

M. Mustermann  
Universitätsklinikum Heidelberg

# Allgemeiner Musterbeitrag

## Muster-Untertitel

» Kurzer prägnanter Titel  
(bis ca. 50 Zeichen), ggf.  
erläuternder Untertitel

**Nosokomiale Infektionen sind zu einem zunehmenden Problem in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen geworden. Dies hat auch der Gesetzgeber erkannt und am 28.07.2011 das Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze erlassen.**

### Hintergründe der Novelle

In Deutschland erkranken nach Angaben der Bundesregierung pro Jahr etwa 400.000 bis 600.000 Patienten an nosokomialen Infektionen, von denen zwischen 7500 und 15.000 tödlich verlaufen. Schätzungsweise 20 bis 30% der Infektionen wären durch effektive Hygienemaßnahmen vermeidbar; damit könnten sich für die gesetzliche Krankenversicherung pro 10.000 vermiedener Behandlungsfälle knapp 40 Mio. € einsparen lassen (BT-Drs. 17/5708, S. 1, 3).

Schon das Infektionsschutzgesetz (IfSG) vom 20.07.2000 enthielt Regelungen zur Vermeidung nosokomialer Infektionen. Mit diesen Regelungen allein war das Problem allerdings nicht in den Griff zu bekommen, da ein Verstoß meist ohne rechtliche Konsequenzen blieb und es der Klinikleitung, den Ärzten sowie dem Pflegepersonal häufig an einem entsprechenden Problembewusstsein fehlte. Es bedurfte einer Optimierung der vorhandenen und einer Ergänzung um neue Steuerungsinstrumente.

Daher verabschiedete der Bundestag am 28.07.2011 das Gesetz zur Änderung des IfSG und weiterer Gesetze. Ziel dieses am 04.08.2011 in Kraft getretenen Ge-

setzes ist es, die Rahmenbedingungen für die Verhütung und Bekämpfung nosokomialer Infektionen, insbesondere solcher mit (multi-)resistenten Erregern, zu verbessern. Dazu sollen sowohl die Hygienesituation in Krankenhäusern und anderen Einrichtungen optimiert als auch die sachgerechte Verabreichung von Antibiotika sichergestellt werden.

» Der kurze Trailer  
(max. 600 Zeichen) führt  
den Leser zum Thema hin  
und stellt die Praxisrelevanz  
des Beitrags dar

folgende praxisrelevante Änderungen des IfSG und des Sozialgesetzbuches

### Zentralisierung von Daten beim Robert-Koch-Institut

Die örtlichen Gesundheitsämter werden verpflichtet, ein ihnen als Ausbruch gemeldet gehäuftes Auftreten nosokomialer Infektionen, bei denen ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet wird, spätestens am dritten Arbeitstag der folgenden Woche der zuständigen Landesbehörde in anonymisierter Form zu übermitteln. Die Landesbehörden wiederum müssen die übermittelten Daten binnen einer Woche an das Robert-Koch-Institut weiterleiten (§ 11 Abs. 2 IfSG).

Die Übermittlungsfristen entsprechen allerdings nicht dem Erfordernis nach schneller Information, um Infektionsgefahren mit überregionalem Bezug frühzeitig zu erkennen. Auf Initiative des Bundesrates sieht das vom Bundestag am 09.02.2012 beschlossene, sich derzeit im Vermittlungsausschuss befindende Gesetz zur Durchführung der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) und zur Änderung weiterer Gesetze vor, dass

die Informationen jeweils spätestens am nächsten Arbeitstag zu übermitteln sind (BR-Drs. 66/12, S. 7).

Das Robert-Koch-Institut als zentrale Einrichtung der Bundesregierung auf dem Gebiet der Krankheitsüberwachung und -prävention wertet die Daten zentral aus und kann so epidemische Entwicklungen krankenhaushübergreifend und über den örtlichen Zuständigkeitsbereich der jeweiligen Gesundheitsämter hinaus erkennen.

### Einrichtung der Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie

Eine der Hauptursachen für die Verbreitung (multi-)resistenter Erreger in medizinischen Einrichtungen ist eine unnötige bzw. unsachgemäße Antibiotikatherapie. Daher wurde am Robert-Koch-Institut die Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie (Kommission ART) eingerichtet (§ 23 Abs. 2 IfSG). Ihre Aufgabe ist es, Empfehlungen mit allgemeinen Grundsätzen für Diagnostik und antimikrobielle Therapie, insbesondere bei Infektionen mit resistenten Erregern, zu erstellen. Diese Empfehlungen sollen den behandelnden Ärzten als Entscheidungsgrundlage für eine sachgerechte Antibiotikatherapie dienen.

