



DEUTSCHE  
GESELLSCHAFT  
FÜR **INFEKTILOGIE** e.V.

[www.dgi-net.de](http://www.dgi-net.de)

*Per E-Mail*

Frau  
Dr. Carola Reimann, MdB  
Ausschuss für Gesundheit  
Platz der Republik 1  
11011 Berlin

**Deutscher Bundestag**  
Ausschuss f. Gesundheit

**Ausschussdrucksache**  
**17(14)0124(2)**  
**gel. VB zur Anhörung am 9.5.**  
**11\_Infektionsschutzgesetz**  
**16.04.2011**

☒ **dgi-Vorstandssekretariat**  
Frau Gabriele Peyerl-Hoffmann  
Frau Anja Ludoph-Donislawski  
c/o Zentrum Infektiologie  
und Reisemedizin  
Medizinische Universitätsklinik  
Hugstetter Strasse 55  
D-79106 Freiburg i.Br.  
E-mail: [vorstand@dgi-net.de](mailto:vorstand@dgi-net.de)

☒ **dgi-Geschäftsstelle**  
Frau Marianne Fellhauer  
c/o Klinik für Infektiologie  
und Pneumologie – Charité  
Campus Virchow-Klinikum  
Augustenburger Platz 1  
D-13353 Berlin  
E-mail: [administration@dgi-net.de](mailto:administration@dgi-net.de)

**Vorstand 2011-2013**

Prof. Dr. Winfried V. Kern  
Prof. Dr. Gerd Fätkenheuer  
Prof. Dr. Bernhard R. Ruf  
Prof. Dr. Norbert Suttrop  
Prof. Dr. Jan van Lunzen  
Prof. Dr. Bernd Salzberger

## **Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie e.V. (DGI)**

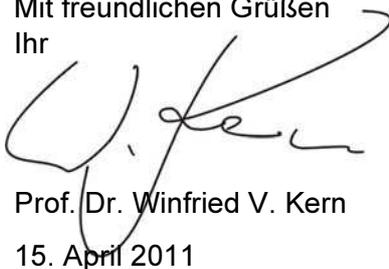
### **Geplante Anhörung Gesetzesentwurf Verbesserung der Krankenhaushygiene und Änderung weiterer Gesetze, Anträge SPD, BD90-GD, Die Linke**

Sehr geehrte Frau Dr. Reimann,

vielen Dank für die erneute Möglichkeit einer Stellungnahme der DGI zum obigen Entwurf und den Anträgen der o.g. Parteien/Fraktionen. Wir haben erneut einige Anmerkungen zum Thema Fachpersonal, die Sie unten finden, sind jedoch nach wie vor dem Grunde nach befürwortend und begrüßen die Initiative.

Gerne werde ich persönlich bei der Anhörung – aber auch unabhängig davon – für jegliche Fragen zur Verfügung stehen. Die weiteren Bemerkungen und Stellungnahmen in unserem früheren Brief (vom 26.2.2011) insbesondere zur den Kommissionen und zum Problem MRSA vs. MRE bleiben davon unberührt.

Mit freundlichen Grüßen  
Ihr



Prof. Dr. Winfried V. Kern  
15. April 2011

Die Schwierigkeiten in der Prävention von so genannten nosokomialen Infektionen und die zunehmende Antibiotikaresistenz sind nur zu einem Teil auf unzureichende krankenhaushygienische Maßnahmen zurückzuführen. Alle Untersuchungen der letzten zwei Jahrzehnte kommen zum selben Schluss: nur eine interdisziplinär abgestimmte Strategie und multiprofessionelle Teams werden in der Lage sein, eine wesentliche Verbesserung der Situation zu erreichen. Es darf daneben nicht vergessen werden, dass Aktivitäten und Entwicklungen außerhalb der Humanmedizin die Resistenzsituation durchaus relevant beeinflussen.

