



Stellungnahme der Bundesärztekammer

zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes
und weiterer Gesetze der Fraktion der CDU/CSU und FDP
(Bundestags-Drucksache 17/5178)

Berlin, 2. Mai 2011

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

A. Allgemeine Anmerkungen

Die grundsätzliche Zielsetzung des vorliegenden Gesetzentwurfes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze wird ausdrücklich begrüßt. Der Gesetzentwurf enthält wichtige und richtige Regelungsansätze für das Ziel, nosokomiale Infektionen, insbesondere mit resistenten Erregern durch eine sachgerechte Verordnung von Antibiotika sowie durch eine bessere Einhaltung von Hygieneregeln zu senken. Bei der Problemanalyse und der Suche nach geeigneten Lösungsansätzen muss jedoch beachtet werden, dass die Gefahr einer nosokomialen Infektion in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen zwar steigt, dies jedoch nicht nur daran liegt, dass der Einsatz von Antibiotika mehr bakterienresistent werden lässt, sondern ein wesentlicher weiterer Grund hierfür ist, dass bei einer aus Gründen finanzieller Knappheit ausgedünnten Personaldecke in den Kliniken immer mehr Risikopatienten behandelt werden, welche anfälliger für eine Krankenhausinfektion sind.

Hinzuweisen ist insbesondere auch darauf, dass Gründe wie die der hohen Arbeitsbelastung, des damit verbundenen Zeitmangels und der zunehmenden Dokumentationspflichten teilweise zu Widerständen der in den Krankenhäusern tätigen Berufsgruppen bei der Umsetzung erforderlicher Maßnahmen zur Vermeidung von Krankenhausinfektionen bzw. zur Verbesserung der Krankenhaushygiene führen. Hierauf hat die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention des Robert Koch-Institutes noch Ende 2009 bei der Vorlage ihrer Empfehlung „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention und Kontrolle von Infektionen als Folge medizinischer Maßnahmen“ ausdrücklich hingewiesen. Allerdings zieht weder diese Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention noch der nun vorliegende Gesetzentwurf die erforderliche Konsequenz, auf die vor diesem Hintergrund bestehende Notwendigkeit einer ausreichenden personellen Ausstattung der Krankenhäuser und deren erforderliche Finanzierung hinzuweisen. Diese ist jedoch das entscheidende Kriterium für eine hygienisch einwandfreie Patientenbetreuung.

Soll der Gesetzentwurf einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Infektionsprävention in den deutschen Krankenhäusern leisten und nicht nur weitere, z. T. auch überbordende und weitere Bürokratie fördernde Regelungen schaffen, muss daher nach Auffassung der Bundesärztekammer auch eine beleihbare politische Regelung zu Möglichkeiten der Behebung dieser Ursachen und damit zur Finanzierung des durch die vom Gesetzentwurf vorgeschlagenen Maßnahmen bedingten Mehrbedarfs an Personal getroffen werden. Wenn in diesem Zusammenhang der Gesetzentwurf hierzu unter der Rubrik

„Finanzielle Auswirkungen auf die öffentlichen Haushalte; hier: Gesetzliche Krankenversicherung“ lediglich auf die mögliche Vermeidung von 20 bis 30 % der geschätzten 400.000 bis 600.000 Krankenhausinfektionen und daraus resultierender geringerer Behandlungskosten durch die erzielbaren Verbesserungen im Infektionsschutz verweist, greift diese Einschätzung als ausreichende Grundlage für die Finanzierung erforderlicher personeller und sachlicher Mehraufwendungen durch verbesserte Infektionsschutzmaßnahmen sicherlich zu kurz.

Die in der einführenden Problemdarstellung genannte Zahl von jährlich ca. 400.000 bis 600.000 Erkrankungen sowie schätzungsweise zwischen 7.500 bis 15.000 Sterbefällen lässt eine Quellenangabe vermissen. Offenbar bezieht sich diese Feststellung im Gesetzentwurf auf eine Publikation von Gastmeier und Geffers aus dem Jahr 2006, in welcher ausdrücklich erläutert wird, dass es sich bei den genannten Zahlen um „Schätzungen ... mit einer Reihe von Limitationen“ handelt. Abgesehen von dieser Unsicherheit geschätzter Zahlen ist der Informationsgehalt von in absoluten Werten gegebenen Häufigkeiten überaus gering. Notwendig wäre hier eine Darstellung in Abhängigkeit von der Behandlungsart bzw. -intensität (Intensivstation, chirurgische und internistische Station), da hier deutliche Unterschiede im Hinblick auf die Infektionsraten bestehen. Insoweit ist im Hinblick auf eine Gesetzesbegründung die Verwendung derart pauschaler Schätzwerte wenig geeignet.