Die Kommission ART leistet damit neben der am Robert-Koch-Institut bereits bestehenden Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) einen wesentlichen Beitrag zur Verhütung nosokomialer Infektionen. Eine effektive Infektionsprävention erfordert eine sachgerechte Antibio-

tikatherapie, die ihrerseits wiederum fundierte Erkenntnisse über resistente Erreger voraussetzt.

### Organisationspflicht der Leiter medizinischer Einrichtungen

Ärzte und Pflegepersonal, die in eine Organisationsstruktur einer medizinischen Einrichtung eingebunden sind, haben allein regelmäßig weder die Möglichkeit noch die Mittel, deren Betrieb so zu organisieren, dass sie den Anforderungen an den Hygienestandard gerecht werden. Hier sind vielmehr die Leiter der medizinischen Einrichtungen gefragt.

Diese werden nunmehr ausdrücklich verpflichtet, dafür zu sorgen, dass die nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft erforderlichen Maßnahmen zur Verhütung nosokomialer Infektionen und

denk- mit os. 3 rrifft ern, von ren, von Entbindungseinrichtungen und von Arztpraxen.

Verletzt der Leiter einer medizinischen Einrichtung diese Pflicht, so kann er im Haftungsprozess wegen Organisationsverschuldens in Anspruch genommen werden. Haften können aber auch der einzelne Arzt und das Pflegepersonal wegen eines ihnen konkret zurechenbaren Hygieneverstößes, z. B. weil sie ihre Hände nicht desinfiziert haben.

### Stärkung des Stellenwerts der Kommissionsempfehlungen

Der Stellenwert der von der KRINKO und der Kommission ART veröffentlichten Empfehlungen wird gestärkt. Bei Beachtung der Empfehlungen wird vermutet, dass der Stand der medizinischen Wissenschaft im Hinblick auf die Verhütung nosokomialer Infektionen und auf die Vermeidung der Weiterverbreitung der entsprechenden Erreger eingehalten worden ist (§ 23 Abs. 3 S. 2 IfSG).

Der Stand der medizinischen Wissenschaft bestimmt den Sorgfalts- und damit

den Haftungsmaßstab. Kann der Leiter einer medizinischen Einrichtung im Haftungsprozess darlegen und bei Bestreiten durch die Gegenseite beweisen, dass er die Kommissionsempfehlungen beachtet hat, so spricht für ihn die Vermutung, dass er insoweit den Stand der medizinischen Wissenschaft eingehalten hat und damit nicht haftet.

### » Der Stand der medizinischen Wissenschaft bestimmt den Haftungsmaßstab

Der Patient kann die Vermutung gegen, wenn die Empfehlungen h tatsächlichen Stand der medi Wissenschaft zurückbleiben, a kontinuierlich aktualisiert und wissenschaftlicher Evidenz abgesichert sind. Zur Vermeidung haftungsrechtlicher Unsicherheiten ist vorgesehen, dass beide Kommissionen ihre Regelungen unter Berücksichtigung aktueller infektionsepidemiologischer Auswertungen stetig weiterentwickeln (§§ 23 Abs. 1 S. 4, Abs. 2 S. 4 IfSG). Fanden die Kommissionsempfehlungen hingegen keine Beachtung, so wird ein Organisationsverschulden des Leiters der medizinischen Einrichtung vermutet.

### Pflicht der Leiter medizinischer Einrichtungen zur Ergreifung von Präventionsmaßnahmen

Bislang mussten die Leiter von Krankenhäusern und von Einrichtungen für ambulantes Operieren lediglich die vom Robert-Koch-Institut festgelegten nosokomialen Infektionen und das Auftreten von Krankheitserregern mit speziellen (Multi-)Resistenzen fortlaufend aufzeichnen und bewerten. Nunmehr sind sie auch verpflichtet, Art und Umfang des Verbrauchs von Antibiotika aufzuzeichnen und unter Berücksichtigung der örtlichen Resistenzsituation zu bewerten (§ 23 Abs. 4 IfSG).

