

**Kleine Anfrage zur schriftlichen Beantwortung
gemäß § 46 Abs. 1 GO LT
mit Antwort der Landesregierung**

Anfrage der Abgeordneten Delia Susanne Klages (AfD)

Antwort des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung
namens der Landesregierung

Nosokomiale Infektionen und Raumluftechnik - welchen Beitrag leistet die technische Gebäudeausstattung zur Infektionsprävention?

Anfrage der Abgeordneten Delia Susanne Klages (AfD), eingegangen am 02.09.2026 -
Drs. 19/11513,
an die Staatskanzlei übersandt am 04.09.2026

Antwort des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung
namens der Landesregierung vom 05.10.2026

Vorbemerkung der Abgeordneten

Nosokomiale Infektionen gehören Fachleuten zufolge zu den wesentlichen vermeidbaren Risiken stationärer medizinischer Versorgung. Nach § 23 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) sind Krankenhäuser verpflichtet, bestimmte nosokomiale Infektionen und das Auftreten von Krankheitserregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen fortlaufend zu erfassen und zu bewerten sowie sachgerechte Schlussfolgerungen für erforderliche Präventionsmaßnahmen zu ziehen. Die Kommission für Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen und in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe (KRINKO) bezeichnet eine angemessene räumliche Gestaltung und technische Ausstattung ausdrücklich als bedeutenden Bestandteil des Maßnahmenbündels zur Reduzierung nosokomialer Infektionen.¹

Für raumluftechnische Anlagen in Gebäuden und Räumen des Gesundheitswesens bildet in Deutschland insbesondere DIN 1946-4:2018-09 mit Änderung A1:2025-11 den spezifischen technischen Bezugspunkt. Ihr Anwendungsbereich umfasst Planung, Bau, Abnahme und Betrieb von raumluftechnischen Anlagen (RLT-Anlagen) in medizinisch genutzten Gebäuden und Räumen. Auf europäischer Ebene besteht daneben mit EN 16798-1 ein allgemeiner Normenrahmen für das Innenraumklima; er liefert Eingangsparameter für die Auslegung von Heizungs-, Kühlungs- und Lüftungsanlagen, ist aber nicht als spezifischer Krankenhausstandard ausgestaltet und lässt nationale Anhänge zu. Für die Krankenhauslüftung liegt mit CEN/TS 16244:2018 eine europäische Technische Spezifikation vor. Diese legt eine gemeinsame Struktur und Terminologie für die Normung der Krankenhauslüftung fest und behandelt dabei u. a. Luftqualität, Temperatur, Feuchte, Luftmenge, Schutz vor schädlichen Agenzien, Begrenzung mikrobiellen Wachstums und Luftströmungsrichtung. Sie ist jedoch eine Technische Spezifikation beziehungsweise Vornorm und kein europaweit einheitlicher, detaillierter Raum-für-Raum-Auslegungsstandard nach Art nationaler oder außereuropäischer Regelwerke. Damit bestehen in Europa weiterhin unterschiedliche nationale Konkretisierungen der Krankenhauslüftung.²

Ein Vergleich mit ausländischen Regelwerken zeigt unterschiedliche Regelungsansätze. In den Niederlanden werden für Operationsräume abhängig von der Raumklasse konkrete Anforderungen an

¹ https://www.gesetze-im-internet.de/ifsg/_23.html; <https://www.rki.de/DE/Themen/Infektionskrankheiten/Krankenhaushygiene/KRINKO/Empfehlungen-der-KRINKO/Baulich-funktionelle-Hygiene/Baulich-funkt-Hyg.html>

² <https://www.dinmedia.de/de/norm/din-1946-4/294438653>; <https://www.dinmedia.de/de/norm/din-1946-4-a1/393932755>; <https://www.dinmedia.de/de/norm/din-en-16798-1/349622591>; <https://www.din.de/de/mitwirken/normenausschuesse/nhrs/nationale-gremien/72366/wdc-grem%3Adin21%3A54748797%21search-grem-details?masking=true>

Luftwechsel, Filtration, Luftreinheit, Temperatur und Druckhierarchie festgelegt; für Operationsräume der Klassen 1 und 2 werden mindestens HEPA-H13-Filter, für Klasse 1 mindestens 20 Luftwechsel pro Stunde vorgesehen. Die niederländische Gesundheitsaufsicht IGJ überprüft die Luftbehandlung von Operationsabteilungen anhand eines eigenen Prüfrahmens. Der niederländische Ansatz verbindet damit technische Raumluftparameter ausdrücklich mit der hygienischen Überwachung besonders sensibler Krankenhausbereiche.³

