

**Deutscher Bundestag**

Ausschuss f. Gesundheit

**Ausschussdrucksache**

**17(14)0124(13)**

**gel. VB zur Anhörung am 9.5.**

**11\_Infektionsschutzgesetz**

**02.05.2011**



**Gemeinsamer  
Bundesausschuss**

Dr. rer. soc. Josef Siebig  
gemäß § 91 SGB V  
Unparteiisches Mitglied

Gemeinsamer Bundesausschuss, Postfach 12 06 06, 10596 Berlin

**Per eMail: [katharina.lauer@bundestag.de](mailto:katharina.lauer@bundestag.de)**

Deutscher Bundestag  
Sekretariat des Ausschusses für Gesundheit  
Platz der Republik 1  
**10117 Berlin**

**Besuchsadresse:**  
Wegelystraße 8  
10623 Berlin

**Ansprechpartner/in:**  
Steffen Koczott

**Telefon:**  
030 275838161

**Telefax:**  
030 275838135

**E-Mail:**  
[steffen.koczott@g-ba.de](mailto:steffen.koczott@g-ba.de)

**Internet:**  
[www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)

**Unser Zeichen:**  
Si/SK

**Datum:**  
02. Mai 2011

**Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung am 9. Mai 2011  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und zur  
Änderung weiterer Gesetze  
hier: Ihr Schreiben vom 14. April 2011**

Sehr geehrte Frau Lauer,

bitte entnehmen Sie dem Anhang dieses Schreibens meine Stellungnahme als  
Unparteiisches Mitglied beim Gemeinsamen Bundesausschuss zum Entwurf eines  
Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und zur Änderung weiterer Gesetze.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Josef Siebig

**Anlage**



**Stellungnahme  
des Unparteiischen Mitglieds beim Gemeinsamen Bundesausschuss,  
Dr. rer. soc. Josef Siebig,  
zum  
Entwurf eines Gesetzes zur Änderung  
des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze  
(BT-Drucksache 17/5178)**



### **Stellungnahme:**

Die Zielsetzungen des vorliegenden Gesetzesentwurfs zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes sind ausdrücklich zu begrüßen. Der vorliegende Entwurf stellt eine gute Grundlage dar, um die Hygiene in der Versorgung zu verbessern.

Neben dieser grundsätzlichen Einschätzung werden die folgenden Veränderungen angeregt:

#### **1. Zu Artikel 1 Ziffer 8 (§ 23 Abs. 3 Satz 2 Infektionsschutzgesetz)**

Gegen den Abs. 3 bestehen systematische Bedenken.

Unbeschadet aktueller politischer Priorisierungen haben Hygienemaßnahmen (personelle und sachliche Anforderungen) ebenso wie andere Qualitätssicherungsmaßnahmen dem Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 Abs. 1 S. 1 SGB V zu entsprechen. Dadurch dass die Empfehlungen der KRINKO zum verbindlichen Maßstab erhoben werden, gilt ihre Erfüllung gleichsam als wirtschaftlich. Denn unwirtschaftliche Leistungen „können die Versicherten nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.“ Die Empfehlungen der KRINKO implizieren deshalb auch eine wertende Entscheidung über die Wirtschaftlichkeit der Maßnahmen. In dieser Hinsicht bestehen zweierlei Bedenken. Zum einen würde § 92 SGB V, die Kompetenz des G-BA zu leistungsrechtlichen Entscheidungen, unterhöhlt, da im Bereich der Hygienemaßnahmen die KRINKO ermächtigt würde, Entscheidungen zu treffen, die sich auf die Konkretisierung des Wirtschaftlichkeitsgebotes und das Leistungsrecht auswirken. Zum anderen bestehen Zweifel, ob die Mitglieder der KRINKO neben der Kompetenz als Hygieneexperten auch über die Kompetenz verfügen, über Fragen der Wirtschaftlichkeit zu entscheiden.

Um diesen Bedenken zu begegnen, würde sich eine analoge Regelung zu § 20d SGB V für Empfehlungen der Ständigen Impfkommission anbieten.



## 2. Zu Artikel 3 Ziffer 4 Buchstabe a des Gesetzentwurfs (§ 137 Abs. 1a SGB V)

### 2.1 Satz 1

Die in Satz 1 vorgesehene Möglichkeit für den G-BA, „in seinen Richtlinien nach Abs. 1 geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Hygiene in der Versorgung“ festzulegen, ist ausdrücklich zu begrüßen. Die Formulierung ist gut gewählt, da sie den Beratungen im G-BA zur Wahl des geeignet erscheinenden Qualitätsinstruments nicht vorgreift. Nach erster Einschätzung könnte hier neben der datengestützten, einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung mit Indikatoren der Weg über das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement am geeignetsten sein, allerdings ist dies auch abhängig von den weiteren Bestimmungen des Krankenhaushygienegesetzes. Gleichzeitig ist die Empfehlung „insbesondere für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung“ Indikatoren zu bestimmen, bereits aufgegriffen worden: Der G-BA hat am 17. Juni 2010 beschlossen, die Institution nach § 137a SGB V mit dem QS-Thema „nosokomiale Infektionen“ zu beauftragen. An der Konkretisierung des Auftrages wird derzeit gearbeitet.

