

Ausschuss für Gesundheit
Wortprotokoll
116. Sitzung

Berlin, den 25.03.2009, 16:30 Uhr
Sitzungsort: Reichstag, CDU/CSU-Fraktionssaal 3 N001

Vorsitz: Dr. Martina Bunge, MdB

TAGESORDNUNG:

Öffentliche Anhörung zum

Antrag der Abgeordneten Frank Spieth, Klaus Ernst, Dr. Martina Bunge, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

Krankenhausinfektionen vermeiden - Multiresistente Problemkeime wirksam bekämpfen

BT-Drucksache 16/11660

Anwesenheitsliste***Mitglieder des Ausschusses**

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses

CDU/CSU

Bauer, Wolf, Dr.
 Eichhorn, Maria
 Faust, Hans Georg, Dr.
 Hennrich, Michael
 Hüppe, Hubert
 Koschorrek, Rolf, Dr.
 Scharf, Hermann-Josef
 Spahn, Jens
 Straubinger, Max
 Widmann-Mauz, Annette
 Zylajew, Willi

SPD

Friedrich, Peter
 Hovermann, Eike
 Kleiminger, Christian
 Lauterbach, Karl, Dr.
 Mattheis, Hilde
 Rawert, Mechthild
 Reimann, Carola, Dr.
 Spielmann, Margrit, Dr.
 Teuchner, Jella
 Volkmer, Marlies, Dr.
 Wodarg, Wolfgang, Dr.

FDP

Bahr, Daniel
 Lanfermann, Heinz
 Schily, Konrad, Dr.

DIE LINKE.

Bunge, Martina, Dr.
 Seifert, Ilja, Dr.
 Spieth, Frank

B90/GRUENE

Bender, Birgitt
 Scharfenberg, Elisabeth
 Terpe, Harald, Dr.

Stellv. Mitglieder des Ausschusses

Blumenthal, Antje
 Brüning, Monika
 Jordan, Hans-Heinrich, Dr.
 Krichbaum, Gunther
 Luther, Michael, Dr.
 Meckelburg, Wolfgang
 Michalk, Maria
 Philipp, Beatrix
 Scheuer, Andreas, Dr.
 Schummer, Uwe
 Zöller, Wolfgang

Bätzing, Sabine
 Becker, Dirk
 Bollmann, Gerd
 Ferner, Elke
 Gleicke, Iris
 Hemker, Reinhold, Dr.
 Kramme, Anette
 Kühn-Mengel, Helga
 Marks, Caren
 Schmidt, Silvia
 Schurer, Ewald

Ackermann, Jens
 Kauch, Michael
 Parr, Detlef

Ernst, Klaus
 Höger, Inge
 Knoche, Monika

Haßelmann, Britta
 Koczy, Ute
 Kurth, Markus

*) Der Urschrift des Protokolls ist die Liste der Unterschriften beigelegt.

Bundesregierung

Bundesrat

Fraktionen und Gruppen

Sprechregister Abgeordnete	Seite/n	Sprechregister Sachverständige	Seite/n
Die Vorsitzende , Abg. Dr. Martina Bunge (DIE LINKE.)	5, 16	SV PD Dr. Alexander W. Friedrich	5, 7
Abg. Jens Spahn (CDU/CSU)	5, 7, 8	SV Prof. Dr. Norbert Suttorp (Bundesärztekammer (BÄK))	5, 6, 9, 13, 15
Abg. Willi Zylajew (CDU/CSU)	6	SVe Dr. Iris Juditzki (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG))	5, 10
Abg. Dr. Wolfgang Wodarg (SPD)	8, 9, 11	SV Prof. Dr. Hajo Grundmann	6, 7
Abg. Eike Hovermann (SPD)	9	SV Prof. Dr. Thomas Eikmann (Berufsverband Deutscher Hygieniker e.V. (BDH))	6, 13
Abg. Hilde Mattheis (SPD)	10	SV Prof. Dr. Bernhard Ruf (Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände)	8, 10, 13
Abg. Dr. Konrad Schily (FDP)	12, 13	SV Prof. Dr. Walter Popp (Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene e.V. (DGKH))	8, 11, 16
Abg. Frank Spieth (DIE LINKE.)	13, 14	SVe Dr. Antje Haas (Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband))	8, 9
Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	15	SV Dr. Diedrich Bühler (Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband))	10
		SV Dr. Josef Siebig (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA))	10
		SV Herbert Weisbrod-Frey (Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di))	11, 14
		SVe Andrea Vontz-Liesegang (Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände)	11
		SVe Prof. Dr. Petra Gastmeier (Nationales Referenzzentrum (NRZ) für Surveillance von nosokomialen Infektionen am Institut für Umweltmedizin)	12
		SV Dr. Klaus-Dieter Zastrow	13, 14
		SV Prof. Dr. Heinz-Peter Werner	15

Beginn: 16:30 Uhr

Die **Vorsitzende**, Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Meine Damen und Herren, ich eröffne die 116. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit. Einziger Tagesordnungspunkt ist die öffentliche Anhörung zu dem Antrag der Abgeordneten Frank Spieth, Klaus Ernst, Dr. Martina Bunge, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE. „Krankenhausinfektionen vermeiden - Multiresistente Problemkeime wirksam bekämpfen“ auf Drucksache 16/11660. Der Ausschuss für Gesundheit ist federführend. Ich darf Sie als Sachverständige recht herzlich begrüßen. Ferner begrüße ich Herrn Staatssekretär Dr. Schröder sowie die übrigen Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit. Ich möchte auch die Gäste, die dieser Anhörung folgen wollen, sowie die Medienvertreter willkommen heißen. Ich bitte die Sachverständigen, wenn Sie von den Mitgliedern des Ausschusses gefragt werden, für Ihre Antwort die Mikrofone zu benutzen und diese hinterher wieder auszuschalten. Sofern ich Sie nicht namentlich anspreche, sollten Sie sich zu Beginn Ihres Beitrags vorstellen. Alle Mobiltelefone sollten von jetzt an ausgeschaltet sein. Die erste Fragerunde geht an die Fraktion der CDU/CSU.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Meine Fragen richten sich an Herrn Dr. Friedrich, die Bundesärztekammer und die Deutsche Krankenhausgesellschaft. In dem Antrag der Fraktion DIE LINKE. wird festgestellt, dass es in Deutschland sehr viele vermeidbare Infektionen gäbe und es darum ginge „unhygienische Zustände in den Krankenhäusern zu beenden“. Würden Sie bitte zu dieser Einschätzung Stellung nehmen? Meine zweite Frage wendet sich an Herrn Prof. Grundmann und die Deutsche Krankenhausgesellschaft. In dem Antrag wird eine wirkungsvolle und verbindliche Regelung für eine Vermeidung von nosokomialen Infektionen verlangt. Von verschiedenen Seiten wird dazu angemerkt, dass ein Großteil der Forderungen aus dem Antrag bereits erfüllt sei. Nehmen Sie bitte auch dazu Stellung.

SV PD **Dr. Alexander W. Friedrich**: In der Tat gibt es in deutschen Krankenhäusern vermeidbare und unvermeidbare Infektionen. Wie viele es sind, ist nicht genau bekannt, denn es sind hierüber keine flächendeckenden Daten vorhanden.

Die besten mir bekannten Daten stammen aus dem KISS-System und besagen, dass es jährlich 400.000 bis 600.000 Infektionen gibt. Man geht davon aus, dass etwa 20 bis 30 Prozent der Infektionen, also etwa 150.000 dieser Fälle, vermeidbar sind. Aus meiner Sicht geht es aber nicht nur um letztere, sondern auch darum, dass die nicht vermeidbaren Infektionen therapierbar bleiben. Multiresistente Erreger stellen ein Gros des Problems dar, werden in dem Antrag aber nicht genannt. Wir müssen aber beides beachten, nämlich sowohl die durch Hygienemaßnahmen eventuell vermeidbaren Infektionen als auch die unvermeidbaren Infektionsfälle, die aber therapierbar bleiben müssen.