Aus der Aufzeichnung und Bewertung müssen sie erstmals sachgerechte Schlussfolgerungen für die erforderlichen Präventionsmaßnahmen bzw. für den Einsatz von Antibiotika ziehen, diese Schlussfolgerungen dem Personal mitteilen und umsetzen. Um zu gewährleisten,

dass die Leiter von Krankenhäusern und von Einrichtungen für ambulantes Operieren ihren Pflichten nachkommen, haben sie ihre Aufzeichnungen über nosokomiale Infektionen und (multi-)resistente Erreger 10 Jahre nach der Anfertigung aufzubewahren und dem zuständigen Gesundheitsamt auf Verlangen Einsicht in ihre Aufzeichnungen, Bewertungen und Schlussfolgerungen zu gewähren.

Ein Verstoß gegen die Pflicht zur Aufzeichnung, Mitteilung, Umsetzung und Einsichtsgewährung kann mit einer Geldbuße bis zu 25.000 € geahndet werden (§ 73 Abs. 1 Nr. 10a, Abs. 2 IfSG).

» Eye Catcher dienen zur Auflockerung des Textes. Die entsprechende Textstelle ist eine Wiederholung des Fließtextes (max. 70 Zeichen inkl. Leerzeichen)

änen

Bisher waren medizinische Einrichtungen wie Krankenhäuser, Tageskliniken und Entbindungseinrichtungen verpflichtet, in sog. Hygieneplänen ihre innerbetrieblichen Verfahrensweisen zur Infektionshygiene festzulegen. Da aber auch im ambulanten Bereich eine Infektionsgefahr besteht, werden erstmals die Landesregierungen ermächtigt, durch Rechtsverordnung den Adressatenkreis um Leiter von Arztpraxen und Praxen sonstiger humanmedizinischer Berufe, in denen invasive Eingriffe vorgenommen werden, zu erweitern (§ 23 Abs. 5 IfSG).

Ein Verstoß gegen die Verpflichtung, in Hygieneplänen die Verfahrensweisen zur Infektionshygiene festzulegen, kann nunmehr gegenüber allen Adressaten mit einer Geldbuße bis zu 25.000 € geahndet werden (§ 73 Abs. 1 Nr. 10a, Abs. 2 IfSG).

### Verpflichtung der Landesregierungen zum Erlass weitergehender Verordnungen

Die Landesregierungen sind verpflichtet, bis spätestens 31.12.2017 Verordnungen zur Verhütung, Erkennung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen und resistenten Krankheitserregern zu erlassen (§ 23 Abs. 8 IfSG).

Diese Regelungen, die sich an Krankenhäuser, aber auch an andere medizinische Einrichtungen wie solche für ambulantes Operieren und Tageskliniken rich-

» Aussagekräftige Zwischenüberschriften: Vier Hierarchien sind möglich

ten, müssen insbesondere folgende Themenbereiche erfassen: Mindestanforderungen an Bau, Ausstattung und Betrieb der Einrichtungen, Bestellung einer Hygienekommission, Information und Schulung des Personals zur Hygieneprävention, Methoden der Erkennung nosokomialer Infektionen und resistenter Erreger sowie Information von aufnehmenden Einrichtungen und niedergelassenen Ärzten bei der Verlegung, Überweisung oder Entlassung von Patienten über Maßnahmen, die zur Verhütung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen und resistenten Krankheitserregern nötig sind.

Zudem müssen die Landesregierungen bis zum 31.12.2016 Regelungen zu der erforderlichen personellen Ausstattung mit Hygienefachkräften, Krankenhaushygienikern und hygienebeauftragten Ärzten treffen. Auch wenn diese Frist teils als zu kurz, teils als zu lang kritisiert wird, so ist sie jedenfalls ein Schritt zur Verbesserung der Hygienesituation in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen.

**Nur entsprechend ausgebildetes Fachpersonal vor Ort kann gewährleisten, dass die Empfehlungen**

**Kommission**

**Wichtige Aussagen können als Important optisch hervorgehoben werden (maximal 130 Zeichen mit Leerzeichen)**

einzelnen Regelungen das Ermessen der Einrichtungen gestellt. Es die Hygienequalität in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen den bundesweit angestrebten hohen Standard erreichen wird.