### 2.2 Zweiter Halbsatz des 1. Satzes

Der zweite Halbsatz des 1. Satzes „...bestimmt [der G-BA] insbesondere für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung der Krankenhäuser Indikatoren zur Beurteilung der Hygienequalität“

sollte geändert werden in

*„und bestimmt insbesondere für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung der Leistungserbringer Indikatoren zur Beurteilung der Hygienequalität.“*

#### **Begründung:**

In Punkt A (Seite 1 des Gesetzesentwurfs) wird korrekterweise festgestellt, dass „Viele der im Krankenhaus – aber auch zunehmend der ambulant – erworbenen Infektionen [...] durch resistente Erreger verursacht...“ werden. Behandlungsassoziierte Infektionen sind nicht auf den stationären Sektor begrenzt. Daher sollten Indikatoren für die Leistungserbringer (und nicht nur für die Krankenhäuser) entwickelt werden. Auch sieht der aktuell gültige Gesetzestext in § 137 Abs. 2 SGB V vor, dass die Richtlinien nach Absatz 1 sektorenübergreifend zu erlassen sind, es sei denn, die Qualität der



Leistungserbringung kann nur durch sektorbezogene Regelungen angemessen gesichert werden. Der G-BA hat eine Beauftragung der Institution nach § 137a SGB V zur Entwicklung des QS-Themas „nosokomiale Infektionen“ beschlossen. Die Entwicklungsleistungen durch die Institution nach § 137a SGB V sehen dabei einen sektorenübergreifenden Ansatz vor. Aus diesen Gründen sollte das Wort „Krankenhäuser“ durch „Leistungserbringer“ ersetzt werden.

### 2.3 Frist nach Satz 2

Zu der Frist nach Satz 2 *„Er hat die Festlegungen nach Satz 1 erstmalig bis zum 31. Dezember 2012 zu beschließen.“*

ist anzumerken, dass der hier vorgesehene Zeitplan voraussichtlich nicht einhaltbar sein wird. Die Konkretisierung des Auftrages für die Entwicklung von Instrumenten und Indikatoren wird frühestens Mitte 2011 abgeschlossen sein werden. Die Durchführung des Auftrages durch die Institution nach § 137a SGB V dauert bei größeren Verfahren, wie dem Vorliegenden, mindestens 12 Monate. Es hätte dann eine Abnahme, eine Machbarkeitsprüfung sowie ein Probetrieb und auf dieser Grundlage die Erarbeitung themenspezifischer Bestimmungen zu erfolgen, was mit einem Zeitbedarf von mindestens 12 weiteren Monaten zu veranschlagen wäre, so dass *„die Festlegungen nach Satz 1“* frühestens zum 1. Juli 2013 erfolgen könnten.

### 2.4 Satz 5 neu

Um konkrete Infektionsquellen und Übertragungswege im Krankenhaus identifizieren und anschließend beseitigen zu können, wäre die Ergänzung des ICD-Kataloges um differenzierende Diagnosecodes notwendig.

Es wird deshalb folgender Satz 5 neu empfohlen:

*„Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information berücksichtigt bei der Fortschreibung seiner Kodierschlüsselnummern die hauptsächlichen Infektionserreger und differenziert die Schlüsselnummern nach der Infektionsquelle.“*

Es wird darauf hingewiesen, dass dieser Vorschlag eine breitere Einführung von Screeninguntersuchungen als bisher und in der Folge entsprechende Screeningmaßnahmen impliziert. Deshalb wäre es zweckmäßig, in die Begründung Hinweise auf die Finanzierung dieser Leistungsausweitung zu geben.

## 2.5 Satz 5 (neuer Satz 6)

Der Satz 5 „Der G-BA soll ihm bereits zugängliche Erkenntnisse zum Stand der Hygiene in den Krankenhäusern unverzüglich in die Qualitätsberichte aufnehmen lassen, sowie zusätzliche Anforderungen nach Absatz 3 Nummer 4 zur Verbesserung der Informationen über die Hygiene stellen.“

ist grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings sollte zur Klarstellung Satz 5 geändert werden in:

„Der G-BA soll ihm bereits zugängliche Erkenntnisse zum Stand der Hygiene in den Krankenhäusern – **soweit sie für eine Veröffentlichung geeignet sind oder soweit ein geeigneter Veröffentlichungsmodus etabliert ist** – unverzüglich in die Qualitätsberichte aufnehmen lassen, sowie zusätzliche Anforderungen nach Absatz 3 Nummer 4 zur Verbesserung der Informationen über die Hygiene stellen.“



**3. Zu Artikel 3 Ziffer 4 Buchstabe b des Gesetzentwurfs (§ 137 Abs. 3 Nr. 4 SGB V)**

- 3.1** Die Umstellung auf einen jährlichen Qualitätsbericht ist einem Mehrheitsvotum des G-BA entsprechend zu begrüßen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat bereits am 18. Dezember 2008 mehrheitlich beschlossen, eine Resolution an den Gesetzgeber zu richten, dass dieser den zweijährigen Turnus durch einen jährliche Abgabe ersetzen möge (Schreiben des G-BA vom 14. Januar 2009 an Herrn Staatssekretär Dr. Klaus Theo Schröder).
- 3.2** Ferner ist darauf hinzuweisen, dass die bisherige Überarbeitung der Regelung zum gesetzlichen Qualitätsbericht erhebliche Ressourcen in der G-BA-Geschäftsstelle sowie bei den Trägerverbänden des G-BA in Anspruch genommen hat. Eine Verdopplung der Überarbeitungsfrequenz hat dementsprechend Auswirkungen auf den Ressourcenbedarf. Allein der personelle Mehraufwand wird pro Organisationseinheit (G-BA-Geschäftsstelle/Trägerorganisation/Krankenhaus) bis zu ½ Referentenstelle betragen. Dies sollte auch in die allgemeine Gesetzesbegründung aufgenommen werden.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Josef Siebig