SV **Prof. Dr. Norbert Suttorp** (Bundesärztekammer (BÄK)): Ob man flächendeckend von unhygienischen Zuständen sprechen kann, ist schwer zu sagen. Es ist jedoch richtig, wie es in dem Antrag heißt, dass viele Aspekte auf dem Weg sind, wie z. B. die MRSA-Meldepflicht. Das Problem der vermeidbaren Infektionen muss weiter gefasst werden. Ich wehre mich gegen die Einstellung, Ärzte hätten keine Ahnung von Antibiotika und förderten Infektionen durch schmutzige Hände, denn diese greift zu kurz. Was den Einsatz von Antibiotika angeht, gibt es auch Zielkonflikte beim Arzt. Die Problematik MRSA ist vielschichtiger zu sehen. Sie hatten außerdem gefragt, welche Forderungen der Fraktion DIE LINKE. schon erfüllt sind. Es gibt hier die Initiative DART des BMG, die das Ziel hat, resistente Erreger möglichst zu vermeiden.

SVe **Dr. Iris Juditzki** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Den Vorwurf unhygienischer Zustände in den Krankenhäusern weisen wir zurück. Solche Formulierungen sollen provozieren und werden von Journalisten ohne eine nähere Recherche gerne aufgegriffen. Eine solche Aussage ist weder sachgerecht, noch bringt sie Fortschritte in der Sache und führt letztlich nur zur Verunsicherung der Patienten. Es gibt vermeidbare Infektionen. Die Entwicklung von nosokomialen Infektionen stellt aber ein multifaktorielles Geschehen dar. Das heißt, es gibt viele Faktoren, die dies begünstigen wie z. B. das Alter des Patienten, seine Grunderkrankung, eine eventuelle Immunschwäche, die Art des Eingriffs bzw. wie invasiv dieser ist, eine ggf. notwendige Nachbeatmung oder die Art und Virulenz des Erregers.

Aufgrund dieser vielen Einflussfaktoren kann man auch nachvollziehen, dass sich nicht alle nosokomialen Infektionen vermeiden lassen. Man kann in diesem Zusammenhang leider nur auf ältere Daten zurückgreifen. Der Anteil vermeidbarer Infektionen wird in aktuellen Veröffentlichungen aus dem letzten Jahr auf 20 bis 30 Prozent geschätzt und nicht auf 30 bis 50 Prozent, wie es in dem Antrag der Fraktion DIE LINKE. heißt. Ich möchte etwas Generelles zu diesen Zahlen sagen. Diese stammen aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes aus dem Jahre 2002. Die Daten sind Hochrechnungen, die auf die erste repräsentative bundesdeutsche Studie zur Prävalenz nosokomialer Infektionen in Deutschland aus dem Jahre 1994 sowie auf Daten des KISS-Systems zurückgehen. Solche Hochrechnungen unterliegen jedoch gewissen Limitationen, denn man trifft gewisse Grundannahmen und abhängig davon verändern sich die Zahlen. Aktuelle Hochrechnungen beziffern die Anzahl der nosokomialen Infektionen in Deutschland auf 400.000 bis 600.000 Fälle pro Jahr. Das sind immerhin 100.000 bis 200.000 Fälle weniger als in dem Antrag angegeben und entsprechend ändern sich die Zahlen derjenigen, die an einer solchen Infektion versterben. Aktuelle Angaben sprechen von 10.000 bis 15.000 Patienten, wobei man darauf hinweist, dass diese Zahlen großzügig bemessen sind und die tatsächliche Zahl wohl darunter liegt. Diese Berechnungen sind auch kompatibel mit den Schätzungen des Europäischen Zentrums für Prävention und Kontrolle von Krankheiten, die für Europa von ca. 300 Mio. Patienten mit nosokomialen Infektionen und 37.000 Todesfällen ausgehen. Wenn man annähme, dass in ganz Europa eine gleich hohe Letalität bestünde, spräche man hier von 7.500 Todesfällen in Deutschland, wovon etwa 20 bis 30 Prozent vermeidbar wären. Hieran müssen wir arbeiten. Mit Blick auf Ihre zweite Frage teilen wir die Einschätzung, dass es hinsichtlich der vorgeschlagenen Maßnahmen bereits entsprechende Regelungen gibt. Einmal gibt es verbindliche Regelungen zur Qualitätssicherung im Rahmen der G-BA-Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Nr. 13 SGB V. In diesem Rahmen hat der G-BA vor kurzem beschlossen, die BQS zu beauftragen, ein Konzept für die Entwicklung von Verfahren für die externe Qualitätssicherung zum Thema nosokomiale Infektionen zu erarbeiten. Dieses Konzept wird zurzeit erarbeitet und soll in Kürze dem G-BA vorgelegt werden. Darüber hinaus sieht ein Referentenentwurf zur Labor-meldepflichtanpassungsverordnung aktuell eine

Meldepflicht für MRSA vor. Ferner gibt es viele Initiativen, die zwar nicht rechtlich verbindlich sind, die aber dennoch im Antrag vorgeschlagene Maßnahmen umsetzen. Wir sind der Meinung, dies darf man nicht außer Acht lassen, gerade in Kenntnis dessen, dass die Bundesregierung in ihrer Stellungnahme zur Konsultation der Europäischen Kommission zum Thema Patientensicherheit bindende Vorgaben ablehnt und stattdessen auf das Prinzip der Eigenverantwortung der für die Gesundheitsversorgung Zuständigen und auf deren Organisationshoheit setzt.

SV Prof. Dr. Hajo Grundmann: Zu Ihrer Frage kann ich im Grunde wenig sagen. Ich arbeite am Nationalen Institut für Gesundheit des Königreichs Holland und bin seit 15 Jahren nicht mehr als Arzt in Deutschland tätig. Seither hat sich hier sehr viel geändert.

Abg. Willi Zylajew (CDU/CSU): Ich würde gerne von der Bundesärztekammer und vom Berufsverband der Deutschen Hygieniker wissen, welchen Stellenwert die Aus- und Weiterbildung der Ärzte bzw. der Krankenpflegekräfte bei der Vermeidung von nosokomialen Infektionen einnimmt.

SV Prof. Dr. Norbert Suttorp (Bundesärztekammer (BÄK)): In der (Muster-)Weiterbildungsordnung ist klar geregelt, welcher Arzt mit welcher Ausbildung bzw. Spezialausbildung Krankenhaushygieniker ist. Zum Pflegebereich kann ich mich nicht äußern. Eine Änderung des Common trunks der Ausbildung scheint mir an dieser Stelle nicht erforderlich zu sein.

SV Prof. Dr. Norbert Eikmann (Berufsverband der Deutschen Hygieniker e. V. (BDH)): Ich bin Krankenhaushygieniker am Universitätsklinikum Gießen und Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin. Die ärztliche Weiterbildung ist, wie es Herr Suttorp gesagt hat, in der Weiterbildungsordnung, wie sie auch in den Ländern umgesetzt worden ist, klar geregelt. Von da her sind die zeitlichen und inhaltlichen Qualitätsanforderungen deutlich beschrieben. Es gibt Probleme, da wir nicht genügend Nachwuchs haben. Man muss sich Gedanken machen, wie man die Zahl der Weiterbildungsplät-

ze in Zukunft steigern kann bzw. welche Ärzte mit anderen Qualifikationen mit einbezogen werden können, um eine entsprechende Kompetenz in der Krankenhaushygiene aufbauen zu können. Dies ist bislang noch nicht gelöst. Wir müssen mehr Ärzte haben, die die Krankenhaushygiene fachkompetent umsetzen können. Ich komme zu den Fachpflegekräften. Man muss davon ausgehen, dass ungefähr 90 Prozent der Krankenhaushygiene von der Hygienefachpflege wahrgenommen wird und in den meisten Krankenhäusern die ärztliche Betreuung nur extern oder unzureichend stattfindet, sodass die Qualifikation der Fachpflegekräfte genau beobachtet werden muss. Es gibt hier Ansätze zur Akademisierung, um die Qualifikation deutlich zu verbessern. Ferner muss darüber gesprochen werden, welche Befugnisse den Ärzten ausschließlich zustehen sollen und welche Befugnisse die Hygienefachpflegekräfte in Zukunft in Anspruch nehmen können.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Herr Prof. Grundmann, Sie haben darauf hingewiesen, dass Sie seit Langem in den Niederlanden arbeiten. Deshalb würde uns interessieren, wie in anderen europäischen Ländern die Vermeidung von Infektionen bzw. die Prävention gehandhabt wird. Herr Dr. Friedrich, Sie haben am Klinikum Münster ein Screeningverfahren eingeführt. Könnten Sie uns berichten, was Sie dort tun, und dabei auch mit einbeziehen, was dort mit Blick auf die EUREGIO geschieht?

