



Schriftliche Anfrage

der Abgeordneten **Christian Klingen, Ralf Stadler AfD**
vom 26.02.2021

Hygiene bei Reinigungsarbeiten in Altenheimen und Krankenhäusern

In Deutschland sterben nach Schätzungen des Bundesministeriums für Gesundheit jährlich 15000 Menschen an multiresistenten Krankenhauskeimen. Hunderttausende werden mit diesen Keimen infiziert. Grund: mangelnde Hygiene in vielen deutschen Krankenhäusern, mangelhafte Schulung von Reinigungspersonal.

Ich frage die Staatsregierung:

- | | | |
|-----|--|---|
| 1.1 | Wie viele Krankenhauspatienten werden jährlich in Bayern durch multi-resistente Krankenhauskeime infiziert? | 2 |
| 1.2 | Wie viele Krankenhauspatienten sterben jährlich in Bayern an multiresistenten Krankenhauskeimen? | 2 |
| 1.3 | Welche Hygienemaßnahmen werden getroffen, um derartige Infektionen in Krankenhäusern zu vermeiden? | 3 |
| 2.1 | Welche Vorsorgemaßnahmen in Bezug auf Corona müssen von den Krankenhausbetreibern getroffen werden, um bei Reinigungsarbeiten keine Keime in Altenheimen und Krankenhäusern zu tragen? | 4 |
| 2.2 | Inwieweit muss das Reinigungspersonal an Corona angepasst, neu geschult und überprüft werden? | 4 |
| 2.3 | Welche neuen Vorgaben gibt es nun seit Corona für Reinigungsunternehmen, die in Krankenhäusern eingesetzt werden? | 5 |
| 3.1 | Gibt es verpflichtend neue angepasste Vorschriften für Hygienebeauftragte in Krankenhäusern und Kliniken? | 5 |
| 3.2 | Wenn ja, wurden diese Vorschriften wegen Corona verschärft? | 5 |
| 3.3 | Wenn nein, warum nicht? | 5 |
| 4.1 | Sind die Hygienevorschriften für Reinigungskräfte verschärft worden? | 5 |
| 4.2 | Wenn ja, was wurde geändert? | 5 |
| 4.3 | Wenn nein, warum wurde nichts geändert? | 5 |
| 5.1 | Gibt es Untersuchungen dahin gehend, dass die meisten Infektionen – auch mit dem Coronavirus – in Altenheimen und Krankenhäusern erfolgen? | 6 |
| 5.2 | Wie sehen die Ergebnisse aus? | 6 |
| 5.3 | Wenn nein, warum nicht? | 6 |
| 6. | Welche Maßnahmen zieht die Staatsregierung in Betracht, um die Infektion mit Krankenhauskeimen zu reduzieren? | 6 |
| 7. | Wie gut ist die Ausstattung von Notfallantibiotika, welche bei einer Erkrankung durch multiresistente Krankenhauskeime zum Einsatz kommen? | 6 |

Hinweis des Landtagsamts: Zitate werden weder inhaltlich noch formal überprüft. Die korrekte Zitierweise liegt in der Verantwortung der Fragestellerin bzw. des Fragestellers sowie der Staatsregierung.

Antwort

des Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege
vom 29.04.2021

- 1.1 Wie viele Krankenhauspatienten werden jährlich in Bayern durch multi-resistente Krankenhauskeime infiziert?**
1.2 Wie viele Krankenhauspatienten sterben jährlich in Bayern an multiresistenten Krankenhauskeimen?

Gemäß § 7 Infektionsschutzgesetz (IfSG) sowie §§ 2 und 3 der IfSG-Meldepflicht-Anpassungsverordnung (IfSGMeldAnpV) müssen derzeit folgende Erregergruppen mit Multiresistenzen vom untersuchenden Labor an das zuständige Gesundheitsamt gemeldet werden:

