

I/Dr.Ju

19.10.2016

**Vorläufige Stellungnahme
der Deutschen Krankenhausgesellschaft
zum
Referentenentwurf eines
Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung
von Infektionskrankheiten beim Menschen
(Infektionsschutzgesetz – IfSG)
(Stand 21.09.2016)**

I. Vorbemerkung

Grundsätzlich begrüßt die Deutsche Krankenhausgesellschaft die Einführung eines elektronischen Melde- und Informationssystems. Das Projekt DEMIS haben wir seinerzeit ebenfalls begleitet.

Bedenklich ist aus unserer Sicht aber, dass neben der Einführung eines elektronischen Meldesystems noch viele weitere, z.T. umfassende Änderungen vorgesehen werden, für deren Bewertung uns nicht einmal 4 Woche Zeit gewährt wurde.

Kritisch sehen die Krankenhäuser insbesondere die Ausweitung der Meldepflichten. Erstens ist vorgesehen, aus bisher nicht namentlichen Meldungen nun namentliche Meldungen zu machen, wobei die Inhalte dieser namentlichen Meldungen ebenfalls massiv ausgeweitet werden. Den Kliniken muss für diesen Mehraufwand endlich auch eine Meldevergütung zugestanden werden.

Zweitens sollen zukünftig nicht nur Ausbrüche zu melden sein, sondern auch Kolonisationen, wenn ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist. Des Weiteren aber auch Kolonisationen mit Erregern der RKI-Liste nach § 23 Abs. 4a IfSG-E. Hierdurch wird ein enormer Dokumentations- bzw. Meldeaufwand verursacht, der sowohl von den Kliniken als auch den Gesundheitsämtern kaum zu bewältigen sein wird. Zudem 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.

II. Zu den spezifischen Regelungen

Zu Artikel 1 - § 1 „Zweck des Gesetzes, Datenschutz“

Zu Absatz 3:

Neu aufgenommen wird ein Hinweis auf das allgemeine Datenschutzrecht.

Stellungnahme:

Die Aufnahme der Datenschutzregelung in § 1 Abs. 3 IfSG-E bringt keine Erleichterungen für die Infektionshygiene. Demgegenüber ist die Übermittlung der Information einer Besiedelung mit resistenten Erregern bei der Überleitung eines Patienten von einem Versorgungsbereich in einen anderen (ambulant – stationär – Rehabilitation) ein wichtiges datenschutzrechtliches Thema, das hier geregelt werden sollte.

Nach § 23 Abs. 8 Nr. 10 IfSG sind in den Landesverordnungen Regelungen zu treffen zur Information der aufnehmenden Einrichtung und niedergelassenen Ärzte bei der Verlegung, Überweisung oder Entlassung von Patienten über Maßnahmen, die zur Verhütung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen und von Krankheitserregern mit Resistenzen erforderlich sind.

Es herrscht nach wie vor große Unklarheit, ob dies bzw. die erlassenen Rechtsverordnungen eine geeignete datenschutzrechtliche Grundlage darstellen, um die Weiterbehandelnden auch ohne Einwilligung durch den Patienten – eventuell sogar gegen den ausdrücklichen Willen des Patienten – zu informieren. Einige Landesdatenschutzbeauftragte haben dies „positiv beschieden“. Eine gesetzliche Klarstellung ist aber dringend erforderlich. Dies betrifft auch die Information von Rettungsdiensten, die zwar in § 23 Abs. 8 Nr. 10 IfSG nicht explizit genannt sind, wohl aber in verschiedenen Landeshygieneverordnungen.

Änderungsvorschlag:

Ergänzung des neuen Absatzes 3 um folgenden Satz:

Soweit die auf der Grundlage des § 23 Abs. 8 Nr. 10 erlassenen Rechtsverordnungen der Länder eine Information von aufnehmenden Einrichtungen, niedergelassenen Ärzten und von Einrichtungen, die Notfallrettung und Krankentransport betreiben, vorsehen, bedarf diese nicht der Einwilligung des Patienten.

