

Betr.: Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze (Bundestagsdrucksache 17/5178)

hier: Stellungnahme des VLK

1. Vorbemerkungen

- 1.1 Der Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands (VLK) beschränkt seine Stellungnahme zu dem vorgelegten Entwurf eines „Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze“ auf die darin enthaltenen Regelungen, die die Verbesserung der Krankenhaushygiene tangieren.

- 1.2 Der Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands (VLK) begrüßt die Stoßrichtung des vorgelegten Gesetzentwurfes bezüglich der Verbesserung der Krankenhaushygiene. Durch die Vorgabe und Einhaltung wirksamer Hygieneregeln und durch eine sachgerechte Verordnung von Antibiotika kann die Zahl krankenhauserworbener Infektionen gesenkt – wenngleich auch nicht gänzlich auf „Null“ gestellt - werden. Dabei kommen den fachlichen Empfehlungen zweier beim Robert-Koch-Institut (RKI) anzusiedelnder Kommissionen entscheidende Bedeutung zu. Sie sind das Herzstück des Gesetzentwurfes, weil – neben dem erforderlichen Personal und den benötigten Finanzmitteln – von ihrer Qualität und Aktualität der Erfolg des Gesetzes in der praktischen Umsetzung des Krankenhausalltages abhängt.

Deshalb ist nach Einschätzung des VLK bei der **personellen Besetzung der beiden Kommissionen** streng darauf zu achten, dass sie **nicht nach Proporz** der verschiedenen „Lager“ und „Schulen“ besetzt werden, sondern **ausschließlich** nach der **wissenschaftlichen Qualifikation** und unabdingbaren **Neutralität** der zu berufenden Experten.

- 1.3 Darüber hinaus gibt der VLK zu bedenken, dass mit der Vorlage eines Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes die Zahl krankenhauserworbener Infektionen nicht sofort drastisch zurückgehen kann. Das Gesetz alleine schafft keinen infektionsfreien Raum. Die neuen Vorschriften können nur in dem Maße wirken, wie bei den Beteiligten der Wille und die Möglichkeit vorhanden sind, die vorgesehenen Maßnahmen auch erfolgreich umzusetzen. Hierzu bedarf es unter anderem neben den Investitionsmitteln für ggf. von der Kommission empfohlene bauliche Maßnahmen auch zusätzlicher Finanzmittel zur Anstellung der benötigten Hygienefachkräfte und der Krankenhaushygieniker. Dies dürfte – selbst wenn entsprechende Finanzmittel zusätzlich bereitgestellt werden könnten – ausgesprochen schwierig werden, da **entsprechend ausgebildetes Fachpersonal in ausreichender Anzahl nicht auf dem Markt** ist.

2. Zu den einzelnen Vorschriften

2.1 Zu Artikel 1, Ziffer 8 (Änderung des § 23 Infektionsschutzgesetz):

- § 23 Abs. 1 sieht die Einrichtung einer Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim RKI vor. Diese Kommission existiert bereits mit der gleichen Aufgabenstellung gemäß § 23 Abs. 2 des Infektionsschutzgesetzes in der derzeit geltenden Fassung.

Diese Kommission soll Empfehlungen zur Prävention nosokomialer Infektionen sowie zu betrieblich-organisatorischen und baulich-funktionellen Maßnahmen der Hygiene in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen erarbeiten. Ihre Kurzbezeichnung ist KRINKO.

Diese Kommission besteht bereits seit längerer Zeit. Gerade deswegen erscheint es aus VLK-Sicht vor dem Hintergrund der großen Bedeutung der von der Kommission zu erarbeitenden Empfehlungen sachgerecht, wenn die **Besetzung dieser Kommission** für Krankenhaushygiene mit Inkrafttreten des vorgelegten Gesetzentwurfes **neu erfolgen würde** und hierbei eine Orientierung ausschließlich an den in Ziffer 1.1 dieser Stellungnahme genannten Kriterien der wissenschaftlichen **Qualifikation** und der unabdingbaren **Neutralität** erfolgen würde.

- § 23 Abs. 2 des Infektionsschutzgesetzes enthält die Vorgabe, beim RKI eine weitere Kommission einzurichten, die Empfehlungen mit allgemeinen Grundsätzen für die Diagnostik und die antimikrobielle Therapie, insbesondere bei Infektionen mit resistenten Krankheitserregern erarbeiten soll.

Die Einsetzung dieser Kommission mit dem abgekürzten Namen ART wird vom VLK **ausdrücklich begrüßt**, weil dadurch beim Thema Multi-Resistenz der Focus auf den Umgang mit Antibiotika gelegt wird.

Bezüglich der Zusammensetzung dieser Kommission gelten die gleichen Ausführungen wie zu der bereits bestehenden Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention. (KRINKO)

- In § 23 Abs. 3 des Infektionsschutzgesetzes werden die Leiter von Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen dazu verpflichtet, die nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft erforderlichen Maßnahmen zu treffen, um nosokomiale Infektionen zu verhüten und die Verbreitung von entsprechenden Krankheitserregern zu vermeiden. Dabei wird die Einhaltung des Standes der medizinischen Wissenschaft unterstellt, wenn die jeweils veröffentlichten Empfehlungen der beiden vorgenannten Kommissionen des RKI beachtet worden sind.

