

Karl-Heinz Stegemann

c/o Caritas-Akademie Köln-Hohenlind  
Werthmannstraße 1a  
50935 Köln  
Tel. 0221/46860-140  
[stegemann@caritas-akademie-koeln.de](mailto:stegemann@caritas-akademie-koeln.de)



Vereinigung der Hygienefachkräfte  
der Bundesrepublik Deutschland e.V.



Karl-Heinz Stegemann, Caritas-Akademie, 50935 Köln

**Deutscher Bundestag**  
Ausschuss f. Gesundheit

**Ausschussdrucksache**  
**17(14)0124(18)**  
**gel. VB zur Anhörung am 9.5.**  
**11\_Infektionsschutzgesetz**  
**02.05.2011**

<b>Vorsitzender</b>	Karl-Heinz Stegemann
<b>Geschäftsstelle</b>	c/o Caritas-Akademie Köln-Hohenlind Werthmannstr. 1a, 50935 Köln
<b>Tel dienstlich</b>	0221/46860-140
<b>Fax dienstlich</b>	0221/46860-100
<b>Web</b>	<a href="http://www.die-vhd.de">www.die-vhd.de</a>
<b>Mail</b>	<a href="mailto:k-h.stegemann@die-vhd.de">k-h.stegemann@die-vhd.de</a>

Köln, 02.05.2011

**Stellungnahme der Vereinigung der Hygienefachkräfte der Bundesrepublik Deutschland e.V. (VHD) zum Anhörungsverfahren; Referentenentwurf der Bundesregierung – hier: Gesetz zur Verbesserung der Krankenhaus- hygiene und zur Änderung weiterer Gesetze.**

Sehr geehrte Damen und Herren,

Zunächst ist anzumerken, dass im Entwurf verschiedene Bereiche des Gesundheitswesens angesprochen werden. Es handelt sich dabei z. B. auch um Bereiche in ambulanten Einrichtungen. Dieses müsste dann logischerweise zur Folge haben, dass auch der Titel entsprechend so geändert werden sollte, als dass die Formulierung für alle Bereiche des Gesundheitswesens zutrifft. Der Titel sollte also lauten *Gesetz zur Verbesserung und Optimierung der Hygiene in den Einrichtungen des Gesundheitswesens*.

Wir begrüßen die Einrichtung einer Kommission Antiinfektive Resistenzlage und Therapie (ART). Durch die Einrichtung von ART wird erstmals der Bereich der Antibiotikatherapie auf Gesetzesebene berücksichtigt (IfSG § 23, Absatz 2).

Ebenso sind die Aussagen zur KRINKO sehr begrüßenswert. Deren Position und die Aussagekraft der Empfehlungen der KRINKO werden deutlich gestärkt. Dies bezieht sich besonders auf den Aspekt, dass nur in begründeten Fällen von den Empfehlungen der ART und der KRINKO abgewichen werden darf.

Der § 23 IfSG, Absatz 8, befasst sich mit den Rahmenbedingungen und Hygienestrukturen in den Einrichtungen des Gesundheitswesens. Diese werden konkret dargestellt. Wir halten die Benennung dieser Punkte für sehr wichtig, insbesondere

- die Mindestanforderungen an Bau, Ausstattung und Betrieb der Einrichtungen,
- die erforderliche personelle Ausstattung mit Hygienefachkräften, Krankenhaushygienikern und die Bestellung von Hygienebeauftragten,
- die Strukturen und Methoden zur Surveillance von nosokomialen Infektionen und resistenten Erregern.

Zur Erfassung und Bewertung von Krankenhausinfektionen hat sich das Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) seit 1997 als internes Qualitätsmanagementsystem bewährt. Die Art der Datenermittlung und Datenrückmeldung findet mittlerweile auch Anwendung in den MRSA-Netzwerken.

Das Prinzip, eigene Daten ausschließlich mit den gepoolten Daten anderer Einrichtungen zu vergleichen, sollte durchaus beibehalten werden. Wir verweisen an dieser Stelle auf die Stellungnahme des NRZ für die Surveillance von nosokomialen Infektionen vom Juli 2005 im Epidemiologischen Bulletin, wo u. a. darauf hingewiesen wird, dass durch den § 23 IfSG in erster Linie die eigenverantwortliche Qualitätssicherung gestärkt werden soll. Die Referenzdaten zu den erfassten nosokomialen Infektionen werden durch das NRZ ausschließlich anonymisiert zur Verfügung gestellt. Rückschlüsse auf Infektionsraten einzelner Einrichtungen sind nicht möglich. Dass sich dieses System bewährt hat und sich günstig auf die Rate der nosokomialen Infektionen auswirkt, ist aktuell im Epidemiologischen Bulletin vom 07.02.2011 beschrieben. Daraus lässt sich ableiten, dass dieses Prinzip beibehalten werden sollte.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass mit dem Referentenentwurf eine gesetzliche Grundlage für die Umsetzung einer adäquaten Hygiene in den Einrichtungen des Gesundheitswesens geschaffen werden könnte. Es ist richtig, dass die verordnenden Ärzte und Ärztinnen klare Empfehlungen benötigen. Allerdings werden diese Empfehlungen – wenn sie denn dann vorhanden sind - oftmals nicht umgesetzt. Solange einerseits keine Möglichkeiten einer Abrechnung bestehen und andererseits keine weitreichenden Kontrollmechanismen eingesetzt werden, wird sich an der Gesamtsituation nicht viel ändern. Die Situation wird sich erst dann ändern, wenn bei Nichtbeachtung hygienerelevanter Gesetze, Verordnungen, Normen und/oder Empfehlungen spürbare Sanktionen ausgesprochen werden. Dies gilt für die Krankenhäuser, die Altenheime, die Reha-Kliniken und natürlich auch für die niedergelassene Praxis.

