

ROBERT KOCH INSTITUT

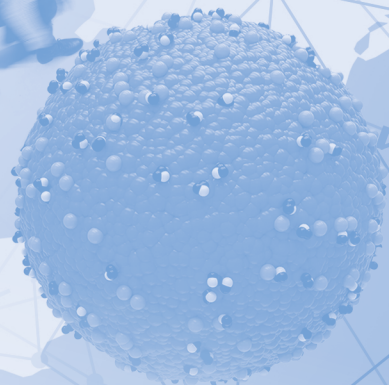


AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN
ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

15
2020

9. April 2020

Epidemiologisches Bulletin



Erfassung von SARS-CoV-2-Testzahlen

Inhalt

Erfassung der SARS-CoV-2-Testzahlen in Deutschland

3

Im Rahmen der COVID-19-Pandemie spielt die Labordiagnostik zu SARS-CoV-2 eine entscheidende Rolle. Die Bedeutung liegt nicht nur in der diagnostischen Abklärung, sondern hat eine herausragende Stellung für die Beurteilung der epidemiologischen Entwicklung und hinsichtlich Strategien zur Verlangsamung des aktuellen Geschehens in Deutschland. Daten zur Anzahl der durchgeführten Testungen zu SARS-CoV-2 sowie zur Anzahl der Personen mit den jeweiligen Testergebnissen und den Testkapazitäten werden aktuell über verschiedene Netzwerke bzw. Umfragen erhoben. Dazu gibt der Artikel einen Überblick.

Laborbasierte Surveillance SARS-CoV-2

5

Die 2008 etablierte Antibiotika-Resistenz-Surveillance (ARS) wurde für die Surveillance von SARS-CoV-2 erweitert. Über ARS werden Daten zu jedem einzelnen durchgeführten Test an das RKI übermittelt. Es werden Daten zur virologischen Diagnostik zu SARS-CoV-2 tagesaktuell elektronisch übermittelt. Die besondere Wertigkeit der laborbasierten Surveillance zu SARS-CoV-2 besteht darin, dass über ein etabliertes Surveillancesystem alle in der Routine durchgeführten Testungen erfasst werden, d. h. auch negative Befunde, und damit eine Aussage zum Umfang der in den teilnehmenden Laboren durchgeführten Diagnostik gemacht werden kann.

Stellungnahme der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) an die Bundes- und Landesärztekammer: Zur Gestaltung der Zusatzweiterbildung Krankenhaushygiene

10

Die KRINKO hat im Zusammenhang mit der Bekanntgabe der Bundesärztekammer zu Mindestanforderungen für die Zusatzweiterbildung Krankenhaushygiene eine Stellungnahme verfasst. Darin weist die KRINKO auf die besondere Bedeutung einer fundierten Qualifikation der auf dem Gebiet der Krankenhaushygiene tätigen Ärztinnen und Ärzte hin. Besonderheiten bestehen in diesem Bereich, da „Krankenhaushygienikerinnen“ und „Krankenhaushygieniker“ einen engen Bezug zu Vorgaben des IfSG und den Landeshygieneverordnungen haben.

Zur aktuellen Situation bei ARE/Influenza in der 14. KW 2020

13

Impressum

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20, 13353 Berlin
Telefon 030 18754-0

Redaktion

Dr. med. Jamela Seedat
Telefon: 030 18754-23 24
E-Mail: SeedatJ@rki.de

Redaktionsassistentz:

Francesca Smolinski
Telefon: 030 18754-24 55
E-Mail: EpiBull@rki.de
Claudia Paape, Judith Petschelt (Vertretung)

Allgemeine Hinweise/Nachdruck

Die Ausgaben ab 1996 stehen im Internet zur Verfügung:
www.rki.de/epidbull

Inhalte externer Beiträge spiegeln nicht notwendigerweise die Meinung des Robert Koch-Instituts wider.

Dieses Werk ist lizenziert unter einer [Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



ISSN 2569-5266



Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit.

Erfassung der SARS-CoV-2-Testzahlen in Deutschland

Im Rahmen der COVID-19-Pandemie spielt die Labordiagnostik zu SARS-CoV-2 eine entscheidende Rolle. Die Bedeutung liegt nicht nur in der diagnostischen Abklärung, sondern hat eine herausragende Stellung für die Beurteilung der epidemiologischen Entwicklung und hinsichtlich Strategien zur Verlangsamung des aktuellen Geschehens in Deutschland.

Es werden deutschlandweit Daten von Universitätskliniken, Forschungseinrichtungen sowie klinischen und ambulanten Laboren erfasst und wöchentlich am RKI zusammengeführt. Übermittelt werden diese über eine internetbasierte Umfrage des RKI über Voxco (RKI-Testlaborabfrage), vom Netzwerk für respiratorische Viren (RespVir), der am RKI etablierten Antibiotika-Resistenz-Surveillance oder die interne Abfrage eines Laborverbunds. Zusätzlich werden über die RKI-Testlaborabfrage und die Abfrage eines Laborverbunds die maximalen Testkapazitäten der Labore für die kommende Kalenderwoche (KW) sowie eventuelle Lieferengpässe für Reagenzien sowie Probenrückstaus erfasst. Die Testzahlen der vorangegangenen Kalenderwoche werden mittwochs im Lagebericht des RKI veröffentlicht.