Zu Artikel 1 - § 4 „Aufgaben des Robert Koch-Institutes“

Redaktionell:

„Unter Nr. 4.b) muss es heißen: Absatz 2 Nummer 2 bis 5 wird durch folgende Nummern 2 bis 9 ersetzt [...]“

Zu Artikel 1 - § 6 „Meldepflichtige Krankheiten“

Zu Absatz 3:

Es wird eine namentliche Meldepflicht bei gehäuftem Auftreten von nosokomialen Infektionen und Kolonisationen sowie von Kolonisationen mit in der RKI-Liste genannten Erregern vorgesehen.

Stellungnahme:

Die dringende Notwendigkeit der Bekämpfung nosokomialer Infektionen und multiresistenter Keime steht außer Frage. Allerdings erschließt sich uns nicht, inwieweit durch eine Ausweitung der Meldepflichten an das Gesundheitsamt hier greifbare Erfolge erzielt werden könnten. In der Gesetzesbegründung finden sich hierzu leider auch keine Ausführungen. Vorgesehen sind mehrere Ausweitungen gegenüber der bisherigen Meldepflicht:

- Aus einer bisher nicht namentlichen Meldung wird eine namentliche Meldepflicht. Für die Krankenhäuser als meldende Stelle bedeutet dies, insbesondere auch im Hinblick auf die Erweiterungen in § 9 IfSG-E, einen erheblichen Mehraufwand im Vergleich zur derzeitigen Meldepflicht.

Die namentliche Meldepflicht ist aber auch aus Datenschutzsicht kritisch hinsichtlich ihrer Verhältnismäßigkeit zu hinterfragen. Der Eingriff in den Datenschutz und die ärztliche Schweigepflicht – insbesondere auch bei reiner Kolonisation – ist erheblich. Umgekehrt wird die direkte persönliche

Kontaktmöglichkeit zum Patienten in seltenen Fällen wirklich eine Rolle spielen. Bislang ist die namentliche Meldepflicht der Labore in § 7 Abs. 2 IfSG auf solche Fälle beschränkt, in denen Hinweise auf eine „schwerwiegende Gefahr für die Allgemeinheit“ bestehen. Nach dem vorgeschlagenen neuen Tatbestand kommt es dagegen nicht mehr auf das Gefährdungspotential, sondern nur auf den wahrscheinlichen epidemischen Zusammenhang an.

- Der Meldetatbestand wird auf 2 Ebenen um Kolonisationen erweitert. Auch dies wird die Zahl der Meldeereignisse drastisch steigern und damit sowohl den meldenden Krankenhäusern wie den empfangenden Gesundheitsämtern viel Aufwand bereiten, der in keinem Verhältnis zu dem zu erwartenden Nutzen steht.
 - o Es ist nicht nur das gehäufte Auftreten von nosokomialen Infektionen zu melden, sondern auch „damit zusammenhängende Kolonisationen, wenn ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist“. Ein epidemischer Zusammenhang lässt sich aber nur durch eine molekularbiologische Erregertypisierung 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 Genomtypisierung be- bzw. widerlegt werden.
 - o Völlig neu ist die Meldepflicht für ein gehäuftes Auftreten von Kolonisationen mit den in der RKI-Liste genannten resistenten Erregern „im zeitlichen Zusammenhang mit einer stationären oder ambulanten medizinischen Maßnahme“, wenn ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist. Die Tatbestandsmerkmale sind äußerst schwammig und können je nach Interpretation zu sehr unterschiedlichem Meldeverhalten führen, was die Aussagekraft der Daten deutlich reduziert. Es bleibt offen, wie ist das Tatbestandsmerkmal des zeitlichen Zusammenhangs zu verstehen ist – direkt davor, in den letzten Wochen, vor einem halben Jahr? Offenbar soll auch der Zusammenhang mit der Maßnahme eines anderen Behandlers ausreichen. Sehr unkonkret ist zudem die Frage, wann ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich oder zu vermuten ist.

