

**Schleswig-Holsteinischer Landtag
Umdruck 17/2069**

Techniker Krankenkasse, Postfach 4340, 24042 Kiel

Schleswig-Holsteinischer Landtag
Vorsitzender des Sozialausschuss
Herrn MdL Christopher Vogt
Postfach 7121
24171 Kiel

Techniker
Krankenkasse

Landesvertretung
Schleswig-Holstein

Hamburger Chaussee 8
24114 Kiel

Für Rückfragen:
Volker Clasen
Tel. 0431-98158-516
Fax 0431-98158-555

Entwurf eines Gesetzes zur Änderung gesundheitsdienstlicher Regelungen - Drs.
17/1120
hier: Verordnungsermächtigung für KrankenhaushygieneVO gem. § 14 Nr. 5
GDG (neu) - Stellungnahme der TK

18. März 2011

Sehr geehrter Herr Vogt, sehr geehrte Damen und Herren,

zunächst vielen Dank, dass der Sozialausschuss uns die Möglichkeit einräumt zum o.g. Gesetzentwurf Stellung zu nehmen. Wir beschränken uns dabei auf den Themenbereich Krankenhaushygieneverordnung, gehen aber aufgrund des parallelen Gesetzgebungsverfahrens auf Bundesebene auf daraus resultierende Konsequenzen für die Landesebene ein.

Die Techniker Krankenkasse, Landesvertretung Schleswig-Holstein, begrüßt grundsätzlich dass mit § 14 Nr. 5 GDG eine Verordnungsermächtigung für den Bereich Krankenhaushygiene geschaffen wird. Fraglich ist, ob sie in der vorliegenden Form ausreichend ist. Aus unserer Sicht kann die Bekämpfung von multiresistenten Erregern (MRE) nur erfolgreich sein, wenn parallel mehrere Maßnahmen in Prävention, Diagnostik und Therapie konsequent durchgeführt werden. Hierzu zählen neben selektiven Einganguntersuchungen (sowohl auf Erreger als auf Medikamente), der Isolierung und Dekontamination der Patienten, unter anderem der sehr restriktive und verantwortungsvolle Einsatz von Antibiotika, eine enge Vernetzung von ambulanten und stationären Versorgungseinrichtungen, schließlich auch die Nachbehandlung von MRE-Trägern im ambulanten Bereich.

Die TK hat einen Zehn-Punkte-Katalog zur Verbesserung der Hygienestandards in Krankenhäusern entwickelt, den wir Ihnen als Anhang beigefügen.

Mittlerweile hat das Bundeskabinett am 16. März 2011 den Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes (ISG) verabschiedet. Mit dem Inkrafttreten des Gesetzes ist im Juli 2011 zu rechnen. Mit der vorgesehenen Neuregelung des § 23 ISG wird erstmals eine bundesweit geltende Rechtsgrundlage für die Hygiene in Krankenhäusern und vergleichbaren Einrichtungen geschaffen (siehe § 23 Abs.8 ISG neu). Damit wird einem Beschluss der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) Rechnung getragen, bundesweit einheitliche Standards verbindlich zu machen. Gleichzeitig wird hiermit eine Verpflichtung der Landesregierungen geschaffen ("...die Landesregierungen haben durch Rechtsver-

Techniker
Krankenkasse
Hamburger Chaussee 8
24114 Kiel

Tel. 0431/98158-0
Fax 0431/98158-555
www.TK.de
lv-schleswig-holstein
@tk.de

Vorstand
Prof. Dr. Norbert Klusen (Vorsitzender)
Helmut Dose (stv. Vorsitzender)
Dr. Jens Baas
Vorsitzende des Verwaltungsrates
Dr. Hans-Heinrich Gerth, Harald Schulte

ordnung zu regeln..."), umfassende Hygienevorschriften und deren Überwachung zu schaffen, die weit über den Krankenhausbereich im engeren hinausgehen.

