

✉ **dgi-Geschäftsstelle**

Frau Monika Ecke
Perleberger Straße 27
D-10559 Berlin
Telefon: 030 - 3980 193 10
Telefax: 030 - 3980 193 25
E-Mail: administration@dgi-net.de

✉ **dgi-Vorstandssekretariat**

Frau Gisela Kremer
Frau Daniela Weiland
Klinik I für Innere Medizin, Infektiologie
Uniklinik Köln
Kerpener Straße 62, Haus 16
D-50937 Köln
Telefon: 0221 - 478 3324
E-Mail: vorstand@dgi-net.de

20. Januar 2015

Infektionskrankheiten – eine Herausforderung für Medizin und Gesellschaft

Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie (DGI)

Infektionskrankheiten spielen in der öffentlichen Diskussion eine zunehmend große Rolle. Im Krankenhaus erworbene Infektionen, Infektionen mit multiresistenten Erregern und neue bedrohliche Infektionserkrankungen (Ebola) stehen hier im Mittelpunkt des Interesses. Die DGI begrüßt die öffentliche Auseinandersetzung mit diesen Themen sehr und setzt sich für eine verbesserte Versorgung von Infektionspatienten ein. Klinische Infektiologen sind in die unmittelbare Behandlung von Infektionspatienten einbezogen. Sie arbeiten eng mit Mikrobiologen (Diagnostik) und Krankenhaushygienikern (Prävention von nosokomialen Infektionen) zusammen. Infektiologen kennen die zunehmende Problematik komplexer Infektionen aus eigener klinischer Erfahrung sehr gut. Die DGI tritt für eine sachgerechte, an der wissenschaftlichen Evidenz orientierte Diskussion bezüglich Maßnahmen der Infektionsverhütung und Infektionsbehandlung ein. Dabei ist die kritische Diskussion solcher Maßnahmen hinsichtlich des direkten Nutzens für die Patienten von wesentlicher Bedeutung.

Speziell im Bereich nosokomiale Infektionen und multiresistente Erreger ist die derzeitige Diskussion gekennzeichnet durch wenig belastbare Daten, methodische Probleme und die unsichere Bewertung der Kosten-Nutzen-Relation von Interventionen. Die Vermeidung von Infektionen muss oberstes Ziel sein, aber rund zwei Drittel der nosokomialen Infektionen sind auch mit besten krankenhaushygienischen Maßnahmen kaum vermeidbar. Bei diesen Infektionserkrankungen muss umso mehr eine optimale Behandlung sichergestellt werden. Der Einsatz von Antiinfektiva muss jedoch rational sein (Stichwort *Antibiotic Stewardship*, ABS). Eine Übertherapie mit Antibiotika fördert einerseits Resistenzentwicklung und kann andererseits auch negative Folgen für den einzelnen Patienten ha

Vorstand 2013-2015

Prof. Dr. Gerd Fätkenheuer
(Vorsitzender)
PD Dr. Susanne Herold
Prof. Dr. Winfried V. Kern
Prof. Dr. Bernhard R. Ruf
Prof. Dr. Bernd Salzberger
Prof. Dr. Norbert Suttrop
Prof. Dr. Jan van Lunzen

Beirat 2013-2015

Gewählte Mitglieder

Prof. Dr. Reinhard Berner
PD Dr. Rika Draenert
Prof. Dr. Gérard Krause
Prof. Dr. Mathias Pletz
Prof. Dr. Jan Rupp
Prof. Dr. Hans-Jürgen Stellbrink
Prof. Dr. Evelina Tacconelli

Sektionssprecher

Dr. Dr. Katja de With
Prof. Dr. Thomas Harrer
Prof. Dr. Stefan Hippenstiel
Prof. Dr. Sebastian Lemmen

Sprecher der Ausschüsse

Prof. Dr. Johannes Bogner
Prof. Dr. Oliver Cornely
Dr. Stephan Klauke
Prof. Dr. Stefan Reuter
Prof. Dr. Andrew Ullmann
Prof. Dr. Oliver Witzke

Assistentensprecher

Dr. Stefan Hagel
Dr. Clara Lehmann

Bankverbindung:

Deutsche Bank 24
BLZ 10070024
Konto 7900004
IBAN DE61 100700240790000400
BIC (SWIFT) DEUTDE33

ben (*Clostridium difficile*-assoziierte Diarrhoe, unerwünschte Arzneimittelwirkungen).

