

Antwort auf eine Kleine schriftliche Anfrage

- Drucksache 17/2040 -

Wortlaut der Anfrage der Abgeordneten Uwe Schwarz, Holger Ansmann, Marco Brunotte, Immacolata Glosemeyer, Dr. Christos Pantazis, Andrea Schröder-Ehlers und Dr. Thela Wernstedt (SPD), eingegangen am 15.09.2014

Hat sich die Niedersächsische Verordnung über Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen (NMedHygVO) bewährt?

Mit der Änderung des Infektionsschutzgesetzes im Juli 2011 wurden die Bundesländer verpflichtet, bis zum 31.03.2012 Verordnungen zur Infektionshygiene und zur Prävention von resistenten Krankheitserregern in medizinischen Einrichtungen zu erlassen. Niedersachsen hat daraufhin am 26.03.2012 eine Verordnung über Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen (NMedHygVO) eingeführt. Der BDC-Landesverband Niedersachsen befürchtete damals, dass mit der Einführung erhebliche negative Auswirkungen auf den Betrieb von Krankenhäusern und Einrichtungen für ambulantes Operieren einhergehen würden.

Vor diesem Hintergrund fragen wir die Landesregierung:

1. Wie hat sich die Zahl der nosokomialen Infektionen in den Krankenhäusern von 2012 bis heute entwickelt?
2. Hat die NMedHygVO zu einem organisatorischen Mehraufwand in den medizinischen Einrichtungen geführt?
3. Welche Kosten haben sich in den medizinischen Einrichtungen durch den zusätzlichen Personalbedarf ergeben?
4. Haben sich die Kosten durch verminderten Aufwand aufgrund der bezweckten Vermeidung von Infektionen wie angenommen kompensiert?
5. Liegen der Landesregierung Erkenntnisse über Verstöße gegen die in der Verordnung geforderte Personalausstattung vor?
6. Ist ihr bekannt, dass viele kleinere Krankenhäuser septische Risikopatienten abweisen oder rasch verlegen?
7. Sind ihr darüber hinaus Probleme bekannt, die mit der Einführung der NMedHygVO im Zusammenhang stehen?

(An die Staatskanzlei übersandt am 24.09.2014)

Antwort der Landesregierung

Niedersächsisches Ministerium
für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung
- 401.3 - 01425/3 -

Hannover, den 21.10.2014

Mit dem Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze vom 28. Juli 2011 (BGBl. I S. 1622) sind die Landesregierungen verpflichtet worden, durch Rechtsverordnung für

- Krankenhäuser,
- Einrichtungen für ambulantes Operieren,

- Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, in denen eine den Krankenhäusern vergleichbare medizinische Versorgung erfolgt,
- Dialyseeinrichtungen und
- Tageskliniken

die jeweils erforderlichen Maßnahmen zur Verhütung, Erkennung, Erfassung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen und Krankheitserregern mit Resistenzen zu regeln. Die zu diesem Zweck in § 23 Abs. 8 des Infektionsschutzgesetzes¹ (IfSG) eingefügte Verordnungsermächtigung hat den Ländern einen umfassenden Katalog an Regelungsinhalten vorgegeben. Die zutreffenden Regelungen hat der Bundesgesetzgeber auf der Grundlage von bewährten Konzepten und Empfehlungen zur Einhaltung der Infektionshygiene festgelegt.

Die Pflicht der Landesregierungen, Regelungen für die Einhaltung der Infektionshygiene in allen relevanten Einrichtungen des Gesundheitswesens zu erlassen, begründete der Bundesgesetzgeber im Wesentlichen damit, dass krankenhaushygienische Erfordernisse und Kontrollmaßnahmen verstärkt durchgesetzt werden müssen, um die Infektionsraten in medizinischen Einrichtungen weiter zu senken. Insbesondere der Einsatz von entsprechend qualifiziertem Personal mit guten krankenhaushygienischen, infektiologischen und mikrobiologischen Grundkenntnissen sah er als zentrale Regelung der Länderverordnungen an (vgl. BT-Drs. 17/5178, Begründung, Teil A, S. 12).