Seit Beginn der Testungen in Deutschland bis einschließlich KW 13/2020 wurden bisher 918.460 Labortests erfasst, davon wurden 64.906 positiv auf SARS-CoV-2 getestet.

Bis einschließlich KW 13 haben sich 168 Labore für die RKI-Testlaborabfrage oder in einem der anderen übermittelnden Netzwerke registriert und übermitteln nach Aufruf überwiegend wöchentlich. Da Labore in der RKI-Testzahlabfrage die Tests der vergangenen Kalenderwochen nachmelden können, ist es möglich, dass sich die ermittelten Zahlen nachträglich erhöhen. Insgesamt haben sowohl die Zahl der erfassten wöchentlichen Testungen als auch der prozentuale Anteil der positiven Tests in den letzten drei Kalenderwochen zugenommen (s. Tab. 1). Hier ist zu beachten, dass die Zahl der Tests nicht mit der Zahl der getesteten Personen gleichzusetzen ist, da in den Angaben Mehrfachtestungen von Patienten enthalten sein können.

| KW 2020 | Anzahl Testungen | Positiv getestet | Anzahl übermittelnde Labore |
|--------------------------|------------------|------------------|-----------------------------|
| Bis einschließlich KW 10 | 87,863 | 2.763 (3,14%) | 48 |
| 11 | 127,457 | 7.582 (5,9%) | 114 |
| 12 | 348,619 | 23.820 (6,8%) | 152 |
| 13 | 354,521 | 30.741 (8,7%) | 143 |

Tab. 1 | Erfasste SARS-CoV-2 Testzahlen nach Kalenderwoche (KW)

Zusätzlich zur Anzahl durchgeführter Tests werden in der RKI-Testlaborabfrage und durch einen Laborverbund Angaben zur täglichen Testkapazität abgefragt. In KW 13 gaben 113 Labore an, in der kommenden Woche Kapazitäten für insgesamt 103.515 Tests pro Tag zu haben, dies entspricht je nach 5- oder 7-Tage Woche der Labore 517.575–724.505 Tests pro Woche. Insgesamt haben sich die erfassten täglichen Testkapazitäten in den letzten drei Wochen erhöht (s. Tab. 2). 86 Labore gaben für KW 13 Lieferengpässe an, betroffen sind alle Reagenzien inklusive Abstrichtupfer. Erstmals gaben in KW 13 drei Labore an, ihre Kapazitäten in der kommenden Woche aufgrund von Lieferengpässen für Reagenzien reduzieren zu müssen.

| | KW 10 | KW 11 | KW 12 | KW 13 |
|-----------------------------|-------|--------|--------|---------|
| Anzahl übermittelnde Labore | 28 | 93 | 111 | 113 |
| Testkapazität pro Tag | 7.115 | 31.010 | 64.725 | 103.515 |

Tab. 2 | Erfasste tägliche SARS-CoV-2 Testkapazitäten nach Kalenderwoche (KW)

In KW 12 gaben 41 Labore einen Rückstau von insgesamt 26.548 abzuarbeitenden Proben an, in KW 13 übermittelten 42 Labore einen Rückstau von insgesamt 31.998 Proben. Die Rückstaus können daher zurzeit theoretisch innerhalb des Folgetages abgearbeitet werden.

Autorinnen und Autoren

^{a)}Dr. Janna Seifried | ^{b)}Dr. Osamah Hamouda

^{a)} Robert Koch-Institut | Abt. 3 Infektionsepidemiologie |
FG 32 Surveillance

^{b)} Robert Koch-Institut | Abt. 3 Infektionsepidemiologie

Korrespondenz: SeifriedJ@rki.de

Vorgeschlagene Zitierweise

Seifried J, Hamouda O: Erfassung der SARS-CoV-2-
Testzahlen in Deutschland.

Epid Bull 2020;15:3–4 | DOI 10.25646/6634.2

Danksagung

Wir bedanken uns bei den teilnehmenden Laboren sowie dem Netzwerk für respiratorische Viren (RespVir), der am Robert Koch-Institut (RKI) etablierten Antibiotika-Resistenz-Surveillance (ARS) und Matthias Wetzstein und Stefan Albrecht für die Betreuung der RKI-Testlaborabfrage.

Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Laborbasierte Surveillance SARS-CoV-2

Hintergrund

Die 2008 etablierte Antibiotika-Resistenz-Surveillance (ARS) wurde für die Surveillance von SARS-CoV-2 erweitert. Im Rahmen der Surveillance kann ARS somit zur Erhebung der Anzahl durchgeführter SARS-CoV-2-Testungen beitragen. Über ARS werden Daten zu jedem einzelnen durchgeführten Test an das Robert Koch-Institut (RKI) übermittelt.

