vorfälle im Jahr 2005, insbesondere vom Klinikverbund Gesundheit Nord (Geno), anzufordern.

Der Untersuchungsausschuss hat in seiner Sitzung am 6. März 2012 beschlossen:

#### **Beweisbeschluss XXIV**

Es soll Beweis erhoben werden zum Untersuchungsauftrag, insbesondere zu Einleitung, Fortgang und Sachstand der strafrechtlichen Ermittlungen.

Der Untersuchungsausschuss hat in seiner Sitzung am 15. März 2012 beschlossen:

#### **Beweisbeschluss XXV**

**(geändert durch Beschluss vom 12. April 2012)**

Es soll Beweis erhoben werden über die personelle Ausstattung und Qualifikation im Bereich Neonatologie im Klinikverbund Gesundheit Nord, insbesondere zu den Fragen:

Wie war die personelle Ausstattung der Stationen 4027 und 4028 mit pflegerischem und mit ärztlichem Personal in den Jahren 2010 und 2011?  
Wie sind die Entscheidungen über die Ausstattung mit pflegerischem und ärztlichem

Personal getroffen worden, von wem, aufgrund welcher Beratungs- und Entscheidungsprozesse und unter Beteiligung welcher Personen, Institutionen, Gremien und externen Organisationen? Welche Hinweise auf Probleme mit der pflegerischen und ärztlichen Personalausstattung gab es, welche Diskussionen wurden dazu geführt, und welche Konsequenzen hatten sie? Wie wird die tatsächliche personelle Ausstattung dokumentiert, wie wird sichergestellt dass die Dokumentation der Realität entspricht, welche nachträglichen Veränderungen werden vorgenommen und wie ist gesichert, dass diese der Realität entsprechen? Welche Konsequenzen hinsichtlich der pflegerischen und ärztlichen Personalausstattung sind nach November 2011 gezogen und welche Maßnahme ergriffen worden, und wie hat sich die Situation dadurch verändert?

Der Untersuchungsausschuss hat in seiner Sitzung am 22. Mai 2012 beschlossen:

**Beweisbeschluss XXVI**  
**(geändert durch Umlaufbeschluss vom 24.5.2012 und**  
**durch Beschluss vom 31. Mai 2012)**

Es soll Beweis erhoben werden zum Auftreten von ESBL-Klebsiellen auf der Station 3911 (Kinderchirurgie) am Klinikum Bremen-Mitte Anfang Mai 2012, insbesondere zu folgenden Fragen:

In welchem Umfang handelt es sich dabei um den Stamm des Ausbruchs 2009-2012 auf der neonatologischen Intensivstation des KBM?

Wie wurde das Auftreten des Keims festgestellt und dokumentiert?

Welche Maßnahmen zum Patientenschutz wurden getroffen?

Welche Untersuchungen zum Auftreten des Keimes wurden durchgeführt und mit welchem Ergebnis?

Welche möglichen Ursachen für die Klebsiellen-Übertragung ergeben sich nach dem gegenwärtigen Erkenntnisstand?

Ergeben sich Unterschiede zu den möglichen Übertragungswegen früherer Klebsiellen-Funde am KBM?

Welche Hygienestandards, -maßnahmen und -vorkehrungen bestanden auf der Station 3911 zum Zeitpunkt des Auftretens des ESBL-Klebsiellen-Befundes und waren diese ausreichend?

Wer wurde wann über das Auftreten des Keimes informiert?

Wie sind die Ergebnisse der Untersuchungen verarbeitet und/oder gemeldet worden?

Wie und mit welchen Ergebnissen haben sich die für die Krankenhaushygiene verantwortlichen Personen und Gremien mit dem Auftreten des Keimes befasst?

Wie erfolgte die Zusammenarbeit zwischen dem Klinikum Links der Weser und dem KBM im Rahmen des Hygienemanagements?

durch Anhörung der Zeugen/Sachverständigen:

Der Untersuchungsausschuss hat in seiner Sitzung am 31. Mai 2012 beschlossen:

**Beweisbeschluss XXVII**  
**(ergänzt durch Beschluss vom 15.6.2012)**

Im Rahmen der Beweisaufnahme im parlamentarischen Untersuchungsausschuss „Krankenhauskeime“ ist ein Gutachten der BZH GmbH – Deutsches Beratungszentrum für Hygiene vom 20. Februar 2012 Gegenstand der Ermittlungen geworden.

Es soll Beweis erhoben werden zum Untersuchungsauftrag, insbesondere zu folgenden Fragen:

Wie sind die Reinigungsdienstleistungen in den Kliniken der Gesundheit Nord organisiert?

Welche Veränderungen hat es in den letzten Jahren im Reinigungsbereich gegeben und welche Auswirkungen hatten sie auf die Reinigung der Neonatologie des Klinikums Bremen-Mitte?

Welche Hygienevorschriften sind bei der Reinigung von Intensivstationen und insbesondere bei der Reinigung der Neonatologie des Klinikums Bremen-Mitte zu beachten?

Wie wird sichergestellt, dass die Hygienevorschriften für den Reinigungsbereich eingehalten werden und wie werden die Reinigungsdienstleitungen kontrolliert und wie häufig?

Wie häufig werden die Reinigungsanweisungen dahingehend überprüft, ob es Veränderungsbedarfe aufgrund neuer Gesetze, Verordnungen oder Richtlinien gibt?

Sind Gutachten oder Berichte in Auftrag gegeben worden, um die Reinigungsdienstleistungen zu auditieren und zu welchen Ergebnissen sind diese gelangt?

Wie viele Beschwerden und Überlastanzeigen gab es seit 2005 über die Reinigungsdienstleistungen im Klinikum Bremen-Mitte? Wie wurde damit umgegangen?

Der Untersuchungsausschuss hat in seiner Sitzung am 12. Juni 2012 beschlossen:

### **Beweisbeschluss XXVIII**

Es soll Beweis erhoben werden über die Umstände der Wiedereröffnung der Frühgeborenen-Station am Klinikum Bremen-Mitte am 9. Januar 2012, insbesondere zu den Fragen:

Wer hat die Entscheidung zur Wiedereröffnung der Station getroffen?

Gab es Hinweise auf Risiken, die einer Wiedereröffnung der Station möglicherweise entgegenstehen?

Welche Probleme und Mängel sind möglicherweise bei der Desinfektion und Reinigung der Station nach ihrer Schließung aufgetreten?

Nach welchen Vorgaben, Richtlinien, Beschlüssen etc. erfolgte die Reinigung/Desinfektion der Station? Ist dabei von üblichen Verfahren abgewichen worden?

Welche Veränderungen gegenüber dem Stationsbetrieb vor der Schließung sind bei der Wiedereröffnung vorgenommen worden? Welche Änderungen von Prozessabläufen, welche Schulungen, welche Änderungen der personellen Ausstattung sind vorgenommen worden?

Welche Hygieneuntersuchungen wurden vor und nach der Wiedereröffnung der Station durchgeführt? Von wem wurden sie ausgewertet?

Der Untersuchungsausschuss hat in seiner Sitzung am 12. Juni 2012 beschlossen:

**Beweisbeschluss XXIX**  
**(geändert durch Beschluss vom 14.6.2012)**

Es soll Beweis erhoben werden über die Verkeimung eines Dosiergerätes für Desinfektionsmittel am Klinikum Bremen-Mitte und seiner möglichen Rolle für den Keimausbruch, insbesondere zu den Fragen:

Welche genauen Befunde zur Verkeimung des Dosiergerätes liegen vor?

Welche Auswirkungen hatte die Verkeimung des Dosiergerätes?

Wodurch kann die Verkeimung des Dosiergeräts bewirkt worden sein?

In wessen Zuständigkeit und/oder Verantwortung fällt die Verkeimung des Dosiergeräts?

Welche Schlussfolgerungen für Ursache und Verlauf des Ausbruchs lassen sich aus den vorliegenden Befunden hinsichtlich des Dosiergerätes ziehen?

Welche weiteren Erkenntnisse hinsichtlich der Verkeimung des Dosiergerätes sind noch zu erwarten?

Der Untersuchungsausschuss hat in seiner Sitzung am 21. Juni 2012 beschlossen:

**Beweisbeschluss XXX**

Im Rahmen des Untersuchungsauftrages sollen die möglichen Ursachen für die Klebsiellen-Infektion auf der Neonatologie im Klinikum Bremen-Mitte erforscht werden. Als mögliche Keimquelle und Ursache wird nun eine Verunreinigung eines Trinkwasserschlauches des Desinfektionsmittel-Dosiergerätes diskutiert. In einem Teilstück des Trinkwasserschlauches wurde der Nachweis von *Klebsiella pneumoniae*-DNA erbracht.

Es soll Beweis erhoben werden zum Untersuchungsauftrag, insbesondere zu folgenden Fragen:

Welche Keimquellen werden bei einem Keimausbruch bei der Quellensuche grundsätzlich in Betracht gezogen, insbesondere bei Auftreten von Klebsiellen auf neonatologischen Intensivstationen?

Gibt es wissenschaftliche Studien hinsichtlich der Häufigkeit der nachgewiesenen Quellen eines Keimausbruchs und eine daran orientierte Prioritätenliste bei der Suche nach einer möglichen Quelle, insbesondere bei einem Klebsiellenausbruch?

Welche rechtlichen Grundlagen, Richtlinien und Vorgaben von Instituten sind bei der Verwendung von Dosierungsanlagen für Desinfektionsmittel einzuhalten und wem obliegt die Überwachung der Einhaltung dieser rechtlichen Grundlagen und Vorgaben?

Gibt es wissenschaftliche Studien oder Berichte, bezüglich der Verunreinigung von Desinfektionslösungen durch Dosierungsanlagen für Desinfektionsmittel und die erforderliche Menge an Keimen beziehungsweise Erregern die notwendig sind, um die Wirkung der Desinfektionslösung aufzuheben?

Ist es wissenschaftlich erklärbar, dass eine verunreinigte Desinfektionslösung aus einem Desinfektionsmittel-Dosiergerät zur Herstellung der Desinfektionsmittellösung für Behältnisse mit Tüchern zur Wischdesinfektion für Handkontaktflächen bei Anwendung zur Reinigung auf einer neonatologischen Intensivstation zu einer Besiedelung der dort behandelten Kinder führen kann?

Ist es wissenschaftlich erklärbar, dass es zu einer Besiedelung von Kindern und späteren Übertragung auf einer neonatologischen Intensivstation kommen kann, wenn eine verunreinigte Desinfektionslösung verwendet wird und im Übrigen alle Reinigungs- und Hygienevorschriften eingehalten werden?