Ziel der Niedersächsischen Verordnung über Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen² (NMedHygVO) ist es, Krankenhausinfektionen und resistente Krankheitserreger besser zu verhüten und zu bekämpfen. Zu diesem Zweck werden die erfassten medizinischen Einrichtungen nicht nur haftungsrechtlich, sondern auch öffentlich-rechtlich verpflichtet, die anerkannten Regeln der Hygiene einzuhalten. Diese generelle Pflicht wird ergänzt durch weitere Einzelregelungen, die der Verbesserung des Infektionsschutzes in medizinischen Einrichtungen dienen.

Generell bestanden bereits vor Inkrafttreten der NMedHygVO hohe hygienische Standards in den Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen. So gab und gibt es sehr umfangreiche Regelwerke zur Hygiene und Infektionsprävention wie z. B. die vom Robert Koch-Institut (RKI) regelmäßig veröffentlichten Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO), die ihre Rechtsgrundlage in § 23 Abs. 1 IfSG findet. Diese evidenzbasierten Empfehlungen stellen den aktuellen Stand der Wissenschaft und Technik auf dem Gebiet der Krankenhaushygiene dar und sind, obwohl sie keine Rechtsvorschriften sind, eine maßgebliche Grundlage für das Handeln in medizinischen Einrichtungen. Daneben bestehen gesetzliche Vorgaben, insbesondere im Infektionsschutzgesetz oder im Fünften Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung, die die Einrichtungen zur Qualitätssicherung und zum Qualitätsmanagement verpflichtet.

Der Erfolg von Hygienemaßnahmen lässt sich nur schwer messen, weil vermiedene Infektionen statistisch nicht erfasst werden können. Expertinnen und Experten gehen jedoch davon aus, dass trotz dieser Maßnahmen bis zu einem Drittel der nosokomialen Infektionen vermieden werden kann, wenn die Hygieneregeln kontinuierlich und konsequent angewendet werden. Dies sind jedoch Schätzungen, die vom Ausgangsniveau abhängen. Je schlechter das Hygienemanagement in einer Einrichtung ist, desto höher ist das Verbesserungspotenzial. Gleichzeitig heißt dies jedoch auch, dass nicht jede nosokomiale Infektion vermieden werden kann oder auf ein unzureichendes Hygienemanagement zurückzuführen ist. So hängt das Risiko, eine nosokomiale Infektion zu erwerben, vom Gesundheitszustand der Patientin oder des Patienten wie auch von der jeweiligen medizinischen Maßnahme ab.

Durch die NMedHygVO soll insbesondere Einfluss auf die Struktur- und Prozessqualität ausgeübt werden, indem für eine stringente Anwendung und die strikte Einhaltung der Grundsätze der Hygiene und Infektionsprävention Sorge getragen wird. Dazu gehört insbesondere die Sicherstellung personeller Voraussetzungen zur Einhaltung der Hygieneregeln durch Bestimmungen über die Ausstattung mit Hygienefachpersonal und deren Qualifikation. Fachlicher Maßstab sind die Emp-

¹ Infektionsschutzgesetz vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045) zuletzt geändert durch Artikel 2 Abs. 36 und Artikel 4 Abs. 21 des Gesetzes vom 7. August 2013 (BGBl. I S. 3154)

² Vom 26. März 2012 (Nds. GVBl. Nr. 4/2012, S. 41)

fehlungen der KRINKO. Die Landesregierung geht davon aus, dass die Verbesserung der Struktur- und Prozessqualität positiven Einfluss auf die Ergebnisqualität hat.

Mit der NMedHygVO werden die Anstrengungen des Landes, die Zahl therapieassoziiierter Infektionen, insbesondere solcher mit resistenten Krankheitserregern, weiter zu senken, rechtlich flankiert. Die Verordnung ist insoweit ein wichtiger Baustein in der Strategie der Landesregierung, die Sicherheit von Patientinnen und Patienten weiter zu erhöhen.