In den Vereinigten Staaten verfolgt ANSI/ASHRAE/ASHE Standard 170 einen ausgeprägten Raum-für-Raum-Ansatz. Für zahlreiche Nutzungsarten werden Außenluft- und Gesamtluftwechsel, Druckverhältnisse, Filtration, Temperatur und Feuchte gemeinsam vorgegeben. Für normale Patientenzimmer weist die ASHRAE-Dokumentation beispielsweise zwei Außenluft- und vier Gesamtluftwechsel pro Stunde sowie einen Auslegungstemperaturbereich von 21 bis 24 °C aus; für Schutz- und Isolationsbereiche gelten weitergehende Anforderungen. Im Vereinigten Königreich bildet das Health Technical Memorandum 03-01 einen spezifischen Maßstab für spezialisierte Lüftung in Einrichtungen der Akutversorgung und enthält für bestehende Systeme Anforderungen an Betrieb, Wartung und Prüfung. Auch die Australasian Health Facility Guidelines behandeln Klima- und Lüftungssysteme ausdrücklich als einen Faktor der Infektionskontrolle. Die Regelwerke unterscheiden sich damit nicht nur in einzelnen Grenzwerten, sondern auch darin, für welche Raumarten konkrete technische Parameter vorgegeben und wie Betrieb und hygienische Überprüfung einbezogen werden.⁴

Aus diesem Normenvergleich folgt für sich genommen weder, dass die deutschen Anforderungen niedriger sind, noch dass ein bestimmtes ausländisches Regelwerk generell überlegen ist. Ebenso lässt sich aus dem Vorhandensein einer Klimaanlage allein keine geringere Rate nosokomialer Infektionen ableiten. Fachlich relevant ist vielmehr, welche konkreten Anforderungen an Luftwechsel, Filtration, Luftströmung, Druckverhältnisse, Temperatur, Feuchte, Wartung und hygienische Kontrolle für die jeweiligen Krankenhausbereiche gelten und in welchem Umfang diese Anforderungen tatsächlich umgesetzt werden. Kontrollierter Luftwechsel, geeignete Filtration und definierte Luftströmungs- und Druckverhältnisse können die Konzentration und Verbreitung luftgetragener Kontamination begrenzen; fehlerhaft geplante oder betriebene Anlagen können dagegen Infektionsrisiken begünstigen. Die KRINKO hat 2025 für Rehabilitationseinrichtungen auf ein dokumentiertes Ausbruchsgeschehen hingewiesen, bei dem Kurzschlussverbindungen zwischen Zu- und Abluft, unzureichende Filtration und Luftverdriftung eine begünstigende Rolle spielten. Ein belastbarer Vergleich muss daher sowohl das normative Anforderungsniveau als auch dessen praktische Umsetzung und die infektionshygienische Überwachung erfassen.⁵

Die vorliegende Anfrage richtet sich gezielt auf die vorhandenen infektionshygienischen Surveillance-, Melde- und Überwachungsdaten und auf die Frage, ob technische Merkmale der Raumluftversorgung bei der infektionshygienischen Überwachung erfasst und mit dem Auftreten nosokomialer Infektionen oder Ausbrüche in Beziehung gesetzt werden. Ziel ist es, anhand bereits gesetzlich zu erhebender oder im Rahmen der infektionshygienischen Überwachung zugänglicher Daten zu klären, ob und an welchen Stellen ein technischer Modernisierungsbedarf besteht.

³ https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/luchtbehandeling_in_operatiekamers_en_behandelkamers/luchtbehandelingsystemen_in_de_operatiekamer/criteria_voor_luchtkwaliteit_in_de_operatiekamer.html; <https://www.igj.nl/documenten/2023/08/10/toetsingskader-luchtbehandeling-operatieafdelingen>

⁴ https://www.ashrae.org/file%20library/about/government%20affairs/advocacy%20toolkit/virtual%20packet/standard-170_2021-fact-sheet.pdf; https://ashrae.org/file%20library/technical%20resources/covid-19/si_a19_ch09healthcarefacilities.pdf; <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2021/05/HTM0301-PartA-accessible-F6.pdf>; <https://healthfacilityguidelines.com.au/sites/default/files/Part%20D%20-%20Infection%20Prevention%20and%20Control%20%28Complete%29.pdf>