In Bezug auf die im allgemeinen Teil des Gesetzentwurfes angeführten finanziellen Auswirkungen muss eine markante Asymmetrie bei der Quantifizierung zwischen Bund und Ländern festgestellt werden. Während für die beim Robert Koch-Institut eingerichteten Kommissionen insgesamt Personal- und Sachmittel in Höhe von nahezu einer Million Euro pro Jahr angesetzt werden, wird für die Länder von nicht näher quantifizierten Kosten für zusätzlichen Vollzugsaufwand im Rahmen der Verordnungsgebung nach § 23 Abs. 8 Infektionsschutzgesetz ausgegangen.

Völlig zutreffend benennt der Gesetzentwurf als wesentlichen Ansatzpunkt bei der Verbesserung der Krankenhaushygiene eine verstärkte Durchsetzung krankenhaushygienischer Erfordernisse und Kontrollmaßnahmen. Der hierfür erforderliche, in zentraler Rolle fungierende öffentliche Gesundheitsdienst verfügt aber nicht annähernd über die hier erforderlichen Ressourcen für eine Ausweitung oder Intensivierung seiner Aufgabenerfüllung. Hiermit – auch wenn in der Zuständigkeit der Bundesländer liegend – zeigt der Gesetzentwurf keinen Lösungsansatz für eines der wesentlichsten Probleme bei der Verbesserung der Hygienebedingungen auf.

B. Stellungnahme zu Einzelvorschriften

Zu Artikel 1 (Änderung des Infektionsschutzgesetzes)

Die Bundesärztekammer beschränkt sich in ihrer Stellungnahme im Folgenden auf die hygienerelevanten Teile des Gesetzentwurfes.

1. Zu Nummer 8 (§ 23 Infektionsschutzgesetz)

Die Neufassung bzw. Neuordnung dieser für die Infektionsprävention grundsätzlichen Vorschrift des Infektionsschutzgesetzes und die damit vorgesehene Ergänzung neuer Instrumente für die Verhütung und Bekämpfung nosokomialer Infektionen einschließlich solcher durch Resistenterreger wird grundsätzlich begrüßt.

2. Zu Nummer 8 (§ 23 Abs. 2 Infektionsschutzgesetz)

Die nach dieser Vorschrift vorgesehene Errichtung einer Kommission Antiinfektive Resistenzlage und Therapie (ART) beim Robert Koch-Institut stellt einen geeigneten Ansatzpunkt für die wissenschaftliche Absicherung in der Infektionsprävention dar. Eine solche eigene Kommission beim Robert Koch-Institut kann zeitnah Empfehlungen für einen fachgerechten Gebrauch der Diagnostik und einen sachgerechten Ansatz von antimikrobiell wirksamen Therapeutika erarbeiten und damit eine wichtige Voraussetzung dafür schaffen, der Entstehung und der Weiterverbreitung von resistenten Krankheitserregern vorzubeugen und die Wirksamkeit von Antiinfektiva zu erhalten.

3. Zu Nummer 8 (§ 23 Abs. 3 Infektionsschutzgesetz)

Die Neufassung dieser Vorschrift mit ihren Konkretisierungen im Hinblick auf den Stellenwert der Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) und der nach § 23 Abs. 2 vorgesehenen ART-Kommission zeigen einen geeigneten Ansatz zur Verbesserung der Infektionsprävention auf. Den Leiterinnen und Leitern der in dieser Vorschrift genannten Einrichtungen werden so ihre Pflichten im Rahmen der Infektionsprävention dargelegt. Die Verpflichtung der Leitungen, die Empfehlungen der KRINKO und der ART-Kommission zu beachten und anzuwenden, kommt eine wesentliche Bedeutung im Hinblick darauf zu, dass unter dieser Voraussetzung die Einhaltung des Standes der medizinischen Wissenschaft bei der Gewährleistung des erforderlichen Hygienestandards vermutet wird.