In beiden Tatbestandsvarianten ist zudem offen, wann von einem gehäuften Auftreten auszugehen ist. Für eine aussagekräftige Meldepflicht müssen aber die Meldekriterien klar definiert sein. Der Meldepflichtige darf nicht durch Unsicherheiten und Nachforschungspflichten zusätzlich belastet werden.

Zusammenfassend ist die namentliche Meldung, insbesondere auch von Kolonisationen, aufwendig für alle Beteiligten, aber wenig hilfreich. Die Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht erscheint uns schwerwiegender als die Gefahr für die Allgemeinheit, die durch Kolonisationen ausgehen könnte. Die Zahl der Meldungen wird rasant ansteigen, obwohl eine konkrete Verbesserung eindämmender Maßnahmen durch die Gesundheitsbehörden durch die neuen Meldepflichten nicht zu erwarten ist. Die Gesundheitsämter kommen den Meldungen schon heute nicht hinterher und ein entsprechender Personalaufbau ist auch nicht absehbar. Damit handelt es sich um eine Sammlung mehr oder weniger sporadischer Daten mit hohem Aufwand und geringem Nutzen.

Für die Gewinnung epidemiologischer Erkenntnisse erscheint die Meldepflicht aus den o.g. Gründen schlecht geeignet und der Aufwand unverhältnismäßig hoch.

Änderungsvorschlag:

Beibehaltung des Wortlauts des geltenden § 6 Abs. 3 IfSG.

Zu Artikel 1 - § 9 „Namentliche Meldung“

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

Zu Absatz 1:

Stellungnahme:

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

- der gewöhnliche Aufenthaltsort des Patienten,
- die Betreuung oder Unterbringung (über Jugendeinrichtungen und Heime nach § 33 IfSG hinaus) in Krankenhäusern, Einrichtungen für ambulantes Operieren, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, Dialyseeinrichtungen, Tageskliniken, Entbindungseinrichtungen, Behandlungs- und Vorsorgeeinrichtungen, aber auch in Pflege- und Behindertenheimen und vergleichbaren Einrichtungen, Obdachlosenunterkünften, Gemeinschaftsunterkünften für Asylbewerber, Spätaussiedler und Flüchtlinge, sonstige Massenunterkünfte und Justizvollzugsanstalten (bisher), jeweils mit Name und Anschrift
- der Zeitpunkt oder Zeitraum der Infektion,
- bei 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, einschließlich intensivmedizinischer Behandlung und deren Dauer,
- Angaben zum Impfstatus bei impfpräventablen Krankheiten.
- die Telekommunikationsdaten des Patienten,
- die Telekommunikationsdaten des Meldenden,
- die Telekommunikationsdaten der mit der Erregerdiagnostik beauftragten Untersuchungsstelle,

Unklar ist, was in Nr. 9 unter einem „Zeitpunkt“ der Infektion zu verstehen ist und ob in Nr. 12 sich die Meldepflicht auf eine intensivmedizinische Behandlung durch eine andere Einrichtung als die meldende Einrichtung beziehen soll.

Zu begrüßen ist, dass die genannten Angaben nur gemeldet werden müssen, soweit sie vorliegen. Eine aktive Recherchepflicht ist den Meldenden weder zumutbar, noch im Rahmen der Behandlungsabläufe realisierbar.

Doch 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. Und gleichzeitig steigt gerade für Krankenhäuser die Zahl der meldepflichtigen Tatbestände nach § 6 Abs. 3 IfSG-E deutlich. Dies wird kaum zu leisten sein.

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 wir, dass endlich eine Meldevergütung eingeführt wird.

Redaktionell: In Absatz1 Nr. 7 fehlt ein Wort:

„7. Betreuung oder Unterbringung in Einrichtungen **im** Sinne der § [...]“

Zu Absatz 2:

Stellungnahme:

Für die vorgesehene Meldepflicht nach § 6 Abs. 3 IfSG-E wird in § 9 Abs. 2 IfSG-E eine Sonderregelung getroffen, die in den Nr. 7 bis 10 allerdings mehr auf Labore als auf Kliniken zugeschnitten ist.

Zudem spiegelt sich in Nr. 6 und 11 der Tatbestand der Kolonisation nicht wieder, wobei unklar ist, ob dies beabsichtigt oder ein Versehen ist.