⁵ https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/luchtbehandeling_in_operatiekamers_en_behandelkamers/luchtbehandelingsystemen_in_de_operatiekamer/voorkomen_van_postoperatieve_wondinfecties_powi_s_in_de_operatiekamer.html; <https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/12901/KRINKO-Empfehlung%20Infektionspr%C3%A4vention%20in%20Rehabilitationseinrichtungen%20%28002%29.pdf?isAllowed=y&sequence=1>

- 1. Wie viele Ausbrüche nosokomialer Infektionen im Sinne des § 6 Abs. 3 IfSG wurden in Niedersachsen in den Jahren 2020 bis 2025 jeweils gemeldet (bitte nach Jahr, Art der Einrichtung, betroffenem medizinischem Bereich, Erreger beziehungsweise Erregergruppe, Zahl der Erkrankten und - soweit erfasst - Zahl der Todesfälle aufschlüsseln)?**

In der **Anlage** sind die Zahlen entsprechend dargestellt, soweit dies aus den am Landesgesundheitsamt (NLGA) vorliegenden Meldedaten möglich ist.

Es wurde die Definition gemäß § 2 Abs. 8 Infektionsschutzgesetz (IfSG) zugrunde gelegt. Hierbei wurden Ausbrüche in Reha-Einrichtungen hinzugezählt, Ausbrüche in Pflegeeinrichtungen jedoch nicht.

- 2. Wie viele der in Frage 1 genannten Ausbrüche betrafen Infektionen, bei denen eine Übertragung über die Luft beziehungsweise über Aerosole fachlich möglich oder wahrscheinlich war? (bitte nach Jahr, Erreger beziehungsweise Erregergruppe, Art der Einrichtung und Zahl der betroffenen Personen aufschlüsseln und die von der Landesregierung zugrunde gelegte fachliche Abgrenzung angeben)?**

Hier wird analog auf die Tabellen zu Frage 1 verwiesen. Ob bei einer Infektion der Erreger über Aerosole oder andere Wege, z. B. Kontaktinfektion, übertragen wurde, ist in der Regel nicht feststellbar. Insofern wird die Differenzierung aufgrund der allgemeinen Eigenschaften der jeweiligen Erreger vorgenommen. Von den in Tabelle 1 aufgeführten Erregern werden Influenza, RSV, SARS-CoV-2 und Windpocken vorwiegend durch Aerosole bzw. kleinste Tröpfchen übertragen.

- 3. Welche Angaben zu räumlichen oder gebäudetechnischen Faktoren werden bei der Untersuchung eines gemeldeten nosokomialen Ausbruchs durch Gesundheitsämter beziehungsweise das Niedersächsische Landesgesundheitsamt regelhaft erhoben oder dokumentiert, insbesondere zu Lüftungsart, Luftwechsel, Filtration, Druckverhältnissen, Raumtemperatur, Luftfeuchtigkeit, Wartungszustand und festgestellten technischen Mängeln?**

Die unteren Gesundheitsbehörden ermitteln bei den meldepflichtigen nosokomialen Ausbrüchen anlassbezogen und in eigenem Ermessen. Diese Ermittlungsergebnisse sind in der gemäß IfSG vorgesehenen digitalen Fall-Übermittlung nicht berücksichtigt und stehen der Landesregierung nicht systematisch für eine Auswertung zur Verfügung.

- 4. Bei wie vielen der in Frage 1 genannten Ausbrüche wurden seit 2020 im Rahmen der Ausbruchsuntersuchung gegebenenfalls Mängel oder Auffälligkeiten an Lüftungs-, Klima- oder sonstigen raumluftechnischen Anlagen festgestellt (bitte nach Jahr, Einrichtungstyp, Art des Mangels beziehungsweise der Auffälligkeit und Erregergruppe aufschlüsseln)?**

Es wird auf die Antwort zu Frage 3 verwiesen.

- 5. Bei wie vielen der in Frage 1 genannten Ausbrüche wurden Änderungen an Lüftung, Filtration, Luftführung, Druckhaltung, Klimatisierung oder sonstiger Raumluftechnik als Abhilfemaßnahme angeordnet, empfohlen oder von der betroffenen Einrichtung umgesetzt (bitte nach Jahr, Art der Maßnahme und Einrichtungstyp aufschlüsseln)?**

Es wird auf die Antwort zu Frage 3 verwiesen.