Die DGI sucht – gemeinsam mit anderen relevanten Fachgesellschaften – den Dialog mit politischen Entscheidungsträgern, bevor es zur Verabschiedung weiterer und gegebenenfalls einseitig fokussierter Regularien oder Gesetzesvorgaben kommt. Im Sinne einer qualitativ hochwertigen und möglichst kosteneffektiven Patientenversorgung ist der Dialog zwischen Gesundheitspolitikern und den maßgeblichen medizinischen Fachgesellschaften dringend erforderlich.

Als zentrale Aufgaben der Infektionsmedizin sieht die DGI:

- Die Prävention von Infektionen
- Die fachgerechte Behandlung von Infektionen
- Die Vermeidung bzw. Eingrenzung von Antibiotikaresistenzen

Um diese Ziele zu erreichen, schlägt die DGI den folgenden Maßnahmenkatalog vor.

1. *Die Infrastruktur der Infektionsmedizin in den Krankenhäusern muss verbessert werden.*

Hierzu ist zusätzliches geschultes Fachpersonal notwendig. Insbesondere müssen vermehrt klinisch tätige Infektionsspezialisten (Infektiologen) ausgebildet werden, die eine sachgerechte und qualitativ hochwertige Versorgung von Infektionspatienten gewährleisten können. Die bisherigen, insbesondere auf die vermehrte Weiterbildung von Krankenhaushygienikern ausgerichteten Maßnahmen sind notwendig, aber hierzu nicht ausreichend, da sie nicht auf direkt am Patienten tätige Ärzte ausgerichtet sind. Eine entsprechende Refinanzierung auch für die Anstellung von Infektiologen oder ersatzweise von ABS-Experten bzw. für die Weiterbildung von klinischen Fachärzten zu Infektiologen ist deshalb zu fordern. Der Bedarf alleine im Krankenhausbereich für einen besseren rationalen Einsatz von Antibiotika wird auf mindestens 1000 Fachkräfte geschätzt. Dieser Bedarf kann perspektivisch nur gedeckt werden, wenn es auch entsprechende Weiterbildungsstellen gibt, da die bisherigen Möglichkeiten nicht ausreichend sind.

Um potenziellen Kandidaten eine Karriereperspektive zu bieten, sollten unbedingt auch weitere infektiologische Abteilungen in Krankenhäusern etabliert werden. Dies ist für die Attraktivität des Fachgebietes Infektiologie und damit für die Gewinnung von Nachwuchs wesentlich. Für kleinere Krankenhäuser kann auch die Einstellung von ärztlichen Kollegen mit einer Doppelqualifikation (Infektiologie oder ABS-Experte plus Krankenhaushygiene) attraktiv sein.

2. *Die Vergütung infektiologischer Leistungen muss verbessert werden.*

Vielfach ist die Refinanzierung aufwendiger infektiologischer Maßnahmen im DRG-System nicht gewährleistet. Eine Verbesserung der Situation bedarf deshalb einer entsprechenden Vergütung. Die DGI empfiehlt die Einrichtung einer speziellen Vergütungsziffer für infektiologische Komplexbehandlung bei Patienten mit definierten Infektionskrankungen bzw. infektiologischen Komplikationen. Die Abrechnungsmöglichkeit muss an den Nachweis einer Behandlung (schriftliche Dokumentation) durch einen Infektiologen (Facharztstandard) gebunden sein.