SV Prof. Dr. Hajo Grundmann: Grundsätzlich wird das in allen europäischen Ländern unterschiedlich gehandhabt. Wir haben auch ganz unterschiedliche Resistenzstatistiken und Ziffern zu den Ereignissen nosokomialer Infektionen in den unterschiedlichen Ländern. In den Niederlanden stehen wir der Sache gelassen gegenüber. Wir arbeiten nach einer so genannten Search-and-destroy-Policy. Das bedeutet, dass man in holländischen Krankenhäusern bereits bei der Aufnahme versucht, Patienten zu identifizieren, die im Verdacht stehen, MRSA zu tragen. Sie werden gescreent und bis zum Nachweis ihres Zustandes in Quarantäne bzw. Isolation gepflegt. Nach Bekanntwerden des Ergebnisses werden sie dann entweder weiter in Isolation gepflegt oder haben Zugang zu allen anderen Einrichtungen des Krankenhauses. Dies hat es uns in den Niederlanden ermöglicht, MRSA-Infektionen in einem Bereich um ein bis zwei

Prozent zu halten. Das ist eine Situation, die in Deutschland nicht erreicht worden ist. Ich denke, das ist der richtige Ansatz, um MRSA zu behandeln. In Großbritannien ist diese Search-and-destroy-Policy zwar erfunden, aber nie im eigentlichen Sinne durchgeführt worden. Dort hat sich in den 90er Jahren eine Epidemie abgezeichnet, die vor allem darauf basierte, dass viele der Patienten, die unerkannt blieben, im Versorgungsbereich durch Wiederaufnahme rezirkulierten. Wir haben dazu eine Studie durchgeführt und festgestellt, dass diese Patienten im Durchschnitt nur 41 Tage außerhalb des Krankenhauses verbleiben, bis sie wieder aufgenommen werden. Damit ist klar, dass solche Patienten diese Erreger wieder einbringen. Dieser Kreislauf muss unterbrochen werden. Wenn Sie ein Gesundheitssystem effizient gestalten und die Liegedauer verkürzen wollen, dann müssen Sie versuchen, diese Patienten frühzeitig zu entdecken, und Screeningempfehlungen aussprechen, wie wir sie in Holland haben.

SV PD Dr. med. Alexander W. Friedrich: Münster liegt nur 38 Kilometer von den Niederlanden entfernt und wir wurden vor sechs Jahren mit der Problematik konfrontiert, dass Patienten, die aus den deutschen Krankenhäusern in niederländische Krankenhäuser verlegt wurden, in eine 48-stündige Quarantäne genommen wurden, weil sie aus Deutschland kamen. Der Hinweis, dass sie auch mit Belgiern und Franzosen so verfahren würden, hat zu keiner Entspannung der Lage beigetragen. Das führt dazu, dass unsere Grenzregion durch krankenhaushygienische Differenzen gespalten wird. Aus Sicht der Niederländer sind unsere Krankenhäuser mit MRSA verseucht. Das muss man so wahrnehmen. In der Region wird das zu einem unerträglichen täglichen Problem, weil Betroffene natürlich fragen, warum z. B. ihr Kind isoliert wird, was es hat oder wo das Problem liegt. Das hat dazu geführt, dass wir uns vorgenommen haben, von unseren Nachbarn zu lernen. Wir haben ein Projekt mit der Europäischen Kommission aufgebaut und haben ein Screeningverfahren im Sinne einer Search-and-destroy-Policy entwickelt und diese in eine Search-and-follow-Policy umgewandelt. Es geht dabei darum, dass man Träger von MRSA identifiziert, bevor sie erkranken, um sie dann von diesem Problem zu befreien und andere vor einer Übertragung von MRSA zu schützen. Das machen wir in Münster seit 1995 für Risikopatienten und seit 2005 generell für alle Patienten nach dem Freiwillig-

keitsprinzip. Es ist in 150.000 Fällen noch nicht vorgekommen, dass ein Patient eine Teilnahme verweigert hätte, wenn man ihm zuvor erklärt hat, dass es um Prävention geht. Diese Patienten werden dann weiter beobachtet. Im Rahmen des EUREGIO-Projektes war es uns mit der Sonderfinanzierung möglich, alle 40 Krankenhäuser rechts und alle vier Krankenhäuser links der Grenze in ein Netzwerk mit Gesundheitsämtern und Experten einzubeziehen und die Patienten nach der Entlassung aus den Krankenhäusern weiterzubehandeln. Die Patienten durchlaufen bei uns in der EUREGIO ein zwölfmonatiges MRSA-Behandlungsprogramm. Obwohl sie nicht krank sind, werden sie über diese zwölf Monate hinweg von den niedergelassenen Ärzten präventiv weiterversorgt. Es gibt Sonderziffern für die niedergelassenen Ärzte, die durch die Primärkassen entsprechend vergütet werden. Die Ärzte kommen somit nicht in die Verlegenheit, in Regress genommen zu werden, weil sie präventive Maßnahmen bei Patienten durchführen. Das Ganze dient allein dazu, dass der Patient, wenn er wieder in sein Krankenhaus aufgenommen wird – diese Wiederaufnahmerate liegt bei uns bei 30 Prozent –, nicht mehr Träger eines MRSA ist und somit erstens beim nächsten Aufenthalt nicht mehr daran erkranken kann und zweitens den Erreger nicht mehr weitergeben kann. Das Entscheidende ist, dass der Fehler, z. B. eine unzureichende Hygiene, und der Unfall, nämlich die Infektion, nicht in einem Krankenhaus zusammentreffen, denn dann ist die krankenhauserinterne Qualitätssicherung nicht mehr in der Lage, das Gesamtproblem MRSA in den Griff zu bekommen. Nur wenn alle Krankenhäuser einer Region, zwischen denen Patienten verlegt werden, flächendeckend gleich handeln, kann dieses Problem, das von Mensch zu Mensch übertragbar ist, ohne dass wir es merken und ohne dass Menschen erkranken, in den Griff bekommen werden. Nur diese regionale Netzwerkbildung mit Hilfe der Niederlande sowie die finanzielle Unterstützung der EU und des Landes Nordrhein-Westfalen hat uns diese Search-and-follow-Policy ermöglicht. Man muss jedoch einen langen Atem haben. Denn eine Search-and-destroy-Policy – das wissen wir von den Berechnungen der Kollegen aus Utrecht – braucht sechs bis zwölf Jahre, bis sie durchschlagenden Erfolg hat, alle Träger innerhalb der Bevölkerung erkennt und sie allmählich von MRSA befreit. Unser Projekt läuft erst seit dreieinhalb Jahren, aber wir können bereits einen Rückgang der schweren MRSA-Infektionen in allen Krankenhäusern der EUREGIO verzeich-

nen und werden hier mit unserem Folgeprojekt am Ball bleiben.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Ich hätte eine Frage an die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und die Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene. Es wird die Einsetzung von Ärzten für Hygiene und Hygienefachkräften in Krankenhäusern in allen Bundesländern gefordert. Finden Sie dies gut oder nicht?

SV **Prof. Dr. Bernhard Ruf** (Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände): Das ist prinzipiell gut. Große Häuser beschäftigen deshalb bereits Ärzte für Krankenhaushygiene sowie Hygienefachkräfte.