6. Wie viele infektionshygienische Überwachungen beziehungsweise Begehungen von Krankenhäusern nach § 23 Abs. 6 IfSG wurden in Niedersachsen in den Jahren 2020 bis 2025 durchgeführt, und bei wie vielen davon war die raumluftechnische Anlage beziehungsweise deren hygienischer Betrieb Gegenstand der Prüfung (bitte nach Jahr aufschlüsseln)?

Der Landesregierung liegen aktuell nur die Zahlen der Krankenhaus-Begehungen von 2022 bis 2024 und nicht deren Prüfungsschwerpunkte vor.

2022: 51 begangene Krankenhäuser (von 181 KH insgesamt),

2023: 76 begangene KH (von 178 KH insgesamt),

2024: 87 begangene KH (von 178 KH insgesamt).

Die Auswertung für das Jahr 2025 ist noch nicht abgeschlossen.

7. Welche konkreten Prüfkriterien werden in Niedersachsen bei den in Frage 6 genannten Überwachungen für raumluftechnische Anlagen angewandt (bitte insbesondere angeben, in welchen Raumarten DIN 1946-4, VDI 6022, KRINKO-Empfehlungen oder weitere technische Regeln herangezogen werden und welche Anforderungen jeweils an Luftwechsel, Filterung, Druckverhältnisse, Temperatur, Feuchte, Wartung und hygienische Kontrolle gestellt werden)?

Der Landesregierung liegen derzeit keine Informationen dazu vor. Grundsätzlich sind die KRINKO-Empfehlungen sowie die einschlägigen Normen Grundlage für die infektionshygienische Überwachung durch die unteren Gesundheitsbehörden.

8. Wie viele Beanstandungen raumluftechnischer Anlagen oder ihres hygienischen Betriebs wurden bei den in Frage 6 genannten Überwachungen in den Jahren 2020 bis 2025 ausgesprochen (bitte nach Jahr, Art der Beanstandung, betroffener Raumart beziehungsweise Funktionsbereich und veranlasster Abhilfemaßnahme aufschlüsseln)?

Der Landesregierung liegen keine Informationen dazu vor.

9. Welche der nach § 23 Abs. 4 IfSG von niedersächsischen Krankenhäusern zu erfassen und zu bewertenden Daten zu nosokomialen Infektionen und resistenten Erregern werden bei infektionshygienischen Überwachungen durch die Gesundheitsämter eingesehen, und in welcher Form wird überprüft, ob aus auffälligen Infektionsraten sachgerechte Präventionsmaßnahmen einschließlich baulich-technischer Maßnahmen abgeleitet wurden?

Die infektionshygienische Überwachung einschließlich der Überprüfung der Surveillance gemäß § 23 IfSG liegt in der Zuständigkeit der unteren Gesundheitsbehörden. Dies schließt die Überprüfung der Surveillance-Daten ein.

Die Leitungen von Krankenhäusern 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 (§ 23 IfSG). Dies gilt insbesondere im Zusammenhang mit § 1 IfSG, wonach die Eigenverantwortung der Träger und Leiter von Gesundheitseinrichtungen (inkl. Krankenhäusern) bei der Prävention übertragbarer Krankheiten verdeutlicht und gefördert werden soll.

Die Leitungen haben dabei sicherzustellen, dass die baulich-funktionellen, betrieblich-organisatorischen sowie personell-fachlichen Voraussetzungen für die Einhaltung der dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechenden Regeln der Hygiene geschaffen und die nach dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft erforderlichen Maßnahmen der Hygiene umgesetzt

werden (§ 2 der Niedersächsischen Verordnung über Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen (NMedHygVO)). Der Stand der medizinischen Wissenschaft wird vermutet, wenn die Empfehlungen der Kommission für Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen und in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe (KRINKO) beim Robert Koch-Institut (RKI) umgesetzt werden. Daneben geben Normen wie die DIN 1946-4 und VDI 6022 den Stand der baulich-funktionellen Standards wieder. Hinsichtlich der personell-fachlichen Voraussetzungen gibt § 3 NMedHygVO vor, dass Hygienefachpersonal in ausreichender Zahl einzusetzen ist.

