



Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0124(7)
gel. VB zur Anhörung am 9.5.
11_Infektionsschutzgesetz
02.05.2011

Stellungnahme zum Referentenentwurf „Gesetz zur Verbesserung der Krankenhaushygiene und zur Änderung weiterer Gesetze“

Die Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie e.V. (DGHM) wurde 1906 gegründet und ist mit 1900 Mitgliedern die größte und älteste wissenschaftliche Fachgesellschaft auf dem Gebiet der Hygiene und Medizinischen Mikrobiologie in Deutschland. Eine große Zahl unserer Mitglieder sind Fachärzte/-ärztinnen für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsimmunologie und/oder Fachärzte/-ärztinnen für Hygiene und Umweltmedizin. Beide Facharztgruppen sind umfassend auf dem Gebiet der Krankenhaushygiene qualifiziert und bilden Krankenhaushygieniker aus. Die DGHM räumt dem Thema Krankenhaushygiene seit Jahren stetig zunehmende Bedeutung ein, was sich darin widerspiegelt, dass dieser Bereich durch eine Ständige Arbeitsgemeinschaft „Allgemeine und Krankenhaushygiene“ sowie eine Fachgruppe „Antibiotikaresistenz und Infektionsprävention in der Krankenhaushygiene“ vertreten ist. Mitglieder unserer Gesellschaft sind in der KRINKO, bei der BÄK, als Leiterin des NRZ für Krankenhausinfektionen und vielen anderen einschlägigen Kommissionen aktiv.

Die DGHM nimmt zu dem o.g. Referentenentwurf im Folgenden Stellung. Unsere Stellungnahme umfasst unter anderem die folgenden Kernaussagen, die in den danach folgenden Tabellen weiter ausgeführt werden:

1. Die DGHM begrüßt den vorgelegten Vorschlag zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und verwandter gesetzlicher Regelungen. Die Regelungen zur Krankenhaushygiene bedürfen aber der ständigen Aktualisierung auf der Basis des Stands der Wissenschaft.
2. Für die Infektionsprävention besteht erheblicher Forschungsbedarf: Hinsichtlich der gezielten Therapie von Infektionen mit den unterschiedlichen multiresistenten Erregern müssen zunächst klinische Studien durchgeführt werden, bevor Leitlinien erarbeitet werden können. Hierzu sind öffentliche Forschungsgelder und zwar unabhängig von der Industrie notwendig.
3. Die Länder müssten verpflichtet werden, an ihren medizinischen Fakultäten die adäquate Vertretung der Fächer Medizinische Mikrobiologie/Virologie/Infektionsepidemiologie, Hygiene/Krankenhaushygiene und Infektiologie und deren Einbindung in die klinischen Funktionen sicher zu stellen.
4. In Quantität und Qualität ausreichendes ärztliches und nicht-ärztliches Personal ist unabdingbare Voraussetzung, um die mit der Gesetzesänderung intendierten Ziele zu erreichen. Die ärztliche Weiterbildung in den klinischen Fächern Mikrobiologie, Hygiene, Infektiologie und Pharmakologie muss wirksam unterstützt werden, so dass Personal in ausreichender Menge und Qualifikation verfügbar wird. Den zur Weiterbildung befähigten Einrichtungen (Institute an Kliniken und qualifizierte niedergelassene Fachärztinnen/Fachärzte) müssen zusätzliche Weiterbildungsstellen zur Verfügung gestellt werden, die nicht durch die Einrichtung, sondern durch die Krankenkassen oder

Krankenhausträger finanziert werden müssen. Nur so kann der bestehende Personalmangel aller Krankenhäuser gedeckt werden.

5. Die beiden Kommissionen am RKI benötigen die unmittelbare Unterstützung durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des RKI. Die direkte Einbeziehung des RKI in das Management erheblicher nosokomialer Ausbrüche wäre vorteilhaft. Die Kommission zur Antinfektiven Resistenzlage und Therapie muss auch Fragestellungen der Tiermedizin und der Lebensmittelhygiene betrachten. Entsprechend ist eine interdisziplinäre Besetzung der Kommission notwendig.