Der Untersuchungsausschuss hat in seiner Sitzung am 29. Juni 2012 beschlossen:

### **Beweisbeschluss XXXI**

Es soll Beweis erhoben werden zu folgenden Fragen:

Wie wurden Reinigungs- und Desinfektionsmaßnahmen auf der neonatologischen Station am Klinikum Bremen-Mitte nach Bekanntwerden eines Ausbruchs von ESBL-bildenden *Klebsiella pneumoniae* durchgeführt?

Welche Arbeitsanweisungen gab es bezüglich der Reinigungs- und Desinfektionsmaßnahmen?

Welche Kontrollen und Schulungsmaßnahmen fanden bezüglich der Reinigung und Durchführung von Desinfektionsmaßnahmen statt?

Der Untersuchungsausschuss hat in seiner Sitzung am 13. September 2012 beschlossen:

### **Beweisbeschluss XXXII**

Der von der Staatsanwaltschaft Bremen beauftragte Sachverständige Prof. Prof. h.c. Dr. med. Walter Popp hat im Rahmen des staatsanwaltlichen Ermittlungsverfahren ein umfangreiches Gutachten erstellt [Band 207]. In diesem Gutachten werden der Geschäftsführung der Gesundheit Nord gGmbH der Geschäftsführung des Klinikums Bremen-Mitte, dem Hygienemanagement, dem Gesundheitsamt und der senatorischen Gesundheitsbehörde erhebliche Sorgfaltspflichtverletzungen und Versäumnisse attestiert.

Es soll daher darüber Beweis erhoben werden,

insoweit insbesondere die Gesundheitsbehörde Sorgfaltspflichtverletzungen begangen hat, die zum Keimausbruch am Klinikum Bremen-Mitte geführt haben, diesen unterstützt haben oder einer effektive und schnelle Bekämpfung des Keimausbruchs behindert haben,

ob und inwiefern die Krankenhaus Hygieneverordnung seit ihrem Inkrafttreten an die jeweils aktuell gültigen Hygieneempfehlungen (KRINKO) oder andere bundeseinheitliche Standards und/oder Empfehlungen angepasst wurde und welche Auswirkungen die Nichtanpassungen auf den Keimausbruch hatten,

welche Strukturen und Prozesse seitens der Gesundheitsbehörde implementiert wurden um die Einhaltung der Vorschriften der Hygieneverordnung in den Kliniken zu überwachen,

inwieweit die senatorische Behörde im November 2011 organisatorisch und personell auf das Ausbruchsmanagement vorbereitet war und welche Änderungen insofern seit November 2011 vorgenommen wurden.

## Anlage 3

### Zeugenliste

| Lfd. Nr. | Name                       | Vorname                | Funktion                                                                                                                          |
|----------|----------------------------|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.       | Albrecht<br>19.04.2012     | Dr. Klaus              | ehem. Direktor der Klinik für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin, Klinikum Bremen Mitte<br>Protokoll 15/1960-15/2032   |
| 2.       | Badenhop<br>17.04.2012     | Sabrina                | Elternteil<br>- Vernehmung in nicht öffentlicher Sitzung -                                                                        |
| 3.       | Badenhop<br>17.04.2012     | Björn                  | Elternteil<br>- Vernehmung in nicht öffentlicher Sitzung -                                                                        |
| 4.       | Benz<br>09.02.2012         | Rita                   | Leiterin Krankenhaushygiene<br>Klinikum Bremen Mitte<br>Protokoll 5/671-5/673                                                     |
| 5.       | Bergmann<br>07.02.2012     | Prof. Dr. Markus       | Institut für Neuropathologie<br>Protokoll 4/644-4/656                                                                             |
| 6.       | Birkholz<br>07.02.2012     | Prof. Dr. med. Michael | Institut für Neuropathologie<br>Protokoll 4/614-4/643                                                                             |
| 7.       | Böhle                      | PD Dr. Arnd            | Leiter der Klinik für Allgemein- und Unfallchirurgie LDW und kommissarischer ärztlicher Direktor KBM<br>Protokoll 26/3705-26/3723 |
| 8.       | Bojang<br>12.04.2012       | Sandra                 | Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin, Station 4027, Klinikum Bremen Mitte<br>Protokoll 13/1619-13/1621                         |
| 9.       | Brasch<br>07.02.2012       | Dr. med. Frank         | Klinikum Bielefeld Mitte, Institut für Pathologie<br>Protokoll 4/570-4/581                                                        |
| 10.      | Christelsohn<br>13.04.2012 | Matthias               | Referent für Infektionsschutz, Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit<br>Protokoll 14/1821-14/1888                    |
| 11.      | Danne                      | Irmgard                | Prozess- und Qualitätsmanagement, Gesundheit Nord Klinikverbund Bremen<br>Protokoll 11/1260-11/1282                               |
| 12.      | Darge<br>28.02.2012        | Christan               | Rechtsanwalt<br>- Vernehmung in nicht öffentlicher Sitzung -                                                                      |
| 13.      | Dernedde                   | Jutta                  | Medizinische Geschäftsführerin Gesundheit Nord gGmbH<br>Protokoll 23/3295-23/3375                                                 |

| Lfd. Nr. | Name                      | Vorname                        | Funktion                                                                                                                       |
|----------|---------------------------|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 14.      | Deutschmann<br>28.02.2012 | Dr. Walter                     | Apothekendirektor Klinikum Bremen Mitte<br>Protokoll 8/954-8/983                                                               |
| 15.      | Dullin<br>15.03.2012      | Dr. Joachim                    | Abteilungsleiter Gesundheit und Umwelt, Gesundheitsamt<br>Protokoll 12/1425-12/1490                                            |
| 16.      | Eckmanns<br>19.04.2012    | Dr. Tim                        | Robert Koch-Institut<br>Protokoll 15/2033-15/2172<br>Protokoll 25/3513-25/3583                                                 |
| 17.      | Eikenberg<br>05.07.2012   | Martin                         | Institutsdirektor Allg. Hygiene, Krankenhaushygiene und Umwelthygiene, Klinikum Bremen Mitte<br>Protokoll 30/4395-30/4471      |
| 18.      | Eikmann<br>12.01.2012     | Prof. Dr. Thomas               | Universitätsklinikum Gießen<br>Institut für Hygiene und Umweltmedizin<br>Protokoll 2/86-2/185                                  |
| 19.      | Exner                     | Prof. Dr. Martin               | Institut für Hygiene und öffentliche Gesundheit Universität Bonn<br>Protokoll 29/4157-29/4255                                  |
| 20.      | Fischer<br>09.03.2012     | <u>Thomas</u> Helmut<br>Alfred | Betriebsratsvorsitzender Gesundheit Nord Dienstleistungs GmbH<br>Protokoll 11/13001338                                         |
| 21.      | Freeden<br>10.05.2012     | Beate von                      | Polizeibeamtin<br>- Vernehmung in nicht öffentlicher Sitzung -                                                                 |
| 22.      | Friedrich<br>19.04.2012   | PD Dr. Alexander W.            | Medizinische Mikrobiologie und Krankenhaushygiene<br>Universitätsklinikum Groningen<br>Protokoll 21/2927-21/2994               |
| 23.      | Gitter                    | Dr. Heidrun                    | Leitende Oberärztin in der Klinik für Kinderchirurgie und Kinderurologie, KBM<br>Protokoll 23/3180-23/3294                     |
| 24.      | Gmajnic<br>03.05.2012     | Tomislav                       | Kaufmännischer Geschäftsführer, Gesundheit Nord Klinikverbund Bremen<br>Protokoll 18/2456-18/2525<br>Protokoll 25/3625-25/3668 |
| 25.      | Gottwald<br>04.05.2012    | Dr. Helmut                     | Referat 02, Beteiligungsmanagement Senatorin für Bildung Wissenschaft und Gesundheit<br>Protokoll 17/2398-17/2450              |
| 26.      | Götz                      | Dr. Martin                     | Referatsleiter, Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit<br>Protokoll 21/2839-21/2926<br>Protokoll 25/3584-25/3624   |
| 27.      | Götz<br>09.03.2012        | Karla                          | Pressereferentin, Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit                                                           |

| Lfd. Nr. | Name                    | Vorname                    | Funktion                                                                                                                                                                                   |
|----------|-------------------------|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|          |                         |                            | Protokoll 11/1282-1300                                                                                                                                                                     |
| 28.      | Gruhl<br>13.04.212      | Dr. Matthias               | Abteilungsleiter Gesundheit,<br>Senatorin für Bildung, Wissenschaft<br>und Gesundheit<br>Protokoll 14/1889-14/1955                                                                         |
| 29.      | Hall<br>12.04.2012      | Patrick van                | Bereichspflegeleitung Neonatologie<br>und Pädiatrische Intensivmedizin,<br>Station 4027, Klinikum Bremen Mitte<br>Protokoll 13/1617-13/1619                                                |
| 30.      | Hansen<br>08.03.2012    | Dr. Diethelm               | Geschäftsführer Klinikmanagement/<br>Sprecher der Geschäftsführung,<br>Gesundheit Nord Klinikverbund<br>Bremen<br>Protokoll 1088-10/1256                                                   |
| 31.      | Heckmann<br>04.05.2012  | Dr. Volker                 | Assistenzarzt, Station 1<br>(Pädiatrische Aufnahme), Klinikum<br>Bremen-Mitte<br>Protokoll 17/2337-17/2397                                                                                 |
| 32.      | Herting<br>19.12.2011   | Prof. Dr. Egbert           | Klinik für Kinder- und<br>Jugendmedizin<br>Universitätsklinikum Schleswig-<br>Holstein<br>Protokoll 1/1-1/85                                                                               |
| 33.      | Hiller<br>16.02.2012    | Dr. Ruth                   | Medizinisches Versorgungszentrum<br>Bremen<br>Protokoll 6/837-6/845                                                                                                                        |
| 34.      | Holländer<br>17.02.2012 | Priv. Doz. Dr.<br>Reinhard | Direktor a. D. Institut für allg.<br>Hygiene, Krankenhaushygiene und<br>Umwelthygiene, Klinikum Bremen<br>Mitte<br>Protokoll 7/853-7/923                                                   |
| 35.      | Hollnagel<br>03.05.2012 | Thomas                     | Betriebsratsvorsitzender Klinikum<br>Bremen Mitte<br>Protokoll 18/2527-18/2607                                                                                                             |
| 36.      | Huppertz<br>09.02.2012  | Prof. Dr. Hans-Iko         | ehm. Chefarzt Neonatologie<br>Protokoll 5/660-5/664                                                                                                                                        |
| 37.      | Junker<br>07.02.2012    | Prof. Dr. Klaus            | Zentrum für Pathologie<br>Protokoll 4/582-4/614                                                                                                                                            |
| 38.      | Jürgens-Pieper          | Senatorin Renate           | Senatorin für Bildung, Wissenschaft<br>und Gesundheit und<br>Aufsichtsratsvorsitzende<br>Gesundheit Nord Klinikverbund<br>Bremen<br>Protokoll 31/4475-31/4678<br>Protokoll 34/4936-34/5053 |
| 39.      | Kappler<br>17.02.2012   | Dr. Axel                   | Institutsdirektor Allg. Hygiene,<br>Krankenhaushygiene und<br>Umwelthygiene, Klinikum Bremen<br>Mitte<br>Protokoll 7/850-7/853                                                             |
| 40.      | Klouche<br>16.02.2012   | Prof. Dr. med.<br>Mariam   | Medizinisches Versorgungszentrum<br>Bremen                                                                                                                                                 |

