

Stellungnahme des  
Verbandes der Universitätsklinika Deutschlands e.V. (VUD)

für die Anhörung zum  
Gesetz zur Verbesserung der Krankenhaushygiene  
und  
zur Änderung weiterer Gesetze

2. Mai 2011

## Allgemeiner Teil

Der Verband der Universitätsklinika Deutschlands (VUD) ist wie die Bundesregierung der Auffassung, durch das Krankenhaushygienegesetz die vorhandenen Hygienestandards zu verbessern und verbindlicher zu gestalten. In einzelnen Punkten sollte der Gesetzentwurf jedoch optimiert werden, um die angestrebten Ziele besser zu erreichen:

1. Die Bundesregierung sollte selbst die direkte Verantwortung für die Qualität und Anwendung entsprechender Vorgaben übernehmen. Insbesondere sollte die Bundesregierung selbst per Verordnung bundeseinheitliche Mindesthygienestandards vorgeben, statt auf 16 unterschiedliche Landesverordnungen zu setzen.
2. Dem G-BA sollten keine neuen Aufgaben im Bereich der Infektionsprävention übertragen werden, um nicht unnötig Mehrfachzuständigkeiten zu schaffen.
3. Strategien gegen Krankenhausinfektionen müssen interdisziplinär insbesondere von Fachärzten für Medizinische Mikrobiologie, Fachärzten für Hygiene sowie Infektiologen (Fachärzte mit Zusatzbezeichnung) entwickelt werden. Deshalb sollten die KRINKO und die neue Kommission „Antiinfektive Resistenzlage und Therapie“ (ART) bei der Entwicklung ihrer Empfehlungen möglichst eng zusammen arbeiten. Um die entsprechende Koordination zu gewährleisten, sollte es für beide Kommissionen einen gemeinsamen Vorsitz geben. Beide Kommissionen müssen interdisziplinär zusammengesetzt werden. Dies impliziert eine personelle Neuausrichtung der KRINKO mit dem Fokus auf fachlich ausgewiesene Wissenschaftler.
4. Die KRINKO-Empfehlungen müssen stärker auf die praktischen Zwänge des Krankenhausalltags abgestimmt sein, um vor Ort eine bessere Wirkung entfalten zu können. Deshalb sollten einschlägig ausgewiesene Praktiker aus dem Krankenhausmanagement (z.B. Reinigung, Desinfektion, Apotheke) in die KRINKO eingebunden werden.
5. Wenn die Empfehlungen der KRINKO künftig unmittelbar als Stand der Wissenschaft gelten sollen, dann müssen diese Empfehlungen aktuell und möglichst evidenzbasiert sein. Beides ist heute nur zum Teil der Fall. Der Gesetzgeber muss deshalb die KRINKO und auch die neue ART-Kommission stärker als bisher geplant auf die Aktualität und Evidenzbasierung ihrer Empfehlungen verpflichten. Beide Kommissionen müssen zudem die für ihren Auftrag erforderlichen Ressourcen erhalten.