6. Die ambulante topische Sanierung von MRSA-besiedelten Patienten bedarf der Regelung, nicht die Therapie von MRSA-Infektionen.

Die verschiedenen Dokumente und Gesetzesänderungen werden in der Folge in tabellarischer Form dargestellt. Die Tabellen verweisen auf die Änderungen der Gesetzestexte, interpretieren die Änderungen, geben ggf. Änderungsvorschläge und Begründungen.

Tabelle 1 kommentiert die Einleitung und Begründung der Gesetzesänderungen und Tabelle 2 Änderungen des IfSGs. In Tabelle 3 werden als wichtige Voraussetzungen für die Umsetzbarkeit der Gesetzesänderungen die Förderung von Aus-, Fort- und Weiterbildungsstrukturen für qualifiziertes Personal in der Krankenhaushygiene vorgeschlagen. Dazu liegen zur Zeit leider keine Gesetzesänderungen vor und sollten somit parallel ausgearbeitet und mit vorgelegt werden. Weiterhin besteht für krankenhaushygienische Fragestellungen ein außerordentlicher Forschungsbedarf zur Erstellung evidenzbasierter Empfehlungen. Hierfür sollten zeitgleich mit den vorgelegten Gesetzesänderungen Gelder für die epidemiologisch-infektionspräventive Forschung zur Verfügung gestellt werden.

Tabelle 4 kommentiert die Abrechenbarkeit von infektionspräventiver Diagnostik für multiresistente Erreger, der Dokumentation und im Falle von MRSA der Dekolonisation. Hierbei wird besonders darauf verwiesen, dass der Gesetzestext sich nicht nur auf MRSA beschränken sollte. Weiterhin sollte die Abrechenbarkeit von der fachlichen Fortbildung der Ärzte zum Beispiel durch Netzwerkaktivitäten zur Voraussetzung gemacht werden.

Die DGHM begrüßt das Ziel der Bundesregierung, die Zahl der Krankenhausinfektionen durch verbesserte gesetzliche Rahmenbedingungen zu reduzieren und steht für weiterführende Diskussionen mit der gesamten in unserer Gesellschaft konzentrierten praktischen und wissenschaftlichen Expertise zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen,



Prof. Dr. med. Sebastian Suerbaum
Präsident der DGHM

Tabelle 1: Einleitung zum Referentenentwurf und Begründung

Einleitung/ Begründung	Bedeutung/Auswirkung/Diskussion	Änderungsvorschlag	Begründung
Seite 2, Zeile 2	<p>In der vertragsärztlichen Versorgung wird eine Vergütungsregelung für die ambulante Therapie (Sanierung) von MRSA-besiedelten und MRSA-infizierten Patientinnen und Patienten sowie für diagnostische Untersuchung ... geschaffen.</p> <p>Dies suggeriert, dass bei MRSA-Besiedelung eine systemische Antibiotikatherapie erfolgen soll; das würde somit einen breitflächigen ambulanten Antibiotikaverbrauch induzieren, der ja gerade gesenkt werden soll.</p> <p>Satz einfügen</p>	<p>In der vertragsärztlichen Versorgung wird eine Vergütungsregelung für die <u>ambulante topische Sanierung MRSA-besiedelter Patientinnen und Patienten</u> sowie ...</p>	<p>Die Therapie von MRSA-infizierten Patientinnen und Patienten wird bereits vergütet. Bisher fehlte eine Vergütung für die topische Sanierung/Dekolonisation MRSA-besiedelter Patienten.</p> <p>Für eine Sanierung unter Einsatz einer systemischen Therapie fehlt zur Zeit hinreichende Evidenz.</p>
Seite 3 erster Absatz		<p>Beide Kommissionen benötigen die unmittelbare Unterstützung der wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des RKI. Eine entsprechende Regelung ist notwendig.</p>	
Seite 18, Zeile 7	<p>Vergütungsregelung für die ambulante Therapie (Sanierung) von MRSA-besiedelten und MRSA-infizierten Patientinnen und Patienten</p>	<p>... für die <u>ambulante topische Sanierung MRSA-besiedelter Patientinnen und Patienten</u></p>	s.o.
Zeile 10	<p>Ermittlung valider Daten über die ambulante Sanierung bzw. Therapie von MRSA-Besiedlungen</p>	<p>... über die <u>ambulante topische Sanierung</u> von MRSA-Besiedlungen</p>	s.o.
Seite 28, Zu Buchstabe a, 2. Absatz, Zeile 1	<p>... für die ambulante Sanierung (Therapie) einschließlich Beratung und Dokumentation von MRSA-besiedelten bzw. MRSA-infizierten Patienten</p>	<p>... <u>ambulante topische Sanierung</u> einschließlich Beratung und Dokumentation MRSA-besiedelter Patienten</p>	s.o.
Zeile 10	<p>... ambulante Sanierung (Therapie) von MRSA-Besiedlungen</p>	<p>... <u>ambulante topische Sanierung</u> von MRSA-Besiedlungen</p>	s.o.