SV **Prof. Dr. Walter Popp** (Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene e.V. (DGKH)): Ich finde diesen Ansatz gut.

Abg. **Dr. Wolfgang Wodarg** (SPD): Ich habe eine Frage an den GKV-Spitzenverband. Wir reden über ein Problem, welches sehr viel Leid und unnötige Krankheit verursacht. Es ist aber eben auch ein Problem, von dem man sagt, es seien bislang noch keine hinreichenden Maßnahmen getroffen worden. Wie geht der GKV-Spitzenverband und wie gehen die Krankenkassen damit insgesamt um? Wird das als eine gemeinsame Aufgabe gesehen? Sehen Sie dort auch ein Versäumnis der Krankenkassen? Weshalb gibt es das, was sie dort in der Grenzregion EUREGIO haben, nicht auch flächendeckend im Bundesgebiet? Warum fordern Sie so etwas nicht? Warum kaufen Sie dieses nicht bei den Krankenhäusern ein? Wenn Sie es nicht als Ihre Aufgabe ansehen, sondern als ein Problem der Krankenhäuser, dass diese ihre Verträge nicht einhalten und ihre Patienten schädigen, dann wäre das ein Schaden, den Sie bezahlen müssen. Es geht dabei um viele zusätzliche Krankheitsfälle. Haben Sie deswegen schon einmal irgendjemand in Regress genommen oder haben Sie schon einmal versucht, dem Schaden nachzugehen?

SVe **Dr. Antje Haas** (Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)): Wir sehen das auf keinen Fall als alleiniges Problem

der Krankenhäuser an. Wir sind strikt dagegen, dass hier die verschiedenen Zuständigkeitsebenen und Verantwortlichkeitsebenen gegeneinander ausgespielt werden, so wie es sich eben anhöre. Wir sehen es eher als gesamtgesellschaftliche Aufgabe, zu deren Lösung alle an einem Strang ziehen müssen. Auch wir nehmen uns davon nicht aus. Sie haben aber auch gehört, dass es sich hier um eine Art Modellprojekt mit Sonderfinanzierungsquellen handelte, dem ein epidemiologisch besonderes Problem zugrunde lag. Wenn Sie sich die Situation in Deutschland anschauen, dann sind in Pflegeheimen im Durchschnitt ein bis drei Prozent der Bewohner kolonisiert. Wenn so ein Bewohner ins Krankenhaus kommt und danach entlassen wird, ist es für mich selbstverständlich, dass die begonnene Dekolonisation bzw. die Sanierung fortgesetzt wird. Hier kann der ambulant tätige Arzt entsprechende Ziffern aus dem EBM-Katalog heranziehen. Er wird in der jetzigen Situation keinen so hohen Anteil von Patienten dieser Art betreuen, dass er befürchten müsste, unter die Wirtschaftlichkeitsprüfung im Sinne von Regressforderungen zu fallen. Das Äußerste, was passieren kann, ist, dass der Wirtschaftlichkeitsbonus im Bereich der Laborleistungen eventuell angetastet wird. Aber diese Leistungen sind abrechenbar und die Versorgung ist möglich. Ich sehe hier kein grundsätzliches Versäumnis der Krankenkassen. Wenn Sie die Krankenhäuser und das, was hier geschehen ist oder zu geschehen hat, ansprechen, so denke ich, dass in den letzten Jahren auf verschiedenen Ebenen schon sehr viel für die Vergütung von Screening, Dekolonisation und Therapie von Infektionen mit multiresistenten Keimen passiert ist.

Abg. Dr. Wolfgang Wodarg (SPD): Wenn Sie sagen, dass dieses Problem nicht von einem Akteur auf den anderen geschoben werden darf, sondern dass dies eine Frage ist, die alle angeht, dann könnte man auch sagen, dass dort etwas falsch läuft, wenn alle zuständig sind, aber nichts passiert. Wer sollte denn nach Ansicht der Krankenkassen, die das Geld haben, hier die Initiative ergreifen? Denn die Finanzmittel sind etwas, mit dem man dieses System steuern kann. Wer sollte sagen, dass wir hier Verträge schließen müssen, damit sich die Situation endlich ändert?

SVe Dr. Antje Haas (Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)): Wir

stellen uns vor, dass man die Entwicklung weiter vorantreibt, indem man, wie es jetzt schon begonnen wurde, mit Hilfe der OPS-Komplexziffern und der ICD-Klassifikation, also der kodierfähigen Attribute im stationären Vergütungssystem, die Prozess- und Strukturqualität beinhalten, im Sinne der Patientensicherheit zu dem kommt, was für sie am wichtigsten ist, nämlich dazu, die Behandlungsqualität vergütungsrelevant zu machen. Hier sind aber die Voraussetzungen zur Qualitätsmessung erst noch zu schaffen. Das ist komplizierter, als es sich jetzt anhört, denn es geht u. a. darum, ein System der Risikoadjustierung zu entwickeln und den Krankenkassen dann entsprechenden Verhandlungsspielraum einzuräumen. Das ist ein Weg von mehreren Schritten.

Abg. Eike Hovermann (SPD): Ist es richtig, dass bei Ärzten und Ärztinnen abnehmende Zahlen bezüglich der Weiterbildung in Hygiene festzustellen sind? Was tut man, um diese wieder attraktiver zu machen? Denn Patienten mit multiresistenten Erregern, so habe ich mir sagen lassen, gibt es zunächst im Krankenhaus. Von dort werden Sie entlassen, gelangen in die ambulante Versorgung und müssen hier weiter behandelt werden. Das heißt, wir haben dort eine Schnittstelle, innerhalb derer etwas gemacht werden muss. Wenn diejenigen, die fachlich dazu in der Lage sind, weniger werden, muss man sich darüber klar werden, welche Programme man entwerfen müsste. Diese Frage richte ich an die Bundesärztekammer, den GKV-Spitzenverband und die DKG.

SV Prof. Dr. Norbert Suttorp (Bundesärztekammer (BÄK)): Ich leite die medizinische Klinik für Infektiologie an der Charité. Es ist dies der einzige Lehrstuhl für Infektiologie in Deutschland. In diesem Sinne ist Infektionsmedizin ein wichtiges Thema. Dies gilt für nosokomiale Infektionen sicherlich auch. Es ist richtig, dass diese Fachärzte fehlen bzw. dass der Mittelbau fehlt – nicht nur da, sondern in vielen Bereichen. Das gilt auch für andere Fächer, z. B. für Chirurgie, Pneumologie oder andere Disziplinen. Dieses Problem hängt mit einem Anreizsystem und mit der Attraktivität von Arbeitsplätzen zusammen. Meines Wissens plant die Bundesärztekammer keine besonderen Initiativen zur Rekrutierung speziell von Hygieneärzten. Wir brauchen eigentlich Fachärzte in allen Bereichen.

SV Dr. Diedrich Bühler (Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)): Die gesetzlichen Krankenkassen sind schon in der Weiterbildungsförderung für die Allgemeinmedizin aktiv. Es sind dadurch Möglichkeiten geschaffen, im Rahmen derer die besonderen Anforderungen an Hygiene insbesondere im ambulanten allgemeinärztlichen Bereich vermittelt werden können, wobei ich davon ausgehe, dass die Grundlagen der Hygiene und des Umgangs mit Antibiotika, wie es schon anklang, den Ärzten bekannt sind, so dass hier eigentlich kein Kenntnis- oder Ausbildungsproblem vorliegt. Was die Krankenhäuser angeht, haben wir vorhin schon den Hinweis gehört, dass es hier durchaus zu einem relevanten Wechsel in den Berufsbildern kommt und dass hier auch Hygienefachpflegekräfte einen Großteil der hygienischen Überwachung mit übernehmen. Das begrüßen wir sehr, weil in der krankenhäuslichen Praxis die Präsenz von Pflegekräften an den hygienisch kritischen Stellen wesentlich größer ist als die von Ärzten. Eine gelungene Zusammenarbeit trägt hier sicherlich zu einer Verbesserung des Gesamtbildes bei. Daher würde sich auf diesem Weg eine Qualifizierung im pflegerischen Bereich anbieten, die die Nachwuchsprobleme im ärztlichen Bereich kompensieren könnte.