| Lfd. Nr. | Name                      | Vorname      | Funktion                                                                                                                                           |
|----------|---------------------------|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|          |                           |              | Protokoll 6/788-6/828                                                                                                                              |
| 41.      | Körner<br>06.03.2012      | Dr. Thorsten | Leiter der Klinik für Neonatologie<br>Klinikum Bremen Mitte<br>Protokoll 9/1018-9/1085                                                             |
| 42.      | Kunz<br>16.02.2012        | Dr. Jürgen   | Medizinisches Versorgungszentrum<br>Bremen<br>Protokoll 6/828-6/836                                                                                |
| 43.      | Kuss<br>16.02.2012        | Dr. Brigitte | Ärztliche Geschäftsführerin Klinikum<br>Bremen Mitte<br>Protokoll 6/750-6/787                                                                      |
| 44.      | Lasch<br>09.02.2012       | Dr. Peter    | Leitender Oberarzt, Neonatologie,<br>Station 4028, Klinikum Bremen Mitte<br>Protokoll 5/669-5/670                                                  |
| 45.      | Laux                      | Dr. Reinhard | Leitender Arzt der Neonatologie in<br>der Asklepios Klinik Hamburg-<br>Barmbeck<br>Protokoll 16/2178-16/2246                                       |
| 46.      | Logemann<br>12.04.2012    | Longina      | Reinigungskraft<br>Protokoll 13/1710-13/1711                                                                                                       |
| 47.      | Lührte<br>28.02.2012      | Detlef von   | Referat 12 Senatorin für Bildung,<br>Wissenschaft und Gesundheit<br>- Vernehmung in nicht öffentlicher<br>Sitzung -                                |
| 48.      | Marg<br>12.04.2012        | Dr. Wolfgang | Leiter Prof.-Hess-Kinderklinik<br>Protokoll 13/1621-13/1706                                                                                        |
| 49.      | Matijasevic<br>17.04.2012 | Ranko        | Elternteil<br>- Vernehmung in nicht öffentlicher<br>Sitzung -                                                                                      |
| 50.      | Mietzner<br>09.02.2012    | Renate       | Fachkraft für Hygiene und<br>Infektionsprävention, Klinikum<br>Bremen Mitte<br>Protokoll 5/673-5/675                                               |
| 51.      | Mitteneder                | Michael      | Technische Abteilung, KBM<br>Protokoll 28/3937-28/3994                                                                                             |
| 52.      | Neumann<br>04.05.2012     | Till         | Stationspflegeleitung, Station 4027,<br>Klinikum Bremen-Mitte<br>Protokoll 17/2261-17/2263                                                         |
| 53.      | Niehoff                   | Dennis       | GND, R&S<br>Protokoll 30/4259-30/4322                                                                                                              |
| 54.      | Offenhäuser<br>15.03.2012 | Dr. Sylvia   | Stellv. Referatsleiterin<br>Infektionsepidemiologie,<br>Gesundheitsamt<br>Protokoll 12/1582-12/1607                                                |
| 55.      | Peter<br>12.04.2012       | Angela       | Pflegerische Geschäftsführerin,<br>Klinikum Links der Weser<br>Ehemals kommissarische Leiterin<br>Eltern-Kind-Zentrum<br>Protokoll 13/1760-13/1814 |
| 56.      | Pfeiffer<br>16.02.2012    | Dr. Robert   | Kaufmännischer Geschäftsführer<br>Klinikum Bremen Mitte<br>Protokoll 6/680-6/711<br>Protokoll 27/3880-27/3933                                      |

| Lfd. Nr. | Name                         | Vorname                        | Funktion                                                                                                                                                                                |
|----------|------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 57.      | Picard<br>17.02.2012         | Uwe                            | Staatsanwalt<br>Protokoll 7/924-7/946                                                                                                                                                   |
| 58.      | Popp                         | Prof. Dr. Walter               | Direktor der Krankenhaushygiene<br>des Universitätsklinikums Essen<br>Protokoll 32/4682-32/4819                                                                                         |
| 59.      | Querfurt<br>04.05.2012       | Dr. med. Alexander             | Assistenzarzt, Tagesklinik (Station<br>3814), Klinikum Bremen-Mitte<br>Protokoll 17/2269-17/2336                                                                                        |
| 60.      | Rosenkötter<br>14.05.2012    | Senatorin a. D.<br>Ingelore    | ehm. Senatorin für Arbeit, Frauen,<br>Gesundheit, Jugend und Soziales<br>Protokoll 20/2744-20/2838                                                                                      |
| 61.      | Rothe<br>17.02.2012          | Dr. Björn                      | Staatsanwalt<br>Protokoll 7/946-7/950                                                                                                                                                   |
| 62.      | Runde<br>09.02.2012          | Dr. Judith                     | Oberärztin, Neonatologie, Station<br>4027, Klinikum Bremen Mitte<br>Protokoll 5/667-5/668                                                                                               |
| 63.      | Rüssmann                     | Judith                         | Leiterin Servicebereich<br>Wirtschaftsbetriebe GeNo und<br>Geschäftsführerin der GND<br>Protokoll 26/3724-26/3807                                                                       |
| 64.      | Salzmann<br>12.04.2012       | Ida                            | Reinigungskraft<br>Protokoll 13/1708-13/1710                                                                                                                                            |
| 65.      | Schönhöfer<br>28.02.2012     | Prof. Dr. Peter                | ehem. Direktor des Instituts für<br>Klinische Pharmakologie am<br>Klinikum Bremen Mitte<br>Protokoll 8/984-8/994                                                                        |
| 66.      | Schulte-Sasse<br>11.05.2012  | Staatsrat a. D. Dr.<br>Hermann | Ehem. Staatsrat für Gesundheit<br>Protokoll 19/2611-19/2740<br>Protokoll 33/4823-33/4932                                                                                                |
| 67.      | Schulz-Stübner<br>19.01.2012 | Dr. Sebastian                  | Deutsches Beratungszentrum für<br>Hygiene<br>Protokoll 3/402-3/516                                                                                                                      |
| 68.      | Schuster<br>22.05.2012       | Staatsrat Dr.<br>Joachim       | Staatsrat für Wissenschaft und<br>Gesundheit<br>Protokoll 22/2997-22/3177                                                                                                               |
| 69.      | Schwalm<br>09.02.2012        | Dr. Jens-Hanno                 | Oberarzt, Neonatologie, Station<br>4028, Hygienebeauftragter Arzt der<br>Klinik für Neonatologie und<br>Pädiatrische Intensivmedizin,<br>Klinikum Bremen Mitte<br>Protokoll 5/677-5/679 |
| 70.      | Schwarzkopf<br>12.04.2012    | Dr. Hubertus von               | Betriebsmedizin Klinikum Bremen<br>Mitte<br>Protokoll 13/1712-13/1759                                                                                                                   |
| 71.      | Selzer<br>09.02.2012         | Dr. Georg                      | Leitender Oberarzt, Neonatologie,<br>Station 4027, Klinikum Bremen Mitte<br>Protokoll 5/664-5/666                                                                                       |
| 72.      | Sexrtro                      | Konrad H.                      | Staatlicher anerkannter Desinfektor<br>Protokoll 30/4323-30/4394                                                                                                                        |
| 73.      | Speer<br>17.04.2012          | Angela                         | Elternteil<br>- Vernehmung in nicht öffentlicher<br>Sitzung -                                                                                                                           |

| <b>Lfd. Nr.</b> | <b>Name</b>                                | <b>Vorname</b>           | <b>Funktion</b>                                                                                                                                                         |
|-----------------|--------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 74.             | Stauch<br>19.01.2012                       | Staatsrat Prof. Matthias | Staatsrat für Justiz<br>Protokoll 3/318-3/401                                                                                                                           |
| 75.             | Stork-Beimfort<br>28.02.2012<br>04.05.2012 | Robert                   | Pharmazeutisch-fachliche Fragen,<br>Senatorin für Bildung, Wissenschaft<br>und Gesundheit<br>Protokoll 8/994-8/1014<br>Protokoll 17/2250-17/2261                        |
| 76.             | Teipel<br>04.05.2012                       | Kristin                  | Stationspflegeleitung, Station 4028,<br>Klinikum Bremen-Mitte<br>Protokoll 17/2263-17/2265                                                                              |
| 77.             | Thiele<br>13.04.2012                       | Gabriela                 | Klinikpflegeleitung Klinikum Bremen<br>Mitte<br>Protokoll 14/1818-14/1821                                                                                               |
| 78.             | Tiemann                                    | Axel                     | Bereichsleitung in der GND unter<br>anderem für die Neonatologie<br>Protokoll 25/3669-25/3701                                                                           |
| 79.             | Weber                                      | Ludwig                   | Hygienefachkraft BZH GmbH<br>Deutsches Beratungsinstitut für<br>Hygiene<br>Protokoll 24/3378-24/3425                                                                    |
| 80.             | Weißgerber<br>12.01.2012                   | Dr. Patrick              | Deutsches Beratungszentrum für<br>Hygiene<br>Protokoll 3/516-3/569                                                                                                      |
| 81.             | Wendorff<br>16.02.2012                     | Daniela                  | Pflegerische Geschäftsführerin<br>Klinikum Bremen Mitte<br>Protokoll 6/711-6/749<br>Protokoll 27/3811-27/3879<br>Protokoll 28/3995-28/4083<br>Protokoll 29/4087-29/4157 |
| 82.             | Winterhalter<br>04.05.2012                 | Bernd                    | Stellvertretende<br>Stationspflegeleitung, Station 4028<br>Protokoll 17/2265-17/2268                                                                                    |
| 83.             | Wunderle<br>15.03.2012                     | Dr. Werner               | Referatsleiter<br>Infektionsepidemiologie,<br>Gesundheitsamt<br>Protokoll 12/1491-12/1581<br>Protokoll 24/3463-24/3509                                                  |
| 84.             | Zastrow<br>12.01.2012<br>13.07.2012        | Dr. med. Klaus-Dieter    | Institut für Hygiene und<br>Umweltmedizin<br>der Vivantes Kliniken Berlin<br>Protokoll 2/185-2/314                                                                      |
| 85.             | Zimmermann<br>15.03.2012                   | Eberhard                 | Kommissarischer Leiter,<br>Gesundheitsamt Bremen<br>Protokoll 12/1343-12/1424<br>Protokoll 24/3426-24/3463                                                              |