Nach § 4 NMedHygVO hat die Leitung einer medizinischen Einrichtung sicherzustellen, dass frühzeitig erkannt wird, ob von einer Patientin oder einem Patienten ein Risiko für die Weiterverbreitung von Krankheitserregern, insbesondere solcher mit Resistenzen, ausgeht. Sie hat außerdem sicherzustellen, dass bei Vorliegen eines solchen Risikos

1. unverzüglich Maßnahmen der Hygiene und Infektionsprävention ergriffen werden und
2. das Risiko und die Maßnahmen so dokumentiert werden, dass das Personal leicht und sicher erkennen kann, welche besonderen Schutzmaßnahmen beim weiteren Umgang mit der Patientin oder dem Patienten zu treffen sind.

Die Leitungen von Krankenhäusern haben sicherzustellen, dass die nach 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. Die Aufzeichnungen sind zehn Jahre nach deren Anfertigung aufzubewahren. Der zuständigen Gesundheitsbehörde ist auf Verlangen Einsicht in die Aufzeichnungen, Bewertungen und Schlussfolgerungen zu gewähren.

10. In wie vielen Fällen führten auffällige Surveillance-Daten nach § 23 Abs. 4 IfSG in den Jahren 2020 bis 2025 nach Kenntnis der Landesregierung zu einer Überprüfung oder Veränderung baulich-technischer beziehungsweise raumluftechnischer Bedingungen (bitte nach Jahr und Art der Maßnahme aufschlüsseln; soweit die Angaben nicht zentral vorliegen, bitte die Erkenntnisse der zuständigen Gesundheitsbehörden zusammenführen)?

Der Landesregierung liegen keine Informationen dazu vor.

11. Welche standardisierten Datenfelder oder Dokumentationsvorgaben verwenden die niedersächsischen Gesundheitsbehörden bei Ausbruchsuntersuchungen und Krankenhausbegehungen, die eine nachträgliche Auswertung des Zusammenhangs zwischen nosokomialen Infektionsgeschehen und raumluftechnischen Merkmalen ermöglichen (bitte die einschlägigen Erhebungsbögen, Prüfkataloge oder Datenfelder benennen)?

Die Arbeitsgruppe Krankenhaushygiene des Fachausschusses Infektionsschutz im Landesverband Niedersachsen der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. hat in Zusammenarbeit mit dem NLGA einige Selbstauskunftsbögen und Checklisten für die infektionshygienische Überwachung von (Teil-) Bereichen von Krankenhäusern entwickelt und auf der NLGA-Homepage veröffentlicht.

Im Allgemeinen Teil der Selbstauskunft werden Daten zum Vorhandensein von zentralen oder dezentralen RLT-Anlagen sowie die Ergebnisse der Hygieneüberprüfungen (durch den Betreiber/Leiter selbst zu veranlassen) erfasst. In dem Zusammenhang können die Protokolle der Hygieneüberprüfungen sowie der Wartungen eingesehen werden. Für die patientennahen Bereiche werden in Selbstauskunftsbögen Fragen zu den Isoliereinheiten, dem Vorhandensein einer RLT-Anlage sowie ihrer Filterstufen gestellt. In der Checkliste für die Begehung von Operationseinheiten werden die Raumklassen der OP- und Nebenräume sowie die Ergebnisse der hygienischen Überprüfungen abgefragt.

Die Verwendung dieser Dokumente ist freiwillig, weshalb dem NLGA derzeit keine Informationen zu den Ergebnissen vorliegen.

12. Wie unterscheiden sich die in Deutschland für Krankenhäuser maßgeblichen Anforderungen der DIN 1946-4 einschließlich ergänzend herangezogener Regelwerke von den in der Vorbemerkung genannten niederländischen Vorgaben, ANSI/ASHRAE/ASHE Standard 170, HTM 03-01 und den Australasian Health Facility Guidelines (bitte für normale Patientenzimmer, Intensivbereiche, Isolierzimmer und Operationsbereiche jeweils Luftwechsel, Außenluftanteil, Filtration, Druckverhältnisse, Temperatur beziehungsweise aktive Temperierung, Luftfeuchtigkeit, Wartungs- und Prüfanforderungen sowie den jeweiligen rechtlichen beziehungsweise normativen Verbindlichkeitsgrad tabellarisch gegenüberstellen)?