- *Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus (MRSA)*; Meldepflicht für den Nachweis aus Blut oder Liquor nach § 1 Labormeldepflicht-Anpassungsverordnung (Lab-MeldAnpV), in Kraft seit 2009, und § 2 Nr. 2 IfSGMeldAnpV (Erweiterung des § 7 IfSG, die seit Mai 2016 in Kraft ist),
- *Enterobacteriaceae* mit Carbapenem-Nichtempfindlichkeit bei Infektion (Eindringen von Krankheitskeimen in eine Wunde und Auslösen von Entzündungen) oder Kolonisation (Besiedlung der Haut und Schleimhäute durch Krankheitskeime) in den Fällen nach § 2 Nr. 2 IfSGMeldAnpV (Erweiterung des § 7 IfSG, in Kraft seit Mai 2016),
- *Acinetobacter species* mit Carbapenem-Nichtempfindlichkeit bei Infektion oder Kolonisation in den Fällen nach § 2 Nr. 3 IfSGMeldAnpV Erweiterung des § 7 IfSG (in Kraft seit Mai 2016).

Die Daten zum Auftreten von Multiresistenten Erregern (MRE) in Bayern werden im Rahmen der Meldepflicht von den Gesundheitsämtern aus datenschutzrechtlichen Gründen anonymisiert an die Meldezentrale am Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) und von dort weiter an das Robert-Koch-Institut (RKI) übermittelt. Aus diesen Daten können daher weder am LGL noch am RKI Informationen entnommen werden, von welchem Krankenhaus jeweils der Nachweis von MRE gemeldet wurde.

Des Weiteren kann nicht differenziert werden, ob es sich um die erste Meldung eines MRE-Nachweises bei einem Patienten oder ob es sich um eine erneute Meldung (z. B. bei wiederholten Krankenhausaufenthalten) beim gleichen Patienten handelt. Zudem kann nicht unterschieden werden, ob bei einem Patienten das Auftreten nur eines MRE oder ggf. verschiedener MRE festgestellt wurde. Aus der Anzahl der übermittelten Fälle kann daher nicht auf die Anzahl der betroffenen Patienten geschlossen werden.

Die dem LGL vorliegenden Daten zu MRSA sind für den Zeitraum 2010–2021 (für 2021 nur MW 1–8) und zu Carbapenem-nichtempfindlichen Erregern für den Zeitraum 2017–2021 (für 2021 nur MW 1–8) in den nachstehenden Tabellen 1, 2 und 3 aufgeführt. Da es sich um Erreger mit Resistenzen gegenüber Reserveantibiotika handelt, können keine Rückschlüsse auf die Gesamtsituation bezüglich MRE in bayerischen Krankenhäusern gezogen werden.

Tabelle 1: Anzahl der übermittelten MRSA-Nachweise aus Blut oder Liquor in Bayern sowie davon Anzahl Fälle mit Angabe „Tod an der gemeldeten Krankheit“ in den Jahren 2010–2021 (2010–2020: ganze Jahre; 2021: MW 1–8, Datenstand 01.03.2021; Datenquelle SurvNet, Fälle gemäß Referenzdefinition des RKI)

Meldejahr	Anzahl	Anzahl Tod an gemeldeter Krankheit
2010	553	24
2011	434	34
2012	362	24
2013	359	22
2014	258	13
2015	238	20
2016	191	9
2017	211	10
2018	188	16
2019	194	11

Meldejahr	Anzahl	Anzahl Tod an gemeldeter Krankheit
2020	73	4
2021	14	1

Tabelle 2: Anzahl der übermittelten Carbapenem-nichtempfindlichen Erreger in der Meldekategorie „Acinetobacter“ in Bayern nach Angaben zum „Infektionsstatus“ sowie Anzahl der Fälle mit Angabe „Tod an der gemeldeten Krankheit“ in den Jahren 2017–2021 (2017–2020: ganze Jahre; 2021: MW 1–8, Datenstand 01.03.2021; Datenquelle SurvNet, Fälle gemäß Referenzdefinition des RKI)

Meldejahr	infiziert	kolonisiert	NE*	Tod an gemeldeter Krankheit
2017	9	22	27	1
2018	33	41	29	0
2019	20	28	32	0
2020	13	11	22	1
2021	1	0	8	0

*NE – nicht ermittelbar/nicht erhoben

Tabelle 3: Anzahl der übermittelten Carbapenem-nichtempfindlichen Erreger in der Meldekategorie „Enterobacteriaceae“ in Bayern nach Angaben zum „Infektionsstatus“ sowie Anzahl Fälle mit Angabe „Tod an der gemeldeten Krankheit“ in den Jahren 2017–2021 (2017–2020: ganze Jahre; 2021: MW 1–8, Datenstand 01.03.2021; Datenquelle SurvNet, Fälle gemäß Referenzdefinition des RKI)