6. Das Bundesgesundheitsministerium sollte im Rahmen seiner Ressortforschung Mittel für ein begleitendes Forschungsprogramm zur wissenschaftlichen Evaluation der KRINKO-Empfehlungen vorsehen. Untersucht werden sollten insbesondere die Wirksamkeit der von der KRINKO empfohlenen Maßnahmen, die konkrete Umsetzungspraxis im Versorgungsalltag und Kostenaspekte der Maßnahmen zur Infektionsprävention.
7. Die Infektionsprävention muss in allen Berufsgruppen, die in Gesundheitseinrichtungen tätig sind, Teil der Ausbildung und Bestandteil von Pflichtfortbildungen sein. Der Gesetzgeber sollte die KRINKO beauftragen, entsprechende Empfehlungen zu formulieren, die über das Infektionsschutzgesetz Wirkung entfalten können.
8. Die Qualitätsberichte der Krankenhäuser nach § 137 SGB V sollten weiterhin alle zwei Jahre statt jährlich veröffentlicht werden. Die jährliche Veröffentlichung bringt keinen zusätzlichen Nutzen für die Klinikhygiene, bindet aber erhebliche Ressourcen.
9. Die ambulante Sanierung von Patienten mit resistenten Erregern vor Klinikaufenthalten sollte nur bei nachweislich speziell geschulten Ärzten erfolgen. Es muss unbedingt sichergestellt werden, dass die Behandlung nach dem Stand der Wissenschaft durchgeführt wird und nicht durch unsachgemäße Arzneimitteltherapien unnötig Resistenzen gegen heute noch wirksame (Reserve-) Antibiotika entstehen.
10. Trotz entsprechender Schulung setzen die Mitarbeiter das vorhandene Wissen z.B. über Handhygiene oft nicht im Klinikalltag um. Infektionsschutz und Hygieneförderung ist deshalb auch eine Managementaufgabe. Modernes, systematisches Qualitätsmanagement (z.B. IT-gestütztes Monitoring von Infektionsraten und Handhygienemaßnahmen) eröffnet neue Möglichkeiten, ist aber technisch und personell aufwändig. Hierfür sollten den Kliniken gezielt finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt werden.
11. Infektionsschutz und die Verhinderung von Resistenzen kann nur in regionalen Netzwerken zwischen Klinika und Praxen erfolgreich organisiert werden. Diese Netzwerke müssen durch Klinika mit spezialisiertem Know how koordiniert und geführt werden. Notwendig sind zertifizierte Infektionszentren. Deren Aufgaben müssen von der GKV über einen Zentrumszuschlag finanziert werden.

## **Besonderer Teil**

### **1) Verantwortung der Bundesregierung stärken**

Entwurf: Der Gesetzentwurf sieht vor, die Bundesländer zu Erstellung eigener Krankenhaushygieneverordnungen zu verpflichten. Dazu werden Vorgaben zu den zu regelnden Bereichen gemacht (Art.1 Nr. 8, Änderung des §23 Infektionsschutzgesetzes, insb. Abs. 3 und 8). Der Gesetzentwurf verweist an anderer Stelle auf die Einhaltung der Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO), deren Einhaltung durch die Einrichtungsleitungen sicherzustellen sei. Zudem wird der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) aufgefordert, geeignete Qualitätssicherungsmaßnahmen bezüglich der Hygiene festzulegen (Art. 3 Nr. 4, Änderung des §137 SGB V).

Bewertung: Der Gesetzentwurf lässt offen, in welcher Weise die Verordnungen der Bundesländer ausgestaltet sein sollen, um effektiv zur Prävention von Krankenhausinfektionen beitragen zu können. Es werden nur die zu regelnden Gegenstände ohne weitere Konkretisierung aufgeführt. Unklar bleibt das Verhältnis der Rechtsverordnungen zu den Empfehlungen der KRINKO. Zu einigen Regelungsbereichen liegen Empfehlungen der KRINKO bereits vor (z. B. zu den personellen Strukturen). Die Abgrenzung der gesetzlichen Regelungen zu den Vorgaben des G-BA ist nicht trennscharf.

Der Gesetzgeber kann zur Infektionsprävention konkrete Vorgaben machen. Diese Möglichkeit sollte er im Sinne der Zielsetzung des Gesetzentwurfes auch anwenden. Die Bundesländer können darüber hinausgehende Maßnahmen in eigenen Verordnungen formulieren. Durch eindeutige Vorgaben des Bundes können die Ziele der Gesetzesinitiative besser erreicht werden.

VUD-Empfehlung: Die Bundesregierung sollte eine bundesweite Hygieneverordnung für die Krankenhäuser und vergleichbare Einrichtungen erlassen. Darin sollten konkrete Mindestanforderungen zur Infektionsprävention bundesweit vorgegeben werden, also die minimale konkrete Ausgestaltung der im Gesetzentwurf aufgeführten Gegenstandsbereiche definiert werden (insbesondere im Hinblick auf organisatorische, personelle und bauliche Anforderungen).

