

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0241(3)
gel. VB zur öAnhörung am 15.02.
2017_epiÜberw.
10.02.2017



Bundesverband der Krankenhausträger
in der Bundesrepublik Deutschland

Stellungnahme

der Deutschen Krankenhausgesellschaft

zum

Regierungsentwurf

eines

**Gesetzes zur Modernisierung der epidemiologischen
Überwachung übertragbarer Krankheiten**

(Bundestag-Drucksache 18/10938)

vom 01.02.2017

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung	3
Zu den spezifischen Regelungen.....	4
Zu Nr. 7.b) – Artikel 1, § 7 Absatz 2 IfSG-E	4
Zu Nr. 9 – Artikel 1, § 9 Absatz 1 IfSG-E	4
Zu Nr. 9 – Artikel 1, § 10 Absatz 1 IfSG-E	5
Zu Nr. 9 – Artikel 1, § 11 Absatz 1 IfSG-E	6
Zu Nr. 11 – Artikel 1, § 14 Absatz 8 IfSG-E	6
Zu Nr. 15 aa) – Artikel 1, § 23 Absatz 4 IfSG-E	8
Zu Nr. 26 – Artikel 1, § 69.....	9

Vorbemerkung

Grundsätzlich begrüßt die Deutsche Krankenhausgesellschaft die Einführung eines elektronischen Melde- und Informationssystems. Das Projekt DEMIS (Deutsches Elektronisches Meldesystem für Infektionsschutz) haben wir seinerzeit ebenfalls begleitet.

Kritisch sehen die Krankenhäuser dagegen insbesondere die Ausweitung der Meldepflichten:

Zukünftig sollen nicht nur Ausbrüche zu melden sein, sondern auch Kolonisationen. Zwar wurde im Vergleich zum Referentenentwurf nach massiven Protesten der Begriff „Kolonisation“ in § 6 Abs. 3 IfSG-E wieder gestrichen, dafür nun aber in 3 anderen Paragraphen (§§ 7 Abs. 2, 10 Abs. 1 und 11 Abs. 1 IfSG-E) neu aufgenommen. Dies ist wenig nachvollziehbar und in der Systematik des IfSG auch unlogisch und wird insofern zu Unsicherheiten bei den Meldenden führen. Zudem wird hierdurch ein enormer Dokumentationsaufwand verursacht, der sowohl von den Kliniken als auch den Gesundheitsämtern kaum zu bewältigen sein wird. Weiter stellt sich die Frage, welchen Mehrwert diese Kolonisationsmeldungen für die Gesundheitsämter haben können, wenn nicht mal klar ist, ob es sich um den gleichen Erregerstamm handelt. Darüber hinaus werden die Inhalte der namentlichen Meldungen massiv ausgeweitet. Daher muss den Kliniken für diesen Mehraufwand endlich auch eine Meldevergütung zugestanden werden.

Zu den spezifischen Regelungen

Zu Nr. 7.b) – Artikel 1, § 7 Absatz 2 IfSG-E

Es wird eine namentliche Meldepflicht von Infektionen und Kolonisationen von in dieser Vorschrift nicht genannten Krankheitserregern eingeführt, wenn von diesen eine schwerwiegende Gefahr für die Allgemeinheit ausgeht.

Stellungnahme

Es geht um die namentliche Meldepflicht durch Labore. Abgesehen davon, dass ein Labor lediglich den Erreger direkt oder indirekt nachweisen kann, bleibt es Aufgabe des behandelnden Arztes zu bewerten, ob es sich um eine Infektion oder eine Kolonisation handelt. Somit ist es völlig ausreichend, hier nur den Nachweis von Krankheitserregern (wie auch die Überschrift zu diesem Paragraphen besagt) zu fordern.

Änderungsvorschlag

Die Wörter „in Bezug auf Infektionen und Kolonisationen“ ersatzlos streichen.

Zu Nr. 9 – Artikel 1, § 9 Absatz 1 IfSG-E

Der Umfang der zu meldenden Daten bei der namentlichen Meldung wird deutlich ausgeweitet.