Meldejahr	infiziert	kolonisiert	NE*	Tod an gemeldeter Krankheit
2017	54	103	123	2
2018	117	190	158	6
2019	169	244	202	2
2020	87	133	181	5
2021	10	4	46	1

*NE – nicht ermittelbar/nicht erhoben

1.3 Welche Hygienemaßnahmen werden getroffen, um derartige Infektionen in Krankenhäusern zu vermeiden?

Das RKI gibt regelmäßig aktualisierte Leitlinien heraus, die von der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim RKI entwickelt werden und als verbindliche Grundlage und Standard für die erforderlichen Präventionsmaßnahmen dienen.

Die Aufgaben der KRINKO sind in § 23 Abs. 1 IfSG Nosokomiale Infektionen näher beschrieben.

Hiernach erstellt die Kommission Empfehlungen zur Prävention nosokomialer Infektionen sowie zu betrieblich-organisatorischen und baulich-funktionellen Maßnahmen der Hygiene in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen. Die Empfehlungen der Kommission werden unter Berücksichtigung aktueller infektionsepidemiologischer Auswertungen stetig weiterentwickelt und vom Robert-Koch-Institut veröffentlicht.

Die Hygieneverordnungen der Länder (in Bayern die Medizinhygieneverordnung – MedHygV) regeln die gesetzlichen Vorgaben für die Hygienemaßnahmen in Gesundheitseinrichtungen. Gemäß § 2 MedHygV müssen die Leiterinnen und Leiter von Einrichtungen gewährleisten, dass die dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechenden personell-fachlichen, betrieblich-organisatorischen sowie baulich-funktionellen Voraussetzungen für die Einhaltung der allgemein anerkannten Regeln der Hygiene und Infektionsprävention geschaffen und 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.

Die Einhaltung des Stands der medizinischen Wissenschaft wird vermutet, wenn jeweils die veröffentlichten Empfehlungen der beim RKI eingerichteten Kommissionen nach § 23 Abs. 1 Satz 1 IfSG (Krankenhaushygiene und Infektionsprävention) und nach § 23 Abs. 2 Satz 1 IfSG eingerichteten Kommission (Antiinfektiva, Resistenz und Therapie) beachtet worden sind.

Die bekannte SENIC-Studie legt z. B. dar, dass die Einhaltung der Maßnahmen Surveillance, Prävention und Vorhalten von Hygienefachpersonal die Rate an nosokomialen Infektionen um 30 Prozents senken kann. So konnten bei der SENIC-Studie in den USA, bei der vermehrt Hygienefachpersonal eingesetzt wurde, etwa 30 Prozent der Infektionen verhütet werden und bei der NIDEP-2-Studie in den 1990er-Jahren in Deutschland etwa ein Viertel der Infektionen.

2.1 Welche Vorsorgemaßnahmen in Bezug auf Corona müssen von den Krankenhausbetreibern getroffen werden, um bei Reinigungsarbeiten keine Keime in Altenheimen und Krankenhäuser zu tragen?

Grundsätzlich gelten in Einrichtungen des Gesundheitswesens die Empfehlungen der KRINKO beim RKI zu den Anforderungen an die Hygiene bei der Reinigung und Desinfektion von Flächen. Diese enthalten Empfehlungen zu Maßnahmen zur Verhinderung der Keimverbreitung durch Reinigungs- und Desinfektionslösungen, -geräte, -utensilien, Tücher und Wischbezüge. Die Empfehlungen dienen als Grundlage für die Erstellung von Hygiene- und Desinfektionsplänen.

Die Gegebenheiten vor Ort sowie eine Bewertung des Infektionsrisikos bilden die Grundlage für die Festlegung des Umfangs der erforderlichen Maßnahmen. Diese müssen regelmäßig auf ihre Aktualität hin überprüft und angepasst werden, so auch auf veränderte Anforderungen während der Pandemie (siehe Frage 2.3). Bei der Erstellung ist die Beratung durch Hygienefachpersonal (Krankenhaushygieniker, Hygienefachkraft) erforderlich. Die Hygienepläne sind sowohl für das Personal der medizinischen Einrichtung als auch für das Personal von Fremdfirmen verbindlich.