Es ist falsch, die Probleme ausschließlich auf einen Mangel an Hygienefachärzten zurückzuführen – Holland und Schweden (u.a.) sind Beispiele: hier gibt es keine Hygienefachärzte, dennoch sind hier Infektionsmanagement und Infektionsprävention effektiv. Es gibt auch keine wissenschaftlichen Arbeiten, wonach speziell ein (isoliertes) Mehr an Hygienefachärzten eine Reduktion der nosokomialen Infektionsraten zur Folge hätte.

Es fehlt an Fachpersonal – das ist im Grunde jedoch richtig. Beim Fachpersonal handelt es sich aber um ein Defizit auf mehreren Ebenen:

- Pflegepersonal im Allgemeinen: es ist wissenschaftlich bewiesen, dass die Relation Pflegepersonal zu Patienten direkt mit der Effektivität der Infektionsprävention zusammenhängt (Stichwort Arbeitsverdichtung)
- Hygienefachkräfte: Hygienefachkräfte in der Pflege – am Krankenbett – sind vermutlich besser geeignet und kosteneffektiver als neue Fachärzte für Hygiene – Hygienefachkräfte sind vor allem auch sehr viel schneller zu „generieren“; sie können besser den akuten Bedarf an praktischen Hilfestellungen befriedigen; es fehlt ja nicht an Empfehlungen, sondern an deren praktischer Umsetzung; hierfür wird nicht unbedingt mehrjährig weitergebildetes ärztliches Personal gebraucht; es braucht auch keine Investition in wissenschaftliche Hygiene
- Infektiologen: es ist wissenschaftlich bewiesen, dass verbesserte Hygiene nur im Verbund mit verbesserter Antibiotikaverschreibung durch klinische Infektiologen eine messbare Wirkung auf die Infektionsprävention hat; Infektiologen (und nicht Hygieneärzte) sind außerdem die einzigen Fachärzte, die in der Infektionstherapie umfassend weitergebildet sind; Infektiologen sind prädestiniert dazu, die Spirale in der von der Industrie geförderten Verschreibung immer neuer Antibiotika zu durchbrechen; nur sie können Studien konzipieren und organisieren, die den strategischen Einsatz von Antibiotika (im Sinne von Resistenzminimierung) fördern, nicht den Profit der Arzneimittelindustrie
- Mikrobiologen: es ist wissenschaftlich bewiesen, dass eine verbesserte Labordiagnostik von Infektionen durch krankenhaushygiene oder krankenhauseigene Labors einen wesentlichen Effekt auf das Infektionsmanagement hat; in Krankenhäusern, in denen mangelhafte Diagnostik gemacht wird, wird eine Investition in Hygieneärzte ineffektiv sein; eine zu langsame und unzuverlässige Infektionsdiagnostik im Labor kann dazu führen, dass immer breiter wirksame Antibiotika eingesetzt werden, das die Spirale Antibiotikaeinsatz – Antibiotikaresistenz weiter fördert
- Hygienebeauftragte Ärzte: anstelle von (konventionellen) Fachärzten für Hygiene (mit einer Weiterbildungszeit von mehreren Jahren !!) wäre es sinnvoller, eine Flexibilisierung der ärztlichen Weiterbildung zu erreichen, mit der es Infektiologen und Mikrobiologen (d.h. Ärzten, die bereits über große Erfahrung in der Infektionsmedizin, sei es seitens Labor, sei es seitens klinischer Tätigkeit verfügen) aber auch erfahrenen klinischen Fachärzten sonstiger Disziplinen möglich wäre, eine Zusatzweiterbildung in nosokomialer Infektionsprävention zu absolvieren; dies kann sehr viel schneller und effektiver den Bedarf an ärztlichen Fachpersonal befriedigen; zugleich werden Kolleginnen und Kollegen mit

bereits praktischer Erfahrung in der klinischen Medizin gefördert, was für den Erfolg für eine verbesserte Krankenhaushygiene wichtig sein kann

- Antibiotikabeauftragte Ärzte und Apotheker: ähnlich wie bei den hygienebeauftragten Ärzten wäre es sehr sinnvoll und nachweislich hocheffektiv (Beispiele Belgien, Holland, skandinavische Länder), eine Zusatzfortbildung oder Zusatzweiterbildung in „*Antibiotic Stewardship*“ unter Leitung von Infektiologen anzubieten, mit der Mikrobiologen aber auch erfahrenen klinische Fachärzte verschiedener Disziplinen, konventionellen Hygienefachärzte und Klinikapotheker eine bessere Expertise bekommen in Strategien für eine optimierte Antibiotikaverschreibung.