## Anlage 4

### Chronologie des Ausbruchsgeschehens

|             |                                                                                                                                                                              |
|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 03/04 2005  | Auftreten von Klebsiellen bei Kindern auf der Station 4027, zumindest zwei Todesfälle                                                                                        |
| 31.05.2005  | Personalscreening von Mitarbeitern der neonatologischen Station, zwei positive Befunde                                                                                       |
| 09.01.2009  | bei einem Abstrich des Kindes Nr. 4 werden ESBL-Klebsiella-pneumoniae festgestellt; nachträglich wird im Februar 2012 die Zugehörigkeit zum Ausbruchsstamm positiv getestet. |
| 30. 04.2011 | erster Abstrich mit ESBL-Klebsiella-pneumoniae in 2011, Kind Nr. 10, Station 4027                                                                                            |
| 26.05.2011  | positiver Abstrich Kind Nr. 11, Station 4028                                                                                                                                 |
| 17.06.2011  | positiver Abstrich Kind Nr. 12, Station 4028                                                                                                                                 |
| 27.06.2011  | positiver Abstrich Kind Nr. 13, Station 4027                                                                                                                                 |
| 06.07.2011  | positiver Abstrich Kind Nr. 14, Station 3911                                                                                                                                 |
| 22.07.2011  | positiver Abstrich Kind Nr. 15, Station 4027,<br>erster Fall der nachträglich erfolgten positiven Feststellung einer Zugehörigkeit zum Ausbruchsstamm                        |
| 25.07.2011  | Tod des Kindes Nr. 13                                                                                                                                                        |
| 07.08.2011  | positiver Abstrich Kind Nr. 16, Station 4027                                                                                                                                 |

|                |                                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 08.08.2011     | Tod des Kindes Nr. 16                                                                                                                                                                                                                        |
| 12.08.2011     | positiver Abstrich Kind Nr. 17, Station 3911                                                                                                                                                                                                 |
| 30.08.2011     | positiver Abstrich Kind Nr. 18, Station 4027                                                                                                                                                                                                 |
| 02.09.2011     | positiver Abstrich Kind Nr. 19, Station 4027                                                                                                                                                                                                 |
| 07.09.2011     | positiver Abstrich Kind Nr. 20, Station 4027                                                                                                                                                                                                 |
| 07.09.2011     | Dr. Runde informiert die Hygienefachkraft                                                                                                                                                                                                    |
| 08.09.2011     | Prof. Dr. Huppertz: „kein Ausbruch“                                                                                                                                                                                                          |
| 07./08.09.2011 | Benachrichtigung des Gesundheitsamtes                                                                                                                                                                                                        |
| 12.10.2011     | positiver Abstrich Kind Nr. 21, Station 4027                                                                                                                                                                                                 |
| 13.10.2011     | positiver Abstrich Kind Nr. 22, Station 4027                                                                                                                                                                                                 |
| 15.10.2011     | positiver Abstrich Kind Nr. 23, Station 3911                                                                                                                                                                                                 |
| 16.10.2011     | Tod des Kindes Nr. 22                                                                                                                                                                                                                        |
| 17.10.2011     | Abteilungsleiterbesprechung Gesundheitsamt: Bericht über resistente Keime auf der Neonatologie des Klinikums Bremen-Mitte, Dr. Kappler berichtet über Typisierung der Isolate der Kinder Nr. 16, 15, 19, 18 und 20: ein gemeinsamer Ausbruch |
| 18.10.2011     | positiver Abstrich Kind Nr. 24, Station 4027<br>Begehung der Station 4027 durch das Gesundheitsamt                                                                                                                                           |

- 20.10.2011      positiver Abstrich Kind Nr. 25, Station 4027
- 25.10.2011      positive Abstriche Kinder Nr. 26, 27, 28 und 29, Station 4027
- 27.10.2011      Tod des Kindes Nr. 18  
Aufnahmestopp für 6 Stunden  
Kohortierung der Kinder  
Dr. Hansen erhält nach seinen Angaben erstmals Kenntnis der Keim-  
Befunde
- 31.10.2011      positiver Abstrich Kind Nr. 30, Station 4027  
Abteilungsleiterbesprechung    Gesundheitsamt:    Zuspitzung    der  
Situation, drei Kinder verstorben
- 01.11.2011      Benachrichtigung der Senatorin für Bildung, Wissenschaft und  
Gesundheit,  
Einschaltung des Robert Koch-Institutes (Arbeitsaufnahme am  
02.11.2011)
- 02.11.2011      Erlass von Schutzmaßnahmen nach § 28 Infektionsschutzgesetz,  
u. a. Aufnahmestopp für die Station 4027, Personalscreening  
Information der Deputation durch die Senatorin für Bildung,  
Wissenschaft und Gesundheit, zunächst  
Aufnahme eines Todesursachenermittlungsverfahrens durch die  
Staatsanwaltschaft
- 03.11.2011      Beginn der täglichen „Umsetzungsrunden“
- 04.11.2011      positiver Abstrich Kind Nr. 31, Station 4028
- 05.11.2011      positiver Abstrich Kind Nr. 32, Station 4028

- 07.11.2011      Änderungs- und Ergänzungsbescheid zu den Schutzmaßnahmen nach § 28 Infektionsschutzgesetz,  
Abschluss der Räumung der Station 4027
- 08.11.2011      Keim-Befunde vor dem 22.7.2011 werden diskutiert
- 10.11.2011      positiver Abstrich Kind Nr. 33, Station 3911  
Rücktritt Prof. Dr. Huppertz von seinen Funktionen als für die Hygiene verantwortlicher Arzt, die er für die Geschäftsführung wahrnahm.
- 14.11.2011      positiver Abstrich Kind Nr. 35, Station 3911
- 15.11.2011      Kündigung Prof. Dr. Huppertz
- 23./24.11.2011    Visitation durch das Deutsche Beratungszentrum für Hygiene Freiburg
- 28.11.2011      positiver Abstrich Kind Nr. 37, Pädiatrie
- 30.11.2011      positiver Abstrich Kind Nr. 38, Pädiatrie
- 29.11.2011      Zwischenbericht Robert Koch-Institut (Datenstand vom 18.11.2011)  
10-Punkte-Maßnahmenplan der Gesundheit Nord
- 01.12.2011      positiver Abstrich Kind Nr. 39, Kinderklinik, Station 22
- 20.12.2011      Bericht von Staatsrat Prof. Stauch
- 23.12.2011      positiver Abstrich Kind Nr. 40, Station 3804
- 05.01.2012      Aufhebung der Bescheide vom 2. und 7.11.2011 durch die

senatorische Behörde für Gesundheit

|            |                                                                                                                                                                                                                    |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 09.01.2012 | Wiedereröffnung der Station 4027                                                                                                                                                                                   |
| 20.02.2012 | Übersendung des Berichtes zur Auditierung des Reinigungsdienstes, Hygieneinstitut Freiburg                                                                                                                         |
| 21.02.2012 | positive Abstriche Kinder Nr. 42 und 43, Station 4027                                                                                                                                                              |
| 22.02.2012 | positiver Abstrich Kind Nr. 44, Station 4027                                                                                                                                                                       |
| 23.02.2012 | Besprechung mit Mitarbeitern des Klinikums Bremen-Mitte, des Gesundheitsamtes, des Freiburger Hygieneinstitutes und Dr. Hansen<br>Kohortierung der Kinder auf der Station                                          |
| 24.02.2012 | Stadtamt verfügt u.a. Schutzmaßnahmen nach § 28 Infektionsschutzgesetz,<br>Aufnahmestopp für die Station 4027.                                                                                                     |
| 28.02.2012 | Tod der Kinder Nr. 45 und 46, post mortem erfolgt ein Nachweis des Ausbruchsstammes, Station 4027<br><br>Dr. Hansen wird von seinen Aufgaben freigestellt<br><br>Dr. Kappler wird von seinen Aufgaben freigestellt |
| 10.05.2012 | positiver Abstrich Kind Nr. 47, Station 4028                                                                                                                                                                       |
| 18.05.2012 | Gesundheitsamt: Verfügungen zur Durchführung eines Personalscreenings                                                                                                                                              |

## Anlage 5

| <b>Stationsbelegung und Pflegepersonalbesetzung der<br/>Station 4027 im Jahre 2011<br/>(ohne Hilfs- und unterstützendes Personal)</b> |                             |            |            |             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------|------------|-------------|
| Januar                                                                                                                                |                             |            |            |             |
| Tag                                                                                                                                   | Belegung (Anzahl<br>Kinder) | Frühdienst | Spätdienst | Nachtdienst |
| 1.                                                                                                                                    | 12                          | 4          | 3          | 3           |
| 2.                                                                                                                                    | 12                          | 3          | 5          | 3           |
| 3.                                                                                                                                    | 11                          | 5          | 3          | 3           |
| 4.                                                                                                                                    | 11                          | 4          | 3          | 3           |
| 5.                                                                                                                                    | 10                          | 4          | 3          | 3           |
| 6.                                                                                                                                    | 9                           | 4          | 3          | 3           |
| 7.                                                                                                                                    | 9                           | 3          | 3          | 3           |
| 8.                                                                                                                                    | 10                          | 4          | 3          | 3           |
| 9.                                                                                                                                    | 10                          | 4          | 3          | 3           |
| 10.                                                                                                                                   | 10                          | 4          | 5          | 3           |
| 11.                                                                                                                                   | 11                          | 4          | 5          | 3           |
| 12.                                                                                                                                   | 11                          | 4          | 5          | 4           |
| 13.                                                                                                                                   | 12                          | 5          | 4          | 4           |
| 14.                                                                                                                                   | 12                          | 6          | 4          | 3           |
| 15.                                                                                                                                   | 13                          | 4          | 3          | 3           |
| 16.                                                                                                                                   | 16                          | 3          | 3          | 3           |
| 17.                                                                                                                                   | 13                          | 5          | 4          | 3           |
| 18.                                                                                                                                   | 14                          | 5          | 5          | 3           |
| 19.                                                                                                                                   | 14                          | 4          | 4          | 3           |
| 20.                                                                                                                                   | 14                          | 5          | 4          | 3           |
| 21.                                                                                                                                   | 13                          | 5          | 4          | 4           |
| 22.                                                                                                                                   | 13                          | 5          | 3          | 4           |
| 23.                                                                                                                                   | 10                          | 4          | 3          | 4           |
| 24.                                                                                                                                   | 13                          | 5          | 4          | 4           |
| 25.                                                                                                                                   | 13                          | 5          | 4          | 4           |
| 26.                                                                                                                                   | 15                          | 4          | 4          | 4           |
| 27.                                                                                                                                   | 13                          | 6          | 3          | 3           |
| 28.                                                                                                                                   | 13                          | 5          | 3          | 3           |
| 29.                                                                                                                                   | 13                          | 5          | 3          | 3           |
| 30.                                                                                                                                   | 15                          | 4          | 4          | 3           |
| 31.                                                                                                                                   | 13                          | 5          | 3          | 3           |

Angaben der Pflegerischen Geschäftsführung (Band 66).