Eine Konsequenz dieser Aussage ist die Tatsache, die Empfehlungen des RKI und anderer Fachgesellschaften wie z.B. der AWMF auf Bundesebene gesetzlich Gültigkeit erlangen müssen. Nur dadurch wäre ein rechtliches Instrument vorhanden, welches Krankenhaus- und Praxisbetreiber dazu zwingt, im Rahmen der Prävention Mindeststandards einzuhalten. Dabei ist es unumgänglich, die Einhaltung der gesetzlichen Empfehlungen engmaschig durch vorgesetzte Behörden zu kontrollieren und bei Nichteinhaltung empfindliche Sanktionen auszusprechen!

Auch eine Umsetzung eines Konzeptes zur Eindämmung antimikrobieller Resistenzen (DART) ist zu kontrollieren. Auch hier müssen bei Nichteinhaltung Sanktionen erfolgen!

Selbstverständlich ist dem Gesundheitsamt ein Ausbruch zu melden. Wird dies aber in jedem Fall gemacht? Durch eine personelle Aufstockung in den Gesundheitsämtern muss es diesen möglich gemacht werden, die Einrichtungen des Gesundheitswesens (Krankenhäuser, Altenheime, Reha-Kliniken und Arztpraxen) regelmäßig zu begehen und dadurch zu kontrollieren. Diese Begehung sollte einmal pro Quartal zu erfolgen. Ebenso müssen von den Gesundheitsämtern regelmäßig die erfassten Daten angefordert werden. Dabei darf es sich nicht nur um eine Übermittlung erfasster Daten handeln – auch die Faktoren einer gesamten Surveillance sind anzufordern bzw. mitzuteilen.

Nur durch eine enge Vernetzung aller Beteiligten wird es gelingen, die Infektionsprävention in allen Einrichtungen des Gesundheitswesens zu verbessern und so die Rate der nosokomialen Infektionen zu senken.

Wir sind der Auffassung, dass man mit dem Referentenentwurf auf einem sehr guten Weg ist. Gerne führen wir mit Ihnen den weiteren Dialog zu dieser für die Patientensicherheit und für die Hygienefachkräfte sehr wichtigen gesetzlichen Grundlage.

Anmerkungen zum Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und der FDP

Seite 2:

Eine schrittweise Umsetzung der DART bis 2013 erscheint als zu lang. Warum kann DART nicht bis Ende 2012 umgesetzt bzw. implementiert werden?

Nicht klar definiert ist auch, wer die Daten von DART vor Ort in den Einrichtungen des Gesundheitswesens kontrolliert. Wenn die Einrichtungen dies selbst machen, ist es nicht wahrscheinlich, dass objektiv bewertet wird. Wie ist die Situation in den niedergelassenen Praxen? Werden hier Daten erhoben? Wer kontrolliert und interpretiert diese Daten?

Seite 6:

Was ist unter einem gehäuftem Auftreten nosokomialer Infektionen zu verstehen? Bisher galt die Aussage: ein gehäuftes Auftreten liegt dann vor, wenn zeitgleich zwei oder mehr Infektionen auftreten und ein epidemiologischer Zusammenhang vermutet wird. Der Begriff „epidemiologischer Zusammenhang“ wird in den einzelnen Einrichtungen sehr unterschiedlich interpretiert. Hier sollte eine klare Vorgabe erfolgen, die nicht interpretiert und/oder zugunsten der Einrichtung ausgelegt werden kann.

Seite 7:

Sowohl die Empfehlungen des RKI als auch die Empfehlungen der DART müssen gesetzliche Aussagekraft bekommen. Die Umsetzung der Empfehlungen (sowohl des RKI als auch von DART) müssen engmaschig durch die vorgesetzten Behörden vor Ort kontrolliert werden. Bei Nichterfüllung müssen gegenüber den Einrichtungen spürbare Sanktionen verhängt werden.

Seite 8:

Nicht nur die Praxen, in denen ambulant operiert wird müssen überwacht werden. Die Überwachung muss auf alle Praxen ausgedehnt werden.

Seite 11:

Warum soll eine Vergütungsvereinbarung auf 2 Jahre befristet werden? Sicherlich wird es dann eine Anschlussvereinbarung geben, aber wie wird diese inhaltlich aussehen? Es muss gewährleistet werden, dass aus dem Krankenhaus entlassene MRE-Träger zu Hause oder in einer Folgeeinrichtung weiterhin saniert werden und nach einer durchgeführten Sanierung auch ein Kontrollscreening erfolgt.

Seite 12:

Warum soll die Hygienequalität nur für die Krankenhäuser festgelegt werden? Was ist mit den anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens?

Mit freundlichen Grüßen

gez. Karl-Heinz Stegemann  
-Vorsitzender-