Tabelle 2: Artikel 1, Änderung des Infektionsschutzgesetzes

IfSG-Änderung	Bedeutung/Auswirkung/Diskussion	Änderungsvorschlag	Begründung
1. § 4	Ergibt sich aus nachfolgenden Änderungen		
2. § 6	Ergibt sich aus nachfolgenden Änderungen		
3. § 9	Ergibt sich aus nachfolgenden Änderungen		
4. § 10	Für die nichtnamentliche Meldepflicht entfällt die Angabe des Geburtsdatums der betroffenen Personen: Verbesserung des Datenschutzes für Betroffene	Änderung wird begrüßt	
5. § 11 (a)	Die Meldung von nosokomialen Ausbrüchen an das RKI wird ermöglicht und erheblich beschleunigt. Das RKI erhält zeitnahen Einblick in die Geschehnisse und kann reagieren ob und in welcher Weise es beratend tätig wird. Es sollte überlegt werden, inwiefern man gesetzlich verankert, dass man krankenhaushygienisch kompetente Beratung in Ausbruchsfällen auch direkt beim RKI anfordern kann.	Änderung wird begrüßt. Folgende Regelung wird zusätzlich empfohlen: Ein Krankenhaus kann im Falle eines nicht kontrollierten nosokomialen Ausbruchs eine Meldung direkt an das RKI schicken. Das RKI kann nach Einschätzung der Meldung ein Ausbruchsteam in das betroffene Krankenhaus entsenden.	Für die Krankenhäuser und für den öffentlichen Gesundheitsdienst steht nicht genug und nicht ausreichend qualifiziertes Personal zur Verfügung. Die Einschätzung von nosokomialen Ausbrüchen ist sehr komplex und erfordert eine hohe Sachkompetenz, die beim RKI vorhanden ist. Die direkte Meldung könnte protrahierte Ausbrüche wie z.B. in Fulda besser kontrollieren und somit Gefahren erheblich mindern.
5. § 11 (b)	Ergibt sich folgerichtig aus Änderungen		
6. § 12	Ergibt sich folgerichtig		
7. § 23 (1)	(1) entspricht der alten IfSG Fassung (2)		
7. § 23 (2)	<ul style="list-style-type: none"> Einsatz einer Kommission Antinfektive Resistenzlage und Therapie usw.: Die Einrichtung einer weiteren Kommission würde der Thematik der multiresistenten Erreger und deren Therapie ein weiteres Gewicht verleihen. Die präventive Wirkung der im Gesetzesentwurf beschriebenen Aufgaben ist aber nicht ausreichend. Zur antimikrobiellen Therapie liegen bereits zahlreiche internationale und nationale Richtlinien vor. Hier besteht eher ein Umsetzungsproblem, bei 	Beim RKI wird eine Kommission Antinfektive Resistenzlage und Therapie in der <u>Human- und Tiermedizin</u> eingerichtet ... Die Kommission erstellt Empfehlungen mit allgemeinen Grundsätzen für Diagnostik und antimikrobielle Therapie, insbesondere bei Infektionen mit resistenten Krankheitserregern im human- und tiermedizinischen Bereich. Für den humanmedizinischen Bereich werden Instrumenten-	Die Aufgaben der vorgeschlagenen Kommission sind zur Lösung des Problems nicht weitreichend genug formuliert. Der Einsatz von Antinfektiva in der Tiermast muss einbezogen werden. Die Kommissionszusammensetzung ist entsprechend durch Vertreter aus der Tiermedizin zu ergänzen.