Patientenbelegung tagesaktuell 24.00 Uhr. Bei absehbaren Mehrlingsgeburten und daraus resultierenden notwendigen Personalkapazitäten wird ein pflegerischer Rufbereitschaftsdienst von SPL und KPL eingerichtet.

| <b>Stationsbelegung und Pflegepersonalbesetzung der<br/>Station 4027 im Jahre 2011<br/>(ohne Hilfs- und unterstützendes Personal)</b> |                             |            |            |             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------|------------|-------------|
| <b>Februar</b>                                                                                                                        |                             |            |            |             |
| Tag                                                                                                                                   | Belegung (Anzahl<br>Kinder) | Frühdienst | Spätdienst | Nachtdienst |
| 1.                                                                                                                                    | 13                          | 4          | 3          | 3           |
| 2.                                                                                                                                    | 10                          | 5          | 3          | 3           |
| 3.                                                                                                                                    | 11                          | 5          | 3          | 3           |
| 4.                                                                                                                                    | 10                          | 5          | 3          | 3           |
| 5.                                                                                                                                    | 10                          | 3          | 4          | 3           |
| 6.                                                                                                                                    | 11                          | 3          | 3          | 3           |
| 7.                                                                                                                                    | 11                          | 5          | 3          | 3           |
| 8.                                                                                                                                    | 10                          | 6          | 3          | 3           |
| 9.                                                                                                                                    | 12                          | 6          | 4          | 3           |
| 10.                                                                                                                                   | 10                          | 5          | 4          | 3           |
| 11.                                                                                                                                   | 10                          | 6          | 3          | 3           |
| 12.                                                                                                                                   | 9                           | 4          | 3          | 3           |
| 13.                                                                                                                                   | 9                           | 3          | 3          | 3           |
| 14.                                                                                                                                   | 8                           | 5          | 3          | 3           |
| 15.                                                                                                                                   | 7                           | 4          | 3          | 3           |
| 16.                                                                                                                                   | 9                           | 5          | 3          | 3           |
| 17.                                                                                                                                   | 10                          | 4          | 4          | 3           |
| 18.                                                                                                                                   | 11                          | 5          | 3          | 3           |
| 19.                                                                                                                                   | 11                          | 5          | 4          | 4           |
| 20.                                                                                                                                   | 9                           | 3          | 3          | 3           |
| 21.                                                                                                                                   | 7                           | 4          | 4          | 3           |
| 22.                                                                                                                                   | 7                           | 5          | 3          | 3           |
| 23.                                                                                                                                   | 9                           | 5          | 3          | 3           |
| 24.                                                                                                                                   | 8                           | 5          | 3          | 3           |
| 25.                                                                                                                                   | 8                           | 5          | 3          | 3           |
| 26.                                                                                                                                   | 9                           | 4          | 3          | 3           |
| 27.                                                                                                                                   | 10                          | 3          | 3          | 3           |
| 28.                                                                                                                                   | 12                          | 4          | 3          | 4           |

Angaben der Pflegerischen Geschäftsführung (Band 66)

Patientenbelegung tagesaktuell 24.00 Uhr.

Bei absehbaren Mehrlingsgeburten und daraus resultierenden notwendigen Personalkapazitäten wird ein pflegerischer Rufbereitschaftsdienst von SPL und KPL eingerichtet.

| <b>Stationsbelegung und Pflegepersonalbesetzung der<br/>Station 4027 im Jahre 2011<br/>(ohne Hilfs- und unterstützendes Personal)</b> |                             |            |            |             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------|------------|-------------|
| <b>März</b>                                                                                                                           |                             |            |            |             |
| Tag                                                                                                                                   | Belegung (Anzahl<br>Kinder) | Frühdienst | Spätdienst | Nachtdienst |
| 1.                                                                                                                                    | 14                          | 6          | 4          | 4           |
| 2.                                                                                                                                    | 12                          | 6          | 4          | 3           |
| 3.                                                                                                                                    | 13                          | 6          | 4          | 3           |
| 4.                                                                                                                                    | 12                          | 6          | 3          | 4           |
| 5.                                                                                                                                    | 13                          | 4          | 4          | 4           |
| 6.                                                                                                                                    | 13                          | 4          | 4          | 4           |
| 7.                                                                                                                                    | 13                          | 6          | 5          | 3           |
| 8.                                                                                                                                    | 11                          | 5          | 4          | 3           |
| 9.                                                                                                                                    | 11                          | 5          | 4          | 3           |
| 10.                                                                                                                                   | 8                           | 6          | 4          | 3           |
| 11.                                                                                                                                   | 8                           | 5          | 3          | 3           |
| 12.                                                                                                                                   | 8                           | 4          | 3          | 3           |
| 13.                                                                                                                                   | 9                           | 4          | 3          | 3           |
| 14.                                                                                                                                   | 7                           | 5          | 4          | 3           |
| 15.                                                                                                                                   | 7                           | 6          | 4          | 3           |
| 16.                                                                                                                                   | 7                           | 4          | 4          | 3           |
| 17.                                                                                                                                   | 7                           | 6          | 4          | 3           |
| 18.                                                                                                                                   | 8                           | 5          | 4          | 3           |
| 19.                                                                                                                                   | 8                           | 3          | 3          | 3           |
| 20.                                                                                                                                   | 13                          | 4          | 3          | 3           |
| 21.                                                                                                                                   | 13                          | 5          | 3          | 4           |
| 22.                                                                                                                                   | 11                          | 5          | 3          | 3           |
| 23.                                                                                                                                   | 10                          | 5          | 3          | 4           |
| 24.                                                                                                                                   | 10                          | 4          | 4          | 3           |
| 25.                                                                                                                                   | 10                          | 5          | 4          | 3           |
| 26.                                                                                                                                   | 12                          | 3          | 4          | 3           |
| 27.                                                                                                                                   | 13                          | 4          | 3          | 3           |
| 28.                                                                                                                                   | 12                          | 5          | 4          | 3           |
| 29.                                                                                                                                   | 12                          | 5          | 4          | 3           |
| 30.                                                                                                                                   | 15                          | 5          | 3          | 3           |
| 31.                                                                                                                                   | 13                          | 6          | 3          | 3           |

Angaben der Pflegerischen Geschäftsführung (Band 66)

Patientenbelegung tagesaktuell 24.00 Uhr. Bei absehbaren Mehrlingsgeburten und daraus resultierenden notwendigen Personalkapazitäten wird ein pflegerischer Rufbereitschaftsdienst von SPL und KPL eingerichtet.

| <b>Stationsbelegung und Pflegepersonalbesetzung der<br/>Station 4027 im Jahre 2011<br/>(ohne Hilfs- und unterstützendes Personal)</b> |                             |            |            |             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------|------------|-------------|
| <b>April</b>                                                                                                                          |                             |            |            |             |
| Tag                                                                                                                                   | Belegung (Anzahl<br>Kinder) | Frühdienst | Spätdienst | Nachtdienst |
| 1.                                                                                                                                    | 12                          | 5          | 3          | 3           |
| 2.                                                                                                                                    | 12                          | 3          | 4          | 3           |
| 3.                                                                                                                                    | 13                          | 4          | 3          | 3           |
| 4.                                                                                                                                    | 12                          | 6          | 3          | 3           |
| 5.                                                                                                                                    | 12                          | 5          | 4          | 3           |
| 6.                                                                                                                                    | 13                          | 5          | 3          | 3           |
| 7.                                                                                                                                    | 12                          | 5          | 3          | 4           |
| 8.                                                                                                                                    | 12                          | 6          | 4          | 3           |
| 9.                                                                                                                                    | 12                          | 4          | 4          | 3           |
| 10.                                                                                                                                   | 11                          | 5          | 3          | 3           |
| 11.                                                                                                                                   | 13                          | 5          | 4          | 4           |
| 12.                                                                                                                                   | 12                          | 6          | 4          | 4           |
| 13.                                                                                                                                   | 13                          | 4          | 4          | 4           |
| 14.                                                                                                                                   | 14                          | 4          | 4          | 4           |
| 15.                                                                                                                                   | 15                          | 4          | 4          | 4           |
| 16.                                                                                                                                   | 11                          | 4          | 4          | 3           |
| 17.                                                                                                                                   | 10                          | 4          | 3          | 3           |
| 18.                                                                                                                                   | 10                          | 5          | 3          | 3           |
| 19.                                                                                                                                   | 10                          | 5          | 4          | 3           |
| 20.                                                                                                                                   | 12                          | 6          | 4          | 3           |
| 21.                                                                                                                                   | 14                          | 5          | 3          | 3           |
| 22.                                                                                                                                   | 14                          | 4          | 4          | 4           |
| 23.                                                                                                                                   | 12                          | 4          | 3          | 4           |
| 24.                                                                                                                                   | 10                          | 4          | 4          | 3           |
| 25.                                                                                                                                   | 12                          | 4          | 3          | 3           |
| 26.                                                                                                                                   | 10                          | 5          | 3          | 3           |
| 27.                                                                                                                                   | 10                          | 5          | 3          | 4           |
| 28.                                                                                                                                   | 8                           | 5          | 3          | 4           |
| 29.                                                                                                                                   | 9                           | 4          | 3          | 3           |
| 30.                                                                                                                                   | 9                           | 4          | 3          | 3           |

Angaben der Pflegerischen Geschäftsführung (Band 66)

Patientenbelegung tagesaktuell 24.00 Uhr.