Methodik/Datenerhebung

ARS ist konzipiert als laborgestütztes Surveillance-system auf freiwilliger Basis zur kontinuierlichen Erhebung von Daten der mikrobiologischen Routine für das gesamte Spektrum klinisch relevanter Erreger. Im Rahmen des COVID-19-Geschehens in Deutschland wurde mit den Teilnehmern das Vorgehen zur einheitlichen Übermittlung der Informationen zu SARS-CoV-2 abgestimmt und die Schnittstelle zur Datenübertragung dahingehend angepasst, dass Daten zur virologischen Diagnostik zu SARS-CoV-2 tagesaktuell elektronisch übermittelt werden können. Die besondere Wertigkeit der laborbasierten Surveillance zu SARS-CoV-2 besteht darin, dass über ein etabliertes Surveillancesystem alle in der Routine durchgeführten Testungen erfasst werden, d.h. auch negative Befunde, und damit eine Aussage zum Umfang der in den teilnehmenden Laboren durchgeführten Diagnostik gemacht werden kann. Darüber hinaus können perspektivisch auch Ergebnisse aus serologischer Diagnostik übermittelt werden. Durch Informationen zum Testergebnis, zum Zeitpunkt der Probenentnahme und Testung, zum Einsender (Krankenhaus, Arztpraxis, andere Einsender), zum Stationstyp bei einsendenden Krankenhäusern (Intensivstation, Normalstation, Ambulanz), zur regionalen Zuordnung der Einsender sowie zu Alter und Geschlecht des Patienten sind auch stratifizierte epidemiologische Auswertungen möglich.

Erste Auswertungen

Für die Interpretation der Auswertungen ist zu berücksichtigen, dass die Surveillance von SARS-

CoV-2 auf der freiwilligen Teilnahme von Laboren basiert. Die aktuell an der Surveillance von SARS-CoV-2 teilnehmenden Labore stellen eine für Deutschland nicht repräsentative Stichprobe dar. Während die Abdeckung (Anteil der übermittelten an allen tatsächlich durchgeführten Tests) für einige Regionen aussagekräftige Auswertungen zulässt, müssen für andere Regionen die Auswertungen mit Vorbehalt interpretiert werden. Ziel ist es, die Reichweite der Surveillance von SARS-CoV-2 zu erhöhen (s. a. Abschnitt „Möglichkeiten der Teilnahme“).

Mit Stand 31. März 2020 nahmen 48 Labore an der Surveillance zu SARS-CoV-2 teil. Es liegen Informationen zu 213.532 Testungen vor, von denen 7,7 % ($n = 16.386$) positiv waren (s. Tab. 1). Das entspricht für die 13. KW einem Anteil von 33 % der Labore, 18,6 % der Testungen und 19,9 % der positiven Befunde, die in der Übersicht (s. S. 3 in dieser Ausgabe) berichtet wurden. Hierbei ist anzumerken, dass die Übermittlung von Daten von ARS-Teilnehmern für die Surveillance von SARS-CoV-2 für bisher nicht klassifizierte Einsender in KW 14 erweitert wird. Damit können Testungen der im Rahmen des aktuellen Geschehens neu einsendenden Institutionen, auch retrospektiv, ebenfalls in ARS abgebildet werden.

| Ergebnis | Anzahl | Anteil (%) |
|---------------|----------------|------------|
| negativ | 197.146 | 92,3 |
| positiv | 16.386 | 7,7 |
| Gesamt | 213.532 | 100 |

Tab. 1 | Anzahl und Verteilung der Tests nach Ergebnis.
Es wurden für alle Auswertungen nur Tests mit bekanntem Testergebnis berücksichtigt.

In Arztpraxen wurden 55,7 % ($n = 118.882$) der Testungen durchgeführt. Etwa ein Drittel (32,2 %) der Testungen fanden im Krankenhaus statt ($n = 68.756$), davon 46,8 % ($n = 32.191$) in den Ambulanzen, 31 % ($n = 21.327$) auf den Normalstationen, 4,5 % ($n = 3.069$) auf den Intensivstationen und 17,7 % ($n = 12.169$) im Rahmen sonstiger Behandlungsarten (s. Tab. 2, S. 6). 12,1 % der Testungen ($n = 25.894$) wurden in anderen Einrichtungen

| | Ergebnis | | Gesamt | |
|------------------|----------------|---------------|----------------|------------|
| Organisationstyp | negativ | positiv | Gesamt | Anteil (%) |
| Arztpraxis | 110.581 | 8.301 | 118.882 | 55,7 |
| Krankenhaus | 63.383 | 5.373 | 68.756 | 32,2 |
| ambulant | 29.763 | 2.428 | 32.191 | 46,8 |
| Normalstation | 19.398 | 1.929 | 21.327 | 31 |
| Intensivstation | 2.755 | 314 | 3.069 | 4,5 |
| Sonstige | 11.467 | 702 | 12.169 | 17,7 |
| Andere* | 23.182 | 2.712 | 25.894 | 12,1 |
| Gesamt | 197.146 | 16.386 | 213.532 | 100 |

Tab. 2 | Anzahl und Verteilung der Tests nach Organisationstyp.

Es wird zwischen Arztpraxen, Krankenhäusern und Andere unterschieden.