Wenn aufgrund nicht den KRINKO-Empfehlungen entsprechender Personalausstattung aus Gründen unzureichender Finanzierung der hiernach erforderliche Hygienestandard nicht gewährleistet werden kann, entstehen nicht unbeträchtliche Haftungsfragen. Bei derart bedingter unzureichender Sicherstellung des erforderlichen Hygienestandards dürfen keinesfalls Ärzte und Pflegekräfte des Krankenhauses in Haftung genommen werden.

4. Zu Nummer 8 (§ 23 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz)

Zu fragen bleibt, warum die in diesem Absatz geregelten Verpflichtungen nur für Leiter von Krankenhäusern und von Einrichtungen für ambulantes Operieren gelten und nicht auch – wie in Absatz 3 – für die Leiter von anderen medizinischen Einrichtungen generell.

5. Zu Nummer 8 (§ 23 Abs. 8 Infektionsschutzgesetz)

Die hiermit neu geschaffene Verpflichtung der Bundesländer bzw. Landesregierungen, die Empfehlungen der RKI-Kommissionen durch Länder-Hygieneverordnungen umzusetzen, ist nicht zuletzt im Hinblick auf die Festlegungen der Bund-Länder-Verantwortlichkeiten ein begrüßenswerter Schritt. Die Schaffung dieser bundeseinheitlichen Rechtsgrundlage entspricht zudem einem Wunsch der Länder im Beschluss der 26. Sitzung der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) zur Krankenhaushygiene am 18./19.11.2010. Zwar haben die Länder im Rahmen ihrer Gesetzgebungszuständigkeit für den Krankenhausbereich in ihren Krankenhausgesetzen Ermächtigungsgrundlagen zum Erlass von Krankenhaushygieneverordnungen geschaffen, allerdings haben bisher nur sieben Bundesländer Krankenhaushygieneverordnungen erlassen. Die mit dieser Vorschrift geschaffene Verpflichtung der Landesregierungen zum Erlass von flächendeckenden Regelungen für die Einhaltung der Infektionshygiene in allen relevanten Einrichtungen des Gesundheitswesens bedarf der zeitnahen und umfassenden Umsetzung. Zu fragen bleibt zudem, warum in der Aufzählung der medizinischen Einrichtungen im Rahmen dieses Absatzes 8 die unter § 23 Abs. 5 Infektionsschutzgesetz noch aufgenommenen Entbindungseinrichtungen hier nicht angeführt sind.

Insbesondere in Bezug auf die in § 23 Abs. 5 Nr. 4 angeführten Aufgaben und Anforderungen an die Fort- und Weiterbildung der in der Einrichtung erforderlichen Hygienebeauftragten, Hygienefachkräfte, Krankenhaushygieniker sowie die in Nr. 5 angeführte Qualifikation und Schulung des Personals hinsichtlich der Infektionsprävention begrüßt die Bundesärztekammer ausdrücklich alle hiermit in Zusammenhang stehende Maßnahmen, die zur Verbesserung und Verbreiterung von Qualifikationen im Hinblick auf das

Ziel der Vorbeugung, Verhütung, Erkennung, Erfassung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen und Krankheitserregern mit Resistenzen beitragen können. Die Ärztekammern regeln in der Weiterbildungsordnung Art, Inhalt und Dauer der ärztlichen Weiterbildung. In diesem Zusammenhang sind insbesondere die Gebiete „Hygiene und Umweltmedizin“ sowie „Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie“ zu nennen. Durch enge Abstimmung mit den wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften und Berufsverbänden wird die Weiterbildungsordnung bei Bedarf aktualisiert und überarbeitet, um dem aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnis zu entsprechen.

Ergänzend hierzu erarbeitet derzeit die Bundesärztekammer ein Fortbildungskonzept für mit Aufgaben der Krankenhaushygiene beauftragte Ärztinnen und Ärzte, welches die o. a. Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) berücksichtigt. Damit soll ein spezielles Qualifikationsangebot geschaffen werden, das zeitnah, breitflächig und vor allem flexibel, d. h. berufsbegleitend von Ärztinnen und Ärzten wahrgenommen werden kann.