Sve Dr. Iris Juditzki (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG)): Uns liegen hierzu keine Zahlen vor, so dass ich diese Tendenz weder bestätigen noch widerlegen kann. In den letzten Jahren, also zwischen 1997 und 2007, wurden in den Krankenhäusern aber über 100.000 Stellen abgebaut. Das sind ärztliche Stellen und pflegerische Stellen. Dieses Problem haben Sie in allen Bereichen sowohl im ärztlichen als auch im pflegerischen Sektor und es betrifft eben nicht die Hygiene alleine. Ergänzend möchte ich sagen, dass sich natürlich alle Ärzte und auch das Pflegepersonal in ihrer Ausbildung mit Hygiene befassen. Das ist zwar nicht so spezifisch wie bei einer Hygienefachkraft oder einem Facharzt für Hygiene, aber es ist auch nicht so, dass ansonsten gar kein hygienischer Sachverstand vorhanden wäre.

Abg. Hilde Mattheis (SPD): Ich möchte den Gemeinsamen Bundesausschuss fragen, welche Anstrengungen er unternommen hat, um Krankenhausinfektionen zu reduzieren, und welchen Erfolg er damit gehabt hat? Meine nächste Frage geht an die Bundesvereinigung der kommunalen

Spitzenverbände. Es gibt den Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz der Länder und diese empfehlen, regionale Netzwerke zur Verhütung und Bekämpfung von resistenten Erregern aufzubauen. Was unternehmen die Kommunen und Landkreise, um diesen Beschluss auf lokaler Ebene umzusetzen?

SV Dr. Josef Siebig (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)): Der G-BA hat bezüglich des vertragsärztlichen Bereichs und für Krankenhausleistungen die ihm zugeschriebene Kompetenz, Qualitätssicherungsmaßnahmen vorzunehmen. Im Rahmen der derzeit durchgeführten Qualitätssicherungsmaßnahmen haben wir die Krankenhausinfektionen in 25 Leistungsbereichen erfasst. Dabei werden unter anderem Wundinfektionen, Harnwegsinfektionen oder pulmonale Infektionen ausgewertet. Wenn ein Krankenhaus auffällig wird und sich z. B. hinsichtlich der Wundinfektionen nicht im Referenzbereich bewegt, wird dem nachgegangen und die Klinik muss sich einem strukturierten Dialog stellen. Dieses Krankenhaus erhält dann fachliche Hinweise und es wird darauf hingewirkt, dass das Problem abgestellt wird. In einigen Leistungsbereichen, z. B. bei den Knie-TEPs, erscheinen in den Qualitätsberichten dann auch Hinweise auf Problembereiche. Beispielsweise wird über die Infektionsraten bei Hüft- und Knie-TEPs informiert. Sie haben außerdem nach dem Erfolg gefragt. Da es sich um eine multifaktorielle Situation handelt, können wir die isolierte Wirkung dieser Maßnahmen nicht beziffern.

SV Prof. Dr. Bernhard Ruf (Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände): Es ist nicht die Aufgabe von Kliniken, Netzwerke aufzubauen und zu unterhalten. Das können sie gar nicht. Aber was wir natürlich tun, ist, dass wir Patienten, die wir aus der Region bekommen, nach Risikoprofilen auf solche Erreger untersuchen und, wenn wir sie entlassen, dem Hausarzt oder Pfleger in einem Altenheim entsprechende Ergebnisse melden. In diesem ideellen Netzwerk hat der Amtsarzt eine ganz entscheidende Funktion. Er kann diese Meldungen zusammenführen. Wenn es zu Auffälligkeiten in bestimmten Kliniken, Alten- oder Pflegeheimen kommt, kann er die Beteiligten zu einem Gespräch bitten. Aber für Netzwerke wie zum Beispiel das in der EUREGIO bzw. in Münster braucht man Strukturen, die unterstützt werden müssen.

Abg. **Dr. Wolfgang Wodarg** (SPD): Ich habe eine Frage an die Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene und an ver.di. Ich habe mich in meiner Region erkundigt und habe für Schleswig-Holstein ein Bild erhalten, welches besagt, dass in den Krankenhäusern – und das ist sicherlich nicht nur in Schleswig-Holstein so – sehr viele Fremdfirmen tätig sind. Die Krankenhäuser bedienen sich des Outsourcings, so wie das überall in der Wirtschaft üblich ist. Damit untersteht ein erheblicher Teil der Beschäftigten gar nicht mehr direkt dem Krankenhaus, sondern wird im Rahmen von Verträgen mit einem Dienstleistungsunternehmen tätig. Inwieweit sind diese Verträge geeignet, diese komplexen Sachverhalte wie die Weiterbildung oder das Verhalten der Menschen so zu steuern, dass diese in das Hygieneregime der Krankenhäuser hineinpassen und Bescheid wissen, worauf es dort ankommt? Haben Sie dort gute Erfahrung gemacht oder meinen Sie, dass durch dieses vermehrte Outsourcing und die Zersplitterung der Belegschaft in Krankenhäusern neue Hygienegefahren entstehen können?

SV **Prof. Dr. Walter Popp** (Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene e.V. (DGKH)): Ich bin der Auffassung, es gibt bestimmte Bereiche, wo Outsourcing die Qualität erhöht. Dies ist zum Beispiel im Bereich der Aufbereitung von Medizinprodukten so, wo eine Zentralisierung im Zusammenhang mit staatlicher Überwachung, wie sie in den letzten Jahren in Nordrhein-Westfalen erfolgte, die Qualität verbessert hat. Ansonsten verfügen inzwischen fast alle Krankenhäuser über Servicegesellschaften, die überwiegend unqualifizierte Mitarbeiter beschäftigen und diesen niedrige Löhne zahlen. Diese Mitarbeiter verrichten Arbeiten relativ nahe an den Patienten. Hier hat es in den letzten Jahren einen enormen Anstieg gegeben. Die Ärzteschaft und die Hygieniker sind in diese Prozesse überhaupt nicht eingebunden. Dies wird vielmehr auf Verwaltungsebene entschieden. Wenn solches Personal vorhanden ist, erfährt man davon eher zufällig. Dieses Servicepersonal ist aus meiner Sicht kaum geschult und bisher hat in den meisten Fällen auch noch niemand daran gedacht, dass es vielleicht einer Schulung bedürfte.

SV **Herbert Weisbrod-Frey** (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)): Wir können uns dem anschließen. Wir sehen ein riesiges Prob-

lem darin, dass Ausgliederungen vor allem im Reinigungsdienst erfolgen. In den Krankenhäusern ist dies ein ganz wesentlicher patientennahe Arbeitsbereich. Wegen des häufig wechselnden Personals ist es hier zudem nicht möglich, entsprechende Schulungen durchzuführen. Für das Personal selbst sehen wir ebenfalls erhebliche Probleme, da der Schutz dieser Mitarbeiter häufig nicht gewährleistet ist. Schwierigkeiten ergeben sich auch dadurch, dass die Aufsichtsbehörden wegen des Personalabbaus in den letzten Jahren in Krankenhäusern kaum Kontrollen durchführen.

Abg. **Dr. Wolfgang Wodarg** (SPD): Ich frage jetzt diejenigen Vertreter, die auf der Landes- oder kommunalen Ebene für die öffentliche Aufsicht bzw. die Hygieneaufsicht zuständig sind. Ich habe das vor einigen Jahren auch einmal gemacht, war Amtsarzt und bin Arzt für Hygiene und Umweltmedizin. Haben Sie Fälle, wo Sie zum Beispiel als Gutachter gefragt werden? Denn bei Verstößen gegen die Regeln der Hygiene gibt es ja die Beweislastumkehr und die Krankenhäuser können schadenersatzpflichtig werden. Wie oft kommt so etwas Ihrer Meinung nach vor? Sind die Patienten so gut informiert, dass sie von ihrem Recht Gebrauch machen? Haben Sie eventuell sogar von Krankenkassen gehört, die Schadenersatzforderungen gegenüber Krankenhäusern stellen?