Stellungnahme

Nach dem vorliegenden Entwurf werden folgende Angaben in § 9 Abs. 1 IfSG-E neu gefordert:

- der gewöhnliche Aufenthaltsort des Patienten,
- weitere Kontaktdaten,
- die Tätigkeit in verschiedensten Einrichtungen oder Gewerben (wie z.B. Krankenhäusern, Einrichtungen für ambulantes Operieren, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, Dialyseeinrichtungen, Tageskliniken, Entbindungseinrichtungen, Behandlungs- und Vorsorgeeinrichtungen, Arzt- und Zahnarztpraxen aber auch Alten- oder Pflegeheimen, Obdachlosenunterkünfte, Einrichtungen zur gemeinschaftlichen Unterbringung von Asylbewerbern, sonstige Massenunterkünfte und Justizvollzugsanstalten), jeweils mit Name, Anschrift und weiteren Kontaktdaten, nun für alle in § 6 genannten Krankheiten und nicht mehr nur für einige ausgewählte,
- die Betreuung oder Unterbringung in einer der o.g. Einrichtungen mit Name, Anschrift und weiteren Kontaktdaten der Einrichtung,

- der wahrscheinliche Zeitpunkt oder Zeitraum der Infektion,
- bei Tuberkulose, Hepatitis B und C neben Geburtsland und Staatsangehörigkeit auch das Jahr der Einreise nach Deutschland,
- die Überweisung, Aufnahme und Entlassung aus Krankenhäusern, Einrichtungen für ambulantes Operieren, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, Dialyseeinrichtungen, Tageskliniken, Entbindungseinrichtungen, Behandlungs- und Vorsorgeeinrichtungen, ggf. intensivmedizinische Behandlung und deren Dauer,
- bei impfpräventablen Krankheiten Angaben zum diesbezüglichen Impfstatus,
- Name, Anschrift und weitere Kontaktdaten der mit der Erregerdiagnostik beauftragten Untersuchungsstelle,
- Name, Anschrift und weitere Kontaktdaten des Meldenden,
- bei außergewöhnlichen Impfreaktionen Angaben zur Schutzimpfung.

Allein die deutlich gestiegene Zahl von Angaben, die aus unterschiedlichen Quellen gezogen werden müssen (Aufnahmedaten und unterschiedliche Teile der Patientenakte) wird den Zeitbedarf für die Erfüllung der Meldepflicht deutlich steigern.

Darüber hinaus ist unklar, was in j) unter dem „Zeitpunkt“ der Infektion zu verstehen ist und ob sich unter n) die Meldepflicht auf eine intensivmedizinische Behandlung durch eine andere Einrichtung als die meldende Einrichtung beziehen soll.

Änderungsvorschlag

Die Krankenhäuser fordern daher, dass auf die o.g. zusätzlichen (neuen) Informationen verzichtet wird oder zumindest, dass diese Liste deutlich reduziert wird.

Darüber hinaus fordern die Krankenhäuser, dass eine Meldevergütung eingeführt wird.

Zu Nr. 9 – Artikel 1, § 10 Absatz 1 IfSG-E

§ 10 legt fest, welche Angaben im Falle einer nichtnamentlichen Meldung nach § 6 Absatz 3 an das Gesundheitsamt übermittelt werden müssen.

Stellungnahme

In § 6 Abs. 3 IfSG-E geht es um „Ausbrüche“, d.h. zwei oder mehr nosokomiale Infektionen, bei denen ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist. Ein epidemischer Zusammenhang lässt sich aber nur durch eine molekularbiologische Erreger-typisierung tatsächlich feststellen. Wird in einer Klinik bei mehreren Patienten gleichzeitig eine MRSA-Kolonisation festgestellt, bedeutet dies nicht, dass es sich um denselben MRSA-Keim handelt. Das kann erst durch eine weitere Genotypisierung be- bzw. widerlegt werden. Die reine Meldung von Kolonisationen ist also für die Gewinnung epidemiologischer Erkenntnisse wenig geeignet und der Aufwand unverhältnismäßig hoch.

Da zudem in § 6 Abs. 3 IfSG-E die Kolonisationen gestrichen wurden, ist es inkonsistent, dass hier unter § 10 Abs. 1 Nr. 2 Angaben zu Kolonisationen gefordert werden, da diese nicht erhoben werden.

Änderungsvorschlag

Unter Nr. 2 die Wörter „sowie zu allen damit wahrscheinlich oder vermutlich in epidemischem Zusammenhang stehenden Kolonisationen“ ersatzlos streichen.

Zu Nr. 9 – Artikel 1, § 11 Absatz 1 IfSG-E

§ 11 regelt, welche Angaben im Falle einer Meldung nach § 6 Absatz 3 an die zuständige Landesbehörde übermittelt werden müssen.