## **2) Keine stärkere Verantwortung an die Selbstverwaltung**

Entwurf: Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) wird aufgefordert, geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Hygiene in der Versorgung festzulegen und Indikatoren zur Beurteilung der Hygienequalität bestimmen (SGB V, §137 neu). Die Bundesländer und die Kommission KRINKO am Bundesinstitut Robert-Koch-Institut werden an anderer Stelle mit Aufgaben belegt (§ 23 Infektionsschutzgesetz neu).

Bewertung: Neben der KRINKO und den Bundesländern würde mit dem G-BA eine dritte Instanz Vorgaben zur Krankenhaushygiene machen. Damit erhielte eine weitere Institution entsprechende Zuständigkeiten. Widersprüchliche Regelungen und unklare Kompetenzen wären die wahrscheinliche Folge. Außerdem wäre eine klare Zuordnung der Verantwortung für Regelungen zur Infektionsbekämpfung wünschenswert. Die im Gesetzentwurf angelegten Zuständigkeitsaufteilungen führen stattdessen zu mehr Unübersichtlichkeit.

VUD-Empfehlung: Im Interesse eindeutiger Kompetenz- und Verantwortungszuweisungen sollte der G-BA im Feld der Infektionsbekämpfung keine neuen Zuständigkeiten erhalten. Die Regelungen zur Infektionsbekämpfung sollten ausschließlich eine staatliche Aufgabe bleiben.

## **3) Antibiotikatherapie und Krankenhaushygiene gemeinsam betrachten**

Entwurf: Der Gesetzentwurf sieht vor, neben der bereits bestehenden KRINKO eine neue Kommission „Antinfektive Resistenzlage und Therapie“ (ART) am Robert-Koch-Institut – Bundesinstitut für Infektionskrankheiten und nicht übertragbare Krankheiten (RKI) anzusiedeln. Die Einhaltung der Empfehlungen der Kommissionen wird quasi verpflichtend. (Art.1 Nr. 8, Änderung des §23 Infektionsschutzgesetz, insb. Abs. 1-3).

Bewertung: Grundsätzlich ist es richtig, die Bedeutung der Antibiotikatherapie für die Infektionsprävention anzuerkennen, Expertenwissen dazu am Bundesinstitut zu konzentrieren und bundeseinheitliche Grundsätze zu gestalten. Allerdings sollte sichergestellt werden, dass die Arbeiten der neuen ART-Kommission und der KRINKO eng koordiniert werden. Antibiotikatherapie und Infektionsprävention müssen interdisziplinär betrachtet werden. Die praktische Erfahrung aus der Infektionsprävention an Universitätsklinika zeigt, dass es sinnvoll ist, Fachärzten für Medizinische Mikrobiologie, Fachärzten für Hygiene sowie Infektiologen (Fachärzte mit Zusatzbezeichnung) an

einen Tisch zu bringen. Antibiotikatherapie und Resistenzvermeidung werden so in einen sinnvollen Zusammenhang mit der Krankenhaushygiene und ihren Bedingungen gesetzt.

Zu verhindern ist daher, dass die beiden Kommissionen weitgehend unabgestimmt parallel arbeiten. Ziel muss sein, dass die Empfehlungen beider Kommissionen für die Anwender eindeutig und widerspruchsfrei sind.

VUD-Empfehlung: Die beiden Kommissionen sollten institutionell verzahnt werden. Eine bessere Koordination könnte dadurch erreicht werden, dass beide Kommissionen einen gemeinsamen Vorsitz haben.

#### **4) Praktische Anbindung der Arbeit der KRINKO und der ART-Kommission sicherstellen**

Entwurf: Die KRINKO soll Empfehlungen zur Infektionsprävention sowie ihren betrieblich-organisatorischen und baulich-funktionellen Bedingungen treffen (Art.1 Nr. 8, Änderung des §23 Infektionsschutzgesetz, Abs. 1). Die Kommission besteht bereits und ist aktuell mit Fachexperten aus der Hygiene und den klinischen Abteilungen besetzt. Für die neue ART-Kommission ist die Zusammensetzung noch zu klären.