Bei absehbaren Mehrlingsgeburten und daraus resultierenden notwendigen Personalkapazitäten wird ein pflegerischer Rufbereitschaftsdienst von SPL und KPL eingerichtet.

| <b>Stationsbelegung und Pflegepersonalbesetzung der<br/>Station 4027 im Jahre 2011<br/>(ohne Hilfs- und unterstützendes Personal)</b> |                             |            |            |             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------|------------|-------------|
| Mai                                                                                                                                   |                             |            |            |             |
| Tag                                                                                                                                   | Belegung (Anzahl<br>Kinder) | Frühdienst | Spätdienst | Nachtdienst |
| 1.                                                                                                                                    | Keine Angaben               |            |            |             |
| 2.                                                                                                                                    | 10                          | 4          | 4          | 3           |
| 3.                                                                                                                                    | 10                          | 5          | 3          | 3           |
| 4.                                                                                                                                    | 10                          | 5          | 4          | 4           |
| 5.                                                                                                                                    | 9                           | 6          | 4          | 3           |
| 6.                                                                                                                                    | 10                          | 5          | 3          | 4           |
| 7.                                                                                                                                    | 12                          | 4          | 4          | 3           |
| 8.                                                                                                                                    | 13                          | 4          | 4          | 3           |
| 9.                                                                                                                                    | 13                          | 5          | 4          | 4           |
| 10.                                                                                                                                   | 13                          | 6          | 4          | 4           |
| 11.                                                                                                                                   | 10                          | 5          | 3          | 3           |
| 12.                                                                                                                                   | 9                           | 6          | 3          | 3           |
| 13.                                                                                                                                   | 9                           | 5          | 3          | 3           |
| 14.                                                                                                                                   | 12                          | 4          | 3          | 3           |
| 15.                                                                                                                                   | 13                          | 4          | 3          | 3           |
| 16.                                                                                                                                   | 13                          | 5          | 3          | 3           |
| 17.                                                                                                                                   | 14                          | 5          | 4          | 3           |
| 18.                                                                                                                                   | 11                          | 5          | 4          | 3           |
| 19.                                                                                                                                   | 10                          | 5          | 3          | 3           |
| 20.                                                                                                                                   | 10                          | 4          | 3          | 3           |
| 21.                                                                                                                                   | 11                          | 4          | 3          | 3           |
| 22.                                                                                                                                   | 11                          | 4          | 3          | 3           |
| 23.                                                                                                                                   | 10                          | 5          | 3          | 4           |
| 24.                                                                                                                                   | 11                          | 5          | 4          | 3           |
| 25.                                                                                                                                   | 14                          | 4          | 3          | 3           |
| 26.                                                                                                                                   | 11                          | 5          | 3          | 3           |
| 27.                                                                                                                                   | 11                          | 5          | 3          | 3           |
| 28.                                                                                                                                   | 12                          | 4          | 3          | 3           |
| 29.                                                                                                                                   | 9                           | 4          | 3          | 4           |
| 30.                                                                                                                                   | 9                           | 5          | 3          | 3           |
| 31.                                                                                                                                   | 9                           | 5          | 4          | 3           |

Angaben der Pflegerischen Geschäftsführung (Band 66)

Patientenbelegung tagesaktuell 24.00 Uhr. Bei absehbaren  
Mehrlingsgeburten und daraus resultierenden notwendigen  
Personalkapazitäten wird ein pflegerischer Rufbereitschaftsdienst von  
SPL und KPL eingerichtet.

| <b>Stationsbelegung und Pflegepersonalbesetzung der<br/>Station 4027 im Jahre 2011<br/>(ohne Hilfs- und unterstützendes Personal)</b> |                             |            |            |             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------|------------|-------------|
| Juni                                                                                                                                  |                             |            |            |             |
| Tag                                                                                                                                   | Belegung (Anzahl<br>Kinder) | Frühdienst | Spätdienst | Nachtdienst |
| 1.                                                                                                                                    | 9                           | 5          | 3          | 4           |
| 2.                                                                                                                                    | 9                           | 4          | 3          | 3           |
| 3.                                                                                                                                    | 10                          | 5          | 3          | 3           |
| 4.                                                                                                                                    | 11                          | 4          | 3          | 3           |
| 5.                                                                                                                                    | 11                          | 4          | 3          | 3           |
| 6.                                                                                                                                    | 12                          | 4          | 3          | 3           |
| 7.                                                                                                                                    | 11                          | 5          | 4          | 3           |
| 8.                                                                                                                                    | 10                          | 5          | 4          | 3           |
| 9.                                                                                                                                    | 11                          | 5          | 3          | 3           |
| 10.                                                                                                                                   | 13                          | 5          | 3          | 3           |
| 11.                                                                                                                                   | 12                          | 4          | 3          | 3           |
| 12.                                                                                                                                   | 13                          | 3          | 4          | 3           |
| 13.                                                                                                                                   | 9                           | 4          | 3          | 3           |
| 14.                                                                                                                                   | 8                           | 5          | 3          | 3           |
| 15.                                                                                                                                   | 8                           | 5          | 3          | 3           |
| 16.                                                                                                                                   | 7                           | 5          | 3          | 3           |
| 17.                                                                                                                                   | 7                           | 4          | 3          | 3           |
| 18.                                                                                                                                   | 10                          | 3          | 3          | 3           |
| 19.                                                                                                                                   | 11                          | 4          | 3          | 3           |
| 20.                                                                                                                                   | 11                          | 5          | 3          | 3           |
| 21.                                                                                                                                   | 11                          | 5          | 3          | 3           |
| 22.                                                                                                                                   | 10                          | 4          | 3          | 3           |
| 23.                                                                                                                                   | 11                          | 5          | 3          | 3           |
| 24.                                                                                                                                   | 11                          | 4          | 3          | 3           |
| 25.                                                                                                                                   | 12                          | 4          | 3          | 3           |
| 26.                                                                                                                                   | 10                          | 4          | 3          | 3           |
| 27.                                                                                                                                   | 11                          | 5          | 3          | 3           |
| 28.                                                                                                                                   | 10                          | 5          | 3          | 3           |
| 29.                                                                                                                                   | 10                          | 5          | 3          | 3           |
| 30.                                                                                                                                   | 10                          | 5          | 3          | 3           |

Angaben der Pflegerischen Geschäftsführung (Band 66)

Patientenbelegung tagesaktuell 24.00 Uhr.

Bei absehbaren Mehrlingsgeburten und daraus resultierenden notwendigen Personalkapazitäten wird ein pflegerischer Rufbereitschaftsdienst von SPL und KPL eingerichtet.

| <b>Stationsbelegung und Pflegepersonalbesetzung der Station 4027<br/>im Jahre 2011<br/>(ohne Hilfs- und unterstützendes Personal)</b> |                             |            |            |             |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------|------------|-------------|-----------|
| Juli                                                                                                                                  |                             |            |            |             |           |
| Tag                                                                                                                                   | Belegung (Anzahl<br>Kinder) | Frühdienst | Spätdienst | Nachtdienst | Rufdienst |
| 1.                                                                                                                                    | 10                          | 5          | 3          | 3           |           |
| 2.                                                                                                                                    | 11                          | 4          | 3          | 3           |           |
| 3.                                                                                                                                    | 10                          | 3          | 5          | 3           | RB        |
| 4.                                                                                                                                    | 10                          | 5          | 3          | 3           | RB        |
| 5.                                                                                                                                    | 10                          | 4          | 4          | 3           | RB        |
| 6.                                                                                                                                    | 11                          | 5          | 3          | 3           | RB        |
| 7.                                                                                                                                    | 11                          | 5          | 3          | 3           | RB        |
| 8.                                                                                                                                    | 8                           | 5          | 3          | 3           | RB        |
| 9.                                                                                                                                    | 10                          | 4          | 3          | 3           | RB        |
| 10.                                                                                                                                   | 8                           | 4          | 3          | 3           | RB        |
| 11.                                                                                                                                   | 12                          | 5          | 3          | 3           | RB        |
| 12.                                                                                                                                   | 13                          | 5          | 3          | 3           | RB        |
| 13.                                                                                                                                   | 13                          | 6          | 3          | 3           | RB        |
| 14.                                                                                                                                   | 11                          | 5          | 3          | 3           | RB        |
| 15.                                                                                                                                   | 11                          | 4          | 4          | 4           |           |
| 16.                                                                                                                                   | 10                          | 4          | 4          | 3           |           |
| 17.                                                                                                                                   | 10                          | 4          | 3          | 3           |           |
| 18.                                                                                                                                   | 9                           | 4          | 3          | 3           |           |
| 19.                                                                                                                                   | 11                          | 4          | 3          | 3           |           |
| 20.                                                                                                                                   | 10                          | 5          | 3          | 3           |           |
| 21.                                                                                                                                   | 8                           | 4          | 3          | 3           |           |
| 22.                                                                                                                                   | 7                           | 5          | 3          | 3           |           |
| 23.                                                                                                                                   | 7                           | 3          | 3          | 3           |           |
| 24.                                                                                                                                   | 9                           | 5          | 3          | 3           |           |
| 25.                                                                                                                                   | 10                          | 5          | 3          | 3           |           |
| 26.                                                                                                                                   | 6                           | 5          | 3          | 3           |           |
| 27.                                                                                                                                   | 6                           | 4          | 4          | 3           |           |
| 28.                                                                                                                                   | 6                           | 4          | 3          | 3           |           |
| 29.                                                                                                                                   | 6                           | 4          | 3          | 2           |           |
| 30.                                                                                                                                   | 6                           | 4          | 3          | 2           |           |
| 31.                                                                                                                                   | 10                          | 4          | 3          | 2,5         |           |

Angaben der Pflegerischen Geschäftsführung (Band 66)

Patientenbelegung tagesaktuell 24.00 Uhr.

Bei absehbaren Mehrlingsgeburten und daraus resultierenden notwendigen Personalkapazitäten wird ein pflegerischer Rufbereitschaftsdienst (RB) von SPL und KPL eingerichtet.