IfSG-Änderung	Bedeutung/Auswirkung/Diskussion	Änderungsvorschlag	Begründung
	<p>dem es um die Implementierung von Leitlinien in die jeweiligen Krankenhäusern geht. Dazu sind qualifizierte Ärzte wie klinische Mikrobiologen, Pharmakologen, Infektologen und Hygieniker vonnöten. Die Anzahl der entsprechenden Weiterbildungsstellen muss gesteigert werden, damit die Funktionen ausgefüllt werden können.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hinsichtlich der gezielten Therapie von Infektionen mit den unterschiedlichen multiresistenten Erregern müssen zunächst klinische Studien durchgeführt werden, bevor Leitlinien erarbeitet werden können. Hierzu sind öffentliche Forschungsgelder und zwar unabhängig von der Industrie notwendig. • Die Antibiotikaresistenzen können teilweise nach neuesten Datenlagen dem übermäßigen Einsatz von Antibiotika in der Massen-Tiermast zugeschrieben werden. Eine einzureichende Kommission sollte dann auch Veterinäre und Vertreter der Lebensmittelaufsicht enthalten. Zu den Aufgaben der Kommission ist auch die Erarbeitung von verbindlichen Leitlinien für den Einsatz von Antibiotika in der Tiermast hinzuzufügen. 	<p>te zur Umsetzung der Empfehlungen vorgeschlagen. Für den tiermedizinischen Bereich werden der Veterinäraufsicht Maßnahmen (z.B. Verbot von Metaphylaxen) und Veränderung der Tiermastbedingungen (Festlegung von Mindestflächen pro Tier und Segmentierung der Mastflächen) zusammengestellt, die den Gebrauch von Antibiotika in der Tiermast effektiv begrenzen.</p> <p>Die entsprechenden praktischen Lösungen erfordern ärztliches Fachpersonal. Die ärztliche Weiterbildung in den klinischen Fächern Mikrobiologie, Hygiene, Infektiologie und Pharmakologie muss wirksam unterstützt werden, so dass Personal in ausreichender Menge und Qualifikation verfügbar wird.</p>	<p>„Verbindliche“ wurde gestrichen, da verbindliche Instrumente zur Umsetzung von Empfehlungen einen Widerspruch in sich bedeuten.</p>
7. § 23 (3)	<p>Die Änderung verpflichtet die Leiter von Krankenhäusern, nosokomiale Infektionen und die Ausbreitung von multiresistenten Erregern nach dem Stand der Wissenschaft zu vermeiden. Dazu werden faktisch die RKI-Empfehlungen auf den Stand der medizinischen Wissenschaft gestellt und erhalten somit rechtlich Verordnungscharakter. Der wissenschaftliche Stand der Wissenschaft kann aber leider nicht angenommen werden, weil die Empfehlungen zum einen teilweise sehr überaltert sind. Zum anderen ist jede Empfehlung wissenschaftlich veraltet, sobald diese publiziert ist. Um auf neue wissenschaftliche Studien umgehend reagieren zu können, ist vor Ort</p>	<p>Die Leiterinnen bis 31.12.2015 wird die Einhaltung des Standes der medizinischen Wissenschaft auf diesem Gebiet vermutet, wenn jeweils die veröffentlichten Empfehlungen.....usw.</p>	<p>Die Gleichsetzung der RKI-Empfehlungen mit dem Stand der medizinischen Wissenschaft ist nur übergangsweise adäquat. Daher sollte der Satz eine zeitliche Eingrenzung erfahren.</p> <p>Die zeitliche Begrenzung muss das Datum enthalten, bis zu dem realtischerweise ausreichend qualifiziertes Personal in ausreichender Menge weitergebildet werden kann.</p>