Bewertung: Zum fachlichen Hintergrund der Kommissionsmitglieder wird im Gesetzentwurf keine Festlegung getroffen. In der KRINKO sind aktuell vor allem Hygienefachleute einbezogen. Um die Praxisorientierung der Kommissionsarbeit zu verbessern, sollten Vertreter aus dem Krankenhausmanagement (z.B. Reinigung, Desinfektion, Apotheke) mit aufgenommen werden. Dadurch könnten die organisatorische Effizienz und Compliance-Aspekte stärker berücksichtigt werden. Umsetzungsbarrieren könnten abgebaut und die Akzeptanz der Empfehlungen in den Kliniken verbessert werden.

VUD-Empfehlung: In der neuen KRINKO sollte Know how aus dem Krankenhausmanagement vertreten sein.

#### **5) Wissenschaftliche Fundierung und Aktualität der KRINKO-Empfehlungen sicherstellen**

Entwurf: Der Gesetzentwurf sieht vor, die Einhaltung der Empfehlungen der KRINKO für die Krankenhäuser dadurch als verbindlich festzuschreiben, dass sie per Gesetz mit dem Stand der medizinischen Wissenschaft gleichgesetzt werden. Die Bundesländer sollen außerdem weitergehende Regelungen zum Infektionsschutz formulieren (Art.1 Nr. 8, Änderung des §23 Infektionsschutzgesetz, insb. Abs. 3 und 8).

Bewertung: Es ist nicht eindeutig, ob der Gesetzgeber lediglich die Orientierung am Stand der Wissenschaft stärken oder verbindliche Vorgaben für die Krankenhausorganisation machen will. Letzteres wäre problematisch. Die KRINKO-Empfehlungen sind in ihrer heutigen Form das Ergebnis einer Abstimmung von Experten bezüglich bestimmter Fragen der Krankenhaushygiene. Sie spiegeln keineswegs automatisch den Stand der Wissenschaft. An vielen Stellen sind sie seit Jahren nicht aktualisiert worden. Außerdem sind nicht alle Empfehlungen hinreichend mit wissenschaftlicher Evidenz abgesichert.

In der medizinischen Wissenschaft wird seit Jahren die empirische Absicherung von Verfahren gefordert. Die Kommissionsempfehlungen erfüllen dieses Kriterium heute erst zum Teil. Die KRINKO hat dazu selbst im Juni 2010 Stellung genommen und ihre eigenen Kategorien zur Evidenzbasierung überarbeitet. Es sind außerdem regelmäßige, in nicht zu großem Abstand erfolgende Revisionen der bereits getroffenen Empfehlungen notwendig, um neue wissenschaftliche Erkenntnisse einzuarbeiten und zu reflektieren. Einige zurzeit gültige Empfehlungen stammen noch aus den 1990er Jahren. Es wäre zumindest zu überprüfen, ob inzwischen neue Erkenntnisse vorliegen. Im Gesetzentwurf sollte klargestellt werden, dass die Pflicht zur Umsetzung der Empfehlungen an deren Aktualität und wissenschaftliche Fundierung gekoppelt ist.

VUD-Empfehlung: Der Gesetzgeber muss die Bedingungen für die Anwendung der Kommissionsempfehlungen klar definieren. Empfehlungen der Kommission sollten nur dann verbindlich gelten, wenn sie auf dem aktuellen Stand und wissenschaftlich abgesichert sind. Dabei ist eine möglichst hohe Evidenzstufe anzustreben. Nur so kann der im Gesetzentwurf postulierte Anspruch begründet werden, den „Stand der medizinischen Wissenschaft“ abzubilden. Der Gesetzgeber sollte daher klare Vorgaben zur Revision der KRINKO-Empfehlungen machen. Der Kommission werden die dafür benötigten Ressourcen zur Verfügung gestellt.

#### **6) Begleitende Forschung zu Eignung, Umsetzung und Kosteneffekten der KRINKO und ART-Empfehlungen aufsetzen**

Entwurf: Im Gesetzentwurf wird die Verantwortung der Leitungen von Krankenhäusern und medizinischen Einrichtungen für die Krankenhaushygiene betont. Nach dem Gesetzentwurf müssen die Einrichtungen ihre betrieblichen Strukturen nach den Vorgaben der KRINKO und weiteren gesetzlichen Vorgaben zur Hygiene ausrichten (Art.1 Nr. 8, Änderung des §23 Infektionsschutzgesetz, insb. Abs. 3). In der Einleitung zum Gesetzentwurf (unter E. Sonstige Kosten) wird angenommen,

dass sich die Kosten der Maßnahmen zur Infektionsprävention durch die Einsparungen ausgleichen würden

Bewertung: Die KRINKO-Empfehlungen geben konkrete Handlungsempfehlungen zur Krankenhausorganisation. Diese Empfehlungen müssen sich daran messen lassen, ob ihre Umsetzung tatsächlich die Zahl der Infektionen reduziert. Dies sollte im Zuge begleitender Versorgungsforschung regelmäßig evaluiert werden.

Besonders sollte dabei berücksichtigt werden, dass die Hygienemaßnahmen im Alltag von den Beschäftigten eingehalten werden müssen (Compliance). Umsetzungsproblem können ganz unterschiedliche Ursachen haben. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat diesem Thema bereits Rechnung getragen und fördert die Aktion „Saubere Hände“, die u.a. Maßnahmen zur Compliance-Verbesserung beinhaltet.

Wünschenswert wäre mehr Transparenz über die finanziellen Auswirkungen der Empfehlungen. Dies betrifft die direkten Kosten der Umsetzung, aber auch mögliche Einsparungen infolge vermiedener Infektionen. Dies würde die Priorisierung entsprechender Maßnahmen erleichtern. Die Forschung zu Kostenaspekten der Infektionsprävention sollte daher ausgebaut werden. Mit Hilfe von Kosten-Nutzen-Analysen lassen sich Maßnahmen auf rationaler Grundlage priorisieren und Ressourcen auf die richtigen Präventionsmaßnahmen konzentrieren. Das Qualitätsmanagement könnte weiter verbessert werden, wenn den Kliniken und Praxen entsprechende Informationen zur Verfügung stünden.

VUD-Empfehlung: Das BMG initiiert im Rahmen der Ressortforschung ein begleitendes Forschungsprogramm, das insbesondere folgende Fragestellungen adressiert:

- Wirksamkeit der KRINKO- und ART-Empfehlungen bzgl. der Verhinderung von Infektionen und der Verhinderung von Resistenzen
- Umsetzung der Empfehlungen im Versorgungsalltag
- Kosten der Umsetzung der KRINKO- und ART-Empfehlungen

#### **7) Bedeutung der Infektionsprävention in der Aus-, Fort- und Weiterbildung bei den Gesundheitsberufen stärken**

Entwurf: Die Bundesländer werden aufgefordert, in eigenen Regelungen zum Infektionsschutz in Krankenhäusern auch Regelungen zur Qualifikation und Schulung des Personals zu treffen (Art.1 Nr. 8, Änderung des §23 Infektionsschutzgesetz, Abs. 8). Weiterhin sollen die Empfehlungen der KRINKO



gelten, die auch personelle Voraussetzungen beschreiben (Art.1 Nr. 8, Änderung des §23 Infektionsschutzgesetz, Abs. 3).

Bewertung: Die Anforderungen an die Qualifikation des Personals und die Voraussetzungen hinsichtlich der Aus-, Fort- und Weiterbildungsinhalte im Hinblick auf die Vermeidung von nosokomialen Infektionen werden im Gesetzentwurf nicht geregelt. Es wird auf die Länder verwiesen. Hierfür wäre aber ein bundeseinheitliches Vorgehen extrem wichtig. Der Bundesgesetzgeber sollte daher im Rahmen seiner Regelungskompetenz Vorgaben zum Stellenwert der Infektionsprävention in der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Berufsgruppen in Gesundheitseinrichtungen machen. Der Bund ist zur Prävention übertragbarer Krankheiten berechtigt, geeignete Gesetze zu erlassen, wenngleich die Kulturhoheit in den Bundesländern liegt.

Durch die Gesetzesinitiative wird der Bedarf an Fachärzten für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie sowie für Fachärzte für Hygiene und Umweltmedizin deutlich ansteigen. Um diesen Bedarf an Fachärzten zu decken, müssen die bestehenden Institute für Medizinische Mikrobiologie und Hygiene zudem in ihrer Eigenständigkeit erhalten und ausgebaut werden.

VUD-Empfehlung:

1. Der Gesetzgeber sollte zur Infektionsprävention Mindestanforderungen an die Aus-, Fort- und Weiterbildungsinhalte für die Gesundheitsberufe (z.B. Mediziner, Pflegepersonal) sowie weitere betroffene Berufsgruppen (z.B. Reinigungspersonal in Krankenhäusern) definieren. Die KRINKO sollte die erforderlichen Inhalte erarbeiten. Durch Anpassungen im Infektionsschutzgesetz wären keine umfangreichen Änderungen in anderen Rechtstexten notwendig.
2. Der Bund sollte mit der Kultusministerkonferenz Wege sondieren, um die Ausbildungskapazitäten an den Instituten für Krankenhaushygiene langfristig zu sichern und auszubauen.

**8) Qualitätsbericht nicht jährlich veröffentlichen**

Entwurf: Der Qualitätsbericht für die Krankenhäuser soll jährlich statt alle zwei Jahre veröffentlicht werden. Es sollen neue Indikatoren zur Beurteilung der Hygienequalität bestimmt werden (Art. 3 Nr. 4, Qualitätssicherung).

Bewertung: Die Erstellung der Qualitätsberichte bindet erhebliche Mittel in den Krankenhäusern. Die Qualitätsberichte haben nur einen geringen direkten Einfluss auf die interne betriebliche Steuerung.

Andere Maßnahmen (beispielsweise die Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) sind zielgenauer und entfalten einen messbaren Einfluss auf die Senkung der Infektionsraten im Krankenhaus. Der Nutzen einer jährlichen Veröffentlichung des Qualitätsberichtes nach §137 SGB V ist daher gegenüber dem finanziellen Aufwand abzuwägen. Die Mittel stehen für die direkte Krankenversorgung sowie die innerbetriebliche Optimierung hinsichtlich der Hygiene in den Krankenhäusern nicht zur Verfügung.

VUD-Empfehlung: Die Veröffentlichung der Qualitätsindikatoren sollte weiterhin im Abstand von zwei Jahren erfolgen.

### **9) Qualität der ambulanten MRSA-Sanierung von Patienten sichern**

Entwurf: Der Gesetzentwurf sieht eine Abrechnungsmöglichkeit für die Eradikationstherapie von Trägern des Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) durch niedergelassene Ärzte vor (Art. 3 Nr.1, Änderung V.SGB, GKV).

Bewertung: Es ist sinnvoll, Patienten vor einem geplanten Krankenhausaufenthalt auf multiresistente Erreger zu untersuchen und rechtzeitig zu therapieren. Dadurch wird die Gefahr der Übertragung auf weitere Patienten während des Klinikaufenthaltes wirksam unterbunden. Kostenintensive Maßnahmen in den Kliniken werden verhindert. Die behandelnden Ärzte müssen jedoch für die Therapie der Patienten geschult werden. Dadurch würde sichergestellt, dass die Therapie nach dem Stand der Wissenschaft durchgeführt würde. Die unsachgemäße Anwendung von (Reserve-) Antibiotika, die Resistenzen provoziert, würde so vermieden.

VUD-Empfehlung: Der Gesetzgeber sollte als Bedingung für die Durchführung der Eradikationstherapie bei MRSA-Trägern eine besondere Qualifizierung vorsehen. Denkbar wäre bspw. eine Zertifizierung einschlägig tätiger niedergelassener Ärzte. Eine solche Zertifizierung muss u.a. beinhalten, dass die relevante Diagnostik in Kooperation mit Zentren (Instituten) durchgeführt wird, die über eine ausreichende analytische und fachliche Expertise und Datenbanksysteme verfügen.