*, „Andere“ umfasst Tests von weiteren Einsendern wie Gesundheitsämter, Laboren, Teststationen für SARS-CoV-2 und nicht klassifizierten Einsendern.

abgenommen – hierbei kann es sich um andere ein-sendende Labore, Gesundheitsämter und weitere nicht klassifizierte Einsender handeln.

Im März ist eine deutliche Zunahme der Testungen in der zweiten Monatshälfte zu verzeichnen (s. Abb. 1), bei steigendem Anteil der positiven Testungen (s. Abb. 2, S. 7). Bei der regionalen Verteilung des Anteils der positiven Testungen zeigen sich die kumulativ höchsten Positivenraten in Hessen (11,8%), Baden-Württemberg (10,2%), Rheinland-Pfalz (9,6%), Nordrhein-Westfalen (9,3%) und Bayern

(8,9%) (s. Abb. 3, S. 7). Grundlage für die regionale Zuordnung ist das Bundesland des Einsenders.

Bei der Interpretation dieser Ergebnisse muss berücksichtigt werden, dass sowohl die Anzahl der Testungen sowie der Anteil der positiven Tests und deren regionale Verteilung von der Teststrategie beeinflusst wird, welche zeitlich und regional variiert.

Es liegen Testergebnisse für 195.856 Personen vor, davon 14.125 Personen (7,2 %) mit Mehrfachtestungen. Das mittlere Alter der getesteten Personen mit

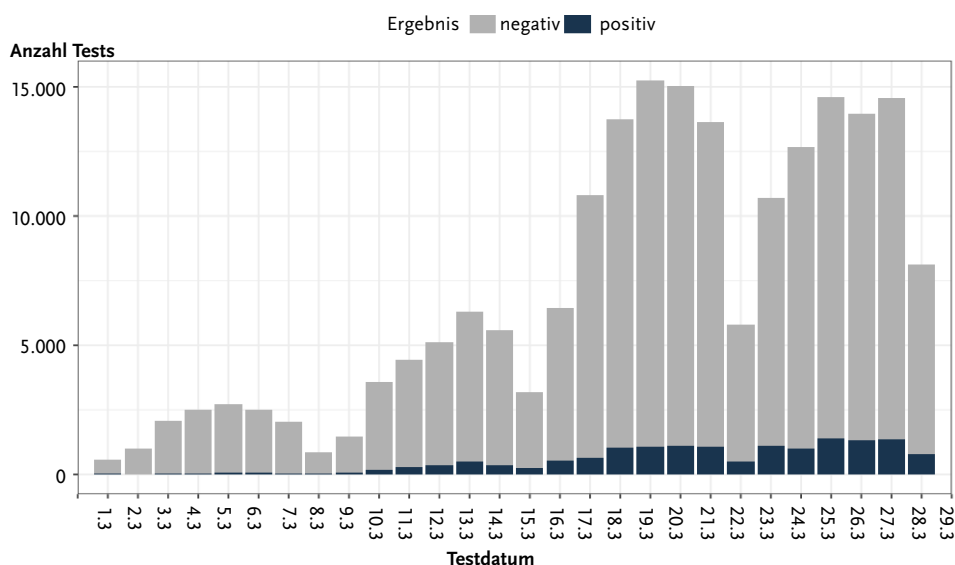


Abb. 1 | Anzahl der Tests und Verteilung der Testergebnisse nach Testdatum

Das Testdatum entspricht dem Tag der Durchführung des Tests im Labor und unterscheidet sich vom Entnahmedatum der Probe beim Patienten. Die Darstellung beschränkt sich auf die Testungen im März.

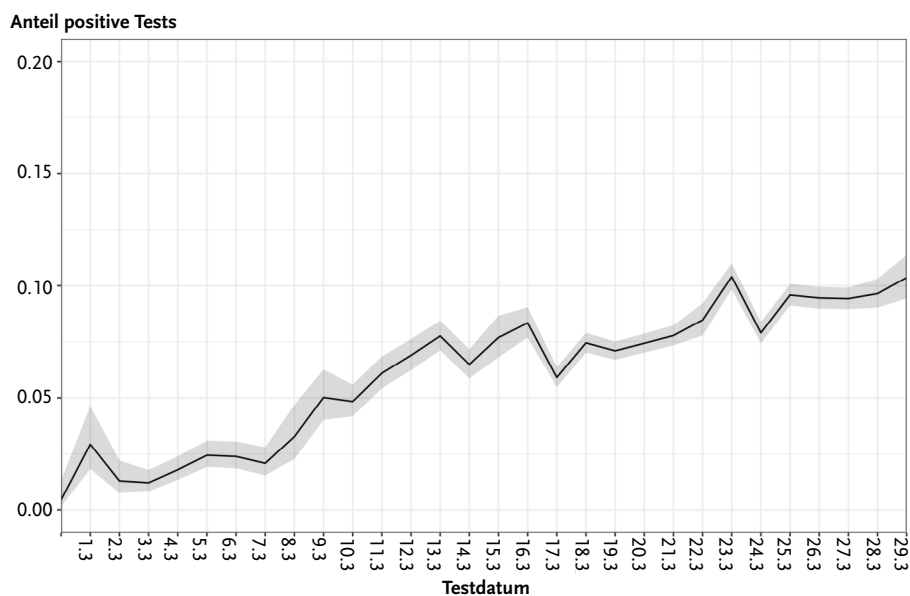


Abb. 2 | Anteil der positiven Tests nach Testdatum; grauer Bereich: 95 % Konfidenzintervall für den Anteil der positiven Tests
Dargestellt werden zum Zeitpunkt des Datenstandes übermittelte Tests mit Ergebnis