Ein solcher interdisziplinärer Ansatz mit personeller wie inhaltlicher Stärkung professioneller Teams wäre sehr viel effektiver im Sinne einer besseren Infektionsprävention und Antibiotikaverschreibung in Krankenhäusern als eine Einengung auf Hygienefachkräfte und (nicht vorhandene) Hygieneärzte. Zu vermeiden ist insbesondere eine Strategie, die wie eine „Hygiene-Polizei“ wirkt – stattdessen sind wir der Meinung, dass eine Professionalisierung und Motivation im Sinne von Qualitätsinitiative sinnvoller, angemessener und zielführender sein werden. Multiprofessionelle Teams wären viel überzeugender nutzbar auch für die wichtige intersektorale Arbeit an den Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Hier kommt es – wie in der Krankenhausmedizin auch – gerade nicht auf eine thematische Einengung auf Hygiene an, sondern auf die deutliche Erweiterung der Kompetenzen im Sinne professioneller Beratung zu Infektionsdiagnostik, Infektionsmanagement, Antibiotikaverschreibung neben der Hygiene. Das vielzitierte Beispiel Holland ist auch hier richtungsweisend: es stärkt auch im niedergelassenen Bereich den klinischen Infektiologen und den Mikrobiologen als Berater für Diagnose und Therapie, die beide wiederum auch im Sinne Hygiene kompetent fortgebildet sind. Beide könnten durch Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst unterstützt werden, die ja bereits über Hygiene-Expertise verfügen.

Die Deutsche Gesellschaft für Infektiologie regt daher an,

- den §23 des Infektionsschutzgesetzes so zu ändern, dass in allen deutschen Akutkrankenhäusern mit einer Bettenzahl von  $\geq 200$  multiprofessionelle Teams unter Einschluss von Pflegekräften und Ärzten bzw. Apothekern verfügbar sind, die im Bereich nosokomiale Infektionsprävention und *Antibiotic Stewardship* spezifisch fortgebildet sind und die Aufgabe von Hygienebeauftragten und Antibiotikabeauftragten übernehmen können. Dies können und sollen in größeren Kliniken Fachärzte für Infektiologie, für Mikrobiologie und für Hygiene sein, in kleineren Kliniken können dies Ärzte bzw. Apotheker nach entsprechender fachlicher Fortbildung sein
- an allen Akutkrankenhäusern mit einer Bettenzahl von  $\geq 200$  neben den Hygiene-Kommissionen auch eine Infektions- und Antibiotika-Kommission (*Antibiotic Stewardship Teams*) einzurichten und Regelungen zu deren Aufgaben und Zusammensetzung sowie Kooperation mit der Hygiene-Kommission und Arzneimittel-Kommission zu veranlassen. Die lokalen Infektions- und Antibiotika-Kommissionen erfüllen zu den lokalen Hygiene-Kommissionen komplementäre Aufgaben und sind davon zu unterscheiden. Hier wird auf die einschlägigen Leitlinien aus dem Ausland und die in diesem Sommer fertiggestellte deutsch-österreichische S3-Leitlinie zu „Strategien zur Sicherung rationaler Antibiotika-Anwendung im Krankenhaus“ hingewiesen (siehe AWMF *website*)
- auch entsprechende Regelungen über die erforderliche personelle Ausstattung mit antibiotikabeauftragten Ärzten oder Infektiologen mitaufzunehmen bzw. hier auf den Stand der Wissenschaft hinzuweisen (deutsch-österreichische S3-Leitlinie zu „Strategien zur Sicherung rationaler Antibiotika-Anwendung im Krankenhaus“).