

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0124(20)
gel. ESV zur Anhörung am 9.5.
11_Infektionsschutzgesetz
03.05.2011

Stellungnahme:
Gesetzentwurf eines Gesetzes zur Änderung des
Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze

Sehr geehrte Damen und Herren,
nachfolgend nehme ich als Einzelsachverständiger Stellung:

Der Gesetzentwurf ist grundsätzlich zu begrüßen, da er zu einer wesentlichen Verbesserung der Krankenhaushygiene in Deutschland führen wird.

Die im Gesetzentwurf (Problem und Ziel) genannten Zahlen von 400.000 bis 600.000 Patientinnen und Patienten mit einer nosokomialen Infektion und 7.500 bis 15.000 Todesfällen pro Jahr dadurch sind als allerunterste Schätzwerte anzusehen. Sie stammen aus dem KISS-System von Frau Prof. Gastmeier, die in eigenen Publikationen erwähnt, dass es sich bei den von ihr genannten Zahlen um untere Werte handelt und dass die realen Zahlen wesentlich höher liegen.

Seite 3: Unter dem Kapitel C „gesetzliche Krankenversicherung“ wird behauptet, dass 20 bis 30% der Krankenhausinfektionen vermieden werden könnten. Es handelt sich bei diesen Zahlen um Abschätzungen aus Jahrzehnte alten Untersuchungen. Neuere Untersuchungen zeigen, dass wesentlich mehr nosokomiale Infektionen bei konsequentem hygienischen Handeln verhindert werden können, z.B. 100% der Sepsisfälle nach ZVK-Anlage. Aufgrund dessen haben amerikanische Fachgesellschaften inzwischen die Forderung nach NULL Krankenhausinfektionen aufgestellt und es ist dringend geboten, dieses auch in Deutschland zu tun. Natürlich kann dieses ambitionierte Ziel nicht allein mit

Maßnahmen der Hygiene erreicht werden, sondern es sind vielfältige Bemühungen (neue Antibiotika, neue Therapien usw.) erforderlich. Nur durch derartige neue Ideen und Ansätze jedoch kann Deutschland seine internationale Spitzenstellung im Gesundheitswesen erhalten.

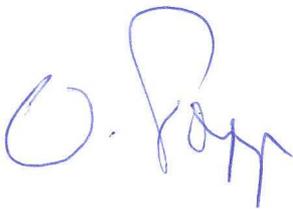
Seite 7: Ob die neu zu schaffende Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie tatsächlich zu wesentlichen Ergebnissen kommen wird, muss derzeit dahin gestellt bleiben. Derzeit scheinen Empfehlungen z.B. zur perioperativen Prophylaxe sinnvoll und machbar. Ansonsten muss aber generell die Gabe von Antibiotika immer von der individuellen Situation und letztlich auch der Resistenzlage der einzelnen Kliniken abhängig gemacht werden. Von daher dürfen nicht allzu große Erwartungen in diese neue Kommission gesetzt werden. Darüber hinaus steht der behandelnde Arzt im Spannungsfeld, einerseits entsprechende Therapierichtlinien anzuwenden, andererseits aber nicht durch allzu striktes Festhalten an diesen das Leben des Patienten zu gefährden. Im Notfall wird er sich wahrscheinlich – auch aus Gründen der eigenen Rechtssicherheit - für die sichere Therapie, d.h. den Einsatz von Reserveantibiotika, entscheiden. Grundsätzlich ist zu begrüßen, dass die Empfehlungen der KRINKO wesentlich verbindlicher werden als bisher.

Seite 8: Es ist zu begrüßen, dass in allen Bundesländern Hygieneverordnungen eingeführt werden. Jedoch muss zusätzlich im Gesetz den Ländern eine Frist für die Einführung dieser Hygieneordnungen gesetzt werden. Dies ist bis Ende 2011 umsetzbar.

Seite 19, 3. Absatz: Grundsätzlich muss das Thema Hygiene im Medizinstudium eine wesentlich größere Rolle spielen als bisher. Dies kann nicht im Rahmen dieses Gesetzes geregelt werden, gleichwohl soll an dieser Stelle darauf hingewiesen werden. Auch müssen wieder Lehrstühle für Hygiene an den Fakultäten geschaffen werden. Hygiene und Krankenhaushygiene kann nicht durch andere Spezialitäten, z.B. Mikrobiologen, vertreten werden, da sie nicht aus dem Labor heraus durchgeführt werden kann.

Seite 35: In der Erläuterung zu den Qualitätsindikatoren, die über den G-BA festgelegt werden sollen, wird zu stark auf die KISS-Erfassung verwiesen. Tatsächlich wurde die KISS-Erfassung in Deutschland begonnen, um krankenhaushygiene intern über längere Zeiträume Veränderungen der Infektionsraten auf einzelnen Stationen zu erfassen und damit zu Konsequenzen auf diesen Stationen zu

kommen. Es wurde ausdrücklich immer darauf hingewiesen, dass diese Daten intern zu handeln und nicht gegenüber der Öffentlichkeit bekannt zu geben sind. Wesentlicher Grund dafür ist, dass es sich um eigene Erfassungen handelt, die nur dann eine Aussicht auf Validität haben, wenn sie nicht publik gemacht werden. Die nun von den KISS-Verantwortlichen propagierte Politik des Benchmarking für die gleiche Methode wird dazu führen, dass falsch niedrige Daten von vielen Krankenhäusern geliefert werden, die in letztlich eben keinen Vergleich der Krankenhäuser ermöglichen. Es ist bedauernswert, dass über viele Jahre dieser falsche Ansatz mit viel Geld vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt wurde und es stellt sich die Frage, wer hierfür eigentlich die Verantwortung trägt. Qualitätsindikatoren sollten stattdessen valide sein und ohne große Zusatzbelastungen ermittelt werden. Zu denken ist an die Auswertung von Routinedaten der Krankenkassen oder an die ohnehin meldepflichtigen MRSA-Raten in Blutkulturen.



Prof. Dr. W. Popp
Arzt für Innere Medizin, Arbeitsmedizin, Hygiene; Ärztliches
Qualitätsmanagement