Altersangaben betrug 42 Jahre (Interquartilsabstand [IQR] 29–56 Jahre). Das mittlere Alter der positiv getesteten Personen war mit 50 Jahren (IQR 34–60 Jahre) höher als das der negativ getesteten Personen (mittleres Alter 42 Jahre, IQR 28–56 Jahre) (s. Tab. 3, S. 8). Von den getesteten Personen waren 39,7 % ($n = 77.834$) männlich, 45,1 % ($n = 88.403$ weiblich), für 15,1 % ($n = 29.611$) liegen keine Angaben zum Geschlecht vor (s. Tab. 4, S. 8).

Da die Erfassung der durchgeführten Diagnostik zu SARS-CoV-2 zur Einschätzung der Lage von großer Bedeutung ist und das Geschehen regional eine unterschiedliche Dynamik hat, ist es für aussagekräftige Auswertungen bedeutsam, die Reichweite der hier beschriebenen Surveillance von SARS-CoV-2 zu erhöhen.

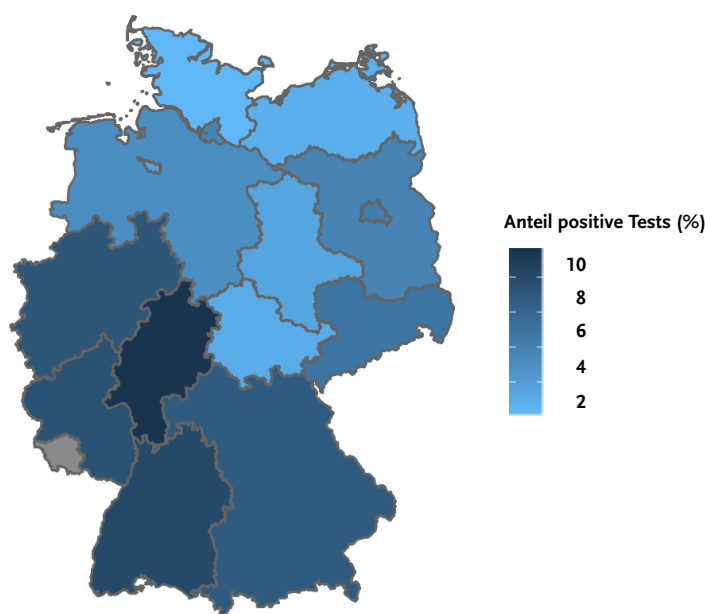


Abb. 3 | Anteil der positiven Tests nach Bundesland; bei weniger als 100 übermittelten Tests werden für das Bundesland keine Ergebnisse angezeigt.

| Ergebnis | n | Mittelwert | Minimum | Unteres Quartil | Median | Oberes Quartil | Maximum |
|---------------|----------------|-------------|----------|-----------------|-----------|----------------|------------|
| negativ | 180.709 | 42,3 | 0 | 28 | 42 | 56 | 109 |
| positiv* | 13.994 | 48,4 | 0 | 34 | 50 | 60 | 105 |
| Gesamt | 194.703 | 42,7 | 0 | 29 | 42 | 56 | 109 |

Tab. 3 | Altersverteilung der getesteten Personen nach Testergebnis

*Personen werden als positiv klassifiziert, wenn mindestens ein positiver Test vorliegt.

Für 1.152 (0,6 %) der getesteten Personen liegt keine Altersangabe vor.

Möglichkeiten zur Teilnahme an der SARS-CoV-2-Surveillance

Um allen interessierten Laboren die Teilnahme an der Surveillance zu SARS-CoV-2 zu ermöglichen, werden vom RKI zwei Wege der Datenübermittlung angeboten.

1. Datenexport mit HybaseLABOR®

Für Labore, die zur Dokumentation ihrer virologischen Diagnostik HybaseLABOR® nutzen, wird die Implementierung der ARS-Schnittstelle angeboten,

wobei die Schnittstelle ausschließlich für den Export von Daten zu SARS-CoV-2 konfiguriert wird. Die Übermittlung der Daten erfolgt pseudonymisiert und verschlüsselt. Die Teilnahme an der SARS-CoV-2-Surveillance erfolgt begrenzt für die Dauer des Geschehens. Über eine langfristige Teilnahme bei ARS kann im Verlauf frei entschieden werden.