| <b>Stationsbelegung und Pflegepersonalbesetzung der Station 4027<br/>im Jahre 2011<br/>(ohne Hilfs- und unterstützendes Personal)</b> |                             |            |            |             |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------|------------|-------------|-----------|
| <b>August</b>                                                                                                                         |                             |            |            |             |           |
| Tag                                                                                                                                   | Belegung (Anzahl<br>Kinder) | Frühdienst | Spätdienst | Nachtdienst | Rufdienst |
| 1.                                                                                                                                    | 10                          | 5          | 4          | 4           |           |
| 2.                                                                                                                                    | 8                           | 4          | 3          | 3           |           |
| 3.                                                                                                                                    | 8                           | 4          | 3          | 3           |           |
| 4.                                                                                                                                    | 8                           | 4          | 3          | 3           | RB        |
| 5.                                                                                                                                    | 7                           | 4          | 3          | 3           | RB        |
| 6.                                                                                                                                    | 7                           | 4          | 3          | 3           | RB        |
| 7.                                                                                                                                    | 9                           | 4          | 3          | 3           | RB        |
| 8.                                                                                                                                    | 8                           | 6          | 4          | 4           | RB        |
| 9.                                                                                                                                    | 8                           | 4          | 3          | 3           | RB        |
| 10.                                                                                                                                   | 8                           | 4          | 3          | 3           | RB        |
| 11.                                                                                                                                   | 8                           | 5          | 3          | 3           | RB        |
| 12.                                                                                                                                   | 8                           | 4          | 3          | 3           | RB        |
| 13.                                                                                                                                   | 7                           | 4          | 3          | 3           | RB        |
| 14.                                                                                                                                   | 8                           | 4          | 3          | 3           | RB        |
| 15.                                                                                                                                   | 8                           | 5          | 3          | 3           | RB        |
| 16.                                                                                                                                   | 8                           | 5          | 3          | 3           | RB        |
| 17.                                                                                                                                   | 8                           | 4          | 3          | 3           | RB        |
| 18.                                                                                                                                   | 8                           | 4          | 4          | 4           | RB        |
| 19.                                                                                                                                   | 9                           | 5          | 3          | 3           | RB        |
| 20.                                                                                                                                   | 7                           | 2,5        | 2,5        | 3           | RB        |
| 21.                                                                                                                                   | 8                           | 2,5        | 2,5        | 3           | RB        |
| 22.                                                                                                                                   | 9                           | 5          | 3          | 3           | RB        |
| 23.                                                                                                                                   | 9                           | 4          | 3          | 3           | RB        |
| 24.                                                                                                                                   | 8                           | 4          | 3          | 3           | RB        |
| 25.                                                                                                                                   | 8                           | 5          | 4          | 3           | RB        |
| 26.                                                                                                                                   | 9                           | 4          | 3          | 4           | RB        |
| 27.                                                                                                                                   | 11                          | 3          | 3          | 3           |           |
| 28.                                                                                                                                   | 12                          | 3          | 3          | 3           |           |
| 29.                                                                                                                                   | 9                           | 4          | 3          | 3           | RB        |
| 30.                                                                                                                                   | 9                           | 4          | 3          | 3           | RB        |
| 31.                                                                                                                                   | 9                           | 5          | 3          | 3           | RB        |

Angaben der Pflegerischen Geschäftsführung (Band 66)

Patientenbelegung tagesaktuell 24.00 Uhr.

Bei absehbaren Mehrlingsgeburten und daraus resultierenden notwendigen Personalkapazitäten wird ein pflegerischer Rufbereitschaftsdienst (RB) von SPL und KPL eingerichtet.

| <b>Stationsbelegung und Pflegepersonalbesetzung der Station 4027<br/>im Jahre 2011<br/>(ohne Hilfs- und unterstützendes Personal)</b> |                             |            |            |             |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------|------------|-------------|-----------|
| September                                                                                                                             |                             |            |            |             |           |
| Tag                                                                                                                                   | Belegung (Anzahl<br>Kinder) | Frühdienst | Spätdienst | Nachtdienst | Rufdienst |
| 1.                                                                                                                                    | 8                           | 5          | 4          | 4           |           |
| 2.                                                                                                                                    | 9                           | 5          | 3          | 3           |           |
| 3.                                                                                                                                    | 8                           | 3          | 3          | 3           |           |
| 4.                                                                                                                                    | 7                           | 4          | 3          | 3           |           |
| 5.                                                                                                                                    | 9                           | 5          | 3          | 3           |           |
| 6.                                                                                                                                    | 8                           | 5          | 3          | 4           |           |
| 7.                                                                                                                                    | 7                           | 6          | 3          | 3           | RB        |
| 8.                                                                                                                                    | 7                           | 5          | 3          | 3           | RB        |
| 9.                                                                                                                                    | 8                           | 5          | 3          | 3           | RB        |
| 10.                                                                                                                                   | 9                           | 4          | 4          | 3           | RB        |
| 11.                                                                                                                                   | 8                           | 4          | 4          | 3           | RB        |
| 12.                                                                                                                                   | 8                           | 5          | 3          | 3           |           |
| 13.                                                                                                                                   | 9                           | 5          | 3          | 3           |           |
| 14.                                                                                                                                   | 12                          | 6          | 3          | 3           |           |
| 15.                                                                                                                                   | 10                          | 6          | 3          | 3           |           |
| 16.                                                                                                                                   | 11                          | 6          | 3          | 3           |           |
| 17.                                                                                                                                   | 9                           | 4          | 3          | 3           |           |
| 18.                                                                                                                                   | 9                           | 3          | 4          | 3           |           |
| 19.                                                                                                                                   | 9                           | 5          | 3          | 3           | RB        |
| 20.                                                                                                                                   | 10                          | 5          | 3          | 3,5         | RB        |
| 21.                                                                                                                                   | 11                          | 6          | 3          | 3           |           |
| 22.                                                                                                                                   | 13                          | 6          | 3          | 3           |           |
| 23.                                                                                                                                   | 13                          | 7          | 4          | 3           |           |
| 24.                                                                                                                                   | 12                          | 4          | 3          | 4           |           |
| 25.                                                                                                                                   | 14                          | 4          | 3          | 4           |           |
| 26.                                                                                                                                   | 14                          | 4          | 4          | 4           |           |
| 27.                                                                                                                                   | 13                          | 4          | 3          | 4           |           |
| 28.                                                                                                                                   | 13                          | 4          | 4          | 3           |           |
| 29.                                                                                                                                   | 11                          | 6          | 3          | 3           |           |
| 30.                                                                                                                                   | 11                          | 5          | 3          | 3           |           |

Angaben der Pflegerischen Geschäftsführung (Band 66)

Patientenbelegung tagesaktuell 24.00 Uhr.

Bei absehbaren Mehrlingsgeburten und daraus resultierenden notwendigen Personalkapazitäten wird ein pflegerischer Rufbereitschaftsdienst (RB) von SPL und KPL eingerichtet.

| <b>Stationsbelegung und Pflegepersonalbesetzung der Station 4027<br/>im Jahre 2011<br/>(ohne Hilfs- und unterstützendes Personal)</b> |                          |            |            |             |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------------|------------|-------------|-----------|
| Oktober                                                                                                                               |                          |            |            |             |           |
| Tag                                                                                                                                   | Belegung (Anzahl Kinder) | Frühdienst | Spätdienst | Nachtdienst | Rufdienst |
| 1.                                                                                                                                    | 10                       | 3          | 3          | 3           |           |
| 2.                                                                                                                                    | 11                       | 3          | 3          | 3           |           |
| 3.                                                                                                                                    | 9                        | 4          | 3          | 3           |           |
| 4.                                                                                                                                    | 10                       | 5          | 3          | 3           |           |
| 5.                                                                                                                                    | 11                       | 5          | 3          | 3           |           |
| 6.                                                                                                                                    | 11                       | 5          | 3          | 3           |           |
| 7.                                                                                                                                    | 11                       | 5          | 3          | 3           |           |
| 8.                                                                                                                                    | 5                        | 4          | 3          | 3           |           |
| 9.                                                                                                                                    | 10                       | 4          | 3          | 3           |           |
| 10.                                                                                                                                   | 11                       | 5          | 3          | 3           |           |
| 11.                                                                                                                                   | 10                       | 5          | 4          | 3           |           |
| 12.                                                                                                                                   | 9                        | 5          | 3          | 3           |           |
| 13.                                                                                                                                   | 9                        | 5          | 4          | 3           |           |
| 14.                                                                                                                                   | 9                        | 5          | 3          | 3           | RB        |
| 15.                                                                                                                                   | 7                        | 4          | 3          | 3           | RB        |
| 16.                                                                                                                                   | 8                        | 4,5        | 3          | 4           | RB        |
| 17.                                                                                                                                   | 8                        | 5          | 3          | 3           |           |
| 18.                                                                                                                                   | 7                        | 5          | 3          | 3           |           |
| 19.                                                                                                                                   | 7                        | 5          | 3          | 3           |           |
| 20.                                                                                                                                   | 10                       | 5          | 3          | 3           |           |
| 21.                                                                                                                                   | 11                       | 5          | 3          | 3           |           |
| 22.                                                                                                                                   | 12                       | 4          | 4          | 3           |           |
| 23.                                                                                                                                   | 10                       | 3          | 6          | 3           |           |
| 24.                                                                                                                                   | 11                       | 4          | 3          | 3,5         | RB        |
| 25.                                                                                                                                   | 12                       | 4          | 4          | 3           | RB        |
| 26.                                                                                                                                   | 11                       | 4          | 4          | 3,5         | RB        |
| 27.                                                                                                                                   | 11                       | 5          | 3          | 5           |           |
| 28.                                                                                                                                   | 11                       | 6          | 6          | 3           |           |
| 29.                                                                                                                                   | 11                       | 5          | 5          | 5           |           |
| 30.                                                                                                                                   | 13                       | 6          | 5          | 5           |           |
| 31.                                                                                                                                   | 13                       | 7          | 4          | 5           |           |

Angaben der Pflegerischen Geschäftsführung (Band 66)

Patientenbelegung tagesaktuell 24.00 Uhr.

Bei absehbaren Mehrlingsgeburten und daraus resultierenden notwendigen Personalkapazitäten wird ein pflegerischer Rufbereitschaftsdienst (RB) von SPL und KPL eingerichtet.