Zusätzlich empfiehlt das RKI in Abhängigkeit von der epidemiologischen Situation in Krankenhäusern und anderen medizinischen und pflegerischen Einrichtungen zusätzliche, über die Basishygiene hinausgehende Maßnahmen, um das Risiko der Verbreitung des Erregers durch unerkannt infizierte einzudämmen (Erweiterte Hygienemaßnahmen im Gesundheitswesen im Rahmen der COVID-19 Pandemie des RKI, aktueller Stand 13.05.2020). Hierzu kann auf Basis einer einrichtungsspezifischen Risikobewertung unter anderem das generelle Tragen eines medizinischen Mund-Nasen-Schutzes und ggf. auch einer FFP2-Maske durch das Personal in allen Bereichen mit möglichem Patientenkontakt gehören. Hierzu kann auch das Reinigungspersonal zählen.

2.2 Inwieweit muss das Reinigungspersonal an Corona angepasst, neu geschult und überprüft werden?

Auch hier gelten die Empfehlungen der KRINKO beim RKI zu Anforderungen an die Hygiene bei der Reinigung und Desinfektion von Flächen:

- Das mit der Reinigung und Desinfektion betraute Personal muss geeignet, geschult und eingewiesen sein (Kat. IV).
- Bei der Vergabe von Reinigungs- und Desinfektionsaufgaben an Fremdfirmen muss auch der Aspekt der Schulung der Mitarbeiter und dessen Nachweis Auswahlkriterium sein (Kat. IB).
- Bei hauseigenem Personal muss eine Grundschulung sowie eine Unterweisung und ggf. Beaufsichtigung in regelmäßigen Abständen sichergestellt werden (Kat. IB).
- Die Schulungsinhalte müssen mit dem Hygienefachpersonal abgestimmt werden (Kat. IB).

Zusätzlich gibt es Vorgaben für den Personaleinsatz in Risikobereichen:

- In Risikobereichen (z.B. OP, Intensiv-Therapiestationen, Stationen für die Behandlung immunsupprimierter Patienten, Frühgeborenenstationen, Infektionsstationen etc.) muss auch bei hoher Wechselfrequenz von Patienten eine Reinigung bzw. Desinfektion der Patientenumgebung zwischen zwei Patienten gewährleistet sein.

- In definierten Risikobereichen ist wegen der Notwendigkeit der Einsatzbereitschaft und der Infektionsgefahr besonders geschultes Reinigungspersonal permanent einzusetzen (Kat. IB).
- In Abhängigkeit von Größe, Risikobereich und Behandlungsfrequenz der jeweiligen Abteilung kann es notwendig sein, für den jeweiligen Bereich zuständiges und qualifiziertes Personal vorzusehen (Kat. IB).

2.3 Welche neuen Vorgaben gibt es nun seit Corona für Reinigungsunternehmen, die in Krankenhäusern eingesetzt werden?

Das RKI hat Empfehlungen zu Hygienemaßnahmen im Rahmen der Behandlung und Pflege von Patienten mit einer Infektion durch SARS-CoV-2 herausgegeben und regelmäßig aktualisiert. Die aktuelle Version (Stand 22.03.2021) konkretisiert die Vorgaben für Desinfektion und Reinigung, Abfallentsorgung und Schlusdesinfektion.

Die Empfehlungen sind in der jeweils aktuellen Fassung auf der Homepage des RKI abrufbar und allgemein zugänglich (https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Hygiene.html).

3.1 Gibt es verpflichtend neue angepasste Vorschriften für Hygienebeauftragte in Krankenhäusern und Kliniken?

3.2 Wenn ja, wurden diese Vorschriften wegen Corona verschärft?

3.3 Wenn nein, warum nicht?

Die KRINKO gibt Empfehlungen zum Bedarf an Hygienefachpersonal in den medizinischen Einrichtungen. Zum Hygienefachpersonal zählen Krankenhaushygieniker, Hygienefachkräfte, hygienebeauftragte Ärzte sowie Hygienebeauftragte in der Pflege. Die Voraussetzungen sowie die Ausbildung werden für die Ärzte von der Bundesärztekammer (BÄK) bzw. der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK) festgelegt.