2. Datenexport direkt aus dem Labor-Informationssystem (LIS)

Für Labore, die die Software HybaseLABOR® nicht nutzen bzw. ihre virologische Diagnostik nicht in HybaseLABOR® integriert haben, wurde eine Schnittstellendefinition entwickelt, die den Export von Daten zur Diagnostik von SARS-CoV-2 aus dem Labor-Informationssystem (LIS) ermöglicht. Dazu werden die Ergebnisse der Diagnostik nach Strukturvorgaben des RKI als XML-Datei oder in einem textbasierten Format (csv, txt) aus dem LIS exportiert. Das RKI stellt zusätzlich eine Software zur Pseudonymisierung der Patientendaten sowie zur Dateiverschlüsselung zur Verfügung. Die Übermittlung der Datei erfolgt manuell über eine gesicherte Verbindung über den Datenaustauschserver des RKI zur Transportverschlüsselung.

| Organisationstyp | Ergebnis | | | | |
|------------------|----------------|---------------|------------|----------------|------------|
| | negativ | positiv* | | | Anzahl |
| Geschlecht | n | n | % | n | % |
| Männlich | 71.526 | 6.308 | 8,1 | 77.834 | 39,7 |
| Weiblich | 83.198 | 5.205 | 5,9 | 88.403 | 45,1 |
| Divers | 8 | 0 | 0 | 8 | 0 |
| Nicht angegeben | 27.035 | 2.576 | 8,7 | 29.611 | 15,1 |
| Gesamt | 181.767 | 14.089 | 7,2 | 195.856 | 100 |

Tab. 4 | AnGeschlechtsverteilung der Patienten nach Testergebnis

*Personen werden als positiv klassifiziert, wenn mindestens ein positiver Test vorliegt.

Autorinnen und Autoren

^{a)}Alexandra Hoffmann | ^{a)}Ines Noll | ^{a)}Dr. Niklas Willrich |
^{a)}Dr. Annicka Reuss | ^{a)}Marcel Feig | ^{a)}Marc J.
Schneider | ^{a)}Dr. Tim Eckmanns | ^{b)}Dr. Osamah
Hamouda | ^{a)}Dr. Muna Abu Sin

^{a)} Robert Koch-Institut | Abt. 3 Infektionsepidemiologie |
FG 37 Nosokomiale Infektionen, Surveillance von
Antibiotikaresistenz und -verbrauch

^{b)} Robert Koch-Institut | Abt. 3 Infektionsepidemiologie

Korrespondenz: HoffmannA@rki.de

Vorgeschlagene Zitierweise

Hoffmann A, Noll I, Willrich N, Reuss A, Feig M,
Schneider MJ, Eckmanns T, Hamouda O, Abu Sin M:
Laborbasierte Surveillance SARS-CoV-2.

Epid Bull 2020;15:5–9 | DOI 10.25646/6627

Hinweis

Bei Interesse an der Teilnahme an der Surveillance zu
SARS-CoV-2 und für weiterführende Informationen
oder Fragen wenden Sie sich gerne an ars@rki.de.

Danksagung

Wir bedanken uns bei allen Laboren, die Daten zu
SARS-CoV-2 übermitteln und damit zu einer Beurtei-
lung der Lage beitragen.

Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt
besteht.

Stellungnahme der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) an die Bundes- und Landesärztekammer: Zur Gestaltung der Zusatzweiterbildung Krankenhaushygiene

Vorwort

Die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) hat im Zusammenhang mit der Bekanntgabe der Bundesärztekammer zu Mindestanforderungen für die Zusatzweiterbildung (ZWB) Krankenhaushygiene eine Stellungnahme verfasst. Diese Stellungnahme wurde am 5. März 2020 an die Bundes- und Landesärztekammern sowie an die oberen Landesgesundheitsbehörden versendet. Darin weist die KRINKO auf die besondere Bedeutung einer fundierten Qualifikation der auf dem Gebiet der Krankenhaushygiene tätigen Ärztinnen und Ärzte hin. Besonderheiten bestehen in diesem Bereich, da „Krankenhaushygienikerinnen“ und „Krankenhaushygieniker“ einen engen Bezug zu Vorgaben des Infektionsschutzgesetzes und den Landeshygieneverordnungen haben.

Stellungnahme der KRINKO

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 (8. – 11. Mai 2018 in Erfurt) hat die Mindestanforderungen für die ZWB Krankenhaushygiene verabschiedet. Als Mindestanforderung gemäß § 11 Musterweiterbildungsordnung (MWBO) werden genannt (Zitat):

- ▶ „Facharztanerkennung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung und zusätzlich;
- ▶ 200 Stunden Kurs/Weiterbildung gemäß § 4 Absatz 8 in Krankenhaushygiene, davon;
- ▶ 40 Stunden Grundkurs und anschließend;
- ▶ 160 Stunden Aufbaukurs.

Die Kursweiterbildung kann durch 12 Monate Weiterbildung unter Befugnis an Weiterbildungsstätten ersetzt werden“.

Die KRINKO hat sich mit den Mindestanforderungen der ZWB Krankenhaushygiene entsprechend dem Beschluss des Deutschen Ärztetages sowie den Weiterbildungsinhalten der ZWB mit kognitiver

und Methodenkompetenz als auch Handlungskompetenz und den angegebenen Richtzahlen von Landesärztekammern befasst.