IfSG-Änderung	Bedeutung/Auswirkung/Diskussion	Änderungsvorschlag	Begründung
	<p>in den Krankenversorgungseinrichtungen qualifiziertes Personal erforderlich, das die Bewertung selbst vornehmen kann. Daher ist in die Gesetzesänderung ein Passus einzubringen, der klärt, wie schnellstmöglich Personal adäquat qualifiziert werden kann (s. Tabelle 3). Übergangsweise könnten die Empfehlungen auf Verordnungsstufe gehoben werden, bedürfen aber der zeitlichen Einschränkung.</p>		<p>Dies erfordert also ein gleichzeitig gesetzlich verankertes Weiter- und Fortbildungsprogramm (s. Tabelle 3)</p>
7. § 23 (4)	<p>Der Absatz klärt die Aufzeichnungspflicht von nosokomialen Infektionen in ambulanten Operationseinrichtungen.</p>	<p>....Der Absatz tritt in <u>ab 1.1.2012</u> in Kraft.</p>	<p>Die Aufnahme der ambulanten Operationseinrichtungen in die Überwachung setzt voraus, dass alle Patienten ein adäquates Follow-up erhalten (ohne Fremdkörper 4 Wochen nach OP und mit 1 Jahr nach OP). Für eine solche Erfassung muss Personal fachlich qualifiziert werden. Eine Übergangslösung sollte den Einrichtungen die Gelegenheit der Fortbildung geben.</p>
7. § 23 (5)	<p>Der Absatz stellt auch andere medizinische Versorgungseinrichtungen als Krankenhäuser in die Überwachung der Gesundheitsämter. Es bestehen Pflichten zur Erstellung von Hygieneplänen.</p>	<p>Änderung wird begrüßt.</p>	
7. § 23 (6)	<p>Der Absatz stellt Zahnarztpraxen und Praxen sonstiger Heilberufe unter die infektiionshygienische Aufsicht des Gesundheitsamtes.</p>	<p>Änderung wird begrüßt.</p>	
7. § 23 (7)	<p>Ergibt sich folgerichtig aus Änderungen</p>		
7. § 23 (8)	<p>Der Absatz verpflichtet die Länder Krankenhaushygieneverordnungen zu erlassen. Der Inhalt dieser Verordnungen ist sinnvoll und detailliert vorgezeichnet. Er betont die qualifizierte personelle Ausstattung.</p>	<p>5. Strukturen zur Erkennung von nosokomialen Infektionen und resistenten Erregern und zur Erfassung im Rahmen der ärztlichen und pflegerischen Dokumentationspflicht,</p>	<p>Die Methoden in LänderVO bereits vorzuschreiben, vergibt die Möglichkeit der Methodenänderungen. Daher sollte „und Methoden“ gestrichen werden.</p>

IfSG-Änderung	Bedeutung/Auswirkung/Diskussion	Änderungsvorschlag	Begründung
		<p>9. die Mitteilung von infektionsschutzrelevanten <u>Präventionsmaßnahmen</u> an das Personal</p> <p>10. die mikrobiologisch-pharmakologische Beratung des ärztlichen Personals <u>hinichtlich der individuellen Therapie von Patienten und einer Antinfektiva-Strategie der Einrichtung</u></p> <p>11. die Weitergabe von infektionsschutzrelevanten Informationen wie <u>Infektionsdiagnose, Erreger, Stand der Therapie, Stand der Besiedlung, die weiterbehandelnden Ärzte und die erforderlichen Präventionsmaßnahmen</u> an die weiterbetreuenden Einrichtungen.</p>	<p>Die Mitteilung von infektionsschutzrelevanten Daten widerspricht dem Persönlichkeitschutz. Die Mitteilung von erforderlichen Präventionsmaßnahmen ist dagegen zielführend.</p> <p>Die mikrobiologisch-pharmakologische Beratung sollte hinsichtlich des therapeutischen und resistenzpräventiven Aspektes aufgegliedert werden.</p> <p>Die Weitergabe von infektionsschutzrelevanten Informationen und nachfolgende Krankenversorger ist sehr zu begrüßen. Die Art der Informationen sollte detaillierter dargestellt werden. Dabei sind die medizinischen Daten in Arztbriefen weiterzugeben und aus datenschutzrechtlichen Gründen die erforderlichen infektionspräventiven Maßnahmen an die weiterbehandelnde Einrichtung.</p>
8. § 29	Ergibt sich folgerichtig aus Änderungen		
9. § 36 (1)	Der Absatz stellt weitere Gemeinschaftseinrichtungen unter die infektionshygienische Überwachung des Gesundheitsamtes und verpflichtet zur Aufstellung eines Hygieneplans.	Der Absatz wird begrüßt.	
9. § 36 (2)	Der Absatz gibt die Möglichkeit der Überwachung aller Einrichtungen und Gewerbe, in denen die Möglichkeit besteht, dass blutgetragenen Erreger übertragen werden können.	Der Absatz wird begrüßt.	
10. § 73	Folgerichtige Änderungen		

