

Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände



Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände · Postfach 12 03 15 · 10593 Berlin
Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit
Frau Vorsitzende
Dr. Martina Bunge, MdB
Platz der Republik 1
11011 Berlin

18.03.2009/sue

Bearbeitet von
Andrea Vontz-Liesegang
Lutz Decker

Telefon 0221/3771-260
Telefax 0221/3771-177

E-Mail:
andrea.vontz@staedtetag.de
lutz.decker@staedtetag.de

per E-Mail: katharina.lauer@bundestag.de

Aktenzeichen
54.06.87

Öffentliche Anhörung zum Antrag der Fraktion DIE LINKE Krankenhausinfektion vermeiden – Multiresistente Problemkeime wirksam bekämpfen

Sehr geehrte Frau Dr. Bunge,

für die den Mitgliedern der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände eingeräumte Möglichkeit, zum o. g. Problemkreis Stellung zu nehmen und an der Anhörung teilzunehmen, bedanken wir uns sehr. Wie bereits mitgeteilt, wird die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände von Herrn Prof. Dr. med. Bernhard Ruf und Frau Hauptreferentin Andrea Vontz-Liesegang vertreten werden.

Mit unserer schriftlichen Stellungnahme möchten wir auf die Punkte hinweisen, die aus kommunaler Sicht besonders wichtig sind. In den krankenhausspezifischen Fragestellungen steht der von uns benannte Experte, Herr Prof. Ruf, für mündliche Erörterungen zur Verfügung.

Darüber hinaus ist insbesondere mit Blick der Kommunen als Träger des Öffentlichen Gesundheitsdienstes nachfolgendes anzumerken:

Zu II. a) 1.

*"II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,
a) zu prüfen, auf welchem Weg sie folgende Ziele am besten erreichen kann und die notwendigen Schritte zu einer erfolgreichen Eindämmung der Krankenhauskeime zu unternehmen:
1. Wirkungsvolle verbindliche Regelungen, um mit den bekannten, geeigneten Maßnahmen Infektionen nicht nur zu einem zu späten Zeitpunkt zu erfassen und zu heilen, sondern sie durch Präventionsmaßnahmen bereits in ihrer Entstehung zu verhindern,"*

Dies dürften eher in der Verantwortung der Länderebene bzw. Betreiberverantwortlichkeit liegen.

Zu II. a) 2.

„die Einsetzung von Ärztinnen und Ärzten für Hygiene und Hygienefachkräften in Krankenhäusern in allen Bundesländern gemäß dem Vorbild von Berlin, Sachsen und Bremen,“

Hinzuweisen ist auf die Wirkung einer Krankenhaushygieneverordnung, wie sie etwa in Nordrhein-Westfalen besteht. Entsprechendes wäre aber Ländersache.

Zu II. a) 3.

„die Befähigung des Fachpersonals der Gesundheitsämter durch personelle Aufstockung und Qualifizierung, um deren Aufsichtspflicht besser zu gewährleisten,“

Hier ist die fachliche und personelle Ausstattung der Gesundheitsämter und somit insbesondere die kommunale Ebene und die dortige Verantwortung angesprochen. Der Bund kann hier keine Vorgaben machen.

Zu II. a) 4.

„die konsequente Umsetzung der bestehenden Richtlinie des Robert Koch-Instituts zur Prävention von MRSA (Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus);“

Hier ist die Verantwortung der Betreiber einer Einrichtung angesprochen, die –unter Punkt 4 genannte- Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert-Koch Institut zu MRSA umzusetzen.

Zu II. b)

„dafür Sorge zu tragen, dass die Einführung und Etablierung von wirksamen Präventionsstrategien und -maßnahmen gegen Krankenhausinfektionen für die Krankenhäuser auch betriebswirtschaftlich sinnvoll sind, damit es nicht zum Verzicht auf derartige Investitionen kommt;“

Wir unterstützen hinsichtlich der Krankenhäuser die Auffassung, dass die Einführung und Etablierung von wirksamen Präventionsstrategien und Maßnahmen gegen Krankenhausinfektionen für die Krankenhäuser auch betriebswirtschaftlich sinnvoll sein müssen. Es wäre wünschenswert, wenn entsprechende Zuschläge zu den Fallpauschalen für besondere Aufwendungen gegen Infektionen vorgesehen werden.

Zu II. c)

„eine Meldepflicht für MRSA und ggf. andere gefährliche Krankenhauskeime einzuführen;“

Die Einführung einer Meldepflicht für MRSA erscheint sinnvoll; das Verfahren ist allerdings auch schon eingeleitet.

Zu II. d)

„bei der Auswahl der geeigneten Maßnahmen auch die Beispiele erfolgreicher europäischer Nachbarländer heranzuziehen.“

Die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert-Koch Institut hat bereits Empfehlungen erarbeitet, bei denen auch die Maßnahmen in europäischen Nachbarländern berücksichtigt wurden und geprüft, inwieweit diese auf Deutschland übertragbar sind.

Neben den vorangegangenen Anmerkungen zu den Einzelpunkten des Antrags weisen wir darauf hin, dass ein wichtiges Problem auch bei der Vergütung der Kosten im ambulanten Bereich bzw. bei der Vergütung der Hausärzte für das Screening zum Feststellen eines MRSA-Status, z.B. bei Bewohnern in Pflegeheimen, liegt. Hausärzte müssten dem Antragsteller, z.B. einem Heim, die Untersuchung privatärztlich in Rechnung stellen. Erst seit 1. Januar 2009 werden die Screeningkosten mittels PCR-Schnelltest durch die gesetzlichen Krankenversicherungen bezahlt, wenn der Arzt einen begründeten (medizinischen) Verdacht für eine MRSA-Infektion bei einem unbehandelten Patienten hat. Es belastet jedoch seinen "Laborwirtschaftlichkeitsbonus", da MRSA keine meldepflichtige Erkrankung ist. Bei meldepflichtigen Erkrankungen gilt ein "Ausnahmetatbestand". Leider werden Kontrollabstriche während und nach Sanierung weiterhin nicht vergütet. Heime bekommen ihrer zusätzlichen Kosten für die Schutzmaßnahmen und die Sanierung (Schutzkleidung, Waschlotionen, usw.) nicht angemessen vergütet. Die Kosten sollen angeblich mit dem Pflegesatz abgegolten werden. Für die erheblichen, zum Teil vierstelligen zusätzlichen Kosten pro Patient und Monat reicht der Pflegesatz jedoch nicht aus.

Mit freundlichen Grüßen
In Vertretung



Dr. Manfred Wienand