Der DIN vertritt die deutschen Interessen in der europäischen Normung bei CEN und in der internationalen Normung bei ISO. Die vorgenannten Regelwerke, bzw. Vorgaben sind weder dem CEN noch der ISO zuzuordnen. Wenn Normen zum Inhalt von Verträgen werden oder wenn der Gesetzgeber ihre Einhaltung vorschreibt, werden Normen bindend. In Deutschland ist die DIN 1946-4 in den baulichen Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) als Stand der Technik verankert. Ihr Anwendungsbereich umfasst Planung, Bau, Abnahme und Betrieb von raumluftechnischen Anlagen in medizinisch genutzten Gebäuden und Räumen.

Die in den Vorbemerkungen für die Niederlande genannten Anforderungen sind die gleichen wie in Deutschland, die Raumklasse I wird in Deutschland jedoch für OP-Räume noch weiter unterteilt in Raumklasse Ia und Ib. Die Entscheidung hierüber trifft der/die Krankenhaushygieniker/in über eine Risikoabwägung unter Berücksichtigung des Operationsspektrums.

Für die RLT-Anlagen der hygienerelevanten Räume der unterschiedlichen Funktionsstellen werden die in der DIN 1946-4, Tab.1 aufgeführten Mindestanforderungen an die Raumluf zugrunde gelegt. Bei der Auslegung der Luftvolumenströme sowie deren Konditionierung werden thermische Lasten sowie Emissionsquellen mitberücksichtigt. Besondere hygienische Anforderungen an die Raumluf/Raumluftechnik sind in Niedersachsen über eine Risikoabwägung durch den/die Krankenhaushygieniker/in entsprechend den Empfehlungen der KRINKO zu dokumentieren und umzusetzen.

Für die Abnahme, technisch wie auch hygienisch, sowie die periodisch hygienischen Prüfungen wird die DIN 1946-4 und/oder die VDI 6022 zugrunde gelegt.

13. Bei welchen der in Frage 12 verglichenen technischen Parameter liegen die in Deutschland regelmäßig zugrunde gelegten Anforderungen nach Bewertung der Landesregierung unter, auf oder über dem Niveau der jeweiligen ausländischen Anforderungen (bitte für jeden Raumtyp und Parameter getrennt begründen und dabei zwischen dem normativen Anforderungsniveau und der tatsächlichen technischen Ausstattung der Einrichtungen unterscheiden)?

Die Landesregierung hat keine eigene vergleichende Analyse der in Frage 12 genannten Regelwerke durchgeführt. Daher können weder die einzelnen technischen Parameter noch die jeweiligen Raumtypen systematisch dahingehend bewertet werden, ob die in Deutschland regelmäßig zugrunde gelegten Anforderungen unter, auf oder über dem Niveau der jeweiligen ausländischen Anforderungen liegen.

Auch eine belastbare Gegenüberstellung zwischen den normativen Anforderungen und der tatsächlichen technischen Ausstattung der Einrichtungen ist der Landesregierung nicht möglich, da hierzu keine entsprechenden, länderübergreifend vergleichbaren Daten vorliegen.

14. Welche konkreten Mindestanforderungen ergeben sich aus EN 16798-1 und CEN/TS 16244:2018 für Krankenhäuser hinsichtlich Raumtemperatur beziehungsweise aktiver Temperierung, Luftwechsel, Außenluftanteil, Filtration, Luftfeuchtigkeit und Druckverhältnissen, und welche dieser Parameter werden durch die europäischen Regelwerke nicht oder nicht krankenhausspezifisch festgelegt (bitte für normale Patientenzimmer, Intensivbereiche, Isolierzimmer und Operationsbereiche getrennt darstellen)?

Für die Krankenhauslüftung bietet die CEN/TS 16244:2018 lediglich den Rahmen und die Struktur für die Teile der zukünftig geplanten EN - Norm „Lüftung in Krankenhäusern“. Die Entwicklung der Norm erfolgt auf der Basis dieses Rahmens. Sie gibt einen Überblick über den Anwendungsbereich und enthält die vorläufigen Definitionen, die in der zukünftigen Norm zu verwenden sind. Die DIN EN 16798-1 gilt für die Auslegung von raumluftechnischen Anlagen und gibt hierfür verschiedene Behaglichkeitskategorien vor. Ziel der EN 16798-1 ist eine bedarfsgerechte und energieeffiziente Be- und Entlüftung von Gebäuden umzusetzen.