Änderungsvorschlag:

Klarstellung des Gemeinten bzw. des Gewollten.

Zu Absatz 4:

Stellungnahme:

Angesichts der unklaren Kriterien erscheint in den Fällen einer Meldung nach § 6 Abs. 3 IfSG-E ein Meldezeitraum von 24 Stunden nach erlangter „Kenntnis“ schwer umsetzbar.

Änderungsvorschlag:

Falls die vorgesehenen Änderungen in § 6 Abs. 3 IfSG-E beibehalten werden schlagen wir folgende Ergänzung in Absatz 4 Satz 1 vor:

*„Die namentliche Meldung muss unverzüglich erfolgen und **außer in den Fällen des § 6 Abs. 3** spätestens innerhalb von 24 Stunden nach erlangter Kenntnis dem Gesundheitsamt nach Absatz 5 vorliegen.“*

Zu Absatz 5:

Stellungnahme:

Wir begrüßen, dass zumindest die Meldungen nach § 6 Abs. 3 IfSG-E nun nicht mehr an das Gesundheitsamt, in dessen Bezirk sich der Patient aufhält, zu erfolgen hat, sondern an das Gesundheitsamt, in dessen Bezirk sich die Einrichtung befindet. Dies ist sinnvoll und wird zur Verbesserung der beitragen.

Warum aber diese sinnvolle Regelung nicht auch für Meldungen nach § 9 Abs. 1 IfSG-E angewendet wird, erschließt sich uns nicht. Die Meldung an unterschiedliche Gesundheitsämter je nach letztem Aufenthaltsort des betroffenen Patienten ist organisatorisch von den Krankenhäusern schwer umsetzbar. Sinnvollerweise sollten die Krankenhäuser immer an das Gesundheitsamt melden, das für sie zuständig ist. Den Austausch zwischen den Gesundheitsämtern, der sowieso bei Ortswechsel der Patienten erfolgen muss, können diese selbst besser organisieren.

Änderungsvorschlag:

Krankenhäuser sollten generell an das Gesundheitsamt melden, in dessen Bezirk sie sich befinden. Damit würden auch die Meldung der Labore nach Abs. 3 im gleichen Gesundheitsamt ankommen.

Zu Artikel 1 - § 14 „Elektronisches Melde- und Informationssystem“

Es werden Regelungen zum elektronischen Melde- und Informationssystem geschaffen.

Stellungnahme:

Vom Grundsatz her bietet ein elektronisches Melde- und Informationssystem die Möglichkeit einer erleichterten Meldung und besseren und schnelleren Verwertung 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 elektronischen 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 Anpassungsaufwende im Krankenhaus planbar zu machen.

Weiter sollten die Leistungsmerkmale der Telematikinfrasturktur (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 (§ 8 IfSG) erfolgen."

Zu Artikel 1 - § 22a „Personenbezogene Daten“

Die bisherige Regelung in § 23a IfSG soll mit einem erweiterten Anwendungsbereich versehen werden.

Stellungnahme:

§ 23a IfSG ist erst wenige Monate in Kraft und soll bereits jetzt durch § 22a IfSG-E ersetzt werden. Die vorgesehene Regelung in § 22a IfSG-E bleibt jedoch nach Einschätzung der DKG in ihrer Aussagekraft deutlich hinter der bisherigen Regelung zurück.

Die Regelung in § 23a IfSG hat zunächst für viel Verunsicherung gesorgt, was sich zwischenzeitlich aber gebessert hat. Der neue § 22a IfSG-E dagegen enthält quasi nur eine „Nicht-Aussage“, nämlich dass das allgemeine Datenschutzrecht gilt. Damit wird die Verunsicherung wieder deutlich zunehmen, da unklar ist, was mit der Regelung bezweckt werden soll bzw. wozu sie gedacht ist.