SVe **Andrea Vontz-Liesegang** (Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände): Für den öffentlichen Gesundheitsdienst und die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände möchte ich ausführen, dass uns entsprechende Zahlen nicht vorliegen.

SV **Prof. Dr. Walter Popp** (Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene e.V. (DGKH)): Wir haben uns mit der Frage der Hygiene und des Rechts seit einiger Zeit beschäftigt. Dies spielt bisher keine große Rolle. Bei den Gutachterkommissionen machen hygienebezogene Streitigkeiten etwa ein bis zwei Prozent aller Fälle aus. Das liegt daran, dass es für einen Patienten schwer ist, überhaupt auf die Idee eines Behandlungsfehlers wegen mangelnder Hygiene zu kommen und, wenn ihm – meist erst nach der Entlassung – die Möglichkeit eines solchen Fehlers bewusst wird, diesen im Nachhinein nachzuweisen. Die Krankenkassen verhalten sich aus

meiner Sicht sehr ambivalent zu diesem Problem, was ich nicht verstehen kann.

Abg. Dr. Konrad Schily (FDP): Frau Prof. Gastmeier, Sie schreiben in ihrer heutigen Stellungnahme im zweiten Absatz, dass durch die Einleitung geeigneter Interventionsmaßnahmen im Mittel eine Reduktion der nosokomialen Infektionsraten von 20 bis 30 Prozent möglich gewesen sei. Einen Absatz später heißt es dann weiter, dass nach Ihren Daten davon auszugehen sei, dass in Deutschland in den letzten zehn Jahren relativ konstant ca. 400.000 bis 600.000 nosokomiale Infektionen jährlich auftraten. Können Sie dies bitte kurz erläutern?

SVe Prof. Dr. Petra Gastmeier (Nationales Referenzzentrum (NRZ) für Surveillance von nosokomialen Infektionen am Institut für Umweltmedizin): Als Nationales Referenzzentrum haben wir seit 1997 eine Datenbank zur Häufigkeit von nosokomialen Infektionen bei verschiedenen Risikogruppen in mittlerweile 800 deutschen Krankenhäusern aufgebaut. Wir haben in diesen Risikogruppen wiederholt versucht zu analysieren, inwiefern die Surveillance von nosokomialen Infektionen, das Feedback der Daten, die Auseinandersetzung der Krankenhäuser und Stationen mit diesen Daten und die Einleitung der entsprechenden Interventionsmaßnahmen dazu führt, dass nosokomiale Infektionen zurückgedrängt werden können. Wir haben dabei wiederholt nachweisen können, dass dadurch eine Reduktion um etwa 20 bis 30 Prozent zu erzielen ist. Die Frage, warum wir gleichzeitig sagen, dass es zu keinem Anstieg der Häufigkeit über die Jahre gekommen ist, kann ich insofern beantworten, als sich die Zahl der teilnehmenden Krankenhäuser langsam gesteigert hat. Wir haben mit 20 Krankenhäusern angefangen und jedes Jahr sind weitere hinzugekommen. Insofern konnten wir die Neueinsteiger regelmäßig hinsichtlich ihrer Infektionsraten bewerten und dabei feststellen, dass die neu hinzugekommenen Kliniken relativ konstante Infektionsraten aufweisen.

Abg. Dr. Konrad Schily (FDP): Frau Prof. Gastmeier, darf man wie Herr Prof. Peters aus Münster epidemiologisch von einer Pandemie nosokomialer Infektionen sprechen? Er vergleicht die Situation mit der Lage bei HIV. Ist das Ihrer Meinung nach zutreffend? Sind diese

Infektionen nur auf ein unvollständiges oder unsachgemäßes Infektionsmanagement in den Krankenhäusern bzw. im ambulanten Bereich zurückzuführen? Gibt es nicht auch andere Ursachen wie z. B. einen kritiklosen, nicht indizierten Gebrauch von Antibiotika oder deren Verfütterung an Tiere und die dadurch bedingte Aufnahme über die menschliche Nahrungskette?

SVe Prof. Dr. Petra Gastmeier (Nationales Referenzzentrum (NRZ) für Surveillance von nosokomialen Infektionen am Institut für Umweltmedizin): Eine Pandemie ist eine weltweite Häufung einer Infektionskrankheit über einen bestimmten Zeitraum wie zum Beispiel bei der Influenza. Bei den nosokomialen Infektionen handelt es sich sicherlich nicht um ein epidemisches, sondern um ein endemisches Problem. Das heißt, wir haben dieses Problem über eine lange Zeit. Man muss sich darüber im Klaren sein, dass das Risiko der Patienten, eine nosokomiale Infektion zu entwickeln, in Zukunft eher noch größer wird, da die Menschen immer älter werden und immer mehr Grundkrankheiten mitbringen, wenn sie ins Krankenhaus kommen. Ich würde daher nicht den Begriff der Pandemie verwenden, sondern ich denke, es ist ein endemisches Problem, mit dem man sich auseinandersetzen muss. Ich komme zu Ihrer zweiten Frage: Es gibt zwei wesentliche Ansatzpunkte für die Vermeidung von multiresistenten Erregern. Der eine Punkt betrifft die Vermeidung von Transmissionen, z. B. durch eine bessere Desinfektion der Hände. Bei dem anderen Ansatzpunkt geht es um die rationale Antibiotikatherapie. In den Niederlanden werden zum Beispiel auch im ambulanten Bereich viel weniger Antibiotika verabreicht. In den skandinavischen Ländern ist das ebenfalls so. Der von den Antibiotika verursachte Selektionsdruck ist in diesen Ländern von vornherein geringer, wenn ein Patient dort ins Krankenhaus kommt. Natürlich muss man auch den Veterinärbereich betrachten. Wir haben das in Deutschland in den 90er Jahren selbst erfahren, als z. B. Avoparcin, das eine Kreuzresistenz zu Vancomycin ausweist, in der Veterinärmedizin verwendet worden und dann vancomycinresistente Enterokokken vermehrt aufgetreten sind. Das ist z. B. auch bei *Clostridium difficile* der Fall, wo man heute sieht, dass die Anwendung in der Veterinärmedizin einen großen Einfluss auf das Auftreten von Infektionen beim Menschen haben kann. Man muss, wenn man das Problem angehen will, die Veterinärmediziner einbeziehen.

Abg. **Dr. Konrad Schily** (FDP): Die nächste Frage richtet sich an den Berufsverband Deutscher Hygieniker und die Bundesärztekammer. Wir haben die Richtlinie des Robert-Koch-Instituts zur Prävention der Infektionen, den schon genannten Referentenentwurf zum Infektionsschutzgesetz vom November 2008 und viele weitere Regelungen. Besteht nach Ihrer Auffassung darüber hinaus noch gesetzlicher Handlungsbedarf?

SV **Prof. Dr. Thomas Eikmann** (Berufsverband Deutscher Hygieniker e.V. (BDH)): Es ist ganz richtig, dass wir eigentlich kein Richtlinien- oder Standardproblem haben. Da sind wir in Deutschland sicherlich gut ausgestattet. Wir haben vielmehr ein Umsetzungsproblem, nämlich eine mangelnde Aufsicht durch das öffentliche Gesundheitswesen, ein zu geringes Problembewusstsein in den Krankenhäusern und ähnliches mehr. Wenn wir etwas auf gesetzlicher Ebene verbessern sollten, dann steht natürlich im Raum, dass man über die Krankenhaushygieneverordnung zwingend vorschreibt, ab welcher Bettenzahl ein Facharzt für Hygiene- und Umweltmedizin verfügbar sein muss und wie viele Hygienefachpflegekräfte vorhanden sein müssen. Ich denke, das muss dringend geregelt werden, um entsprechende Kapazitäten zu schaffen. Denn wir haben im Unterschied zu den Aussagen, die vorhin gemacht wurden, einen großen Mangel an Weiterbildungsstellen, der für die Problematik, dass es zu wenige Fachleute gibt, mit ursächlich ist.