Dieses Ziel wird in Niedersachsen auch unter Anwendung der DIN 1946-4 durch die Entwicklung von ganzheitlich aufgestellten Energiekonzepten passend zu den geplanten Baumaßnahmen der Liegenschaften unter Berücksichtigung der Raumluftechnik und der hygienischen Anforderungen erfüllt, verbunden mit dem Ziel, die niedersächsischen Krankenhäuser funktional qualitativ hochwertig, bedarfsgerecht und wirtschaftlich betreibbar aufzustellen. Bei Erfordernis werden Energiekonzepte und Gebäude über eine thermische Simulation weiter optimiert.

15. In welchen Punkten gehen DIN 1946-4, die in Frage 12 genannten ausländischen Regelwerke oder sonstige von der Landesregierung als fachlich maßgeblich bewertete Krankenhausstandards über EN 16798-1 beziehungsweise CEN/TS 16244:2018 hinaus, und hält die Landesregierung den gegenwärtigen europäischen Normenrahmen vor diesem Hintergrund für ausreichend, um einen europaweit vergleichbaren zeitgemäßen technischen Ausstattungssstandard der Krankenhauslüftung und Raumtemperierung sicherzustellen (bitte anhand der einzelnen technischen Parameter begründen)?

Bei den Anforderungen an die Luftqualität wird auf die bestehenden Normen verwiesen, d. h. für Deutschland die Anwendung der DIN 1946-4. In einigen europäischen und nichteuropäischen Ländern wird in Anlehnung an die DIN 1946-4 geplant. Gleiches gilt für die KRINKO-Empfehlungen.

Die Landesregierung hat keine eigene Analyse der einzelnen technischen Parameter der genannten Normen vorgenommen. Daher liegen keine Erkenntnisse vor, die eine Bewertung im Sinne der Fragestellung ermöglichen würden.

16. Welche Auswertungen der in den Fragen 1 bis 11 bezeichneten vorhandenen Melde-, Surveillance-, Begehungs- und Ausbruchsdaten kann die Landesregierung vornehmen, um zu prüfen, ob Krankenhäuser beziehungsweise Funktionsbereiche mit beanstandeter oder technisch unzureichender Raumlufversorgung häufiger von luft- beziehungsweise aerosolübertragbaren nosokomialen Ausbrüchen betroffen waren (bitte die hierfür vorhandenen Datenbestände, Verknüpfungsmöglichkeiten und datenschutzrechtlich zulässigen Auswertungsschritte konkret darstellen)?

Es gibt keine landesweit standardisierte Erfassung und Zusammenführung von Daten zu technischen Beanstandungen der Raumlufversorgung. Deshalb ist eine entsprechende Auswertung nicht möglich.

- 17. Beabsichtigt die Landesregierung, die vorhandenen Daten zu nosokomialen Ausbrüchen, infektionshygienischen Begehungen und Beanstandungen raumluftechnischer Anlagen künftig landesweit so auszuwerten, dass mögliche Zusammenhänge zwischen technischer Gebäudeausstattung und Infektionsgeschehen erkennbar werden? Falls ja, ab wann und anhand welcher Kennzahlen? Falls nein, aus welchen fachlichen Gründen hält sie eine solche Auswertung trotz der gesetzlichen Surveillance- und Überwachungsaufgaben für entbehrlich?**

Eine landesweit standardisierte Erfassung und Zusammenführung von Daten zu technischen Beanstandungen der Raumlufversorgung ist derzeit nicht beabsichtigt.

Anlage

Anhang zu Kleine Anfrage 19/11513, Frage 1

Pro Jahr sind die Erreger aufgeführt, bei denen es zu Ausbrüchen gekommen ist.

2025												
Erreger	Gesamtzahlen			Krankenhäuser			Medizinischen Einrichtungen			Reha-Einrichtung		
	Ausbrüche gesamt	Fälle gesamt	Verstorben Gesamt	KH Ausbrüche	KH Fälle	KH Verstorben	MB Ausbrüche	MB Fälle	MB Verstorben	RE Ausbrüche	RE Fälle	RE Verstorben
NOV	50	199	2	44	185	2	0	0	0	6	14	0
CVD	56	256	5	53	246	5	0	0	0	3	10	0
EBC	3	9	0	2	7	0	1	2	0	0	0	0
INV	58	336	12	57	334	12	0	0	0	1	2	0
RSV	3	9	0	3	9	0	0	0	0	0	0	0
RTV	7	41	1	6	40	1	1	1	0	0	0	0
Gesamtergebnis	177	850	20	165	821	20	2	3	0	10	26	0