Die KRINKO stellt fest, dass die hierin zusätzlich zur Facharztanerkennung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung genannten Mindestanforderungen von 200 Stunden Kursweiterbildung, die alternativ durch eine Weiterbildungszeit von 12 Monaten unter Befugnis an Weiterbildungsstätten erreichbar sein soll, deutlich unter den Anforderungen liegen, wie sie für die als Übergangslösung geschaffene „Curriculare Fortbildung Krankenhaushygiene“ von der Bundesärztekammer (BÄK) unter Beteiligung der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH), Deutschen Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie (DGHM) und der Gesellschaft für Hygiene, Umweltmedizin und Präventivmedizin (GHUP) festgelegt wurden. Als Rahmenbedingungen für die curriculare Fortbildung waren eine abgeschlossene Weiterbildung zu einer Fachärztin/einem Facharzt mit Patientenbezug, die Teilnahme an 200 Stunden Kursweiterbildung und zusätzlich die Übernahme der Tätigkeit als hygienebeauftragte/r Ärztin/Arzt in einer Klinik für insgesamt 24 Monate (mindestens 50 % einer Vollzeitstelle), die Teilnahme an Praktika und die regelmäßige Durchführung (z. B. einmal monatlich) von Fallkonferenzen mit einem Supervisor festgelegt.¹

Aufgrund der Erfahrungen in der Funktion von Weiterbildungsbefugten kann die jetzige Anforderung der ZWB in keiner Weise als ausreichend angesehen werden, um die Voraussetzungen für die vielfältigen Erwartungen an einer/einen kompetenten Krankenhaushygienikerin/Krankenhaushygieniker zu erfüllen. Die KRINKO hält daher eine Anpassung der Mindestanforderungen für erforderlich, um den in den KRINKO-Empfehlungen als

notwendig erachteten Anforderungen zu entsprechen. Die Kolleginnen und Kollegen, die die ZWB mit der Mindestanforderung absolviert haben, werden sonst nicht befähigt, die Tätigkeit als Krankenhaushygienikerin/Krankenhaushygieniker mit den erforderlichen Kenntnissen und Erfahrungen tatsächlich auszuüben. Auch vor dem Hintergrund, dass die fachlich definierten Anforderungen als Basis für landesrechtliche Regelungen genutzt werden, muss eine ausreichende Expertise der Maßstab sein. Grundlage für die Tätigkeit und die Anforderungen an das Wissen und die Erfahrung einer/eines Krankenhaushygienikerin/Krankenhaushygienikers ist der § 23 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG).

Hierin heißt es unter anderem:

„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 beachtet worden sind.“

Weiterhin heißt es in § 23 (8) IfSG:

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

(....)

3. Die erforderliche personelle Ausstattung mit Hygienefachkräften und **Krankenhaushygienikern** und die Bestellung von hygienebeauftragten Ärzten einschließlich bis längstens zum 31.12.2019 befristeter Übergangsvorschriften zur Qualifikation einer ausreichenden Zahl geeigneten Fachpersonals.

4. Aufgaben und **Anforderungen an Aus-, Fort- und Weiterbildung** der in der Einrichtung erforderlichen Hygienefachkräfte, **Krankenhaushygieniker** und hygienebeauftragte Ärzte“. (....)

Somit sind die Aufgaben von und die Anforderungen an Krankenhaushygienikerinnen/Krankenhaushygienikern im **Infektionsschutzgesetz** behandelt und **müssen durch die Länder festgelegt werden**.

Damit sind diese Aufgaben – anders als bei anderen Fachärztinnen/Fachärzten – nicht allein in das Ermessen der Ärztekammern bzw. der Ärzteschaft gestellt, sondern müssen den Anforderungen der Länder entsprechen, die sich hierbei wiederum auf die Empfehlungen der KRINKO beziehen.

In den Empfehlungen der KRINKO war immer davon ausgegangen worden, dass die Aufgaben der/des Krankenhaushygienikerin/Krankenhaushygienikers durch eine/einen Fachärztin/Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin bzw. einer/einem entsprechend qualifizierten Fachärztin/Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie durchgeführt werden.²

Vor dem Hintergrund der noch unzureichenden Anzahl von Fachärztinnen/Fachärzten, die die erforderliche Beratung in der Krankenhaushygiene übernehmen können, war als **Übergangslösung** die „Curriculare Fortbildung Krankenhaushygiene“ von den Fachvertretern für Hygiene in Übereinstimmung mit den Fachgesellschaften unter Einbeziehung der Bundesärztekammer vorgeschlagen worden.

Im Jahr 2016 hat die KRINKO eine Empfehlung zum Kapazitätsumfang für die Betreuung von Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen durch Krankenhaushygienikerinnen/Krankenhaushygieniker veröffentlicht,³ worin hinsichtlich deren Qualifikation in Ergänzung zu der Empfehlung der KRINKO „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“ (2009) auch Ärztinnen/Ärzte genannt werden, die die curriculare Fortbildung Krankenhaushygiene nach den Vorgaben der Bundesärztekammer in der jeweiligen Umsetzung durch die Bundesländer absolviert haben.

