

**Kleine Anfrage zur schriftlichen Beantwortung
gemäß § 46 Abs. 1 GO LT**

Abgeordnete Delia Susanne Klages (AfD)

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

Anfrage der Abgeordneten Delia Susanne Klages (AfD) an die Landesregierung, eingegangen am 02.09.2026

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 unter anderem 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 außer-europäischer 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 Luftwechsel, Filterung, 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

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>

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.

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)?

³ https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/luchtbehandeling_in_operatiekamers_en_behandelkamers/luchtbehandelingsystemen_in_de_operatiekamer/criteria_voor_luchtkwaliteit_in_de_operatiekamer.html; <https://www.igi.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_a_19_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://richtlijnendatabase.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>

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)?
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?
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)?
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)?
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)?
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)?
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)?
9. Welche der nach § 23 Abs. 4 IfSG von niedersächsischen Krankenhäusern zu erfassenden 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?
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)?
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)?

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)?
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)?
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)?
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 Ausstattungsstandard der Krankenhauslüftung und Raumtemperierung sicherzustellen (bitte anhand der einzelnen technischen Parameter begründen)?
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 Raumlufthversorgung häufiger von luft- beziehungsweise aerosolübertragbaren nosokomialen Ausbrüchen betroffen waren (bitte die hierfür vorhandenen Datenbestände, Verknüpfungsmöglichkeiten und datenschutzrechtlich zulässigen Auswertungsschritte konkret darstellen)?
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?