Stellungnahme

In § 6 Abs. 3 IfSG-E geht es um „Ausbrüche“, d.h. zwei oder mehr nosokomiale Infektionen, bei denen ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist. Da in § 6 Abs. 3 IfSG-E die Kolonisationen gestrichen wurden, ist es inkonsistent, dass hier unter § 11 Abs. 1 Angaben zu Kolonisationen gefordert werden da diese nicht erhoben werden.

Änderungsvorschlag

In Satz 2 die Wörter „und den damit zusammenhängenden Kolonisationen“ ersatzlos streichen.

Zu Nr. 11 – Artikel 1, § 14 Absatz 8 IfSG-E

Es werden Regelungen zum elektronischen Melde- und Informationssystem geschaffen.

Stellungnahme

Vom Grundsatz her bietet ein elektronisches Melde- und Informationssystem die Möglichkeit einer erleichterten Meldung sowie besseren und schnelleren Auswertung der Daten. Auch können so die Meldedaten der gesamten Klinik dem verantwortlichen Hygienepersonal zugänglich gemacht werden.

Für die sehr sensiblen Fragen der Datensicherheit und des Datenschutzes müssen allerdings geeignete Lösungen gefunden werden.

Aus Sicht der Krankenhäuser sind besonders folgende Gesichtspunkte von hoher Relevanz:

- Es darf nicht vorschnell eine elektronische Meldepflicht per Rechtsverordnung geregelt werden.
- Den Kliniken dürfen durch die elektronische Meldung keine Zusatzkosten entstehen. Allein schon durch die Schulung des Personals werden aber Zusatzkosten anfallen, ebenso wie durch den erforderlichen Softwarebedarf und dessen Installation, da ja von jeder Station/Ambulanz aus eine Meldemöglichkeit bestehen muss. Diese Kosten müssen über eine Meldevergütung refinanziert werden.
- Den Kliniken müssen geeignete und kostenneutral umzusetzende Schnittstellen zu ihrem Krankenhausinformationssystem zur Verfügung gestellt werden. Gleiches gilt für Labore. Weiter muss eine Umsetzung auch für Kliniken, die elektronisch nicht gut aufgestellt sind, möglich sein, ähnlich wie beim § 301 SGB V-Verfahren.

Das geplante elektronische Melde- und Informationssystem ist von den Beteiligten (§ 8 IfSG) zu nutzen. Damit ergeben sich auch Anpassungen an den Kommunikationsschnittstellen in Krankenhäusern. Dementsprechend sollte die DKG in die Ausgestaltung der funktionalen und technischen Vorgaben eingebunden werden, um Projektrisiken zu minimieren und Anpassungsaufwände im Krankenhaus planbar zu machen.

Weiter sollten die Leistungsmerkmale der Telematikinfrastruktur (TI) für das elektronische Melde- und Informationssystem genutzt werden, um Synergieeffekte zu nutzen. Die TI ist gemäß 291a SGB V die gesetzlich verankerte Kommunikationsplattform des deutschen Gesundheitswesens, und wurde im Projekt DEMIS auch zu diesem Zweck vorgesehen.

Änderungsvorschläge

Einführung des elektronischen Meldesystems als Option, nicht als Verpflichtung.

Refinanzierung der den Kliniken dadurch entstehenden Zusatzkosten.

Ergänzung des Absatzes 8 um folgende zwei Ziffern:

„7. dass für die Übermittlung von Daten zu meldepflichtigen Krankheiten und Nachweisen von Krankheitserregern und aus Mitteilungen nach §§ 34 und 36 zugelassene Dienste nach § 291b Absatz 1e SGB V genutzt werden, sobald diese zur Verfügung stehen.“

„8. dass die Festlegungen zu den funktionalen und technischen Vorgaben im Benehmen mit den Akteuren nach § 8 IfSG erfolgen.“

Zu Nr. 15 aa) – Artikel 1, § 23 Absatz 4 IfSG-E

Die Aufzeichnungs- und Bewertungspflichten sollen auf Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen ausgeweitet werden.

Stellungnahme

Die Ausweitung der Aufzeichnungs- und Bewertungspflichten auf Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen wird von der DKG kritisch gesehen.