6. Zu Nr. 9 (§ 36 Abs. 2 Infektionsschutzgesetz)

Entsprechend der Regelung in Absatz 1 dieser Vorschrift muss auch in Absatz 2 nicht nur eine mögliche, sondern eine verpflichtende Regelung der infektionshygienischen Überwachung dieser Einrichtungen durch das Gesundheitsamt vorgesehen werden.

Zu Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

1. Zu Nummer 1 (§ 87 SGB V)

Die mit dieser Vorschrift für die ambulante Sanierung (Therapie) einschließlich Beratung und Dokumentation von MRSA-besiedelten bzw. MRSA-infizierten Patienten sowie für diagnostische Untersuchungen auf eine Besiedlung in indizierten Fällen gem. den von der KRINKO benannten Risikogruppen eingeführte Vergütungsregelung wird als sinnvoller Schritt begrüßt. Vorgeschlagen wird jedoch, dass die vorgesehene Vergütungsregelung nicht nur auf MRSA bezogen wird, sondern in weiterem Sinne auf multiresistente Infektionserreger. MRSA ist fraglos ein wichtiger hochresistenter Infektionserreger, jedoch gibt es weitere problematische Infektionserreger, welche von einer derartigen Vergütungsregelung erfasst werden müssen.

In Anbetracht des Umstandes, dass viele Patienten ohne vorherige ambulante Behandlung auch unmittelbar zur Behandlung in Krankenhäusern aufgenommen werden, muss

diesen eine vergleichbare Abrechnungsmöglichkeit eingeräumt werden. Dieses sieht der Gesetzentwurf jedoch nicht vor.

2. Zu Nummer 4 (§ 137 SGB V)

Nach der durch den Gesetzentwurf vorgesehen Einfügung eines Absatzes 1 a in § 137 SGB V legt der Gemeinsame Bundesausschuss nunmehr auch geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Hygiene in der Versorgung fest und bestimmt insbesondere für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung der Krankenhäuser Indikatoren zur Beurteilung der Hygienequalität.

Im Hinblick auf die in § 137 Abs. 1 Satz 5 SGB festgelegte Verpflichtung des Gemeinsamen Bundesausschusses zur unverzüglichen Aufnahme ihm bereits zugänglicher Erkenntnisse zum Stand der Hygiene in den Krankenhäusern in die Qualitätsberichte kann die Akzeptanz der Qualitätsberichte bei den Krankenhäusern darunter leiden, dass mit jeder neuen Fassung nicht nur geänderte Ansprüche an die bereitzustellenden Daten einhergehen, sondern dies in oft kurzfristiger Festsetzung geschieht, die in den Krankenhäusern zu einem erhöhten Aufwand und nicht selten zur Verunsicherung bezüglich der Dokumentationspflichten führt. Eine unverzügliche Erweiterung von Berichtspflichten würde diese Problematik verschärfen. Zudem ist zu erwarten, dass die gebotene fachliche und inhaltliche Prüfung der zu veröffentlichenden „Erkenntnisse“ sowie der „zusätzlichen Anforderungen“ auf Grund des gesetzlich induzierten Zeitdrucks im Gemeinsamen Bundesausschuss unterbleiben wird und in Folge dessen die Erweiterung der Qualitätsberichte in qualitativer Hinsicht von eher zweifelhafter Natur sein wird. Satz 5 sollte daher ersatzlos gestrichen werden.

Die in § 137 Abs. 3 in Nr. 4 SGB V vorgesehene Verkürzung des Intervalls für die Qualitätsberichte der Krankenhäuser auf eine jährliche Vorlage bedeutet zwar eine Erhöhung des Aufwands für die Krankenhäuser, doch kann eine jährliche Berichterstattung, wie sie durch freiwillige Initiativen (z. B. die „Initiative Qualitätsmedizin – IQM“) zunehmend Verbreitung findet, durchaus als begründet erscheinen. Auch der Aspekt, eine externe Berichterstattung als regelmäßigen Anstoß für das interne Qualitätsmanagement der Einrichtungen zu begreifen, würde für eine jährliche Berichterstattung sprechen. Insgesamt aber bleibt abzuwarten, ob die Festlegung externer vergleichender Qualitätssicherungsmaßnahmen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss sowie erhöhter Berichtspflichten eine spürbare und dabei zügige Verbesserung des Standes der Hygiene in den Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen bewirkt.