2024												
Erreger	Gesamtzahlen			Krankenhäuser			Medizinischen Einrichtungen			Reha-Einrichtung		
	Ausbrüche gesamt	Fälle gesamt	Verstorben Gesamt	KH Ausbrüche	KH Fälle	KH Verstorben	MB Ausbrüche	MB Fälle	MB Verstorben	RE Ausbrüche	RE Fälle	RE Verstorben
NOV	53	221	3	50	217	3	0	0	0	3	4	0
ACB	1	2	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0
CVD	88	370	14	83	355	14	0	0	0	5	15	0
EBC	3	10	2	3	10	2	0	0	0	0	0	0
INV	18	84	1	17	83	1	0	0	0	1	1	0
RTV	2	11	0	0	0	0	0	0	1	2	11	0
SAL	1	3	0	1	3	0	0	0	2	0	0	0
GESAMT	166	701	20	155	670	20	0	0	3	11	31	0

2023												
Erreger	Gesamtzahlen			Krankenhäuser			Medizinischen Einrichtungen			Reha-Einrichtung		
	Ausbrüche gesamt	Fälle gesamt	Verstorben Gesamt	KH Ausbrüche	KH Fälle	KH Verstorben	MB Ausbrüche	MB Fälle	MB Verstorben	RE Ausbrüche	RE Fälle	RE Verstorben
NOV	31	173	2	30	170	2	0	0	0	1	3	0
CVD	97	640	29	88	606	29	0	0	0	9	34	29
EBC	1	3	1	1	3	1	0	0	0	0	0	1
RTV	3	10	0	0	0	0	0	0	0	3	10	0
GESAMT	132	826	32	119	779	32	0	0	0	13	47	30

2022	Gesamtzahlen			Krankenhäuser			Medizinischen Einrichtungen			Reha-Einrichtung		
Erreger	Ausbrüche gesamt	Fälle gesamt	Verstorben Gesamt	KH Ausbrüche	KH Fälle	KH Verstorben	MB Ausbrüche	MB Fälle	MB Verstorben	RE Ausbrüche	RE Fälle	RE Verstorben
NOV	18	97	1	18	97	1	0	0	0	0	0	0
CVD	95	718	40	79	627	39	13	72	1	3	19	0
EBC	1	8	1	1	8	1	0	0	0	0	0	0
INV	9	48	0	9	48	0	0	0	0	0	0	0
RTV	2	4	0	1	2	0	0	0	0	1	2	0
GESAMT	125	875	42	108	782	41	13	72	1	4	21	0

2021	Gesamtzahlen			Krankenhäuser			Medizinischen Einrichtungen			Reha-Einrichtung		
Erreger	Ausbrüche gesamt	Fälle gesamt	Verstorben Gesamt	KH Ausbrüche	KH Fälle	KH Verstorben	MB Ausbrüche	MB Fälle	MB Verstorben	RE Ausbrüche	RE Fälle	RE Verstorben
NOV	11	62	0	10	61	0	0	0	0	1	1	0
CVD	70	581	84	63	562	82	4	12	2	3	7	0
EBC	6	125	41	6	125	41	0	0	0	0	0	0
Gesamt	87	768	125	79	748	123	4	12	2	4	8	0

2020	Gesamtzahlen			Krankenhäuser			Medizinischen Einrichtungen			Reha-Einrichtung		
Erreger	Ausbrüche gesamt	Fälle gesamt	Verstorben Gesamt	KH Ausbrüche	KH Fälle	KH Verstorben	MB Ausbrüche	MB Fälle	MB Verstorben	RE Ausbrüche	RE Fälle	RE Verstorben
NOV	25	91	1	22	78	1	2	9	0	1	4	4
CVD	47	735	112	42	634	106	1	4	0	4	97	97
INV	9	63	2	9	63	2	0	0	0	0	0	0
Gesamt	81	889	115	73	775	109	3	13	0	5	101	101

Legende

NOV	Norovirus
ACB	Acinetobacter
CVD	(Corona-Virus-Disease), Sars-CoV-2
EBC	Enterobacterales
INV	Influnza Virus
RTV	Rotavirus
SAL	Salmonella