Es fehlt nach wie vor an einer klaren Definition, was der Gesetzgeber unter „Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, in denen eine den Krankenhäusern vergleichbare medizinische Versorgung erfolgt“ versteht. Bislang wird dieses Kriterium von den Landesbehörden/-ministerien eher extensiv ausgelegt. Bei Indikationen wie Neurologie Phase B und Geriatrie liegen zumindest noch ansatzweise vergleichbare Sachverhalte zu einem Krankenhaus vor, was z.B. in der Suchtmedizin und in der psychosomatischen Rehabilitation definitiv nicht mehr der Fall ist.

Es stellt sich die grundsätzliche Frage, ob Aufwand und Nutzen der Dokumentation im Rehabilitationsbereich noch in einem sinnvollen Verhältnis zueinander stehen. Deutlich häufiger als in den Krankenhäusern werden die Patienten die nosokomialen Infektionen oder multiresistenten Erreger nicht während des Reha-Aufenthalts erwerben, sondern diese bereits aus der Vorversorgung „mitbringen“. Zudem sind konsequente Isolierungsmaßnahmen bzw. Einzeltherapien in der Rehabilitation oft nicht möglich – als Alternative bleibt dann nur noch die Beendigung des Reha-Aufenthaltes.

Soweit es um die sog. Antibiotika-Surveillance geht, ist fraglich, inwieweit die Verabreichung von Antibiotika zu den Kerntätigkeiten innerhalb der Rehabilitation gehört, so dass überhaupt systematische Anpassungen als Konsequenz aus entsprechenden Aufzeichnungen erarbeitet werden könnten.

Änderungsvorschlag

Beibehalten der bisherigen Beschränkung auf Krankenhäuser und Einrichtungen für ambulantes Operieren:

*„Die Leiter von Einrichtungen nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 **und 2** haben sicherzustellen, dass die vom Robert Koch-Institut nach Absatz 4a festgelegten nosokomialen Infektionen und das Auftreten von Krankheitserregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen fortlaufend in einer gesonderten Niederschrift aufgezeichnet, bewertet und sachgerechte Schlussfolgerungen hinsichtlich erforderlicher Präventionsmaßnahmen gezogen werden und dass die erforderlichen Präventionsmaßnahmen dem Personal mitgeteilt und umgesetzt werden.“*

Zu Nr. 26 – Artikel 1, § 69

Geregelt wird, wer welche Kosten nach diesem Gesetz zu tragen hat.

Stellungnahme

Bislang erhalten die meldenden Einrichtungen für die Meldung keine Vergütung. Für die Meldenden bedeutet die Meldung einen erheblichen Aufwand, der durch den vorliegenden Regierungsentwurf nochmals gesteigert wird. Die DKG spricht sich daher nachdrücklich für die Einführung einer Meldevergütung aus. Dies würde auch eine umfassendere Meldung als bislang sicherstellen.

Neben der Einhaltung der Basishygiene spielt aus Sicht des Gesetzgebers bei der Infektionsbekämpfung das Screening eine wichtige Rolle. Außer bei MRSA können allerdings keine Maßnahmen zur Eradikation der Trägerschaft übernommen werden. Es bleiben daher nur die konsequente Basishygiene und die Isolierung des Patienten, soweit die KRINKO diese empfiehlt.

Hier besteht nach wie vor ein großes Finanzierungsdefizit, das die Krankenhäuser belastet. Es gibt keine Möglichkeit zur zielgerichteten Refinanzierung der Screening-Kosten im weiteren Sinn. Diese umfassen zum einen die Kosten für den Test selbst, zum anderen die hohen Folgekosten einer Isolierung bei positiver Testung, vor allem aber auch die Kosten einer präventiven Isolierung bis zum Vorliegen des Screening-Ergebnisses.

Im Interesse einer Verbesserung des Infektionsschutzes sehen wir hier einen grundlegenden Verbesserungsbedarf, vor allem was die Zielgerichtetheit einer Finanzierung betrifft. Ein großer Teil der Kosten, wie z.B. für die präventive Isolierung und die wirtschaftlichen Folgekosten werden im DRG-System nicht abgebildet.

Neben dem weiteren Aufbau von Hygienefachpersonal ist dies im stationären Bereich der entscheidendste Punkt, um Verbesserungen zu erreichen. Die aktuell vorgeschlagene Ausweitung der Meldepflichten gegenüber dem Gesundheitsamt wird dagegen nach unserer Einschätzung keine nennenswerten Verbesserungen mit sich bringen.

Änderungsvorschlag

Einführung einer Meldevergütung für die Meldenden gemäß § 8 IfSG.