Vor diesem Hintergrund ist fraglich, ob es noch einer Verordnungsermächtigung auf Landesebene bedarf, da nunmehr eine Verpflichtung zum Erlass einer Verordnung auf Bundesebene geschaffen wird. Die bislang fehlende Verordnungsermächtigung für eine Landes-Hygieneverordnung wird nun durch den Bund selbst geschaffen.

Zum anderen werden weitreichende inhaltliche Vorgaben geschaffen - sowohl was den Geltungsbereich in Krankenhäusern, Einrichtungen für ambulantes Operieren, Dialyseeinrichtungen, Tageskliniken und vergleichbaren Einrichtungen anbetrifft als auch zu personellen, strukturellen und organisatorischen Fragen der Hygiene. Zudem wird Bezug genommen auf die Einhaltung und Überwachung von Hygienestandards in Arztpraxen, Zahnarztpraxen und bei sonstigen humanmedizinischen Heilberufen (siehe § 23 Abs. 6 ISG -neu).

Zusammenfassung:

Vor dem Hintergrund der bedauerlichen Zunahme multiresistenter Keime und der deutlich besseren Hygienelage in anderen europäischen Ländern (u.a. Niederlande) sind die Initiativen der Landesregierung und der Bundesregierung sehr zu begrüßen. Für das hiesige Landesgesetzgebungsverfahren stellt sich die Frage, ob eine eigene Rechtsgrundlage noch nötig ist. Aus unserer Sicht wäre es vorrangig, eine Umsetzung der kommenden Rechtslage proaktiv sicherzustellen, damit möglichst zügig eine bundesweit geltende effektive Hygiene in den Gesundheitsdiensten gewährleistet wird.

Die Vorbereitung einer entsprechenden Rechtsverordnung auf Landesebene könnte anhand der Vorgaben in § 28 ISG - neu - durch die Landesregierung sofort in Angriff genommen werden. Anders als bisher geplant, kann die neue Rechtsverordnung sich aber nicht auf den Krankenhausbereich beschränken. Aufgrund der Verknüpfung der Behandlungsprozesse zwischen ambulantem, stationären und Pflegebereich sollten auch die Hygienevorschriften entlang der Behandlungsabläufe geregelt werden. Anforderungen dazu haben wir in dem beigefügten 10-Punkte-Katalog detailliert aufgeführt.

Bei Bedarf sind wir gerne bereit dies auch näher zu erläutern.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Johann Brunkhorst

Konsequenz ist gefragt - Zehn-Punkte-Katalog der TK für eine verbesserte Krankenhaushygiene

400.000 bis 600.000 Infektionen, bis zu 15.000 Tote jährlich bundesweit: Die Diskussion über die geeigneten Mittel im Kampf gegen Krankenhauskeime bewegt das deutsche Gesundheitswesen. Gerade legte die Regierungskoalition aus Union und FDP Eckpunkte für bundesweit einheitliche Klinikhygienestandards vor. Ziel seien Transparenz und Wettbewerb um die beste Hygiene.

Aus Sicht der TK kann die Bekämpfung von multiresistenten Erregern (MRE) nur erfolgreich sein, wenn parallel mehrere notwendige Maßnahmen in Prävention, Diagnostik und Therapie konsequent durchgeführt werden. Hierzu zählen neben Screenings (sowohl auf Erreger als auch Medikamente), der Isolierung und Dekontamination der Patienten, u.a. der sehr restriktive und verantwortungsvolle Einsatz von Antibiotika, eine enge Vernetzung von ambulanten und stationären Versorgungseinrichtungen, schließlich auch die Behandlung von MRE-Trägern im ambulanten Bereich. Außerdem sind strikte Verhaltensänderungen in der Hygiene anzustreben, wie etwa Kittelpflege, Mundschutz, Handschuhe und Händedesinfektion.