Dies vorausgeschickt, beantworte ich die Kleine Anfrage namens der Landesregierung wie folgt:

Zu 1:

Für Einzelfälle von nosokomialen Infektionen besteht in Deutschland keine generelle Meldepflicht. Aus diesem Grund sind der Landesregierung konkrete Angaben darüber, wie sich die Zahl der nosokomialen Infektionen in Niedersachsen insgesamt seit Inkrafttreten der NMedHygVO entwickelt hat, nicht möglich.

Das Infektionsschutzgesetz enthält jedoch verschiedene Bestimmungen über die Erfassung nosokomialer Infektionen. So besteht zum einen eine Meldepflicht für den Nachweis von Methicillin-resistenten Stämmen von *Staphylococcus aureus* (MRSA) aus Blut und Liquor (Gehirn- und Rückenmarkflüssigkeit). Auf diese Weise werden besonders schwere Fälle von MRSA-Infektionen erfasst. Für das Jahr 2011 wurden 571 Fälle gemeldet, im Jahr 2012 wurden 498 Fälle gemeldet und in 2013 532 Fälle. Im Jahr 2014 wurden bisher 401 Fälle übermittelt (Stand: 7. Oktober 2014). Bei den Fallzahlen ist allerdings zu berücksichtigen, dass keine Angaben darüber vorliegen, ob eine Infektion nosokomial erworben worden ist. Außerdem handelt es sich bei der MRSA-Meldung um eine reine Labormeldung. Die Meldezahlen werden somit auch dadurch beeinflusst, in welcher Häufigkeit bei einem entsprechenden Krankheitsbild tatsächlich entsprechende Laboruntersuchungen durchgeführt werden. Eine höhere Aufmerksamkeit kann daher auch zu höheren Meldezahlen führen.

Zum anderen besteht nach § 6 Abs. 3 IfSG eine Meldepflicht für das gehäufte Auftreten von nosokomialen Infektionen. Nach dieser Vorschrift ist der zuständigen Behörde unverzüglich das Auftreten nosokomialer Infektionen, bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet wird, als Ausbruch nichtnamentlich zu melden. Von den Landkreisen und kreisfreien Städten sind dem Landesgesundheitsamt im Jahr 2012 145 (davon 136 Norovirus, 1 Rotavirus, 8 andere Erreger), im Jahr 2013 53 (42 Norovirus, 3 Rotavirus, 8 andere) und im Jahr 2014 bislang 97 (78 Norovirus, 8 Rotavirus, 11 andere) Ausbrüche nosokomialer Infektionen nach § 11 Abs. 2 IfSG übermittelt worden (Stand: 7. Oktober 2014). An den aufgeschlüsselten Zahlen ist erkennbar, dass es sich bei der überwiegenden Mehrzahl um Ausbrüche durch Noroviren handelt. Die Intensität der Norovirus-Saison unterscheidet sich zwischen den Jahren, ähnlich wie die Intensität der Rotavirus-Saison. Daher sind die genannten Zahlen eher Ausdruck dieser Intensitäten, als dass sie Rückschlüsse auf die Krankenhaushygiene zulassen würden.

Im Übrigen haben die Leitungen von Krankenhäusern und von Einrichtungen für ambulantes Operieren nach § 23 Abs. 4 IfSG sicherzustellen, dass bestimmte nosokomiale Infektionen in einer gesonderten Niederschrift aufgezeichnet und bewertet werden sowie sachgerechte Schlussfolgerungen hinsichtlich erforderlicher Präventionsmaßnahmen gezogen werden. Zusätzlich regelt die NMedHygVO, dass die Erfassung und Bewertung der nosokomialen Infektionen nach § 23 Abs. 4 IfSG mit fachlich begründeten standardisierten Verfahren zu erfolgen hat (§ 9 Abs. 2 MedHygVO). Die jeweils zuständige Gesundheitsbehörde kann diese Aufzeichnungen einsehen. Eine einrichtungsübergreifende Zusammenführung der nach den vorgenannten Rechtsgrundlagen erhobenen Daten zu statistischen Zwecken ist nicht vorgesehen. Entsprechende Daten stehen daher für eine Auswertung nicht zur Verfügung.