Bei der Weiterbildung zur Hygienefachkraft handelt es sich um eine Fachweiterbildung für Krankenpfleger und andere Pflegefachkräfte. Verantwortlich für die Etablierung der Fachweiterbildung und die staatliche Anerkennung ist die Vereinigung der Hygienefachkräfte der Bundesrepublik Deutschland e. V. (VHD), die im deutschen Pflegerat und verschiedenen krankenhausrelevanten Gremien vertreten ist. Sie hat das Curriculum der Weiterbildung entwickelt. In Bayern gründete die Bayerische Krankenhausgesellschaft im Sommer 2011 eine Arbeitsgruppe zur Entwicklung eines Curriculums zur Weiterbildung zur Hygienefachkraft. Daran beteiligt waren das LGL und Vertreter zahlreicher bayerischer Kliniken, die Freigabe erfolgte unter Einsichtnahme der BÄMI (Berufsverband der Ärzte für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie e. V.), Bay. ARGE (Bayerische Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Pflegeberufe), DGHM (Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie), DGI (Deutsche Gesellschaft für Infektiologie), DGKH (Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene), LARE (Landesarbeitsgemeinschaft Resistente Erreger) und VHD (Vereinigung der Hygienefachkräfte der Bundesrepublik Deutschland e. V.). Zur Bewältigung der Corona-Pandemie wurden die Empfehlungen des RKI fortlaufend aktualisiert; über die geänderten Vorgaben wurden die Einrichtungen und Leistungsträger jeweils umgehend und fortlaufend informiert.

Gemäß § 4 MedHygV muss jedes Krankenhaus zudem eine Hygienekommission bilden, welche regelmäßig tagt und in Hygieneplänen innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Infektionshygiene in den Krankenhäusern festlegt. Im Rahmen von Ausbrüchen bzw. aktuell während der Corona-Pandemie legt die Hygienekommission das individuelle Vorgehen der Einrichtung im Rahmen der vorgeschriebenen und empfohlenen Regelungen fest.

4.1 Sind die Hygienevorschriften für Reinigungskräfte verschärft worden?

4.2 Wenn ja, was wurde geändert?

4.3 Wenn nein, warum wurde nichts geändert?

Auf die Antwort zu Frage 2.3 wird verwiesen.

- 5.1 Gibt es Untersuchungen dahin gehend, dass die meisten Infektionen – auch mit dem Coronavirus – in Altenheimen und Krankenhäusern erfolgen?**
5.2 Wie sehen die Ergebnisse aus?
5.3 Wenn nein, warum nicht?

Informationen zur Betreuung und Tätigkeit in Einrichtungen gemäß §§ 23, 33 und 36 IfSG sind nicht bei allen Meldefällen angegeben. Insbesondere bei Meldefällen der jeweils zurückliegenden zwei Wochen ist von einer noch nicht vollständigen Datenerfassung auszugehen. Der Anteil der Fälle, die in einer Einrichtung gemäß § 36 IfSG untergebracht sind, könnte daher höher liegen, weshalb die Zahlen mit Bedacht zu interpretieren sind. Für die übermittelten COVID-19-Fälle ist unbekannt, wie hoch der Anteil derer ist, die sich auch in der jeweiligen Einrichtung angesteckt haben. Die Angaben gemäß §§ 23, 33 und 36 IfSG im Meldesystem sollen den Gesundheitsämtern als Unterstützung für Kontaktpersonenermittlung und Einleitung passender Maßnahmen dienen und nicht als Angabe des wahrscheinlichen Infektionsortes.

Zu beachten ist, dass diese Auswertung nur einmal pro Woche (immer mittwochs) durchgeführt wird, daher der abweichende Datenstand zu den anderen Tabellen (Datenstand 03.03.2021, 08.00 Uhr).