Tabelle 3: In dem vorgelegten Gesetzesentwurf nicht berücksichtigte Voraussetzungen, die zur Erfüllung der Gesetzesänderungen erforderlich sind. Diese Voraussetzungen sind zeitgleich mit den Gesetzesänderungen auszuarbeiten und umzusetzen

Problem	Gesetzliche Lösung
<p>Um Empfehlungen zur Antibiotikatherapie zur Optimierung der Therapie von Patienten und der Prävention einer weiteren Ausbildung von Antibiotikaresistenzen geben zu können, sind industrieunabhängige, öffentlich finanzierte klinische human- und tiermedizinische sowie Lebensmittelstudien erforderlich.</p>	<p>Das BMBF und BMG müssten Forschungsgelder zur Durchführung infektionspräventiver klinisch-epidemiologischer Projekte und klinischer Antinfektivastudien ausschreiben. Die Förderung muss durch öffentliche, also für industrieunabhängige Mittel erfolgen. Studien zur Lebensmittelsicherheit hinsichtlich der Belastung und Übertragbarkeit von multiresistenten Erregern müssen ebenso ausgeschrieben werden. Die Möglichkeit der Zusammenarbeit mit den Veterinäraufsichtsbehörden wird geschaffen.</p>
<p>Es fehlt in erheblichem Maß an qualifiziertem Fachpersonal, das die hygienischen und Antinfektiva-präventiven Aufgaben in den Krankeneinrichtungen umsetzen kann. Eine umfangreiche Aus- und Fort- und Weiterbildungsinitiative muss finanziert bzw. finanziell unterstützt werden. Die Anzahl von Fachärzten für Hygiene und Umweltmedizin sowie von Fachärzten für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie kann nur durch Weiterbildungsstellen gesteigert werden. Die krankenhaushygienischen und klinischen Kenntnisse der Fachärzte für Hygiene bzw. Mikrobiologie müssen in gezielten Fortbildungsmaßnahmen gesteigert werden. Die Anzahl und die hierfür spezifische Qualifikation der Hygienefachkräfte sind ebenfalls nicht ausreichend. Für eine adäquate infektionshygienische Aufsicht steht in den Gesundheitsämtern nicht ausreichend qualifiziertes Personal zur Verfügung.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Die Länder müssten verpflichtet werden, an ihren medizinischen Fakultäten die adäquate Vertretung der Fächer Medizinische Mikrobiologie/Virologie/Infektionsepidemiologie, Hygiene/Krankenhaushygiene und Infektiologie und deren Einbindung in die klinischen Funktionen sicher zu stellen. • Den zur Weiterbildung befähigten Einrichtungen (Institute an Kliniken und qualifizierte niedergelassene Fachärztinnen/Fachärzte) müssen zusätzliche Weiterbildungsstellen zur Verfügung gestellt werden, die nicht durch die Einrichtung, sondern durch die Krankenkassen oder Krankenhausträger finanziert werden müssen. Nur so kann der bestehende Personalmangel aller Krankenhäuser gedeckt werden. • Die Verbundweiterbildung zu Fachärzten muss durch die Ärztekammern unterstützt werden, so dass die Komplettierung des Kurrikulums vereinfacht wird. • Die Länder und Kommunen müssten verpflichtet werden, die kommunalen Gesundheitsämter qualitativ und quantitativ mit ausreichend Personal zu besetzen. Hierfür sollte eine Richtzahl pro Einwohner festgelegt werden.