**Anlage 6**

| <b>Stationsbelegung und Pflegepersonalbesetzung der Station 4027 im Jahre 2012</b> |                                        |                                |                                         |                                |                                         |                                |
|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------|
| <b>Januar</b>                                                                      |                                        |                                |                                         |                                |                                         |                                |
| <b>Tag</b>                                                                         | <b>Frühschicht<br/>6.00 bis 14.00h</b> |                                | <b>Spätschicht<br/>14.00 bis 21.00h</b> |                                | <b>Nachtschicht<br/>21.00 bis 6.00h</b> |                                |
|                                                                                    | <b>Patienten-<br/>belegung</b>         | <b>Personal-<br/>besetzung</b> | <b>Patienten-<br/>belegung</b>          | <b>Personal-<br/>besetzung</b> | <b>Patienten-<br/>belegung</b>          | <b>Personal-<br/>besetzung</b> |
| 1.                                                                                 |                                        |                                |                                         |                                |                                         |                                |
| 2.                                                                                 |                                        |                                |                                         |                                |                                         |                                |
| 3.                                                                                 |                                        |                                |                                         |                                |                                         |                                |
| 4.                                                                                 |                                        |                                |                                         |                                |                                         |                                |
| 5.                                                                                 |                                        |                                |                                         |                                |                                         |                                |
| 6.                                                                                 |                                        |                                |                                         |                                |                                         |                                |
| 7.                                                                                 |                                        |                                |                                         |                                |                                         |                                |
| 8.                                                                                 |                                        |                                |                                         |                                |                                         |                                |
| Mo., 9.01.12                                                                       | 1                                      | 4                              | 1                                       | 3                              | 1                                       | 2                              |
| 10.                                                                                | 1                                      | 4                              | 1                                       | 3                              | 1                                       | 2                              |
| 11.                                                                                | 1                                      | 4                              | 1                                       | 2                              | 1                                       | 2                              |
| 12.                                                                                | 1                                      | 3                              | 1                                       | 2                              | 1                                       | 2                              |
| 13.                                                                                | 1                                      | 4                              | 1                                       | 2                              | 3                                       | 2                              |
| 14.                                                                                | 3                                      | 3                              | 3                                       | 2                              | 3                                       | 2                              |
| 15.                                                                                | 3                                      | 2                              | 3                                       | 2                              | 3                                       | 2                              |
| Mo., 16.01.12                                                                      | 3                                      | 5                              | 3                                       | 2                              | 3                                       | 2                              |
| 17.                                                                                | 3                                      | 4                              | 3                                       | 3                              | 6                                       | 2                              |
| 18.                                                                                | 6                                      | 5                              | 6                                       | 3                              | 6                                       | 2                              |
| 19.                                                                                | 6                                      | 5                              | 6                                       | 3                              | 6                                       | 2                              |
| 20.                                                                                | 5                                      | 4                              | 5                                       | 3                              | 5                                       | 3                              |
| 21.                                                                                | 5                                      | 4                              | 5                                       | 3                              | 5                                       | 3                              |
| 22.                                                                                | 5                                      | 3                              | 5                                       | 3                              | 5                                       | 3                              |
| Mo., 23.01.12                                                                      | 5                                      | 4                              | 5                                       | 3                              | 5                                       | 3                              |
| 24.                                                                                | 5                                      | 4                              | 5                                       | 3                              | 5                                       | 3                              |
| 25.                                                                                | 5                                      | 4                              | 3                                       | 3                              | 3                                       | 3                              |
| 26.                                                                                | 3                                      | 2                              | 3                                       | 3                              | 4                                       | 3                              |
| 27.                                                                                | 5                                      | 2                              | 5                                       | 2                              | 5                                       | 2                              |
| 28.                                                                                | 5                                      | 3                              | 4                                       | 3                              | 4                                       | 3                              |
| 29.                                                                                | 4                                      | 3                              | 4                                       | 3                              | 4                                       | 3                              |
| Mo., 30.01.12                                                                      | 4                                      | 3                              | 4                                       | 3                              | 4                                       | 3                              |
| 31.                                                                                | 4                                      | 3                              | 4                                       | 3                              | 5                                       | 3                              |

Angaben der Pflegerischen Geschäftsführung (Band 197).

| <b>Stationsbelegung und Pflegepersonalbesetzung der Station 4027<br/>im Jahre 2012</b> |                                        |                                |                                         |                                |                                         |                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------|
| <b>Februar</b>                                                                         |                                        |                                |                                         |                                |                                         |                                |
| <b>Tag</b>                                                                             | <b>Frühschicht<br/>6.00 bis 14.00h</b> |                                | <b>Spätschicht<br/>14.00 bis 21.00h</b> |                                | <b>Nachtschicht<br/>21.00 bis 6.00h</b> |                                |
|                                                                                        | <b>Patienten-<br/>belegung</b>         | <b>Personal-<br/>besetzung</b> | <b>Patienten-<br/>belegung</b>          | <b>Personal-<br/>besetzung</b> | <b>Patienten-<br/>belegung</b>          | <b>Personal-<br/>besetzung</b> |
| 1.                                                                                     | 7                                      | 3                              | 7                                       | 3                              | 7                                       | 3                              |
| 2.                                                                                     | 6                                      | 3                              | 4                                       | 3                              | 4                                       | 3                              |
| 3.                                                                                     | 4                                      | 3                              | 6                                       | 3                              | 6                                       | 3                              |
| 4.                                                                                     | 6                                      | 3                              | 6                                       | 3                              | 6                                       | 3                              |
| 5.                                                                                     | 6                                      | 3                              | 6                                       | 3                              | 6                                       | 3                              |
| Mo., 6.02.12                                                                           | 6                                      | 4                              | 3                                       | 3                              | 3                                       | 3                              |
| 7.                                                                                     | 3                                      | 3                              | 3                                       | 3                              | 3                                       | 3                              |
| 8.                                                                                     | 4                                      | 3                              | 3                                       | 3                              | 3                                       | 3                              |
| 9.                                                                                     | 5                                      | 3                              | 5                                       | 3                              | 5                                       | 3                              |
| 10.                                                                                    | 5                                      | 3                              | 5                                       | 3                              | 5                                       | 3                              |
| 11.                                                                                    | 5                                      | 3                              | 5                                       | 3                              | 5                                       | 3                              |
| 12.                                                                                    | 5                                      | 3                              | 6                                       | 3                              | 6                                       | 3                              |
| Mo.,<br>13.02.12                                                                       | 6                                      | 3                              | 6                                       | 3                              | 6                                       | 3                              |
| 14.                                                                                    | 6                                      | 5                              | 6                                       | 3                              | 6                                       | 3                              |
| 15.                                                                                    | 6                                      | 3                              | 6                                       | 4                              | 6                                       | 3                              |
| 16.                                                                                    | 6                                      | 4                              | 6                                       | 3                              | 7                                       | 3                              |
| 17.                                                                                    | 7                                      | 4                              | 6                                       | 3                              | 6                                       | 3                              |
| 18.                                                                                    | 7                                      | 3                              | 6                                       | 3                              | 6                                       | 3                              |
| 19.                                                                                    | 8                                      | 3                              | 8                                       | 3                              | 8                                       | 3                              |
| Mo.,<br>20.02.12                                                                       | 9                                      | 5                              | 9                                       | 3                              | 9                                       | 3                              |
| 21.                                                                                    | 9                                      | 5                              | 9                                       | 4                              | 9                                       | 4                              |
| 22.                                                                                    | 10                                     | 6                              | 10                                      | 4                              | 10                                      | 4                              |
| 23.                                                                                    | 9                                      | 5                              | 7                                       | 4                              | 7                                       | 4                              |
| 24.                                                                                    | 9                                      | 6                              | 9                                       | 4                              | 10                                      | 4                              |
| 25.                                                                                    | 10                                     | 4                              | 10                                      | 4                              | 10                                      | 5                              |
| 26.                                                                                    | 10                                     | 5                              | 10                                      | 5                              | 10                                      | 5                              |
| Mo.,<br>27.02.12                                                                       | 10                                     | 7                              | 10                                      | 5                              | 9                                       | 5                              |
| 28.                                                                                    | 8                                      | 7                              | 8                                       | 4                              | 8                                       | 5                              |
| 29.                                                                                    | 8                                      | 6                              | 7                                       | 4                              | 6                                       | 4                              |

10 STd. Dienste

10 STd. Dienste

10 STd. Dienste

Angaben der Pflegerischen Geschäftsführung (Band 197).

## Abkürzungsverzeichnis

|           |                                                                 |
|-----------|-----------------------------------------------------------------|
| a.a.O.    | am angegebenen Ort                                              |
| ABAS      | Ausschuss für biologische Arbeitsstoffe                         |
| Abs.      | Absatz                                                          |
| Art.      | Artikel                                                         |
| Aufl.     | Auflage                                                         |
| BGBI.     | Bundesgesetzblatt                                               |
| BGH       | Bundesgerichtshof                                               |
| BGHZ      | Entscheidungssammlung der Zivilsenate des<br>Bundesgerichtshofs |
| BQS       | Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH                  |
| Brem.GBl. | Gesetzblatt der Freien Hansestadt Bremen                        |
| BremLV    | Landesverfassung der Freien Hansestadt Bremen                   |
| Bspw.     | Beispielsweise                                                  |
| BT-Drs.   | Bundestagsdrucksache                                            |
| bzgl.     | bezüglich                                                       |
| bzw.      | beziehungsweise                                                 |
| ca.       | circa                                                           |
| DGHM      | Deutsche Gesellschaft für Hygiene und<br>Mikrobiologie          |
| d.h.      | das heißt                                                       |
| DNA/DNS   | Desoxyribonukleinsäure                                          |
| DRG       | Diagnosis Related Groups (Diagnosebezogene<br>Fallgruppen)      |
| E. coli   | Escherichia coli                                                |
| ESBL      | Extended-Spectrum Beta-Lactamase                                |
| f.        | folgende                                                        |
| ff.       | fortfolgende                                                    |
| g         | Gramm                                                           |

|         |                                                                                                        |
|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| GeNo    | Gesundheit Nord gGmbH                                                                                  |
| ggf.    | gegebenenfalls                                                                                         |
| gGmbH   | gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung                                                    |
| i.d.F.  | in der Fassung                                                                                         |
| i.d.R.  | in der Regel                                                                                           |
| IFSG    | Infektionsschutzgesetz                                                                                 |
| i.V.m.  | in Verbindung mit                                                                                      |
| KBE     | Koloniebildende Einheit                                                                                |
| KBM     | Klinikum Bremen-Mitte                                                                                  |
| KHEntgG | Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz) |
| KRINKO  | Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention                                             |
| ml      | Milliliter                                                                                             |
| 3MRGN   | Multiresistente gramnegative Stäbchen mit Resistenz gegen 3 der 4 Antibiotikagruppen                   |
| 4MRGN   | Multiresistente gramnegative Stäbchen mit Resistenz gegen 4 der 4 Antibiotikagruppen                   |
| MRSA    | Methicillinresistente Staphylococcus aureus                                                            |
| NJW     | Neue Juristische Wochenschrift                                                                         |
| m.w.N.  | mit weiteren Nachweisen                                                                                |
| ÖGDG    | Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst im Land Bremen (Gesundheitsdienstgesetz)                |
| PCR     | Polymerase-Kettenreaktion                                                                              |
| PEG     | Perkutane endoskopische Gastrostomie                                                                   |
| PFGE    | Pulsed-Field-Gelelektrophorese                                                                         |
| RKI     | Robert Koch-Institut                                                                                   |
| QAV     | Quaternäre Ammoniumverbindung                                                                          |
| QM      | Qualitätsmanagement                                                                                    |
| S.      | Seite                                                                                                  |

|        |                                                                                                       |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| SGB V  | Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung -                                     |
| SHV    | Sulfhydryl reagent variable                                                                           |
| spp.   | Spezies pluralis                                                                                      |
| s.u.   | siehe unten                                                                                           |
| TRBA   | Technische Regeln für biologische Arbeitsstoffe<br>im Gesundheitswesen und in der<br>Wohlfahrtspflege |
| u.a.   | unter anderem                                                                                         |
| u.Ä.   | und Ähnliches                                                                                         |
| UAG    | Gesetz über Einsetzung und Verfahren von<br>Untersuchungsausschüssen                                  |
| u.s.w. | und so weiter                                                                                         |
| Vgl.   | vergleiche                                                                                            |
| z.B.   | zum Beispiel                                                                                          |
| ZKH    | Zentralkrankenhaus                                                                                    |
| ZOP    | Zentraler Operationsraum                                                                              |
| z.T.   | zum Teil                                                                                              |