SV **Prof. Dr. Norbert Suttorp** (Bundesärztekammer (BÄK)): Einen Regelungsbedarf hinsichtlich weiterer zu meldender Erreger sehe ich nicht. Es wäre schon gut, wenn die vorhandenen Informationen bzw. Regelungen umgesetzt würden. Ich würde gern noch auf einen systemimmanenten Widerspruch hinweisen. Der G-BA fragt im Rahmen der Qualitätssicherung die Infektionsrate z. B. nach TEP oder Kniegelenkoperationen ab. Das heißt für den Arzt, dass er reichlich Antibiotika geben muss, damit dort möglichst wenige Infektionen auftreten. Auf der anderen Seite ist der Arzt jedoch gehalten, möglichst wenige Antibiotika einzusetzen, um Resistenzen zu vermeiden. Dieser Konflikt ist für einen Arzt unlösbar.

Abg. **Dr. Konrad Schily** (FDP): Ich frage die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände, ob nach ihrer Auffassung der öffentliche Gesundheitsdienst personell und strukturell in der Lage ist, die entsprechenden Kontrollen in Krankenhäusern, Altenheimen etc. durchzuführen.

SV **Prof. Dr. Bernhard Ruf** (Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände): Nein, der öffentliche Gesundheitsdienst ist dazu nicht in der Lage.

Abg. **Frank Spieth** (DIE LINKE.): Ich richte die erste Frage an Herrn Dr. Zastrow. Ist aus Ihrer Sicht mit der bisherigen Strategie der Bundesregierung, die sich im Wesentlichen auf die Surveillance konzentriert, etwas Substantielles erreicht worden? Falls nein, was müsste stattdessen geschehen? Ich frage dies, weil offenbar eine Abstimmung mit den Landesgesundheitsbehörden über eine Verordnung bevorsteht, mit der auf der Grundlage des Infektionsschutzgesetzes mehr Meldepflichten eingeführt werden sollen. Wird uns dieses helfen?

SV **Dr. Klaus-Dieter Zastrow**: Mit der Surveillance ist nichts erreicht worden und damit kann auch nichts erreicht werden, denn es geht im Kern darum, Krankenhausinfektionen zu vermeiden. Mit einer Surveillance macht man aber nichts anderes, als die Erkrankungsfälle und ggf. Todesfälle aufzuzeichnen. Ziel ist es aber, diese zu verhindern und nicht nur zu zählen. Im Heft 8 der Gesundheitsberichterstattung ist in diesem Zusammenhang nachzulesen, dass zunächst eine Infektionsrate von 3,8 Prozent und einige Jahre später in einer zweiten Knie-TEP-Studie eine Rate von 6,9 Prozent gemessen wurde. Zu einer Absenkung von Infektionen ist es daher nicht gekommen. Der Schlüssel zum Erfolg ist das, was auch schon von anderen hier genannt wurde. Wir brauchen in den Krankenhäusern den Sachverstand von Ärzten für Hygiene. Man darf nicht davon ausgehen, dass die anderen Fachärzte in Hygiene besonders gut ausgebildet werden. Ihre Ausbildung während des Studiums läuft maximal über ein halbes Semester und liegt Jahre zurück. Das heißt, wir brauchen den Sachverstand in den Krankenhäusern vor Ort, der dort immer wieder dafür sorgt, dass eine richtige hygienegerechte medizinische Pflege und Be-

handlung durchgeführt wird. Das ist die eigentliche Ursache. Es fehlt an Ärzten für Hygiene.

Abg. Frank Spieth (DIE LINKE.): Ich habe eine Frage an Herrn Dr. Zastrow. Wir haben eben gehört, dass hier nicht von einer Pandemie zu reden sei. In den letzten zwölf Jahren habe ich darüber hinaus auch persönlich immer wieder erfahren, dass dieses Problem stark relativiert wird. Wie dramatisch ist nach Ihrer Meinung das Thema der Krankenhausinfektionen? Wie viele infizierte Patientinnen und Patienten gibt es und wie viele Todesfälle resultieren daraus in Deutschland pro Jahr?

SV Dr. Klaus-Dieter Zastrow: Die Berechnungen sind bekannt und wir haben darüber vorhin schon etwas gehört. Die Zahl der Infektionen variiert zwischen 500.000 und 800.000. Das mag von Jahr zu Jahr etwas unterschiedlich sein, denn einmal haben wir 16 Mio. und ein anderes mal 18 Mio. Patienten im Krankenhaus. Dies ist eine riesige Zahl. Wenn wir davon ausgehen, dass mindestens 30 Prozent vermeidbar sind – bestimmte Literaturstellen der WHO weisen auf 50 Prozent hin –, dann sind das im Minimum 170.000 Infektionen, die vermieden werden könnten. Das ist allemal Grund genug, um sich darum zu kümmern. Was die Zahl der Todesfälle angeht, gibt es zu meinem Entsetzen immer wieder Fachleute, die, wie auch eben zu hören war, behaupten, dass die diskutierten Zahlen übertrieben hoch sind. Wenn wir von dem unteren Wert von 500.000 Infektionsfällen ausgehen und auf der Grundlage der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 8, Nosokomiale Infektionen, einen Anteil septischer Fälle von acht Prozent annehmen, dann ergeben sich 40.000 Fälle von Sepsis. Alle Statistiken und alle Fachgesellschaften wie z. B. die Deutsche Sepsisgesellschaft oder die Paul-Ehrlich-Gesellschaft weisen darauf hin, dass die nosokomiale Sepsis eine Letalität von etwa 40 Prozent hat. Demnach ergibt sich eine Zahl von 16.000 Fällen. In einer Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie an den Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Pneumologie, aus dem Jahre 2000 ist zu lesen, dass von den Erkrankten mindestens 25 Prozent an einer nosokomialen Pneumonie sterben, was einer Zahl von 22.000 Todesfällen entspricht. Wenn Sie beide Zahlen zusammenzählen, dann haben wir etwa 40.000

Todesfälle und das ist wahrscheinlich die Größenordnung, um die es hier geht.

Abg. Frank Spieth (DIE LINKE.): Herr Dr. Zastrow, welche Empfehlungen bzw. Forderungen hätten Sie zur Lösung der Problematik?

SV Dr. Klaus-Dieter Zastrow: An erster Stelle stehen die Ärzte für Hygiene, die den Sachverstand für Hygienefragen in die Krankenhäuser tragen müssen. Denn die übrigen Ärzte, die Chirurgen, Internisten oder Kardiologen sind in vielen Fällen damit allein gelassen. Sie sind aus Sicht der Hygiene zum Teil überfordert und brauchen daher Hilfe, so wie wir das bei anderen Fachrichtungen auch haben. Nur weil wir uns im Studium einmal mit Augenheilkunde, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde und anderem mehr befasst haben, sind wir noch lange nicht mehrfacher Facharzt. Dort fehlt es tatsächlich am Sachverstand. Da ich mich als Leiter des Hygieneinstituts von Vivantes mit dessen 5.400 Betten und 2.300 Ärzten täglich mit diesen Fragen beschäftige, weiß ich, wovon ich rede, wenn ich sage, dort fehlt es tatsächlich. Das heißt, es muss immer wieder das Wissen aufgebaut werden. Mit dem Aufschreiben von Todesfällen oder Infektionsfällen allein ist es überhaupt nicht getan.

Abg. Frank Spieth (DIE LINKE.): Meine nächste Frage geht an die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di. Was sind aus Ihrer Sicht die Ursachen für das Problem der Krankenhausinfektionen und welche Forderungen würden Sie daraus ableiten?