In dieser Empfehlung heißt es weiterhin:

„Die curriculare Fortbildung wurde mit dem Ziel geschaffen, die Lücke der derzeit nicht ausreichend verfügbaren Fachärzte mit oben aufgeführter Qualifikation [Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin bzw. einem ent-

sprechend qualifizierten Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie] zu schließen, bis ausreichend Fachärzte mit oben aufgeführter Qualifikation verfügbar sind.“

„Curricular Fortgebildete sind aufgrund ihrer Fortbildung einschließlich der Ausübung von Tätigkeiten in der Krankenhaushygiene befähigt, wesentliche Teile der Aufgaben als Krankenhaushygieniker unbefristet wahrzunehmen“.

Mittlerweile haben spätestens seit 2012 verschiedene Landesärztekammern Kriterien für die Ausbildung von curricular fortgebildeten Krankenhaushygienikerinnen/Krankenhaushygienikern beschlossen.

Die hierbei gewonnenen Erfahrungen haben gezeigt, dass für die nach IfSG notwendigen Befähigungen für eine/einen Krankenhaushygienikerin/Krankenhaushygieniker zur Wahrnehmung seiner komplexen krankenhaushygienischen Aufgaben nicht nur eine rein theoretische Ausbildung ausreichend ist, sondern praktische Erfahrungen unter Supervision einer/eines weiterbildungsberechtigten Fachärztin/Facharztes für Hygiene und Umweltmedizin bzw. einer/eines Fachärztin/Facharztes für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie gesammelt werden muss, für die ein Zeitraum von zwei Jahren erforderlich ist, in denen:

- ▶ die 200 Stunden Kurs-Weiterbildung absolviert und
- ▶ die Weiterbildungsinhalte der Zusatzweiterbildung erworben werden.

Diese Kriterien werden durch den oben genannten Beschluss des Deutschen Ärztetages nicht erfüllt.

Die KRINKO weist deshalb die Bundes- und Landesärztekammer ausdrücklich darauf hin, die entsprechenden Mindestanforderungen für die jetzt beschlossene Zusatzweiterbildung gemäß § 11 MWBO so zu ändern bzw. abzufassen, dass neben den 200 Stunden theoretischen Unterrichts in Kursen eine praktische, berufsbegleitende Weiterbildung unter der Supervision einer/eines weiterbildungsberechtigten Fachärztin/Facharztes oben aufgeführter Qualifikation vor der Absolvierung der Prüfung vor der jeweiligen Landesärztekammer gefordert werden.

Wie bereits eingangs erwähnt, ist die KRINKO aus fachlicher Sicht der Auffassung, dass ein geringer bemessener Weiterbildungsumfang den Anforderungen auch nach IfSG dieser für den Patientenschutz und die öffentliche Gesundheit so wichtigen Aufgabenwahrnehmung **nicht** gerecht wird.

Literatur

- 1 Bundesärztekammer: Ergänzende Rahmenbedingungen für die strukturierte curriculare Fortbildung Krankenhaushygiene, 15. September 2013. letzter Zugriff 2.3.2020. www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Fortbildung/Krankenhaushygiene.pdf
- 2 Exner M, Just HM: Personelle und organisatorische Voraussetzung zur Prävention und Kontrolle nosokomialer Infektionen. Bundesgesundheitsbl 2009;52:889–90
- 3 Exner M, Engelhart S, Kramer A: Empfehlung zum Kapazitätsumfang für die Betreuung von Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen durch Krankenhaushygieniker/innen. Bundesgesundheitsbl 2016;59:1179–81

Autor

Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO)

Vorgeschlagene Zitierweise

KRINKO: Stellungnahme der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) an die Bundes- und Landesärztekammer: Zur Gestaltung der Zusatzweiterbildung Krankenhaushygiene.

Epid Bull 2020;15:10–12 | DOI 10.25646/6635

Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Zur aktuellen Situation bei ARE/Influenza in der 14. Kalenderwoche (KW) 2020

Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Die Aktivität der ARE- und ILI-Raten in der Bevölkerung (GrippeWeb) ist in der 14. KW 2020 bundesweit stark gesunken. Im ambulanten Bereich wurden bei Erwachsenen und Kindern weniger Arztbesuche wegen ARE im Vergleich zur 13. KW 2020 registriert. Die Werte sind in allen Altersgruppen zurückgegangen. Die Grippewelle der Saison 2019/20 endete nach Definition der AGI-Influenza mit der 12. KW 2020.

Internationale Situation

Ergebnisse der europäischen Influenzasurveillance

Von 32 Ländern, die für die 13. KW 2020 Daten an TESSy sandten, berichteten 16 Länder über eine Aktivität unterhalb des nationalen Schwellenwertes, 12 Länder (darunter Deutschland) über eine niedrige, 3 Länder über eine moderate und ein Land (Irland) über eine hohe Influenza-Aktivität. Weitere Informationen sind abrufbar unter: www.flunewseurope.org/.

Quelle: Wochenbericht der Arbeitsgemeinschaft-Influenza des RKI für die 14. KW 2020
<https://influenza.rki.de>