Entscheidend für die Einrichtungen ist, hier nicht auf die Einwilligung und Freiwilligkeit des Beschäftigten angewiesen zu sein. Dies kommt in § 23a IfSG zum Ausdruck, der es dem Arbeitgeber erlaubt, über den Betriebsarzt eine gezielte Antwort auf eine gezielte Frage zu bekommen und der anschaulich die Konsequenzen für das Arbeitsverhältnis benennt.

Änderungsvorschlag:

Der Anwendungsbereich kann durch Verweise auf § 30 Abs. 5 oder sonstige Einrichtungen erweitert werden, ansonsten aber soll der Wortlaut des bisherigen § 23a IfSG soll beibehalten werden:

*„Wenn und soweit es zur Erfüllung von Verpflichtungen aus § 23 Absatz 3 **oder § 30 Absatz 5 oder in sonstigen Einrichtungen** in Bezug auf Krankheiten, die durch Schutzimpfung verhütet werden können, erforderlich ist, darf der Arbeitgeber personenbezogene Daten eines Beschäftigten im Sinne des § 3 Absatz 11 des Bundesdatenschutzgesetzes über dessen Impfstatus und Serostatus erheben, verarbeiten oder nutzen, um über die Begründung eines Beschäftigungsverhältnisses oder über die Art und Weise einer Beschäftigung zu entscheiden.“*

Zu Artikel 1 - § 23 „Nosokomiale Infektionen; Resistenzen; Rechtsverordnungen durch die Länder“

Zu Absatz 4:

Die Aufzeichnungs- und Bewertungspflichten sollen auf Rehabilitationskliniken ausgeweitet werden.

Stellungnahme:

Die Ausweitung der Aufzeichnungs- und Bewertungspflichten in § 23 Abs. 4 IfSG-E auf Rehabilitationskliniken wird von der DKG kritisch gesehen.

Es fehlt nach wie vor an einer klaren Definition, was der Gesetzgeber unter „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 Artikel 1 - § 36 „Einhaltung der Infektionshygiene“

Zu Absatz 3a:

Es wird eine Pflicht für Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen zur Benachrichtigung des Gesundheitsamtes beim Auftreten von Krätze eingeführt.

Stellungnahme:

Die Leiter u.a. von Krankenhäusern werden verpflichtet, das Gesundheitsamt unverzüglich zu benachrichtigen, wenn eine in der Einrichtung tätige oder untergebrachte Person an Skabies (Krätze) erkrankt oder dessen verdächtig ist.

Die Intention des Gesetzgebers wird in der Begründung zwar nachvollziehbar, aber sie sollte sich auf die in § 36 Abs. 1 IfSG genannten Einrichtungen beschränken. In der Begründung wird ausgeführt, dass in einer vom RKI durchgeführten Erhebung 61 % der Mitteilungen von Skabies-Vorkommen Einrichtungen gemäß § 33 IfSG betrafen und weitere 26 % Einrichtungen für Asylsuchende. An dritter Stelle werden – ohne Prozentangaben – Einrichtungen der Alten- und Behindertenpflege genannt. D.h. all die übrigen in § 36 Abs. 1 gelisteten Einrichtungen sowie die Einrichtungen nach § 23 Abs. 5 Nr. 1 und 3 sind zusammen für 13 % der Skabies-Meldungen verantwortlich. Dies rechtfertigt u.E. den Meldetatbestand für Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nicht, zumal völlig unklar ist, wie der Leiter einer Einrichtung Kenntnis davon erhalten soll, dass eine dort tätige Person evtl. unter Krätze leidet.

Änderungsvorschlag:

„(3a) Die Leiter von in Absatz 1 Nummer 2 bis 7 ~~oder in § 23 Absatz 5 Nummer 1 und 3 genannten Einrichtungen~~ haben das Gesundheitsamt, in dessen Bezirk sich die Einrichtung befindet, unverzüglich zu benachrichtigen und krankheits- und

personenbezogene Angaben zu machen, wenn eine in der Einrichtung tätige oder untergebrachte Person an Skabies (Krätze) erkrankt oder dessen verdächtig ist.“

Zu Artikel 1 - § 69 „Kosten“

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 Referentenentwurf 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, dass ein Doppelzimmer einzeln belegt werden muss, 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.