3. *Die Schaffung infektiologischer Referenzzentren ist notwendig.*

Strukturell ist die Infektionsmedizin im Krankenhaus immer dann besonders stark, wenn die Disziplinen Klinische Infektiologie, mikrobiologische Labordiagnostik und Hygiene verfügbar und adäquat ausgestattet sind sowie auf Augenhöhe kooperieren. Es sollten deshalb solche modellhaften Infektionszentren an der Mehrzahl der Universitätskliniken sowie an sonstigen Kliniken der Maximalversorgung (mindestens 50%) eingerichtet werden. Diese Infektionszentren können als regionale Referenzzentren dienen (Übernahme von Problempatienten, Beratung peripherer Krankenhäuser, Nachsorge etc.). Die Finanzierung muss dabei gesichert sein (z. B. über Zuschläge oder die bessere Vergütung qualitativ hochwertiger Leistungen). Diese Referenzzentren sollten zusätzlich die Aufgabe haben, die Forschung, insbesondere auch Versorgungsforschung im Bereich der Infektionsmedizin zu intensivieren. Hierbei bietet sich eine enge Zusammenarbeit mit den bereits etablierten universitären Abteilungen für Infektiologie sowie mit dem Deutschen Zentrum für Infektionsforschung (DZIF) an.

4. *Krankenhäuser sollten Indikatoren für die Strukturqualität der Infektionsmedizin veröffentlichen.*

Hier erscheint aktuell die Veröffentlichung von Strukturkennzahlen (z. B. Zahl der beschäftigten Infektiologen bzw. ABS-Experten, Zahl der infektiologischen Konsile, Verfügbarkeit von lokalen Leitlinien, Verfügbarkeit und Einsicht in Resistenzstatistiken und Antibiotikaverbrauchsstatistiken) sinnvoll. Die Veröffentlichung von Ergebnisindikatoren ist dagegen derzeit nicht empfehlenswert. Solche Kennziffern, wie z. B. die Rate von nosokomialen Infektionen oder die Rate von multiresistenten Erregern, sind aus unterschiedlichen Gründen häufig irreführend. So können klinisch relevante Erkrankungen (Infektionen) nicht sicher von bloßen Besiedlungen (Kolonisierung) unterschieden werden. Außerdem sind solche Kennzahlen sehr stark abhängig von der Struktur der Patientenversorgung (Altersstruktur, Schweregrad der Erkrankungen, Multimorbidität etc.). Insgesamt erscheinen sie

deshalb zur Zeit nicht dafür geeignet, als valide Qualitätsparameter zu dienen.

5. *Die gegenwärtige Fokussierung der Diskussion auf multiresistente Erreger ist nicht zielführend.*

Die Ausbreitung multiresistenter Erreger, insbesondere bei gramnegativen Bakterien, stellt global gesehen aktuell eine der größten medizinischen Herausforderungen dar. Die Dringlichkeit entsprechender Gegenmaßnahmen ist deshalb vielfach herausgestellt worden (z.B. WHO). In Deutschland stellen diese Erkrankungen bisher glücklicherweise jedoch nur einen geringen Anteil an allen Infektionen dar. Wir haben noch die Chance, die weitere Ausbreitung dieser Erreger deshalb durch entsprechende krankenhaushygienische Maßnahmen und durch Vermeidung unnötiger Therapien mit Breitspektrumantibiotika zu verhindern. Deshalb sind wirksame präventive Maßnahmen in diesem Bereich unbedingt erforderlich. Außerdem ist eine Verbesserung der Behandlungsmöglichkeiten für betroffene Patienten dringend notwendig. Vermehrte Anstrengungen in diesem Bereich müssen allerdings begleitet sein von Maßnahmen, welche die Versorgung von Infektionspatienten insgesamt verbessern. Eine alleinige Fokussierung der Infektionsmedizin auf die Eindämmung multiresistenter Erreger, insbesondere die Einführung gesetzlich verankerter Screeningmaßnahmen ist wenig zielführend und würde außerdem den allergrößten Teil der Infektionspatienten außer Acht lassen. Umgekehrt stellen eine optimale allgemeine Infektionsprävention und Infektionsbehandlung derzeit den besten Schutz vor der Ausbreitung multiresistenter Erreger dar. Deshalb sieht die DGI die generelle Verbesserung der Versorgungssituation von Infektionspatienten als sinnvollste und effektivste Maßnahme an.