Auf Bundesebene wurde das Nationale Referenzzentrum (NRZ) für die Surveillance von nosokomialen Infektionen in Kooperation mit dem RKI vom Bundesministerium für Gesundheit beauftragt, Daten zu nosokomialen Infektionen für Deutschland zu erheben und in pseudonymisierter Form an das European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) zu übermitteln. Verlaufszahlen oder repräsentative Zahlen für einzelne Bundesländer stehen jedoch nicht zur Verfügung.

Grundsätzlich müssen erste Auswertungen im Rahmen neu eingeführter Überwachungsinstrumente (Surveillance) von Krankheitszahlen immer mit großer Vorsicht interpretiert werden, da ansteigende Zahlen zunächst meist auf eine höhere Aufmerksamkeit und weniger auf eine tatsächliche Fallzahlerhöhung zurückgeführt werden können.

Zu 2:

Die Landesregierung nimmt an, dass einzelne Bestimmungen der NMedHygVO zu einem organisatorischen Mehraufwand in den medizinischen Einrichtungen geführt haben. Dazu zählen beispielsweise Bestimmungen über

- die Bewertung von Bauvorhaben durch die Krankenhaushygienikerin oder den Krankenhaushygieniker (§ 2 Abs. 2 NMedHygVO),
- die Fortbildung der Beschäftigten (§ 8 NMedHygVO),
- Anforderungen an die frühzeitige Erkennung von Patientinnen und Patienten, von denen die Gefahr einer Weiterverbreitung von Krankheitserregern ausgeht (§ 9 Abs. 1 NMedHygVO), und
- die Information bei Verlegung, Überweisung und Entlassung von Patientinnen und Patienten (§ 12 NMedHygVO).

Ferner hatte die Landesregierung entschieden, von der fakultativen Verordnungsermächtigung in § 23 Abs. 5 IfSG Gebrauch zu machen. Sie ermöglicht es, die Leitungen von Arztpraxen, Zahnarztpraxen und Praxen sonstiger humanmedizinischer Heilberufe, in denen invasive Eingriffe vorgenommen werden, zu verpflichten, Hygienepläne zu erstellen.

Generell dürfte ein organisatorischer Mehraufwand insbesondere in denjenigen Einrichtungen angefallen sein, in denen die fachlichen Anforderungen an ein Hygienemanagement entsprechend den KRINKO-Empfehlungen nicht oder noch nicht ausreichend befolgt wurden. Da der Landesregierung nicht bekannt ist, inwieweit die erforderlichen Maßnahmen in den einzelnen medizinischen Einrichtungen bereits umgesetzt waren, ist der organisatorische Mehraufwand durch die NMedHygVO im Einzelnen jedoch nicht quantifizierbar. Ungeachtet dessen ist sie der Ansicht, dass die Bestimmungen der NMedHygVO insgesamt ausgewogen sind und zu keinem unverhältnismäßigen organisatorischen Mehraufwand für die medizinischen Einrichtungen geführt haben. Die Verordnung berücksichtigt zum einen hinreichend die bundesgesetzlichen Vorgaben und setzt zum anderen Standards sachgerecht und mit Augenmaß, insbesondere indem als fachlicher Maßstab die Empfehlungen der KRINKO zugrunde gelegt worden sind.

Die Landesregierung vertritt überdies grundsätzlich die Auffassung, dass im Interesse der Patientinnen und Patienten vorrangige Ziele die Vermeidung nosokomialer Infektionen und die Eindämmung resistenter Infektionserreger sein müssen. Krankenhaushygiene ist dabei integraler Bestandteil einer guten medizinischen Versorgung.