Tabelle 4: Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

SGB Gesetzes-änderung	Bedeutung/Auswirkung/Diskussion	Änderungsvorschlag	Begründung
1	Dem Absatz 2 a wird ein weiterer Satz angefügt. Danach wird die ärztliche Leistung zur Diagnostik und Therapie einschließlich der elektronischen Dokumentation vergütet.	Die Abrechenbarkeit von Screeninguntersuchungen, der Dokumentation und ggf. Dekolonisationsbehandlungen sind nur in Zusammenhang der Indikationsfestlegung durch Netzwerke gegeben. Der abrechnende Arzt hat eine Fortbildung im Rahmen der MRE-Netzwerk-Aktivitäten nachzuweisen. Screeninguntersuchungen, Dokumentation und ggf. auch Dekolonisationsbehandlungen müssen auch den Krankenhäusern nach den gleichen Regeln erstattet werden.	Dem Passus ist zuzustimmen. Er sollte aber darauf begrenzt werden, bei welchen Indikationen die jeweiligen Untersuchungen abrechenbar sind. Z.B. könnten die Indikationen in Netzwerken festgelegt werden. Durch die Anbindung an die Netzwerke wird weiterhin die Durchführung des IfSG §23, Abs 8 Satz 11 unterstützt. Der Passus sollte sich nicht nur auf MRSA beschränken, sondern auf <u>MRE</u> (=multiresistente Erreger)
4.	Der Absatz 1 a entspricht der Vorgabe eines „public reportings“ von „Indikatoren zur Beurteilung der Hygienequalität“. Die Indikatoren werden durch den Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt. Ein public reporting von nosokomialen Infektionsraten ist zwar auf den ersten Blick wünschenswert, im Detail jedoch sehr schwierig. Die DGHM würde auch die Streichung des Passus unterstützen und als Alternative folgenden Passus aus der folgenden Spalte vorschlagen.	Nach dem ersten Satz wird ein weiterer wie folgt eingefügt: Zur Indikatoren Festlegung wird der Gemeinsame Bundesausschuss vom NRZ zur Surveillance nosokomialer Infektionen und den beiden RKI Kommissionen beraten. Diese erhalten jeweils eine Stimme. Die DGHM unterstützt die Streichung des Passus“ ...sind im Qualitätsbericht darzustellen....“ und schlägt als Alternative folgenden Passus vor: können im Qualitätsbericht dargestellt werden.	Ein „public reporting“ nosokomialer Infektionsraten ist zwar auf den ersten Blick wünschenswert, im Detail jedoch sehr schwierig. So können z.B.: <ul style="list-style-type: none"> • Relativ hohe Raten in bestimmten Hoch-Risiko-Patientengruppen können ein gutes Behandlungsergebnis darstellen und niedrige Raten in einer Niedrigrisiko-Kohorte ein schlechteres. Der gemeinsame Bundesausschuss muss von einer kompetenten epidemiologisch-hygienischen Einrichtung wie z.B. dem NRZ zur Surveillance nosokomialer Infektionen beraten werden. • Indikatoren wie Händedesinfektionsmittel-Verbrauch pro Patiententag sind gute Initialparameter, die aber nur relative Relevanz besitzen. Nach guter Schulung müssen die Arbeitsabläufe am Patienten so strukturiert werden, dass möglichst wenige Händedesinfektionen erforderlich sind. • Der nosokomiale Erwerb von MRE im Kranken-

SGB Gesetzes- änderung	Bedeutung/Auswirkung/Diskussion	Änderungsvorschlag	Begründung
4 (b)	Die Qualitätsberichte sind nicht in Ab- stand von 2 Jahren sondern jährlich vorzulegen. Dies ermöglicht eine zeitnahe Reaktion auf bestimmte Qualitätsdaten.	Der Änderung wird zugestimmt.	haus kann ebenfalls einen Indikator darstellen, doch treten die meisten nosokomialen Infektionen weder durch MRE auf, noch als Transmissionen. Da eine Überwachung von Hygieneindikatoren prinzipiell sinnvoll ist, sollten sie in den hausinter- nen QM-Systemen entsprechend mit genutzt wer- den. Werden sie in den Qualitätsberichten ver- öffentlicht, so ist dies zulässig.

Zu Abrechnungs-technischen Gesetzesänderungen nimmt die DGHM als wissenschaftliche Fachgesellschaft und eben nicht als Berufsverband keine Stellung.