Tabelle 4: Informationen zur Betreuung und Tätigkeit in Einrichtungen gemäß §§ 23, 33 und 36 IfSG

Tätigkeit in Einrichtungen gemäß § 23	11 836	2,7 %
Betreut/untergebracht in Einrichtung gemäß § 23	3 229	0,7 %
Tätigkeit in Einrichtungen gemäß § 33	3 277	0,7 %
Betreut in Gemeinschaftseinrichtung nach § 33	8 650	2,0 %
Tätigkeit in Einrichtung nach § 36	8 420	1,9 %
Betreut in Einrichtung nach § 36	17 081	3,9 %
ohne Angaben	387 296	88,1 %
Gesamt	439 789	100,0 %

6. Welche Maßnahmen zieht die Staatsregierung in Betracht, um die Infektion mit Krankenhauskeimen zu reduzieren?

Die Bekämpfung von MRE und das Hygienemanagement besitzen hohe Priorität in der Gesundheitspolitik Bayerns. Bereits seit 2008 hat die Staatsregierung umfassende Maßnahmen zur Bekämpfung der Antibiotikaresistenzen sowie zur Verbesserung der Hygiene eingeleitet. Schon damals setzte Bayern auf ein gemeinsames Engagement aller Beteiligten, die mit dem Umgang von Antibiotika zu tun haben.

Die bisherigen Maßnahmen zeigen bereits Erfolge, müssen aber angesichts der zunehmenden globalen Bedeutung von Antibiotikaresistenzen intensiviert fortgeführt werden. Es werden fortlaufend neue Projekte und Maßnahmen zur Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen gestartet bzw. ergriffen. Um eine weitere Ausbreitung zu verhindern, ist die enge Zusammenarbeit aller mit Antibiotika befassten Personen- und Berufsgruppen im Sinne des „One-Health“-Gedankens nötig. Betroffen sind nicht nur die Humanmedizin, sondern auch die Veterinärmedizin, die Landwirtschaft und die Tierhaltung.

Deshalb wurde in der Ministerratssitzung am 24.10.2017 der „Gemeinsame bayerische Aktionsplan gegen Antibiotikaresistenzen“ beschlossen und vom Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMGP) gemeinsam mit dem Staatsministerium für Umwelt und Verbraucherschutz unter Einbindung des Staatsministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten und des damaligen Staatsministeriums für Bildung und Kultus, Wissenschaft und Kunst entwickelt.

Wichtige und aktuelle Ziele sind die frühzeitige Aufdeckung von MRE und deren Verbreitungswegen und die Reduktion des Antibiotikaverbrauchs u. a. durch Förderung eines sachgerechten Antibiotikaeinsatzes.

7. Wie gut ist die Ausstattung von Notfallantibiotika, welche bei einer Erkrankung durch multiresistente Krankenhauskeime zum Einsatz kommen?

Antibiotika, die bei einer Erkrankung durch multiresistente Krankenhauskeime zum Einsatz kommen, gehören zu den in einem Krankenhaus zur ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung der Patienten vorzuhaltenden Arzneimitteln.

Gemäß § 15 Abs. 3 Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO) muss der Leiter einer krankenhausversorgenden Apotheke die zur Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung der Patienten des Krankenhauses notwendigen Arzneimittel und, soweit nach dem Versorgungsvertrag vorgesehen, Medizinprodukte in einer Art und Menge vorrätig halten, die mindestens dem durchschnittlichen Bedarf für zwei Wochen entspricht. Diese Arzneimittel und Medizinprodukte sind aufzulisten.

Eine analoge Regelung findet sich in § 30 ApBetrO zur Vorratshaltung in der Krankenhausapotheke. Demnach ist ein dem durchschnittlichen Bedarf für mindestens zwei Wochen entsprechender Vorrat gesetzlich geregelt.

Zudem hat der Gesetzgeber die Forderung gegenüber den pharmazeutischen Unternehmen und Betreibern von Arzneimittelgroßhandlungen zur angemessenen und kontinuierlichen Bereitstellung von Arzneimitteln zur Deckung des Bedarfs im Geltungsbereich des Arzneimittelgesetzes (AMG) in § 52b AMG verankert.

§ 52b Abs. 3a AMG verpflichtet die pharmazeutischen Unternehmer darüber hinaus zur umgehenden Information der Krankenhäuser im Falle ihnen bekannt gewordener Lieferengpässe bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln zur stationären Versorgung.