Das Screening von Risikopatienten, kann nur einer von mehreren Bausteinen sein, mit denen MRE nachhaltig bekämpft werden können. Alleine mit einem Screening ohne weitere flankierende Maßnahmen kann z.B. die MRSA-Rate nicht konstant und auf Dauer gesenkt werden. Ein präventives Sanieren von Patienten und eine damit verbundene eigene Gebührenposition im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) lehnt die TK ab. Denn durch eine vorsorgliche Sanierung wird die Bildung von Resistenzen gefördert, sollten die Patienten in ihre Umgebung (z.B. ins Pflegeheim) zurückkehren. Ein Ansatz der Behandlung von multiresistenten Erregern ist, und aus Sicht der TK kann nur dann die Bekämpfung funktionieren, wenn nicht nur der Patient saniert (gesicherte Diagnose), sondern die Herkunft der Erreger festgestellt (kommuniziert und transparent gemacht) und dort beseitigt wird.

Dass dieses Vorgehen, für das momentan eine bundesweite Regelung noch fehlt, erfolgreich ist, zeigt ein Qualitätsverbund der deutschen und niederländischen Gesundheitsversorger in der Region Twente / Achterhoek und Münsterland, die sich im "Euregio MRSA-net" zusammengeschlossen haben. Die getroffenen Maßnahmen tragen dort inzwischen Früchte: Die Zahl der schweren MRSA-Infektionen stagniert im Projektgebiet. Die Aktivitäten des Euregio-Netzwerkes wurden vom RKI (Robert Koch-Institut) als beispielhaft für Deutschland bezeichnet.

Perspektivisch regt die TK an, nicht nur über die Meldepflicht von MRSA-Keimen (und anderen multiresistenten Erregern) nachzudenken, sondern auch über eine Meldepflicht der Verordnung von Reserveantibiotika. Diese Daten sollten auch den Kostenträgern zu Verfügung stehen, damit diese im Zusammenhang mit Qualitätssicherungsverfahren und zusammen mit Kliniken an einer transparenteren Darstellung, nicht nur hinsichtlich der Fallzahl, sondern auch in Bezug auf die Herkunft von Infektionen arbeiten können. Da auch Keime nicht an Ländergrenzen innehalten, vertritt die TK den Standpunkt, dass nur eine konzertierte Aktion aller Bundesländer auch vergleichbare Ergebnisse in der Evaluation und Bekämpfung von multiresistenten Erregern ermöglichen wird. Ein einheitliches Vorgehen sollte daher nicht nur in der Einhaltung von Hygienestandards und in der Behandlung, sondern auch hinsichtlich der Meldung von MRE-Fällen und den ergriffenen Maßnahmen angestrebt werden.

Zehn-Punkte-Katalog der TK

- 1.**
Keine Stigmatisierung betroffener Krankenhäuser oder Patienten:
Aufklärungsarbeit über die MRE-Problematik
- 2.**
Patientenrechte stärken vs. Informationspolitik der Krankenhäuser
- 3.**
Implementierung eines Multibarrieresystems zur Infektionsprophylaxe
- 4.**
Konsequente Umsetzung der bestehenden Richtlinien des Robert Koch-Instituts (RKI)
- 5.**
Aufnahmescreening bei Risikopatienten
(z.B. Patienten aus Heimen, immungeschwächte Patienten,
Patienten mit bekannten Antibiotika-Resistenzen)
- 6.**
Meldepflicht für MRE-Infektionen und der therapeutischen Maßnahmen insgesamt
(z.B. an das RKI)
- 7.**
Differenzierte Abbildung von Infektionen (community acquired oder nosokomial)
in der medizinischen Dokumentation (ICD sowie Operationen- und Prozedurenschlüssel)
- 8.**
Differenzierte Darstellung und weitere Spezifizierung der Kodierung
(bislang keine einheitlichen kostenrelevanten Effekte von MRE- oder MRSA-Infektionen)
- 9.**
Restriktiver Einsatz von Antibiotika im Krankenhaus und in Arztpraxen
- 10.**
Bekämpfung der Erreger als Gemeinschaftsaufgabe / Vernetzung der Leistungserbringer (Integrierte Versorgungsverträge für regionales MRE-Management)