

Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände



Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände · Postfach 12 03 15 · 10593 Berlin
Gesundheitsausschuss des
Deutschen Bundestages
Frau Vorsitzende
Dr. Carola Reimann, MdB
Platz der Republik 1
11011 Berlin

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

02.05.2011/sue

<p>Deutscher Bundestag Ausschuss f. Gesundheit</p> <p>Ausschussdrucksache 17(14)0124(8) gel. VB zur Anhörung am 9.5. 11_Infektionsschutzgesetz 02.05.2011</p>	<p>Bearbeitet von Andrea Vontz-Liesegang</p> <p>Telefon 0221/3771-260 Telefax 0221/3771-177</p> <p>E-Mail: andrea.vontz@staedtetag.de</p> <p>Aktenzeichen \$4.06.87</p>
--	---

Öffentliche Anhörung am Montag, 9. Mai 2011 in der Zeit von 13:30 – 16:00 Uhr

Sehr geehrte Frau Dr. Reimann,

für die Einladung zur o. g. öffentlichen Anhörung zum

- a) Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP **Entwurf eines ... Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze** BT-Drucksache 17/5178 (*hierzu*: Ausschussdrucksache 17(14)0120 -Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und FDP)
- b) Antrag der Abgeordneten Bärbel Bas, Mechthild Rawert, Dr. Carola Reimann, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der SPD **Besserer Schutz vor Krankenhausinfektionen durch mehr Fachpersonal für Hygiene und Prävention** BT-Drucksache 17/4452
- c) Antrag der Abgeordneten Harald Weinberg, Dr. Martina Bunge, Inge Höger, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE. **Krankhausinfektionen vermeiden - Tödliche und gefährliche Keime bekämpfen** BT-Drucksache 17/4489 und
- d) Antrag der Abgeordneten Dr. Harald Terpe, Fritz Kuhn, Birgitt Bender, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN **Prävention von Krankenhausinfektionen verbessern** BT-Drucksache 17/5203

danken wir Ihnen.

Die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände wird von

Herrn Geschäftsführer
Professor Dr. Martin Hansis
Städtisches Klinikum Karlsruhe gGmbH
Moltkestraße 90
76133 Karlsruhe
Tel: +49 721 974-1001
Fax: +49 721 974-1009
E-Mail: geschaeftsfuehrung@klinikum-karlsruhe.de
Geburtsdatum: 02.02.1951

vertreten werden.

In der **Anlage** übersenden wir unsere ausführliche Stellungnahme zum Referentenentwurf mit der Bitte, die diesbezüglich vorgebrachten Argumente zu berücksichtigen. Vertiefend möchten wir nochmals insbesondere auf Folgendes hinweisen:

Die kommunalen Spitzenverbände unterstützen die Bemühungen des Bundes und der Länder um eine weitere Verbesserung der Krankenhaushygiene. Städte und Landkreise sind dabei als Träger eigener Krankenhäuser wie auch -jedenfalls in den meisten Ländern- als Überwachungsbehörde wichtige Partner. Insgesamt sehen die geplanten Neuregelungen eine Intensivierung sowohl der Überwachungstätigkeit durch das Gesundheitsamt mit entsprechend erhöhten Anforderungen an die personelle Ausstattung als auch die Schaffung geeigneter personeller Voraussetzungen in den zu überwachenden Einrichtungen vor. Zunächst müssen die Voraussetzungen geschaffen werden, damit überhaupt geeignetes Fachpersonal zur Verfügung steht. Eine entsprechende Aus- und Fortbildungsoffensive im Bereich der Krankenhaushygiene ist erforderlich.

1. Umsetzung in den Krankenhäusern

Die Umsetzung verschärfter Personal- und Verfahrensstandards wird in den Krankenhäusern zu erheblich steigenden personellen Anforderungen führen. Das notwendige Personal mit entsprechender Qualifizierung ist aber auf dem Arbeitsmarkt derzeit nicht ohne weiteres und überall verfügbar. