



Wortprotokoll der 114. Sitzung

Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 26. Juni 2024, 15:30 Uhr
als Kombination aus Präsenzsitzung
(Paul-Löbe-Haus, Saal E 300) und
Webex-Meeting

Vorsitz: Hubert Hüppe, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Einzigster Tagesordnungspunkt

Seite 6

Antrag der Abgeordneten Dr. Christina Baum, Martin Sichert, Daniel Schneider, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD

Federführend:
Ausschuss für Gesundheit

Sepsis-Sterblichkeit in Deutschland senken

BT-Drucksache 20/9744

**Mitglieder des Ausschusses**

Fraktionen	Ordentliche Mitglieder	Stellvertretende Mitglieder
SPD	Baehrens, Heike Baradari, Nezahat Engelhardt, Heike Heidenblut, Dirk Mende, Dirk-Ulrich Mieves, Matthias David Moll, Claudia Müller, Bettina Pantazis, Dr. Christos Rudolph, Tina Stamm-Fibich, Martina Wollmann, Dr. Herbert	Bahr, Ulrike Cademartori Dujisin, Isabel Katzmarek, Gabriele Koß, Simona Machalet, Dr. Tanja Mesarosch, Robin Peick, Jens Schmidt (Wetzlar), Dagmar Schwartz, Stefan Stadler, Svenja Troff-Schaffarzyk, Anja Westphal, Bernd
CDU/CSU	Borchardt, Simone Föhr, Alexander Hüppe, Hubert Irlstorfer, Erich Kippels, Dr. Georg Monstadt, Dietrich Müller, Axel Pilsinger, Stephan Rüddel, Erwin Sorge, Tino Zeulner, Emmi	Albani, Stephan Czaja, Mario Janssen, Anne Knoerig, Axel Lips, Patricia Müller, Sepp Stracke, Stephan Straubinger, Max Stumpp, Christina Timmermann-Fechter, Astrid Weiss, Maria-Lena
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Dahmen, Dr. Janosch Grau, Dr. Armin Kappert-Gonther, Dr. Kirsten Klein-Schmeink, Maria Schulz-Asche, Kordula Wagner, Johannes Weishaupt, Saskia	Aeffner, Stephanie Bsirske, Frank Ganserer, Tessa Heitmann, Linda Piechotta, Dr. Paula Rüffer, Corinna Walter-Rosenheimer, Beate
FDP	Aschenberg-Dugnus, Christine Bartelt, Christian Lütke, Kristine Teutrine, Jens Ullmann, Dr. Andrew	Alt, Renata Funke-Kaiser, Maximilian Helling-Plahr, Katrin Kuhle, Konstantin Westig, Nicole
AfD	Baum, Dr. Christina Dietz, Thomas Schneider, Jörg Sichert, Martin Ziegler, Kay-Uwe	Bachmann, Carolin Bollmann, Gereon Braun, Jürgen Reichardt, Martin Rinck, Frank
Die Linke	Gürpınar, Ates Vogler, Kathrin	Sitte, Dr. Petra
BSW	Hunko, Andrej	



Liste der Sachverständigen zur öffentlichen Anhörung

Sepsis

Mittwoch, 26. Juni 2024
Paul-Löbe-Haus, Sitzungssaal E 300

Verbände/Institutionen

- Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS)¹
- Bundesärztekammer (BÄK)¹
- Deutsche Gesellschaft für Infektiologie (DGI)¹ (Keine Teilnahme)
- Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)¹
- Deutsche Sepsis-Gesellschaft (DSG)^{1,2,3}
- Deutsche Stiftung Patientenschutz³ (Keine Teilnahme)
- Deutscher Pflegerat (DPR)¹ (Keine Teilnahme)
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)¹
- Sepsis-Stiftung^{1,2}(Absage)

Namentlich benannte Sachverständige

- Dr. Matthias Gründling (Universitätsmedizin Greifswald)²
- Thomas Haeni (Paul Hartmann AG)³
- Rechtsanwältin Iris Harbusch (Kanzlei für Medizinrecht)¹
- Dr. Sara Sheikhzadeh (Asklepios Kliniken)³

¹ Auf Vorschlag der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP zur öffentlichen Anhörung eingeladen.

² Auf Vorschlag der Fraktion der AfD zur öffentlichen Anhörung eingeladen.

³ Auf Vorschlag der Fraktion der CDU/CSU zur öffentlichen Anhörung eingeladen.



Die Anwesenheitslisten liegen dem Originalprotokoll bei.



Einzigiger Tagesordnungspunkt

Antrag der Abgeordneten Dr. Christina Baum, Martin Sichert, Daniel Schneider, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD

Sepsis-Sterblichkeit in Deutschland senken

BT-Drucksache 20/9744

Der **Sitzungsleiter**, Abg. **Hubert Hüppe** (CDU/CSU): Meine Damen und Herren, ich bitte, Platz zu nehmen. Liebe Zuschauerinnen und Zuschauer, meine sehr verehrten Sachverständigen, sehr geehrte Vertreterinnen und Vertreter der Bundesregierung, die Sie jetzt allerdings nicht sehen, weil sie online zugeschaltet sind, und liebe Kolleginnen und Kollegen. Ich begrüße Sie herzlich zur öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit, die eine Mischung aus Präsenzsitzung und Online-Meeting ist, das kennen wir aber schon. Vorab möchte ich die Sachverständigen und alle anderen Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die per Webex zugeschaltet sind, bitten, sich mit ihrem Namen anzumelden, sodass ihre Teilnahme für uns erkennbar ist. Außerdem möchte ich Sie bitten, Ihre Mikrofone vorher stumm zu schalten. Meine Damen und Herren, in der heutigen Anhörung geht es um den Antrag der Fraktion der AfD „Sepsis-Sterblichkeit in Deutschland senken“ auf Drucksache 20/9744. Die Sepsis kann als lebensbedrohende Komplikation bei verschiedensten Infektionskrankheiten entstehen und muss schnellstmöglich behandelt werden, um einen tödlichen Verlauf zu verhindern. Laut Antragstellern stellt aber die Unkenntnis über Sepsis sowohl in der Bevölkerung als auch unter den Gesundheitsfachkräften ein großes Problem dar. In Deutschland verursache Sepsis jährlich 85 000 Todesfälle, von denen ein großer Teil vermeidbar wäre. Die Bevölkerung müsse, wie beispielsweise bei Krebs oder sexuell übertragbaren Krankheiten, aufgeklärt und Fachkräfte besser geschult werden. Die Antragsteller verlangen in ihrem drei Punkte umfassenden Forderungskatalog eine nationale Aufklärungskampagne zu Frühsymptomen, Ursachen und Gefährlichkeit sowie eine entsprechende Berücksichtigung und Abbildung der Krankheit in der Approbationsordnung sowie in den gesetzlich geregelten Ausbildungsgängen zu Gesundheitsberufen. Über diese Forderungen wollen wir in der heutigen Anhörung sprechen. Bevor wir beginnen, will ich einige Anmerkungen zum Ablauf der Anhörung machen. Uns stehen insgesamt 60 Minuten für

Fragen und Antworten zur Verfügung. In dieser Zeit werden die Fraktionen abwechselnd Fragen an die Sachverständigen stellen. Es beginnt die Fraktion, die die Vorlage formuliert hat, also heute die AfD. Die weitere Reihenfolge orientiert sich an der Stärke der Fraktionen und Gruppen und beruht auf einer ausschussinternen Vereinbarung. Es wird immer eine Frage an eine Sachverständige oder einen Sachverständigen gestellt. Frage- und Antwortzeit sind auf insgesamt drei Minuten beschränkt. Ich darf daher darum bitten, die einzelnen Wortbeiträge möglichst kurz zu halten, damit viele Fragen gestellt werden können und viele Sachverständige zu Wort kommen. Ich bitte die aufgerufenen Sachverständigen, sich vor der Beantwortung der Frage mit ihrem Namen und mit ihrem Verband vorzustellen. Das erleichtert zum einen die Protokollierung der Anhörung, zum anderen können die Zuschauerinnen und Zuschauer die Sachverständigen den jeweiligen Organisationen zuordnen. Ich bitte die Sachverständigen entsprechend der Regelung in § 70 Absatz 6 Satz 3 der Geschäftsordnung des Deutschen Bundestages beim ersten Aufruf etwaige finanzielle Interessenverknüpfungen in Bezug auf den Beratungsgegenstand offenzulegen. Das soll unsere öffentlichen Anhörungen sowohl für die Abgeordneten als auch für die Zuschauerinnen und Zuschauer noch transparenter machen. Ich danke den Sachverständigen, die eine schriftliche Stellungnahme eingereicht haben. Die Anhörung wird aufgezeichnet und morgen im Parlamentsfernsehen übertragen und ist auch in der Mediathek abrufbar, also auch mit einer großen Öffentlichkeit. Das Wortprotokoll der Anhörung wird wie immer auf der Internetseite des Gesundheitsausschusses veröffentlicht. Ich bitte alle Anwesenden im Saal, die Mobiltelefone auszuschalten. Ein Klingeln kostet fünf Euro, ich weiß das aus eigener Erfahrung, und wird für einen guten Zweck gespendet. Die Gäste auf der Besuchertribüne weise ich darauf hin, dass Beifallsbekundungen, Zwischenrufe sowie die Aufzeichnung der Anhörung mit dem Smartphone oder anderen Geräten nicht gestattet sind. Meine Damen und Herren, das war das Vorgespräch. Wir beginnen jetzt mit der Anhörung und die erste Frage stellt die Fraktion der AfD, Frau Dr. Baum.

Abg. **Dr. Christina Baum** (AfD): Vielen Dank. Ich würde gerne eine Antwort haben von Prof. Dr. Reinhart von der Sepsis-Stiftung. Ich möchte vorausstellen, dass dieser Antrag aus einer



persönlichen Motivation heraus entstanden ist. Mein Mann hatte 2015 eine schwere Sepsis. Damals standen die Überlebenschancen 50-50. Er hat es überlebt, war aber ein halbes Jahr schwer krank. Er war komplett gelähmt. Ich musste ihn füttern. Ich bin der Ärzteschaft sehr dankbar, dass alles gut ausgegangen ist. Heute arbeitet er mit 75 Jahren sogar wieder oder immer noch als Zahnarzt. Und nun meine Frage bitte an Herrn Professor Reinhart: Sind unsere Forderungen ausreichend und zielführend dafür, ein größeres Bewusstsein für diese Erkrankung in der Öffentlichkeit zu schaffen? Wir hatten heute früh eine Diskussion über einen Hitzeschutzplan. Da geht es um 2 000 bis 3 000 Tote pro Jahr und dort wird ein großes Programm gestartet mit sicherlich auch hohen finanziellen und personellen Ressourcen. Ich war geschockt, als ich mich mit diesem Thema intensiver beschäftigt habe und las, dass es bei der Sepsis bis zu 85 000 Todesfälle pro Jahr gibt. Von daher ist meiner Meinung nach der Antrag sehr wichtig. Und noch mal bitte meine Frage: Sind die Forderungen ausreichend oder was muss sofort geschehen, um da Abhilfe zu schaffen?

Der **Sitzungsleiter**: Herr Prof. Dr. Reinhart, bitte.

Prof. Dr. Konrad Reinhart (Sepsis-Stiftung): Vielen Dank für die Frage. Sie sind richtig, aber nicht ausreichend unter dem Aspekt, den Sie ja genannt haben. Tatsächlich ist mit höchster Wahrscheinlichkeit die Zahl der vermeidbaren Todesfälle doppelt so hoch.

Der **Sitzungsleiter**: Könnten Sie ein bisschen näher ans Mikro gehen und bitte sagen Sie noch mal, ob Sie irgendwelche finanziellen Interessen haben.

Prof. Dr. Konrad Reinhart (Sepsis-Stiftung): Um die Themen, die es hier gibt, nicht. Ich habe insofern Interessenkonflikte, als ich als Mitbegründer oder Initiator oder Anträger einer Firma in Jena, die inzwischen an der Nasdaq registriert ist, Aktienanteile halte. Und diese Firma ist gerade gestern vom BARDA [Biomedical Advanced Research and Development Authority] aufgefordert worden, eine Studie durchzuführen auf Basis der Ergebnisse, die erzielt wurden mit einem Antikörper gegen Covid-19, bei ADS und Sepsis. Aber wie gesagt, darum geht es ja jetzt bei diesem Thema nicht. Es ist mein

einzigster Interessenskonflikt, wenn Sie so wollen. Aber zurück zu der Frage: Sind die Maßnahmen, die hier vorgeschlagen wurden seitens der AfD ausreichend? Sie sind richtig an den Punkten, wenn es um die Vorbeugung geht. Es fehlt leider in dem Antrag – darauf haben wir in unserer Stellungnahme hingewiesen – die Betonung, wie effektiv Impfschutz ist gegen impfpräventable Infektionen. Und Sie nehmen auch nicht die Forderung auf, dass eine effektive Gesundheitsreform nötig ist, weil derzeit ein nicht unwesentlicher Teil von Sepsis-Fällen daher rühren, dass Krankenhäuser Eingriffe durchführen, für die sie nicht ausreichend qualifiziert sind, weder personell noch strukturell. Von daher sind wir starke Unterstützer der Gesundheitsreform.

Der **Sitzungsleiter**: Es tut mir leid, aber wir haben jetzt, weil auch die Frage schon so lang war, eine halbe Minute dazugegeben, jetzt müssen wir leider unterbrechen. Als nächstes fragt die SPD – Herr Mieves ist da.

Abg. **Matthias David Mieves** (SPD): Herr Mieves ist da, aber Frau Baradari wird die Frage stellen.

Der **Sitzungsleiter**: Alles gut.

Abg. **Nezahat Baradari** (SPD): Vielen Dank, Herr Vorsitzender. Meine Frage geht an das Aktionsbündnis Patientensicherheit, an Frau Dr. Ruth Hecker. Der hier vorliegende Antrag der AfD fordert explizit eine nationale Aufklärungskampagne in Sachen Sepsis. Nun gibt es bereits diverse sachdienliche Informationen, beispielsweise von der BZgA unter www.infektionsschutz.de oder auch des Robert Koch-Instituts sowie zahlreicher Krankenkassen. Ich möchte Sie fragen, welche Erwartungshaltung Sie, insbesondere mit der von der Koalition und der Bundesregierung geplanten Einrichtung des Bundesinstituts für Prävention und Aufklärung in der Medizin, BIPAM, verbinden.

Dr. Ruth Hecker (Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS)): Ich bin Vorsitzende des Aktionsbündnis Patientensicherheit und habe keine Interessenskonflikte. Ich arbeite zu dem Thema Sepsis ehrenamtlich im Aktionsbündnis Patientensicherheit. Ja,



das BIPAM kann eine enorme Auswirkung haben. Sie haben gerade die vielen Einzelheiten schon genannt, wer schon etwas zu Sepsis sagt. Auch die Sepsis-Stiftung sagt etwas dazu. Auch wir in Deutschland erkennen Sepsis, haben viele Aufklärungsmaterialien bereitgestellt. Aber tatsächlich ist es so, dass das Einzelmaßnahmen sind. Ich glaube, dass eine große Aufgabe des BIPAM sein könnte, diese Einzelmaßnahmen zu einer Gesamtmaßnahme zusammenzufassen. Das wäre wirkungreicher als viele Einzelmaßnahmen. Danke.

Der **Sitzungsleiter**: Ja, stimmt. Dann der Kollege Föhr für die CDU/CSU-Fraktion.

Abg. **Alexander Föhr** (CDU/CSU): Vielen herzlichen Dank. Die Frage richtet sich an die Deutsche Sepsis-Gesellschaft. Die Frage ist folgende. Warum ist die Sepsis-Sterblichkeit in Deutschland so hoch? Wir haben darüber gesprochen. Lassen die Ergebnisse zu Interventionsmaßnahmen aus anderen Ländern, wie beispielsweise Australien, darauf schließen, dass eine Senkung der Sterblichkeit durch einfache Maßnahmen auch in Deutschland zu erreichen ist?

Der **Sitzungsleiter**: Herr Prof. Dr. Achim Kaasch, Sie sind online zugeschaltet.

Prof. Dr. Achim Kaasch (Deutsche Sepsis-Gesellschaft (DSG)): Vielen Dank, Achim Kaasch für die Deutsche Sepsis-Gesellschaft. Das ist eine wissenschaftliche Fachgesellschaft unter dem Dach der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaft. Es liegen keine finanziellen Interessenskonflikte vor. Sepsis ist eine der drei wichtigsten Notfälle neben Herzinfarkt und Schlaganfall. Sie ist in der Bevölkerung nicht so bekannt wie der Herzinfarkt oder der Schlaganfall. Da unterstützen wir als Deutsche Sepsis-Gesellschaft Aufklärungskampagnen, wie zum Beispiel „Deutschland erkennt Sepsis“. Wissenschaftlich fundierte, akkurate Daten zur Häufigkeit der Sepsis-Sterblichkeit zu erheben, sind anspruchsvoll. Diese Daten sind in der Regel vielfältigen Verzerrungen ausgesetzt. Dazu gehört beispielsweise, dass, wenn Abrechnungsdaten verwendet werden, diese Abrechnungsdaten nicht für den Zweck einer wissenschaftlichen Auswertung geschaffen sind und

unterliegen deswegen einer gewissen Unschärfe. So müssen auch die in Deutschland erhobenen Daten zur Sterblichkeit der Sepsis mit Vorsicht betrachtet werden. Das findet sich auch in der Stellungnahme der Bundesärztekammer. Der Vergleich mit anderen Ländern ist folglich nur bedingt möglich. Beim Ländervergleich spielen dann auch noch ganz andere Effekte eine Rolle, nämlich die unterschiedlichen Strukturen der Gesundheitssysteme, die Altersstrukturen der Bevölkerung, Häufigkeit von Grunderkrankungen in der Bevölkerung, aber auch Effekte in Bezug auf die Erwartungshaltung gegenüber dem Gesundheitssystem – auch diese können alle zu Unterschieden in der Sterblichkeit führen. Hier vielleicht das Stichwort „Übertherapie am Lebensende“. Was die angesprochene Studie aus Australien angeht: Diese Studie bietet vielfältige Möglichkeiten für Verzerrungen, die in der Auswertung auch nicht kontrolliert wurden, und kann so nicht eins zu eins übertragen werden. Daraus folgt, was die Sepsis-Sterblichkeit betrifft: Alarmismus ist hier fehl am Platz. Nichtsdestotrotz gehört die Sepsis zu den wichtigsten Notfällen und die Deutsche Sepsis-Gesellschaft unterstützt bevölkerungsweite Aufklärungskampagnen wie „Deutschland erkennt Sepsis“ nachdrücklich, insbesondere wenn das Thema Prävention durch Impfung aufgenommen wird. Denn Impfung ist die beste Prävention der Sepsis. Vielen Dank.

Der **Sitzungsleiter**: Vielen Dank für Ihren Beitrag. Nun hat das Wort Herr Prof. Dr. Grau von der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank, Herr Vorsitzender. Ich würde das übernehmen.

Der **Sitzungsleiter**: Dann hat das Wort der Kollege Dr. Dahmen.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank für das Wort. Ich würde gerne die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin als Fachgesellschaft fragen wollen. Wir haben gerade schon gehört, dass das Thema Datengrundlage eine wichtige Rolle spielt. Mit Blick auf die Verbesserung der Datengrundlage spielen medizinische Register eine große



Rolle. Welche Notwendigkeiten der gesetzlichen Änderungen sehen Sie, um medizinischen Registern die Arbeit einfacher zu machen? Oder sind mit dem kürzlich beschlossenen Gesundheitsdatennutzungsgesetz die damit eingeräumten Möglichkeiten erschöpfend geregelt?

Der **Sitzungsleiter**: Frau Dr. Ramshorn-Zimmer, bitte.

Dr. Alexandra Ramshorn-Zimmer (Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)): Herzlichen Dank, sehr geehrte Damen und Herren, sehr geehrter Herr Dr. Dahmen. Mein Name ist Dr. Alexandra Ramshorn-Zimmer, ich vertrete hier die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin. Aufbauend auf die Frage darf ich sagen: Ja, das Gesundheitsdatennutzungsgesetz ist ein erster, ganz wichtiger gesetzlicher Baustein hin auf dem Weg zu mehr und besseren Daten, die wir kontinuierlich, interoperabel und standardisiert aus der Versorgung als Grundlage für ein effizientes Qualitätsmanagement brauchen. Es ist, wie gesagt, ein erster Schritt, aber wir brauchen noch mehr und bessere gesetzliche Rahmenbedingungen, so wie sie auch im Koalitionsvertrag angekündigt waren und noch in dieser Legislaturperiode umgesetzt werden sollten. Im Namen der DIVI darf ich die Ideen und Gedanken hin zu einem Registergesetz, was künftig die gesetzlichen Rahmenbedingungen schaffen soll, und dass wir Daten aus der kontinuierlichen Versorgung nicht nur als Tool für ein effizientes Qualitätsmanagement, sondern gleichzeitig für eine kontinuierliche Forschung und für eine kontinuierliche Public Health Surveillance nutzen können, unterstützen. Register sind ein wichtiger Werkzeugkasten, aus dem wir uns künftig effizienter bedienen sollten. Ein effizientes Datenmanagement ist Grundlage für ein Qualitätsmanagement und darauf haben die Patienten auch laut den Vorgaben des SGB V einen Anspruch. Vielen Dank.

Der **Sitzungsleiter**: Ich danke auch und als nächstes hat für die FDP die Kollegin Kristine Lütke das Wort. Bitte sehr.

Abg. **Kristine Lütke** (FDP): Vielen Dank. Meine Frage richtet sich an Herrn Dr. Bittrich von der

Bundesärztekammer. Wenn Sie mir bitte erläutern könnten, inwiefern das Thema Sepsis in der Aus- und Weiterbildung von Ärzten stattfindet, welche Innovationen es in dem Bereich bezüglich Erkennung und Behandlung gibt.

Der **Sitzungsleiter**: Herr Dr. Bittrich, bitte.

Dr. Jans-Jörg Bittrich (Bundesärztekammer (BÄK)): In der Ausbildung der Ärztinnen und Ärzte zu dem Thema Sepsis ist genau genommen der Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkatalog verantwortlich, der vom medizinischen Fakultätentag beschlossen wird. Der ist gerade in Überarbeitung. Das Thema Sepsis findet da eine besondere Bedeutung in den Kapiteln sechs, Erkrankung, und sieben, Übergeordnete und krankheitsbezogene Lernziele, und ist damit dort an verschiedenen Stellen verankert. Man müsste dazu sagen, dass die klinische Symptomatik der Sepsis keine schwierige Symptomatik ist, sondern der Schwerpunkt in der Ausbildung eher darauf liegen muss, diese zu erkennen, weil die Frühzeitigkeit der Einleitung einer Behandlung das Entscheidende ist, was zum Überleben beiträgt. In der Weiterbildung und Fortbildung der Ärztinnen und Ärzte ist natürlich das Thema Sepsis in ganz vielen verschiedenen Stellen vernetzt, nämlich eigentlich in allen Fachrichtungen, die sich internistisch oder intensivmedizinisch behandeln lassen und ist natürlich in der Musterweiterbildungsordnung auch ein generalisierter Punkt, der ihr vorangestellt ist. In der Fortbildung, also in der kontinuierlichen Fortbildung unserer Ärztinnen und Ärzte, nachdem sie einen Facharztstitel erreicht haben, spielt die Sepsis eine große Rolle, weil sie eines unserer Kernprobleme in der gesundheitlichen Versorgung ist, und natürlich in den Fortbildungsveranstaltungen, die so mannigfaltig sind. Da gibt es ein Register drüber, da kann man nachgucken.

Der **Sitzungsleiter**: Vielen Dank. Als nächstes hat wieder Frau Dr. Baum für die AfD-Fraktion das Fragerecht.

Abg. **Dr. Christina Baum** (AfD): Ich hätte gerne eine Antwort von Prof. Dr. Kaasch von der Deutschen Sepsis-Gesellschaft. Heute schauen wahrscheinlich auch Betroffene zu. Deshalb meine Frage an Sie:



Gibt es denn diese klassischen Hauptsymptome, so dass, wenn der Patient zum Arzt oder der Notfallarzt zum Patienten kommt, man sagen könnte: „Wenn ich das erkenne, muss ich an Sepsis denken“? Gibt es auch eine Hauptursache? Denn wie gesagt, wir wissen bis heute nicht, wie es zu dieser Sepsis bei meinem Mann kam.

Der **Sitzungsleiter**: Herr Prof. Dr. Kaasch.

Prof. Dr. Achim Kaasch (Deutsche Sepsis-Gesellschaft (DSG)): Achim Kaasch, Deutsche Sepsis-Gesellschaft. Vielleicht vorweg: Die Schicksale der einzelnen Personen, die eine Sepsis erleiden, sind häufig herzerreißend und sehr, sehr schwer. Es gibt, und das ist so ein bisschen das Problem bei der Sepsis, kein Symptom oder keinen Biomarker, also einen Laborwert, bei dem man sagen kann, der ist ganz klar oder das ist eine Sepsis - ja oder nein. Bei der Sepsis, wenn sie klassisch ausgeprägt ist, sind die Symptome sofort da. Dann wird sie in der Regel rasch erkannt. Da ist das kein Problem. Schwierig sind solche Grenzfälle, wo die ärztlichen Kollegen und Kollegen das nicht auf den ersten Blick erkennen und auch die Laborwerte vielleicht in unterschiedliche Richtungen zeigen. Insofern ist das häufig ein Problem der Interpretation der klinischen Laborwerte und der klinischen Zeichen. Das macht das Ganze so schwierig und verzögert gelegentlich auch die Therapie und führt manchmal auch dazu, dass die entsprechende notwendige Diagnostik nicht zeitgerecht eingeleitet wird. Insofern ist eine Aufklärungskampagne in der Bevölkerung sehr gut. Auch von der Sepsis-Stiftung gibt es zum Beispiel einen ganzen Katalog an Symptomen, den man auch online ausfüllen kann, wo man auch sieht, dass eine Sepsis in Frage kommt, um mit dieser Frage dann zum Beispiel in die Notaufnahme zu gehen. Das kann sicherlich weiterhelfen. Insofern unterstützen wir auch diese Aufklärungskampagne.

Der **Sitzungsleiter**: Vielen Dank. Dann hätte als nächstes für die SPD die Kollegin Tina Rudolph das Wort.

Abg. **Tina Rudolph** (SPD): Vielen Dank, Herr Vorsitzender. Meine Frage war gedacht an die Bundesärztekammer und Dr. Bittrich, aber die hat die

Kollegin Lütke schon perfekt gestellt und sie wurde perfekt beantwortet. Deswegen geht die Frage an den G-BA und ich hoffe, Frau Mark ist zugeschaltet. Und zwar arbeitet der Gemeinsame Bundesausschuss ja schon seit geraumer Zeit an einer von Patient:innenorganisationen initiierten Qualitätssicherung zur Sepsis. Ich würde mich über einen kurzen Sachstandsbericht freuen und uns würde interessieren, welcher Beitrag erwartet wird, gerade von diesem Qualitätssicherungsverfahren zur Früherkennung.

Der **Sitzungsleiter**: Frau Karin Maag hat das Wort.

Karin Maag (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)): Frau Abgeordnete, Herr Vorsitzender, vielen Dank für die Frage. Ich hoffe, Sie können mich verstehen. In der Tat liegt uns auch die Verhinderung von Sepsis sehr am Herzen. Deswegen sind wir in der Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens. Da geht es zum Beispiel um die Einstufung des Sepsis-Risikos bei Patienten, dann natürlich um die Durchführung der Diagnostik. Es geht um infektionspräventive Maßnahmen. Es geht um die Einforderung von standardisierten Prozessen bei den Einrichtungen und es geht auch um Schulungen für die Gesundheitsprofessionen. Wir wollen mit der Qualitätssicherung auch die Daten über die Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt erheben. Das heißt, wir planen eine Langzeitverlaufsbetrachtung. Da geht es zum Beispiel um Pflegegrad, auftretend neue Morbiditäten und es geht auch ganz banal um das, was bekannt ist als Folge, als Langzeitfolge, zum Beispiel Einschränkungen kognitiver Fähigkeiten. Sie fragen nach dem Zeitziel. Wir haben die Beschlussfassung zum Ende des Jahres vor. Wir gehen jetzt im Sommer ins Stellungnahme-Verfahren und der Regelbetrieb wird voraussichtlich zum 1. Januar 2026 starten. Da sind die ganzen technischen Details noch zu prüfen, das heißt, die Spezifikationen, die Anleitungen, welche Daten in welchem Verfahren wie erhoben werden müssen. Wir erheben dazu unterschiedliche Daten, zum Beispiel Kassendaten und Daten, die in Krankenhäusern dokumentiert werden. Die müssen aggregiert werden, das heißt, lesbar für alle gemacht werden. Deswegen dauert es ein bisschen länger. Aber das Zeitziel ist die Beschlussfassung Ende des Jahres.



Der **Sitzungsleiter**: Als nächstes hat für die CDU/CSU Frau Borchardt das Wort.

Abg. **Simone Borchardt** (CDU/CSU): Vielen Dank, Herr Vorsitzender. Meine Frage geht an das Aktionsbündnis Patientensicherheit. Welche Erfahrungen mit dem Thema Sepsis machen Sie in Ihrer täglichen Arbeit? Was ist aus Ihrer Sicht nötig, um das Thema etwa bei der Erkennung und Behandlung insgesamt besser anzugehen? Vielen Dank.

Der **Sitzungsleiter**: Frau Dr. Hecker, bitte.

Dr. Ruth Hecker (Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS)): Vielen Dank für die Frage. Wir beschäftigen uns mit dem Thema seit 2015/ 2016 und haben auch damals schon mehrere Welttage der Patientensicherheit zum Thema Sepsis ausgerichtet. Insofern ist uns das Problem seit langem bekannt. Tatsächlich ist es so, dass wir auch Kontakt zu Betroffenen haben. Wir haben das Projekt „Deutschland erkennt Sepsis“ initiiert, irgendwann gesagt: Wir machen das jetzt einfach und suchen uns Unterstützer. Das machen wir nicht allein, sondern mit unseren Partnern, in erster Linie mit der Sepsis-Stiftung, mit Herrn Reinhart, die seit vielen Jahren zu diesem Thema unterwegs ist, dem Sepsis-Dialog und natürlich auch der Sepsis-Hilfe. Dadurch kommt es zu sehr vielen Kontakten mit Betroffenen. Deshalb haben wir gesagt, der Fokus muss auf dem Erkennen liegen. Es gab den schönen Spruch „Deutschland sucht den Impfpass“ und dann haben wir gesagt: „Deutschland erkennt Sepsis“ wäre ein guter Slogan, um das Thema in Deutschland in die breite Öffentlichkeit zu bringen. Da müssen wir die Patientinnen und Patienten oder die Bürger – in dem Fall sind es erstmal Bürger, bevor sie erkranken – mit einbeziehen und eine breite Öffentlichkeitsaufklärung machen. Wie kann man Prävention betreiben über die Impfungen? Aber auch: Wie kann ich meinen eigenen Gesundheitszustand beurteilen? Deshalb ist die Sepsis-Checklist von der Sepsis-Stiftung, die schon angesprochen wurde, so wichtig. Kann ich auch aktiv stark in eine Ambulanz gehen und fragen: „Könnte es nicht auch eine Sepsis sein?“ Wir haben häufig gehört, dass man abgewimmelt wird, dass die Symptome nicht ernst genommen werden. Da müssen wir auch den Bürgerinnen und Bürgern die Möglichkeit zusprechen,

stark zu sein und sich durchzusetzen beim klinischen Personal. Fehler macht jeder, aber dann noch mal darauf hinzuweisen: „Könnte es nicht auch eine Sepsis sein? Ich habe die Sepsis-Checkliste schon benutzt, und, und, und ...“. Wir müssen die Bürgerinnen und Bürger auch befähigen. Das ist wichtig.

Der **Sitzungsleiter**: So, jetzt weiß ich nicht, wer von der SPD die nächste Frage stellt - Frau Baradari, Entschuldigung. Es tut mir leid.

Abg. **Nezahat Baradari** (SPD): Kein Problem. Danke, Herr Vorsitzender. Meine Frage geht an die Sepsis-Gesellschaft, Herrn Prof. Dr. Achim Kaasch. Sie waren schon vor drei Jahren zu einem Fachgespräch zum Thema Sepsis im Ausschuss für Gesundheit eingeladen. Wenn Sie diesen Zeitraum auch betrachten, wüsste ich ganz gerne, was sich zum Positiven verändert hat. Australien gilt zum Beispiel als Musterland bei der Sepsis-Prävention. Dort ist es dem Bundesstaat Victoria gelungen, die Krankenhaussterblichkeit bei Sepsis von 17,5 Prozent auf 11,3 Prozent zu senken. Können Sie skizzieren, wo die Unterschiede zum deutschen System liegen und was wir daraus lernen können? Sie haben zwei Minuten und 20 Sekunden. Also nutzen Sie bitte die volle Zeit. Danke.

Der **Sitzungsleiter**: Herr Prof. Dr. Kaasch.

Prof. Dr. Achim Kaasch (Deutsche Sepsis-Gesellschaft (DSG)): Ja, Achim Kaasch, Deutsche Sepsis-Gesellschaft. Vielleicht vorweg zur Korrektur: Die Deutsche Sepsis-Gesellschaft war zwar anwesend vor drei Jahren, ich selbst allerdings nicht. Die Frage ist: Was läuft anders in anderen Ländern und wie kann man sozusagen Rückschlüsse ziehen von, oder können wir uns vergleichen mit anderen Ländern und wo sind sozusagen Defizite? Also ich hatte vorhin schon gesagt, da gibt es ganz unterschiedliche Aspekte in der Struktur des Gesundheitssystems etc. Vielleicht bei einem, wenn wir noch mal die Datenerhebung anschauen: Bei uns sind die Daten häufig – oder wenn man Sterblichkeit anschaut – ICD-10-codierte Daten, die zu Abrechnungszwecken erhoben werden. Wenn man das mal vergleicht, was zu Abrechnungszwecken erhoben wird, und was vorlag aus den Akten – da



hat Herr Prof. Reinhart ja auch eine Arbeit dazu gemacht – dann sieht man, es gibt da tatsächlich deutliche Unterschiede. Das liegt daran, dass diese Daten mit einem anderen Ziel erhoben werden. Insofern stimme ich Frau Dr. Ramson-Zimmer zu, dass man auf jeden Fall eine bessere Registerstudie in diesem Bereich braucht, um die Sterblichkeit genauer zu fassen. Was gibt es für einen zweiten Unterschied? Ich habe das einmal kurz unter dem Stichwort „Übertherapie am Lebensende“ zusammengefasst. Ich denke, das ist eine gesellschaftliche Debatte, die wir in den nächsten Jahren führen müssen. Inwieweit ist am Lebensende noch eine maximale Therapie notwendig, persönlich gewünscht und auch gesellschaftlich gewünscht? Das spielt ebenso rein in Unterschiede zur Sepsis. Dann gibt es noch viele kleine andere Unterschiede, wie Wege zum Krankenhaus etc. zwischen den Ländern.

Der **Sitzungsleiter**: Vielen Dank. Und jetzt für die Grünen-Fraktion, Herr Dr. Dahmen.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank, Herr Vorsitzender. Ich würde gerne die Sachverständige Frau Harbusch von der Kanzlei für Medizinrecht fragen wollen. Unerkannte Sepsis kann schwere Folgeschäden nach sich ziehen bis hin zum Tod. Was lässt sich aus Ihrer Erfahrung sagen oder lassen sich da Muster erkennen, warum es so schwierig ist, dass Sepsis erkannt wird und auch dass, wenn Menschen zu Schaden gekommen sind, diesen Schaden nachweisen zu können? Was muss da gegebenenfalls auch gesetzlich geändert werden?

Der **Sitzungsleiter**: Frau Harbusch, bitte.

Rechtsanwältin Iris Harbusch (Kanzlei für Medizinrecht): Rechtsanwältin Harbusch, Hannover, ich bin Patientenanwältin. Ich habe keine finanziellen Interessen, sondern ich setze in Sepsis-Fällen zum Beispiel die rechtlichen und auch monetären Interessen meiner Mandanten durch. Aber da habe ich keine Kollisionsproblematik. Auf die Frage: Es gibt meiner Ansicht nach eher tatsächliche Hinderungsgründe als rechtliche. Das ist meine Wahrnehmung bei den Menschen, die zu mir in die Kanzlei kommen. Es ist eine Frage der Awareness, die nicht

ausreichend ist in Krankenhäusern, in der Ambulanz, in Pflegeheimen, und dass diese Thematik, die einfach Menschenleben kostet, nicht permanent auf dem Zettel ist. Deshalb halte ich es für sehr gut, wenn zum Beispiel in Notaufnahmen entsprechende Checklisten vorgehalten werden, dass man gar nicht umhinkommt, an diese Thematik zu denken. Es gibt Parameter – ich bin keine Medizinerin, ich mache Arzthaftung seit 25 Jahren –, die man abhaken kann und mit dem Ziel der frühzeitigeren Erkennung und der Konsequenz, dass die Menschen dann frühzeitiger mit Antibiose behandelt werden und eine höhere Überlebenschance haben. Da geht es um alles, sage ich mir. Das ist eine Thematik: Awareness, Bewusstsein sowohl in der Klinik, in der ambulanten Praxis und auch in der Allgemeinbevölkerung. Wie Frau Hecker gesagt hat: Das hängt alles zusammen. Deshalb ist es sehr wichtig, dass diese Kampagnen gestartet werden, weil an allen Ecken diese Awareness geschaffen werden muss. Es gibt seit Jahrzehnten entsprechende Vorgehensweisen, wie man bei Sepsis zu handeln hat, um genau diese Problematiken, die wir heute hier besprechen, zu reduzieren. Es gibt die Sepsis-S3-Leitlinie. Diese muss umgesetzt werden. Es muss im Kopf daran gedacht werden: Eine Sepsis kann es sein – schnell handeln, sonst ist der Mensch möglicherweise in zwei Tagen tot! Eine allgemeine strukturelle Problematik ist in der Klinik, dass eine extreme Arbeitsverdichtung besteht, eine Arbeitsüberlastung und – aus meiner subjektiven Sicht nicht selten – dass junge Ärzte ohne Erfahrung, ohne Facharztstandard viel zu viel Verantwortung erhalten. Das führt zwangsläufig zu Fehlern. Aber das ist natürlich ein strukturelles Problem. Um Ihre Frage zu beantworten: Gesetzliche Lücken gibt es, da werde ich aber nicht den Schwerpunkt setzen, sondern zum Beispiel sind aktuell Hygienepläne ausgeschlossen beim Akteneinsichtsrecht des Patienten. Das wäre ein Ansatzpunkt, wo man aktiv werden könnte.

Der **Sitzungsleiter**: Vielen Dank. Dann hat das Wort Herr Dr. Kippels für die CDU/CSU-Fraktion.

Abg. **Dr. Georg Kippels** (CDU/CSU): Vielen herzlichen Dank, Herr Vorsitzender. Ich würde meine Frage gerne an den Einzelsachverständigen Thomas Haeni richten. Der vorliegende Antrag fordert eine Aufklärungskampagne für die Bevölkerung. Wie ist



in dieser Kampagne das Thema Hygiene bzw. die Sensibilisierung der Bevölkerung zur aufmerksamen Prävention am besten zu berücksichtigen und auszugestalten? Was wäre zusätzlich zu berücksichtigen?

Der **Sitzungsleiter**: Herr Thomas Haeni, bitte.

Thomas Haeni (Paul Hartmann AG): Danke vielmals. Thomas Haeni von der Paul Hartmann AG. Ich habe direkt keine finanziellen Interessen, außer dass ich von der Industrie bin und wir uns natürlich mit der Infektionsprävention auf der Seite der Produkte beschäftigen. Vor allem auch Hände, Hygiene und personelle Schutzausrüstung. Zu Ihrer Frage: Die Bevölkerung, habe ich das Gefühl, ist noch nicht so sensibilisiert. Woher kommt die Sepsis? Wir sprechen hier von der Behandlung, aber wir wissen gar nicht, woher sie kommt. Es gibt einen Grund, weshalb die Sepsis überhaupt entsteht: Das ist ein Infekt. Nicht alle Infektionen können wir mit geeigneten Hygienemaßnahmen verhindern, aber wir können sie vermeiden und so gut wie möglich auch nicht übertragen. Da gilt es die Bevölkerung zu sensibilisieren. Wie sie zu Hause zum Beispiel Hygiene wahrnehmen können, gerade bei chronischen Wunden oder bei postoperativen Wunden, kann man eine Sepsis erhalten, wenn man sie nicht sauber erhält. Also da ist auch die personelle Hygiene sehr wichtig. Aber auch wenn man zum Beispiel in ein Krankenhaus geht oder von einem Gesundheitsdienstleister behandelt wird. Das sind die sogenannten nosokomialen Infektionen, da sollte man auch die Bevölkerung sensibilisieren. Wo ist ein Risiko einer Keimübertragung vorhanden? Die Keimübertragung ist oft eben nicht von einer Person zu einer anderen Person, sondern oft von seinen eigenen Keimen auf dem Körper. Das heißt, eine gute Haut-Antisepsis und vor allem Haut-Hygiene und Hände-Desinfektion sind ganz wichtig. Wir sehen in den Daten und auch in den Untersuchungen unserer Hygiene-Fachkräfte, die uns das zuspielden, dass die Hände-Hygiene-Compliance in den Krankenhäusern massiv runtergegangen ist, weil man mehr Handschuhe trägt und weniger Hände desinfiziert. Also deshalb erste Maßnahme: Hände-Desinfektion. Ich weiß, nach der Pandemie hat man sich ein bisschen von diesem Thema verabschiedet, aber es ist das wichtigste Element und eine der wichtigsten

Maßnahmen, weil Studien zeigen: 50 Prozent der Infektionen können vermieden werden, wenn man Hände sauber und korrekt desinfiziert.

Der **Sitzungsleiter**: Vielen Dank. Dann hat das Wort für die FDP-Fraktion Frau Lütke.

Abg. **Kristine Lütke** (FDP): Vielen Dank. Meine Frage geht an Frau Maag vom G-BA. Wie schätzen Sie den Bedarf an Weiterentwicklungen oder Innovationen bezüglich der Testsysteme und Prozesse bei Sepsis-Testung ein? Was müsste an bestehenden Testmaßnahmen verändert oder verbessert werden, um die Früherkennung zielführender zu gestalten?

Der **Sitzungsleiter**: Frau Maag, bitte.

Karin Maag (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)): Vielen Dank, Frau Abgeordnete. Wir haben uns jetzt zunächst mal auf die Entwicklung des Qualitätssicherungsverfahrens eingelassen und das befasst sich tatsächlich auch mit Prävention. All das, was an präventiven Maßnahmen evidenzbasiert auf dem Markt ist, das wird natürlich auch von uns insofern getestet, ob es zielführend ist, ob wir da weiterkommen, ob es für die Patienten einen Mehrwert bringt. Wenn das so ist, dann werden wir die entsprechenden Vorgaben auch im Verfahren machen. Aktuell kann ich Ihnen nicht sagen, ob der Markt weiteres hergibt. Das, was der Markt hergibt, wird auch in diese SOPs [Standard Operating Procedure] Eingang finden, in die standardisierten Prozesse. Das heißt, es sind Management-Aufgaben im Krankenhaus, solche Standards festzulegen. Insofern glaube ich, dass wir da sehr vieles schon haben. Wir sind offen für alles, was es an Neuerungen gibt. Sobald es eine Evidenz dafür gibt, werden wir das natürlich auch in unsere Vorgaben übernehmen.

Der **Sitzungsleiter**: Vielen Dank. Dann hätte als nächstes für die SPD-Fraktion Frau Rudolph das Wort.

Abg. **Tina Rudolph** (SPD): Herzlichen Dank. Ich würde gerne Prof. Dr. Reinhart von der Sepsis-



Stiftung fragen. Zwar gibt es einige stationäre Einrichtungen, die bereits wegweisende Modelle zur Vermeidung von Sepsis auf den Weg gebracht und etabliert haben. Können Sie uns vielleicht einige Hinweise geben, wie wir solche guten Modelle in die Fläche und in die Breite bekommen können? Inwieweit fließen solche Überlegungen und Erfahrungen jetzt auch in das Verfahren beim G-BA ein?

Prof. Dr. Konrad Reinhart (Sepsis-Stiftung): Vielen Dank für diese Frage. Weil auch die Sepsis-Sterblichkeit und die Entwicklung der Sepsis-Sterblichkeit in Australien eine Rolle gespielt hat: Dort ist in dem Zeitrahmen von 2000 bis 2012 die Sepsis-Sterblichkeit von 35 Prozent auf 18 Prozent gesunken, ohne dass das Wort Sepsis gefallen ist. Und zwar deshalb, weil dort für alle Krankenhäuser verbindlich ist, dass das gesamte medizinische Personal aufgeklärt wird in der Früherkennung eines sich sogenannten akut verschlechternden Patienten. Dafür gibt es klare Kriterien, die weitestgehend identisch auch mit den Kriterien sind, die zu einer Sepsis führen. Aber es ist manchmal auch eine Lungenembolie, eine Blutung und so weiter und so fort. Das ist eine zentrale Forderung und die kann nur vom Gesetzgeber zeitgerecht implementiert werden. Und die gilt auch in England und Australien. Dort darf kein Patient, kein Angehöriger, kein Healthcare-Worker und kein Arzt eingesetzt werden, bevor er nicht mindestens einmal im Jahr diese Schulung durchlaufen hat. Das ist flächendeckend gut für das Gesundheitssystem. Diese Kultur, die fehlt uns in Kombination mit systematischem Critical Incidence Reporting und Auswertungen. Die Kultur in den Krankenhäusern ist auch so schlecht, dass vieles verdrängt wird und nicht gesprochen wird über die Probleme. Da gibt es in anderen Ländern, da gehören England, USA und Australien dazu, ganz andere Kulturen. Die müssen wir versuchen zu implementieren, sonst laufen unsere jüngeren Kolleginnen und Kollegen davon in die Schweiz und in andere Länder. Also wir müssen enthierarchisieren. Wir müssen empoweren. Das ist der Weg.

Der **Sitzungsleiter**: Vielen Dank. Als nächstes hätte eigentlich die Gruppe Die Linke das Fragerecht. Die hat sich entschuldigen lassen, wie die Gruppe BSW am Ende auch. Damit sparen wir sechs Minuten. Das Wort für die CDU/CSU-Fraktion hat dann

Herr Monstadt.

Abg. **Dietrich Monstadt** (CDU/CSU): Danke sehr, Herr Vorsitzender, dass ich die Frage stellen darf. Meine Frage darf ich an die Deutsche Sepsis-Gesellschaft richten. Welche Maßnahmen sieht die Deutsche Sepsis-Gesellschaft als vordringlich an für eine bessere Erkennung und Behandlung der Sepsis? Wie können diese Maßnahmen konkret implementiert werden? Was wären mögliche Hürden in der Umsetzung? Danke sehr.

Der **Sitzungsleiter**: Herr Prof. Dr. Kaasch.

Prof. Dr. Achim Kaasch (Deutsche Sepsis-Gesellschaft (DSG)): Achim Kaasch, Deutsche Sepsis-Gesellschaft. Ich möchte noch einmal auf den Punkt 2 und 3 des Antrags eingehen, die fordern, die Curricula anzupassen. Aus Sicht der Deutschen Sepsis-Gesellschaft gibt es hier kein Regelungsdefizit, so wie der Antrag das suggeriert. Insofern möchte ich auch – Beispiele sind ja schon mit dem Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog genannt worden und auch der aktuell gültige MPP-Gegenstandskatalog nennt die Sepsis auch sehr prominent – noch mal darauf hinweisen, dass wir als überwiegend Hochschullehrerinnen und Hochschullehrer in der Deutschen Sepsis-Gesellschaft so eine politische Festschreibung von Aus- und Weiterbildungsinhalten äußerst kritisch sehen. Denn dafür gibt es dann die zuständigen Fachgremien und die können sich auch fachlich darüber austauschen. Was sollte man tun? Ich habe schon Stellung genommen zu einer bevölkerungsweiten Aufklärungskampagne, die wir begrüßen, insbesondere, wenn man dann die Impfung als beste Prävention noch in den Fokus nimmt. Der zweite Punkt ist auch schon angeklungen. Die Verankerung Sepsis-spezifischer Qualitätssicherungsmaßnahmen ist auf dem Weg. Da wünschen wir uns natürlich, dass das noch schneller kommt. So schnell geht das alles nicht, das verstehen wir auch. Hier erwarten wir uns als Deutsche Sepsis-Gesellschaft einen Schub für die Umsetzung von Leitlinien. Es ist so, dass die auch gerade angeklungenen S3-Leitlinien zu Prävention, Diagnose, Therapie und Nachsorge der Sepsis von der Deutschen Sepsis-Gesellschaft erstellt bzw. harmonisiert werden mit den internationalen Leitlinien. Dabei wird deutlich, dass viele



der Empfehlungen nicht durch ausreichende wissenschaftliche Evidenz gesichert sind. Das kommt eigentlich zu dem Punkt, der mir am wichtigsten ist. Hier brauchen wir dringend Abhilfe. Die klinische Forschung ist in Deutschland nicht ausreichend gut aufgestellt. Das gilt nicht nur für die Forschung bei der Sepsis. Wie in der Pandemie auch deutlich wurde, kamen eben die großen klinischen Studien, zum Beispiel Plattform-Studien, die die Behandlung der Patienten mit Corona verbessert haben, einfach nicht aus Deutschland, sondern wurden international durchgeführt. Daher empfiehlt die Deutsche Sepsis-Gesellschaft, dass eine stärkere Förderung von Forschung im Bereich Sepsis, insbesondere die Durchführung klinischer Studien, die praxisrelevante Fragestellungen untersuchen, stark unterstützt wird. Vielen Dank.

Der **Sitzungsleiter**: Vielen Dank. Dann käme Frau Dr. Baum für die AfD-Fraktion.

Abg. **Dr. Christina Baum** (AfD): Vielen Dank. Ich hätte gerne eine Antwort von Herrn Dr. Gründling vom Sepsis-Dialog an der Universitätsmedizin Greifswald. Im Rahmen der deutschen Antibiotika-Resistenzstrategie führt die Bundesregierung ganz aktuell aus, dass die in Deutschland vergleichsweise hohe Zahl sepsisbedingter Todesfälle durch Wissenslücken beim medizinischen Personal und bei der Bevölkerung entstanden ist. Darüber haben wir jetzt schon ausreichend gesprochen. Meine Frage: Könnten die hohen Todesfälle auch darauf zurückzuführen sein – gibt es dazu Informationen oder Studien –, dass eben schon viele Antibiotika-Resistenzen da sind? Inwieweit wären Forschung und Entwicklung von neuen Antibiotika deshalb wichtig?

Dr. Matthias Gründling (Universitätsmedizin Greifswald): Matthias Gründling, Sepsis-Dialog, Universitätsmedizin Greifswald. Potenzielle Inferenzen und Konflikte insofern, als dass der Sepsis-Dialog durch das Bundesministerium für Gesundheit in Deutschland Sepsis als Thema erkennt und unterstützt wird und wir von verschiedenen Firmen unsere Aufklärungsarbeit auch kofinanziert haben. Zur Frage der Antibiotika-Resistenzen als Ursachen für eine Sepsis kann man in Deutschland ganz klar sagen, dass die meisten Fälle von Sepsis

auf Infektionen beruhen, die nicht durch Antibiotika-resistente Erreger entstehen. Das ist also zum Glück eine Situation, die uns international deutlich bevorteilt, wenn man zum Beispiel den südeuropäischen Raum betrachtet oder andere Regionen der Welt. Insofern würde eine Entwicklung von neuen Antibiotika und ein Fokussieren auf diese Resistenzproblematik keinen Benefit für die Qualitätsverbesserung in der Behandlung der Sepsis generieren. Das ist also sehr klar zu sagen.

[Handy klingelt]

Der **Sitzungsleiter**: Ich kenne dieses Gefühl, ertappt geworden zu sein. Herr Dr. Dahmen hat für die Grünen-Fraktion das Wort.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank, Herr Vorsitzender. Als Erklärung an unsere Gäste: Wir haben die Regel, dass, wenn das Handy klingelt und Krach macht, man Geld bezahlen muss. Irgendwie ist das heute den ganzen Tag schon so. Insofern geht das alles in die Spendenbox und es lohnt sich heute richtig, weil es die ganze Zeit schon klingelt. Ich würde gerne die Sepsis-Stiftung, Prof. Reinhart fragen wollen. Wir haben zum Problem jetzt umfänglich gehört. Haben Sie konkrete Regelungsvorschläge, was man gesetzlich tun könnte, damit es vorangeht?

Der **Sitzungsleiter**: Herr Prof. Dr. Reinhart.

Prof. Dr. Konrad Reinhart (Sepsis-Stiftung): Es muss verpflichtend werden, die Schulung nicht nur in den Krankenhäusern, sondern auch im ambulanten Bereich und vor allem beim Rettungsdienst durchzuführen. Wir haben in unserer Analyse darauf hingewiesen, dass kaum ein Rettungsmediziner im ambulanten Bereich weiß, was Sepsis ist oder das überhaupt auf dem Schirm hat. Deutschland gibt mehr Geld aus als jedes andere Land für Notfallmedizinische Maßnahmen, Hubschrauber und so weiter und so fort. Aber die Schulung, dass die Menschen, die an erster Stelle sind, auch dabei an Sepsis denken, das ist erschütternd. Das gilt auch für die Medizinische Fachangestellte in den Praxen. Das gilt für diesen gesamten medizinischen Bereich. Das muss verbindlich sein, weil freiwillige Initiativen – und wir haben als Sepsis-Stiftung seit



zehn Jahren versucht, mit viel Geld vom Bundesministerium für Bildung und Forschung und anderen, große Zahlen von Krankenhäusern da etwas zu bewegen – scheitern, weil intern die interdisziplinäre Zusammenarbeit nicht stimmt, weil die Krankenhausleitungen nicht stimmen, weil die Fehlanreize da sind. Die Krankenhäuser verdienen an ihren Komplikationen, weil nichts besser vergütet wird in unserem System als Beatmung und Komplexbehandlung, Intensivmedizin. Solange das der Fall ist, und sie machen Eingriffe, für die sie nicht qualifiziert sind, und dort muss, das sind die Mindestmengen, da muss der Gesetzgeber, der die Verantwortung hat, Petrus hat gesagt: Gesundheit ist ein Menschenrecht. Sie als Politiker sind verantwortlich, dass in diesem Land dieses Gesundheitsrecht durchgesetzt wird. Von daher ist der Gesetzgeber gefordert und nicht eine Institution wie der G-BA, der acht Jahre braucht dafür, was in anderen Ländern, nachdem man ein Problem erkannt hat, in ein bis zwei Jahren umgesetzt ist. Die Evidenz dafür, dass das dann funktioniert im Sinne der Sterblichkeit, können Sie in unserem Bericht nachlesen. Es gibt jetzt Landkreise wie zum Beispiel der Main-Taunus-Kreis, wo Betroffene mit Unterstützung des dortigen Landrats eine Modellregion starten werden Ende September, weil sowohl die Länder als auch der Bund über Jahrzehnte verschlafen haben, was sie international zu Recht durchgesetzt und gefördert haben. Sie schaden der Glaubwürdigkeit der Politik. Das ist mein dringender Appell zu Ihrer Frage.

Der **Sitzungsleiter**: Dann hat das Wort Frau Baradari für die SPD-Fraktion, bitte.

Abg. **Nezahat Baradari** (SPD): Vielen Dank, Herr Vorsitzender. Ich möchte noch mal zurückkommen auf die Entstehung von Antibiotika-Resistenzen. Meine Frage würde an die Deutsche Gesellschaft für Infektiologie gehen, aber die ist heute nicht vertreten, was ich aufrichtig bedauere. Deswegen geht meine Frage an die Deutsche Sepsis-Gesellschaft, Herrn Prof. Dr. Kaasch. Vor welchen konkreten Problemen stehen wir bei der Entstehung von Antibiotika-Resistenzen? In Hinblick auf die Antibiotika-Anwendung, sowohl in der Humanmedizin als auch in der Tiermedizin. Welche Bedeutung messen Sie dabei der jüngsten Antibiotika-Resistenz-Strategie der Bundesregierung bei?

Der **Sitzungsleiter**: Herr Prof. Dr. Kaasch, bitte.

Prof. Dr. Achim Kaasch (Deutsche Sepsis-Gesellschaft (DSG)): Achim Kaasch, Deutsche Sepsis-Gesellschaft. Die Entstehung von Antibiotika-Resistenzen resultiert aus der Verwendung von Antibiotika. Das heißt, immer wenn ein Antibiotikum eingesetzt wird, gibt es das Risiko, dass Resistenzen entstehen. Deshalb leitet es sich logisch ab, je mehr Antibiotika eingesetzt werden, desto höher ist das Risiko für die Entstehung von Antibiotika-Resistenzen. Dabei ist es völlig gleich, wo die Antibiotika eingesetzt werden, sei es in der Tiermast, sei es in der Humanmedizin. Die Gesamtlast ist entscheidend. Dann gibt es einen zweiten Effekt, nämlich dass sich antibiotikaresistente Erreger in Krankenhäusern oder auch in Einrichtungen des Gesundheitssystems sammeln, weil sie von den Patientinnen und Patienten natürlich da reingetragen werden und dann auch dort weiterverbreitet werden können. Was hat man oder was möchte man machen? Da geht auch die Data-Initiative in die richtige Richtung. Einerseits das Einschränken von der Verwendung von Antibiotika auf das notwendige Maß, also kein Übermaß. Das heißt also, Therapiezeiten bei Infektionen zu verkürzen und auch so schmal wie möglich, also breit das Spektrum Antibiotika zu vermeiden. Das ist wichtig. Das gilt für den stationären Bereich ebenso für den ambulanten Bereich. Da gibt es in vielen oder fast allen Krankenhäusern mittlerweile Antibiotic-Stewardship-Initiativen, die sich zum Ziel gesetzt haben, die Antibiotika-Therapie zu optimieren, um Antibiotika-Resistenzen vorzubeugen. Nichtsdestotrotz ist auch immer wieder durch Import aus anderen Ländern - das ist da, wo wir aktuell die meisten Resistenzen sehen oder hochresistente Bakterien sehen - ... Es gilt sehr wachsam zu sein, damit Antibiotika auch in Zukunft noch verwendet werden können.

Der **Sitzungsleiter**: Vielen Dank. Dann hat für die CDU/CSU das Fragerecht jetzt der Kollege Rüdgel.

Abg. **Erwin Rüdgel** (CDU/CSU): Vielen Dank. Ich habe eine Frage an Frau Dr. Sheikhzadeh, Asklepios Kliniken. Welche Strategien und Initiativen hat Asklepios in seinen Krankenhäusern implementiert, um die Sepsis-Sterblichkeit zu reduzieren und die Früherkennung und Diagnosen von Sepsis



zu verbessern?

Der **Sitzungsleiter**: Frau Dr. Sheikhzadeh, bitte.

Dr. Sara Sheikhzadeh (Asklepios Kliniken): Vielen Dank, ich freue mich. Mein Name ist Sara Sheikhzadeh. Ich bin Notfallmedizinerin und seit drei Jahren medizinische Vorständin bei Asklepios und habe keine finanziellen Interessen und möchte eine Lanze für die Krankenhäuser brechen. Bei uns, wir haben 170 Einrichtungen, sowohl Medizinische Versorgungszentren als auch Kliniken, haben wir ein Qualitätssicherungsverfahren und relativ klar gemeinsam mit unseren Konzernbereichen Qualität, Krankenhäuser, Hygiene und Apotheke. Die Inhalte beziehen sich auf Prävention. Erste Säule, da haben wir gemeinsam auch mit dem Aktionsbündnis Patientensicherheit Materialien, die wir überall verbreitet haben und die in verschiedenen Fortbildungen für jegliches, nicht nur Ärzte, sondern für jegliches medizinisches Personal verpflichtend sind, sodass wir auch verpflichtend Sepsis-Fortbildungen machen. Gleichzeitig sind in all unseren Einrichtungen gerade die Ideen mit Postern und Fortbildungen, wir nennen sie auch Five-Minute-Wunder, da ist man sozusagen auch an der Toiletentür. Klingt jetzt ein bisschen banal, aber da steht drauf: „Sepsis frühzeitig in der Notaufnahme erkennen“. Dann haben wir, was die Diagnostik angeht, relativ klare Kriterien für die Einstufung des Sepsis-Risikos. Jeder Patient, der unsere Einrichtung betritt, bekommt eine Triage über die Notaufnahmen oder ein Qualitätsassessment. Das heißt, Vitalparameter werden geprüft. Vitalparameter sind Blutdruck, Temperatur, Atemfrequenz. Das nennt man, vielleicht kann man sagen, noch nicht ein bisschen veraltet, aber es heißt CUSOFA-Score, das wird immer wieder erneuert, die Frühwarnhinweise geben für eine beginnende Sepsis. Wenn der Patient niedrigen Blutdruck hat, hohe Atemfrequenz, also schnell atmet, heißt das, es ist ein Frühwarnsystem für die Sepsis. Die haben wir in unseren Krankenhausinformationssystemen überall implementiert. Das heißt, wenn eine Pflegekraft diese Vitalparameter misst, leuchtet eine Lampe auf und sagt: „Achtung, dieser Patient kann eine Sepsis haben“, kann auch andere Komplikationen haben, aber dementsprechend haben wir das verpflichtend. Dann ist es so, dass danach relativ klare SOPs sind, in denen wir sagen, welche Labordiagnostik

ist bei diesem Risikofaktor zu erheben. Diese Labordiagnostik wird auch klar erweitert, wenn wir sehen, dass verschiedene, auch zum Teil unspezifische Parameter auffällig sind. Dementsprechend gibt es eine klare Angabe, welche entzündlichen ..., also was man noch als To-Do macht. Wir haben Behandlungspfade implementiert – oh, ich muss ganz schnell sein – und haben dann eine mikrobiologische Diagnostik. Wir haben bei uns Antibiotic Stewardships implementiert.

Der **Sitzungsleiter**: Es tut mir leid.

Dr. Sara Sheikhzadeh (Asklepios Kliniken): Ich weiß, es gibt noch viel mehr, was wir machen, aber okay.

Der **Sitzungsleiter**: Frau Rudolph hat das Fragerecht für die SPD-Fraktion.

Abg. **Tina Rudolph** (SPD): Vielen Dank, Herr Vorsitzender. Ich will bei einem ähnlichen Sachverhalt anknüpfen wollen. Und zwar würde ich gerne Sie, Dr. Bittrich, für die Bundesärztekammer in Dialog bringen wollen mit dem, was Prof. Dr. Reinhart von der Sepsis-Stiftung als Letztes gesagt hat. Wie schätzen Sie die Situation ein, wenn doch Dreh- und Angelpunkt, Früherkennung, Weiterbildung, eine ständige Awareness, dass solche Fälle vorkommen können, auch im klinischen, sowie insgesamt im ärztlichen, pflegerischen und im Gesundheitskontext insgesamt eine Rolle spielen?

Der **Sitzungsleiter**: Herr Dr. Bittrich.

Dr. Jans-Jörg Bittrich (Bundesärztekammer (BÄK)): Jans Bittrich von der Bundesärztekammer. Ich habe keine Sachen zu bemerken, dass sich Interessen nicht übereinstimmen. Wenn ich jetzt zu meinem Nebensitzenden, Herrn Prof. Dr. Reinhart, was sagen soll, dann muss ich mit ganzer Kraft antworten, dass ich nicht die Aus-, Weiter- und Fortbildung der Ärztinnen und Ärzte in den Kliniken und Notfallzentralen und auch nicht bei den Notärzten als Problem für die hohe Mortalität an der Sepsis, also an der Sepsis zu versterben, sehe, weil gerade dieser Personenkreis, also insbesondere die



Notfallzentralen und die Notärzte unter einer sehr regelmäßigen Fortbildung liegen, die auch verpflichtend ist und die bei Notärzten zum Beispiel auch in einem zweijährlichen Rhythmus dokumentiert werden muss, Entschuldigung, zertifiziert werden muss mit einem Acht-Stunden-Kurs. Trotzdem gibt es Riesenprobleme beim Erkennen der Sepsis, aber diese großen Probleme liegen auf einem anderen Bereich. Ich möchte nur mal einen nennen, der wirklich immanent ist, nämlich zum Beispiel die Alten- und Pflegeheime. Die sind nicht medizinisch versorgt, und wenn sie medizinisch versorgt sind, dann durch einen Arzt, der sehr unregelmäßig dahin kommt. Da müssen wir die Möglichkeiten schaffen, dass die Pflegekräfte in den Heimen auch solche Systeme wie Sepsis-Score und so weiter einsetzen, um zu erkennen, was mit ihren Heimbewohnern ist. Dann muss der Notarzt in dieses Heim gerufen werden. Wenn der Notarzt da ist, ich glaube, der Notarzt würde die Sepsis erkennen, und der Notarzt ist heutzutage auch in der Lage, frühzeitig Antibiotikum und Volumentherapie bei einer Sepsis-Erkrankung zu machen.

Der **Sitzungsleiter**: Dann hätte Frau Abgeordnete Lütke noch mal das Wort für die FDP.

Abg. **Kristine Lütke** (FDP): Vielen Dank. Ich hatte gerade überlegt, ob ich noch mal hier anschließe an die Frage mit den Pflegeeinrichtungen. Das tue ich an der Stelle auch. Inwiefern sehen Sie da auch eine Möglichkeit des Einsatzes der Telepharmazie oder auch einer gezielten Weiterbildung der Pflegefachkräfte auch mit Blick auf die Bestrebungen zum Pflegekompetenzgesetz, also erweiterte Heilkundeübernahme durch Pflegekräfte? Sehen Sie hier einen Baustein, der die Situation auch verbessern könnte?

Der **Sitzungsleiter**: Herr Dr. Bittrich noch einmal.

Dr. Jans-Jörg Bittrich (Bundesärztekammer (BÄK)): Danke für die Frage. Ich denke, dass das ein ganz wichtiger Punkt ist, weil das ein großer Bereich ist, aus dem sich Sepsis-Fälle rekrutieren. Ich sage den Unterschied noch mal. Die Sepsis-Fälle, die durch unsere Operationen im Krankenhaus zustande kommen, wo sich eine Sepsis entwickelt und der Patient liegt schon da, wird in aller Regel

zumindest in guten Krankenhäusern erkannt. Wenn sich das in der ambulanten Pflege oder im Pflegeheim entwickelt, ist diese Erkennungshäufigkeit viel geringer. Wir müssen alle unsere Aufmerksamkeiten z.B. auch durch das Pflegestärkungsgesetz darauf richten. Insofern ist das auch etwas Positives. Um nicht nur die Awareness für Sepsis zu wecken, sondern auch dazu zu kommen, dass diese Bewohner von den Pflegeheimen schnell einer medizinischen Versorgung zugeführt werden können. Da die Sepsis in der Regel eine intravenöse Behandlung mit einem Antibiotikum erfordert und eine Volumentherapie erfordert, ist es sicherlich nicht möglich das durch Übertragung von Kompetenzen in die Hand der Pflegekräfte zu legen. Sondern hier wäre es wichtig, schnellstmöglich einen Arzt hinzuzuziehen.

Der **Sitzungsleiter**: Vielen Dank. Jetzt kommen wir zur letzten Frage, Herr Dr. Kippels für die CDU/CSU-Fraktion.

Abg. **Dr. Georg Kippels** (CDU/CSU): Vielen herzlichen Dank. Das mache ich sehr gerne. Ich möchte meine Frage noch mal an den Einzelsachverständigen Thomas Haeni richten. Wir haben jetzt viel gehört über das, was sinnvollerweise getan werden sollte, um Sepsis rechtzeitig zu erkennen, beziehungsweise auch Kompetenzen zu schaffen, um diese Erkenntnis zu gewinnen. Was würden Sie denn Ihrerseits empfehlen, wenn diesen Empfehlungen nicht nachgekommen wird?

Der **Sitzungsleiter**: Herr Haeni, bitte.

Thomas Haeni (Paul Hartmann AG): Gut, ich maße mir nicht an, hier den Abgeordneten des Deutschen Bundestages eine Empfehlung zu geben, was man machen kann. Wie Sie sehen: Ich bin von der Industrie und komme auch aus einem Land, das ein bisschen anders funktioniert. Aber im Endeffekt, denke ich, gibt es verschiedene Punkte, die jetzt auch angesprochen wurden. Das Erste ist Transparenz. Damit man Transparenz hat, braucht es Daten, braucht es gute Daten, braucht es valide Daten. Ich glaube, das wurde schon erwähnt. Das heißt, man braucht gute Erfassungsmöglichkeiten. Im Krankenhaus können auch die sogenannten Abrechnungsdaten, das sind ja nicht nur Abrechnungsdaten, das



sind eigentlich Krankenhausinformationssystem-Daten, benutzt werden. Da werden auch gewisse Keime oder gewisse bakterielle Informationen auch kodiert. Man kann sie kodieren, sie haben aber keinen Effekt auf die Vergütung. Deshalb werden sie oft nicht dokumentiert. Aber wir sehen in der Zusammenarbeit mit den Partnern, dass das möglich ist. Das gibt mehr Transparenz und damit auch eine höhere Sensibilität der Qualität der Daten. Das ist auch untersucht worden von der Charité. Da gibt es auch gute Publikationen. Das Zweite ist, ich glaube, hier werden wir uns nicht einig. Ich glaube, die Pflegekräfte haben die Möglichkeit, mehr zu machen. Gerade in den Pflegeheimen. In anderen Ländern dürfen auch Pflegefachkräfte, Notmediziner Volumentherapie machen. Das ist eine ärztliche Indikation, aber kann delegiert werden. Ich glaube, das ist auch ein Thema, das uns beschäftigt. Wir hatten auch einen Antrag am G-BA für ein großes Projekt eingereicht mit einem Klinikum in unserer Nähe, wo wir genau diese sektorübergreifende Versorgung mit den Krankenhäusern und den entsprechenden Ärzteschaften und Pflegeheimen untersuchen wollten, um zu sehen, ob wir die Transfergeschichte für diese Thematik Sensibilisierung, Diagnostik und auch Erstbehandlung machen können. Das wurde uns leider nicht bewilligt. Deshalb auch mein Antrag an Frau Maag: Vielleicht schauen Sie unseren Antrag nochmals an. Sie kennen ihn. Das ist aus dem Klinikum Heidenheim. Das ist etwas, das man machen sollte. Belohnen, wenn etwas Gutes gemacht wird. Das ist auch wichtig. Transparenz schaffen. Wir nennen das Benchmarking. In anderen Ländern, z.B. in Amerika, werden Institutionen gebenchmarkt. Da gibt es ein Level. Wenn das Jahr um ist, wird geschaut. Hat jemand den Benchmark erreicht, gibt es Boni. Sonst gibt es ein bisschen Abschlag bei den Vergütungen. Das ist auch ein Modell. Incentivierung von guten Leistungen und ein bisschen Druck bei schlechten Leistungen.

Der **Sitzungsleiter**: Danke für die Antwort. Ich bedanke mich bei allen Sachverständigen für die vielen Antworten. Die Politik muss jetzt handeln und aus den Antworten Konsequenzen ziehen. Ich bedanke mich auch bei den Kolleginnen und Kollegen und beim Sekretariat und wünsche Ihnen, die nach Hause kommen, einen guten Nachhauseweg. Die, die noch arbeiten müssen, noch eine gute Woche.

Schluss der Sitzung: 16:33 Uhr

gez.
Hubert Hüppe, MdB
Sitzungsleitung