Zu 3 und 4:

Die Fragen 3 und 4 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Kosten durch den zusätzlichen Personalbedarf können nicht konkret beziffert werden. Die Bundesregierung war in ihrem Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze (BT-Drs. 17/5708) davon ausgegangen, dass vor allem zusätzliche Personalkosten in den 1 780 akutstationären Krankenhäusern anfallen würden. Basierend auf Angaben der KRINKO und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V. hat sie die voraussichtlichen Mehrkosten bundesweit auf etwa 76 Mio. Euro geschätzt, wobei sich diese Mehrausgaben auf diejenigen Bundesländer ohne geltende Krankenhaushygieneverordnung verteilen würden (BT-Drs. 17/5708, S. 4).

Mit dem Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung vom 15. Juli 2013 (BGBl. I S. 2424) wurde durch den Bund für die Jahre 2013 bis 2016 ein Hygiene-Förderprogramm für Krankenhäuser aufgelegt (in § 4 Abs. 11 - neu - des Kranken-

hausentgeltgesetzes (KHEntgG)³). Mit diesem werden die Personalkosten für Neueinstellungen und Aufstockungen von Teilzeitstellen zur Erfüllung der Anforderungen des Infektionsschutzgesetzes anteilig refinanziert. Die Kosten für Fort- und Weiterbildungen von Hygienepersonal sowie externe Beratungsleistungen werden im Rahmen des Förderprogramms mit Pauschalbeträgen finanziell gefördert. Erhebungen für das Land Niedersachsen, die eine Kompensation von Mehrkosten belegen würden, liegen der Landesregierung nicht vor. Insoweit kann lediglich auf Studien verwiesen werden, die belegen, dass nosokomiale Infektionen höhere direkte Kosten für Diagnostik und Therapie verursachen. Für die medizinischen Einrichtungen ergeben sich damit Einsparpotenziale, die den entstehenden Kosten für die Vermeidung von nosokomialen Infektionen gegenüberstehen.

Nach Ansicht der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft (NKG) ist das Hygiene-Förderprogramm als völlig unzureichend zu bewerten, da die Personalkosten nur anteilig sowie die Fort- und Weiterbildungen über Pauschalbeträge den Krankenhäusern refinanziert werden und bislang aufgrund unterschiedlicher Auffassungen im Rahmen der Budgetverhandlungen mit den Krankenkassen vor Ort kein entsprechendes Fördervolumen nach § 4 Abs. 11 KHEntgG vereinbart werden konnte.

Zu 5:

Die Regelungen in der NMedHygVO verpflichten die Leitungen von medizinischen Einrichtungen dazu, in ausreichendem Umfang Fachpersonal einzusetzen. Die Verordnung selbst enthält hierfür keine festen Größen, sondern stellt gemäß den Empfehlungen der KRINKO auf das Behandlungsspektrum der Einrichtung und das Risiko der behandelten Patientinnen und Patienten ab, sich nosokomial zu infizieren. Die Erfüllung der Pflicht wird vermutet, soweit die Empfehlungen der KRINKO umgesetzt werden.

Nach Artikel 6 b des Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze vom 28. Juli 2011 ist die Bundesregierung verpflichtet, dem Deutschen Bundestag bis zum 31. Dezember 2014 eine Gesetzesfolgenabschätzung zu übermitteln. In dem Bericht der Bundesregierung sind auch die Wirkungen bezüglich der Einhaltung der Empfehlungen der Kommissionen nach § 23 Abs. 1 und 2 des IfSG darzustellen. Zu diesem Zweck hat das RKI inzwischen eine Erhebung in den Ländern durchgeführt, in der u. a. Daten zur Personalausstattung in Krankenhäusern erhoben wurden. Hierfür wurden die Kommunen gebeten, die Erkenntnisse aus ihrer Überwachungstätigkeit nach § 23 Abs. 6 IfSG mitzuteilen. Aus den Ergebnissen dieser Erhebung ist der Landesregierung bekannt, dass in einer nicht geringen Anzahl von Krankenhäusern noch nicht die nach den KRINKO-Empfehlungen vorgegebene Personalausstattung erreicht wird. Dies betrifft in erster Linie die Ausstattung mit Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygienikern. Die Landesregierung führt diesen Umstand insbesondere darauf zurück, dass der nach den Vorgaben des IfSG und der NMedHygVO zu realisierende zusätzliche Bedarf an Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygienikern am Arbeitsmarkt derzeit nicht zur Verfügung steht.