### Gesonderte Gebührenpositionen für die MRSA-Behandlung

Dem Problem der Infektionen mit dem Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus* (MRSA) wollte der Gesetzgeber auch in der ambulanten Versorgung Rechnung tragen, da bislang die Kosten für die diagnostische Untersuchung von Risikopatienten, für

**Verweise auf Gesetzestexte und Urteile werden als Fußnote angegeben.**

infizierten Patienten und für die Dokumentation gebührenrechtlich nicht hinreichend berücksichtigt war. Mit Wirkung zum 01.01.2012 sollten neue Gebührenpositionen geschaffen werden, nach denen ärztliche Leistungen zu Diagnostik, ambulanter Therapie und elektronischer Dokumentation von Trägern des MRSA vergütet werden (§ 87 Abs. 2a SGB V).

Auf Grundlage dieser Vorschrift schloss die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit dreimonatiger Verspätung zum 01.04.2012 eine Vergütungsvereinbarung, die zunächst bis zum 31.03.2014 befristet ist. Nach § 1 Nr. 1 der Vergütungsvereinbarung können Leistungen nach den neuen Gebührenordnungspositionen 86770–86781 nur von Vertragsärzten mit einer Zusatzweiterbildung Infektiologie bzw. einer MRSA-Zertifizierung einig

**Zur Adresse des korrespondierenden Autors gehören der akademische Titel, die E-Mail-Adresse und ein Portraitfoto**

### Veröffentlichungsqualität

Bislang Qualitätsberichte im Abstand von zwei Jahren insbesondere zu Qualitätssicherungsmaßnahmen, zur Erfüllung von Fortbildungsverpflichtungen und zur Anzahl der erbrachten medizinischen Leistungen veröffentlichten.

**Um eine Vergleichbarkeit der Hygienesituation zu ermöglichen, werden Indikatoren bestimmt**

Nunmehr wird dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) als Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Krankenhäuser und Krankenkassen die Aufgabe zuteil, bis spätestens 31.12.2012 in Richtlinien zur Qualitätssicherung geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Hygienequalität aufzuzeigen. Zudem soll er Indikatoren zur Messung der Hygienequalität bestimmen, um

die Vergleichbarkeit der Hygienesituation zu ermöglichen. Auf dieser Richtlinien soll in jährlich im Internet veröffentlichten Qualitätsberichten die Hygienesituation in Krankenhäusern für Patienten transpa-

rent gemacht werden (§ 137 Abs. 1a, 1b, 3 Nr. 4 SGB V).

### Fazit für die Praxis

- Mit der Novellierung des IfSG und des SGB V hat der Gesetzgeber ein Bündel von Steuerungsinstrumenten beschlossen, um die Zahl der nosokomialen Infektionen mit resistenteren Erregern zu reduzieren.
- Die Entwicklung von Hygiene- und Infektionsmaßnahmen in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen der Antibiogrammgebung tatsächlich verbessern werden.
- Dazu soll die Bundesregierung dem Bundestag bis zum 31.12.2014 einen vom Robert-Koch-Institut zusammen mit unabhängigen Sachverständigen erstellten Bericht vorlegen.

**Das Fazit für die Praxis: Kernaussagen und konkrete Handlungsanweisungen als kurze Aufzählung (max. 300 Zeichen)**

### Korrespondenzadresse



**Prof. Dr. M. Mustermann**  
Tiergartenstr. 17  
69121 Heidelberg  
mustermann@muster.de

**Interessenkonflikt.** M. Mustermann gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

### Literatur

1. Bartels C, Raab M (2011) Hygiene im Spital. Infektionsschutzgesetz. Dtsch Arztebl 108:A1408–A1409
2. Böhme H (2011) Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze im Entwurf. PKR 14:29–35
3. Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze v. 28.7.2011, BGBl I, S 1622 ff
4. Hibbeler B (2011) Hygiene in Krankenhäusern. Der Faktor Mensch. Dtsch Arztebl 108:A217–A218
5. Lorz S (2011) Kampf gegen Krankenhauskeime: Das Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze. NJW 64:3397–3402
6. Osterloh F (2011) Infektionsschutzänderungsgesetz. Hygienepflicht in Klinik. Dtsch Arztebl 108:A1408–A1409

**Der Hinweis auf einen möglichen Interessenkonflikt erscheint am Beitragsende.**