Die Tatsache, dass die Empfehlungen von KRINKO und ART für Kliniken und andere Einrichtungen ein hohes Gewicht haben und ihre Umsetzung teilweise mit erheblichen

Belastungen für Patienten, Personal und die Einrichtungen einhergehen, macht es unabdingbar, dass diese Empfehlungen eine **solide** und **stets aktuelle wissenschaftliche Basis** haben. Aus der bisherigen Arbeit der bereits bestehenden KRINKO wird aber deutlich, dass zahlreiche Empfehlungen dieser Kommission viel zu lange nicht überarbeitet werden konnten. (z.B. „Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle katheterassoziierter Harnwegsinfektionen“ vom 01.01.1999 und „Empfehlungen zur Prävention der nosokomialen Pneumonie“ vom 01.04.2000)

Erweisen sich die von den beiden im Gesetzentwurf vorgesehenen Kommissionen zu erarbeitenden Empfehlungen aber als nicht unbedingt aktuell, würden Krankenhäuser und andere medizinische Einrichtungen dazu verpflichtet, die Umsetzung von Maßnahmen vorzunehmen, die nicht wirklich dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechen. Dies wäre kontraproduktiv zum Kerngedanken des vorliegenden Referentenentwurfes.

Insofern plädiert der VLK dafür, dem Satz 2 in Abs. 3 des § 23 folgenden Halbsatz anzufügen

„...beachtet worden sind, **sofern diese noch den aktuellen Stand der Wissenschaft wiedergeben.**“

- In § 23 Abs. 8 werden einzelne Tatbestände aufgeführt, die die Landesregierungen in ihren Rechtsverordnungen für Krankenhäuser etc. vorgeben sollen.

Der VLK regt an, die Reihenfolge der in den Ziffern 1 – 11 aufgeführten Regelungstatbestände abzuändern und sich hierbei an der heutigen Sichtweise über die Bedeutung dieser Maßnahmen für den Schutz vor nosokomialen Infektionen zu orientieren. Das heißt im Klartext, dass die Regelungstatbestände, die das Fachpersonal und dessen Fort- und Weiterbildung betreffen, vor den baulichen Maßnahmen anzuführen sind.

2.2 Zu Artikel 3, Ziffer 1 (Änderung des § 87 SGB V)

In § 87 Abs. 2a SGB V soll die Regelung aufgenommen werden, nach der vertragsärztliche Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie einschließlich elektronischer Dokumentation von Trägern mit dem Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) vergütet werden sollen .

Dies ist aus VLK-Sicht nicht ausreichend, da mit einer Fixierung auf MRSA den heutigen Herausforderungen durch zahlreiche andere Erreger nicht mehr entsprochen wird. Aus diesem Grund empfiehlt der VLK, die angedachte Vergütung auf all die Leistungen auszudehnen, die die ambulante diagnostische Untersuchung auch anderer, multiresistenter Erreger einschließt.

2.3 Zu Artikel 3, Ziffer 4 (Änderung des § 137 SGB V)

Gemäß Ziffer **1a des § 137 SGB V** soll der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Hygiene festlegen und überdies Indikatoren für die einrichtungsübergreifende Beurteilung der Hygienequalität bestimmen.

Dabei soll der G-BA bei der Festlegung geeigneter Maßnahmen zur Sicherung der Hygiene etablierte Verfahren zur Erfassung, Auswertung und Rückkopplung von nosokomialen Infektionen berücksichtigen.

Gemeint ist damit die gemäß § 23 Abs. 1 der aktuellen Version des Infektionsschutzgesetzes bestehende Verpflichtung der Krankenhäuser, das Auftreten von Krankheitserregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen fortlaufend in einer gesonderten Niederschrift aufzuzeichnen und zu bewerten (Surveillance). **Diese „Surveillance“ ist eine zeitaufwendige Tätigkeit**, die das Hygienefachpersonal in nicht unwesentlichem Ausmaß für Dokumentationsarbeiten bindet, was im Umkehrschluss bedeutet, dass dieses Hygienefachpersonal bei der patientennahen Infektionsprävention fehlt.

Darüber hinaus ist **kritisch** zu hinterfragen, ob die durch die Dokumentation von nosokomialen Infektionen erzielten **Infektionsraten** geeignet sind, **als Qualitätsindikatoren** für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung zu dienen: Eine im Krankenhausvergleich höhere Rate nosokomialer Infektionen muss nicht notwendigerweise auf eine schlechtere Versorgung der Patienten in diesem Krankenhaus hinweisen. Die Häufigkeit einer nosokomialen Infektion hängt sehr stark von der Risikostruktur der Patienten eines Krankenhauses oder einzelner Stationen ab. Eine Veröffentlichung dieser unrelativierten Daten durch die Kliniken könnte demgemäß **falschen Schlussfolgerungen** über die Gefährdung der Versorgung der Patienten in diesen Krankenhäusern/Intensivstationen bedeuten.

Auch bei der Überwachung der resistenten Erreger einschließlich der schon genannten Umsetzungsempfehlungen erhält man nicht zwangsläufig Daten, die eine **Aussage über das Risiko zulassen, in einer Klinik einen resistenten Erreger zu erwerben**. Denn mit der „Surveillance“ resistenter Erreger beobachtet man keineswegs nur die in der Klinik erworbenen, sondern natürlich auch die Erreger, mit denen der Patient schon stationär aufgenommen wurde. Eine auch nur annähernd **sichere Differenzierung zwischen externen und intern erworbenen Erregern gibt es nicht**. Die zeitliche Grenze, die in aller Regel dafür verwendet wird, ist nicht mehr als ein relativ unsicheres Hilfsmittel.

Insofern plädiert der VLK dafür, die durch Surveillance festgestellte **Rate nosokomialer Infektionen bzw. multiresistenter Erreger nicht als Indikator für die Beurteilung der Hygienequalität** der Krankenhäuser heranzuziehen, da die krankenhausesinternen Ergebnisse der Surveillance nicht objektiv überprüfbar sind und keine absolute sondern nur eine relative Aussagefähigkeit besitzen.