### **10) Mehrkosten für neue Strukturen der Krankenhaushygiene kurzfristig decken**

Entwurf: Der Gesetzentwurf sieht vor, dass die Vorgaben der KRINKO, darunter auch zum Personalbedarf, von allen Krankenhäusern verbindlich umgesetzt werden müssen (Art.1 Nr. 8, Änderung des §23 Infektionsschutzgesetz, Abs. 3). Der Gesetzgeber geht dabei von einer

kostenneutralen Umsetzung der Präventionsmaßnahmen in den Krankenhäusern aus (E. Sonstige Kosten).

Bewertung: Die konsequente Anwendung der KRINKO-Empfehlungen zu den personellen Voraussetzungen zur Prävention von Krankenhausinfektionen wird zu einem Personalaufbau im Bereich der Krankenhaushygiene und der unterstützenden Abteilungen führen. Darüber hinaus müssen zur Stärkung der Infektionsprävention umfassende strukturelle Veränderungen angestoßen werden. Eine stärkere Orientierung an der Ergebnisqualität (also an den tatsächlichen Infektionsraten) ist, gerade auch in der innerbetrieblichen Steuerung, unabdingbar. Die Problemanalyse (Beobachtung von Infektionsraten, Untersuchung der klinischen Abläufe) ist dabei der Ausgangspunkt für einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess. Diese Aufgaben müssen von spezialisiertem Fachpersonal wahrgenommen werden. Zentral ist auch die Einbeziehung von Medizininformatikern und -controllern, um Prozesse analysieren zu können.

Zum kurzfristigen Aufbau der Strukturen fehlen den Krankenhäusern die Mittel. Der VUD schlägt daher ein befristetes Programm zur Anschubfinanzierung vor. Einsparungen durch verbesserte Hygiene ergäben sich bestenfalls mittelfristig. Kurzfristig müssten die Personalaufstockungen aus dem laufenden Budget gedeckt werden. Das Geld würde dann in der Krankenversorgung fehlen.

VUD-Empfehlung: Direkte Folgekosten des Gesetzes sowie neue Ansätze zur Qualitätssicherung sollten kurzfristig über ein befristetes Programm in Form einer Anschubfinanzierung gefördert werden. Die Programmmittel sollten mittelfristig bedarfsgerecht in die Krankenhausregelfinanzierung überführt werden.

### **11) Besondere Aufgaben von Infektionszentren durch Zentrumszuschläge finanzieren**

Entwurf: Der Gesetzentwurf enthält keine Regelungen zur Förderung regionaler Netzworkebildung zur Bekämpfung von Infektionen und Resistenzen.

Bewertung: Die Eigenschaften und Resistenzen von Keimen variieren regional teils erheblich und bedürfen regional angepasster und abgestimmter Bekämpfungsstrategien. Infizierte Patienten bewegen sich zwischen den unterschiedlichen Einrichtungen des Gesundheitswesens (Arztpraxis, Krankenhausisolierte, Pflegeheim etc.) und tragen resistente Keime dadurch weiter. Auf einzelne Einrichtungen des Gesundheitswesens gerichtete Maßnahmen reichen nicht aus. Infektionsschutz und die Verhinderung von Resistenzen kann nur in regionalen Netzwerken zwischen Klinika und Praxen erfolgreich organisiert werden. Diese Netzwerke müssen durch Klinika mit spezialisiertem

Know how koordiniert und geführt werden. Notwendig sind zertifizierte Infektionszentren, die u.a. über eigene Abteilungen bzw. Institute für Mikrobiologie/Hygiene, hauptamtliche Klinikhygieniker und eine geeignete Infrastruktur verfügen müssen. Diese Zentren müssen Sektoren übergreifend die diagnostischen und therapeutischen Standards und die Infektions-Surveillance sichern und Infektionsketten aufklären.

VUD-Empfehlung: Im GKV-System muss bspw. über die Möglichkeit von Zentrumszuschlägen im DRG-System die Möglichkeit geschaffen werden, die besonderen Aufgaben von Infektionszentren als Kristallisationskerne regionaler Netzwerke zu finanzieren.