SV Herbert Weisbrod-Frey (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)): Wir haben in den letzten Jahren einen enormen Personalabbau zu verzeichnen und sehen darin einen ganz wesentlichen Grund dafür, dass den hygienischen Belangen nicht mehr so nachgegangen wird, wie es eigentlich erforderlich wäre. Wir haben umgekehrt gerade im letzten Jahr eine enorme Ausweitung der Fallzahlen in den Krankenhäusern, die mit immer weniger Personal geschultert werden muss. Aus unserer Sicht sollte zunächst dafür gesorgt werden, dass gesetzliche Vorschriften umgesetzt werden. Wir haben in den Krankenhäusern z. B. häufig noch keine Umsetzung des Arbeitsschutzgesetzes. Es gibt

zudem zu wenige Kontrollen durch die zuständigen Stellen in den Ländern. Außerdem müsste die Fortbildung des gesamten Personals eine wesentlich größere Rolle spielen. Dies gilt nicht nur für den ärztlichen Bereich, sondern vor allem für die Gebiete, die direkt mit Hygiene zu tun haben wie etwa die Reinigung.

Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine ersten Fragen gehen an Herrn Prof. Werner, die Bundesärztekammer und Herrn Prof. Popp. Zunächst möchte ich Sie fragen, ob der Antrag der Fraktion DIE LINKE die Problemlage und die Ursachenzusammenhänge ausreichend erfasst. Es ging in dieser Anhörung schon einmal um die Thematik des Antibiotikaeinsatzes in der Medizin und Tiermedizin, zu der sich Frau Prof. Gerstenmeier bereits geäußert hat. Teilen Sie die Meinung von Frau Prof. Gerstenmeier und wie beurteilen Sie die Resistenzstrategie der Bundesregierung bzw. das DART-Programm? Von Herrn Prof. Werner würde ich gerne wissen, ob es besondere Problemlagen hinsichtlich des Einsatzes von Medizinprodukten gibt?

SV Prof. Dr. Heinz-Peter Werner: Zur Frage der Ursache von Antibiotikaresistenzen und die daraus resultierende Diskussion zum Thema MRSA möchte ich nochmals verdeutlichen, dass die Vernachlässigung des Fachbereiches Krankenhaushygiene mit eine Ursache ist für die unkontrollierte Möglichkeit der Übertragung von Krankheitserregern. Die Häufung von MRSA ist letztlich ein Indikator für die häufige Übertragung mangels Hygiene. Es geht nicht nur um den mikrobiologischen Nachweis von Krankheitserregern sondern, wie bereits von Herrn Dr. Zastrow bereits erwähnt, den Verlust des Problembewusstseins. Die Ursache hierfür liegt in dem Mangel an Fachärzten für Hygiene. Hier muss klar verdeutlicht werden, dass immer mehr Universitäten das Fachgebiet „Hygiene“ als Lehrstuhl streichen und daher keine Ausbildung mehr erfolgen kann. Es kann nur als Augenauswischerei verstanden werden, wenn wir gerade in Deutschland, in einem Land, das auf eine außergewöhnliche historische Leistung im Thema Krankenhaushygiene zurückblicken kann, darüber jammern, dass nicht genügend Fachärzte auf diesem Gebiet existieren und gleichzeitig im deutschsprachigen Raum die Hygiene im Medizinstudium zusammenstreichen bzw. die Facharztausbildungen in ordentlichem Umfang nicht

ermöglichen. Natürlich finden sich keine jungen Mediziner für die Facharztausbildung, wenn der Anreiz bereits im Medizinstudium fehlt und die Hygiene letztlich als unattraktiv verstanden werden muss. Es kann ferner nur als Schande bezeichnet werden, wie wir in Zentraleuropa das Risiko der Aufbereitung von Medizinprodukten bewerten und das bestehende gewaltige Defizit bei der Aufbereitung gleichgültig klassifizieren. Zunehmend wird die Aufbereitung, mangels Sachverstand sogar ausgelagert, weil Fachpersonal in den Krankenhäusern fehlt. Zum Schluss muss an dieser Stelle betont werden, wir befinden uns in einem gesetzlichen Bereich, die Aufbereitung von Medizinprodukten ist auf europäischer Ebene in der Medizinprodukte-Direktive geregelt und auf nationaler Ebene in entsprechenden Gesetzen geregelt. Die Aufbereitung und ihre Überwachung ist zwar geregelt aber niemand fühlt sich für die lückenlose Überwachung der korrekten Aufbereitung zuständig oder kann diese Aufgabe mit entsprechendem Fachpersonal umsetzen.

SV Prof. Dr. Norbert Suttrop (Bundesärztekammer (BÄK)): Ich finde die Stoßrichtung des Antrags der Fraktion DIE LINKE richtig. Grundsätzlich ist der Antrag sehr begrüßenswert. Er ist aber etwas hinter der Zeit, weil viele Forderungen, die darin angesprochen werden, schon auf dem Weg sind. Ich komme zur Antibiotikaresistenz und zu DART. Ich halte DART für eine sinnvolle Initiative. Es sind viele gute Ideen darin. Ich fand es aber enttäuschend, als es hieß, dass das Programm finanziell nicht unterlegt ist, sondern dass es für das Robert-Koch-Institut nur ein paar Stellen mehr gibt. Ich fürchte, DART wird nicht richtig hoch fliegen, wenn es nicht finanziell unterfüttert wird. Zur Frage der Antibiotikaresistenz und des Umgangs mit Antibiotika will ich nur noch einen Gedanken erläutern: Die meisten Antibiotika werden im ambulanten Bereich verschrieben und die unnötige Verschreibung von Antibiotika geschieht auch besonders dort. Dies beruht nicht auf einer Dummheit des Arztes oder auf einem Zielkonflikt. Richtig ist aber – ich wende mich hier besonders an die Krankenkassen –, dass es Tests gibt, mit denen man prüfen kann, ob der Patient Antibiotika braucht oder nicht. Leider sind die Tests teurer als die Antibiotika, weshalb diese noch immer in zu großem Umfang verschrieben werden. An dieser Stelle könnte man noch pfiffige Ideen entwickeln, die ich in der heutigen Anhörung allerdings noch nicht gehört habe.

SV Prof. Dr. Walter Popp (Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene e.V. (DGKH)): Wir finden den Ansatz der Fraktion DIE LINKE. inhaltlich richtig und denken, dass es ein guter Ansatz ist, dieses wirklich wichtige Thema für die Patienten auf den Weg zu bringen. Was die Frage des Antibiotikaeinsatzes im Krankenhaus angeht, denke ich, dass eine richtige Antibiotikastrategie nicht unbedingt mit Hygiene im Krankenhaus gleichgesetzt werden kann. Es ist richtig, krankenhaushygienische Strukturen zu schaffen. Dies ist für uns das Entscheidende. Bezüglich des Einsatzes von Antibiotika muss man Fortbildungen bei den Ärzten machen und muss dieses Thema stärker in die Weiterbildung einbeziehen. Das sind aus meiner Sicht die hier nötigen Schritte. Sie haben außerdem nach meiner Einschätzung zu DART gefragt. Ich halte persönlich sehr wenig von DART. Ich habe meine internistische Weiterbildung in den 80er Jahren gemacht und schon damals haben wir von den Laboren Resistenzstatistiken bekommen. Damals war Prof. Stille der große Antibiotikaspezialist. Er kam einmal im Jahr und hat uns gesagt, wie wir die Antibiotika anpassen

müssen. Das Ganze ist seit 20 Jahren bekannt, es ist in dieser Zeit aber nichts passiert. Jetzt wird das Thema plötzlich als völlig neu erkannt. Die Daten liegen aber bei den Krankenkassen und großen Laboren bereits vor. Sie können Auskunft zu ganzen Regionen geben, weil sie diese flächendeckend abbilden können. Man kann die Daten ohne Probleme zusammenführen, wenn man will. Deshalb kann ich nicht verstehen, dass man bis 2013 weitere Daten sammelt und erst dann entscheidet, wie man fortfährt.

Die **Vorsitzende**, Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Wir haben die Zeit ausgeschöpft. Ich bedanke mich bei allen, die uns hier für diese Anhörung zur Verfügung standen. Ich danke auch denen, die heute nicht gefragt wurden und wünsche Ihnen allen einen guten Heimweg. Auf Wiedersehen!

Sitzungsende: 17:35 Uhr