Dem Bundesgesetzgeber war dieser Umstand bereits bei der Änderung des Infektionsschutzgesetzes im Jahr 2011 bewusst. Mit dem vorgenannten Gesetz wurde daher u. a. eine Übergangsvorschrift bis zum 31. Dezember 2016 eingeführt, um die Qualifizierung und personelle Ausstattung mit Hygienefachkräften, Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygienikern sowie hygienebeauftragten Ärztinnen und Ärzten in Krankenhäusern gemäß der Empfehlung der KRINKO zu ermöglichen. In der NMedHygVO hat die Landesregierung diese Übergangsbestimmung in § 3 Abs. 3 aufgegriffen.

Wie in der Antwort zu den Fragen 3 und 4 dargestellt, hat der Bund inzwischen weitere Maßnahmen ergriffen, um die Verfügbarkeit von Fachpersonal zu verbessern. Mit den Regelungen in § 4 Abs. 11 KHEntgG werden zusätzliche finanzielle Mittel bereitgestellt, mit denen die Neueinstellung oder Aufstockung sowie die Fort- und Weiterbildung von qualifiziertem ärztlichem und pflegerischem Hygienepersonal finanziell gefördert wird.

Die Landesregierung geht im Übrigen davon aus, dass der Bund die Übergangsfristen im Infektionsschutzgesetz für den Fall verlängern wird, dass die Qualifizierung von genügend Fachpersonal bis zum Stichtag nicht erreicht worden ist.

³ Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), zuletzt geändert durch Artikel 16 d des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133)

Zu 6:

Der Landesregierung sind keine Fälle bekannt.

Zu 7:

Als schwierig hat sich die Qualifikation als Krankenhaushygienikerin oder als Krankenhaushygieniker nach den Bestimmungen des § 4 Abs. 2 Satz 2 NMedHygVO erwiesen, soweit darin eine sechsmonatige Praxiszeit in der Krankenhaushygiene unter Anleitung von Fachärztinnen und Fachärzten für Hygiene und Umweltmedizin oder für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie vorgeschrieben ist. Unter den geeigneten Ärztinnen und Ärzten besteht bisher keine Bereitschaft, dieses Modell der Betreuung anzubieten.

Die Landesregierung beabsichtigt daher, die von der Bundesärztekammer verabschiedete strukturierte curriculare Fortbildung „Krankenhaushygiene“ als weitere Qualifikation zur Ausübung einer Tätigkeit als Krankenhaushygienikerin oder als Krankenhaushygieniker rechtlich in der NMedHygVO abzusichern. Diese Fortbildung sieht statt einer sechsmonatigen Praxiszeit ein vertraglich abgesichertes Supervisionsmodell über einen Zeitraum von zwei Jahren vor. Nach Erkenntnissen der Landesregierung ist inzwischen unter den geeigneten Ärztinnen und Ärzten durchaus die Bereitschaft vorhanden, für die Betreuung von angehenden Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygienikern im Rahmen eines Supervisionsmodells zur Verfügung zu stehen. Auch das Landesgesundheitsamt könnte sich dann mit seiner fachlichen Expertise einbringen und neben dem Kursmodul „Hygienebeauftragte Ärztin/hygienebeauftragter Arzt“ qualifizierte Supervisionsmöglichkeiten für Fortzubildende anbieten.

Die Landesregierung steht hierbei im engen Austausch mit der Ärztekammer Niedersachsen.

Cornelia Rundt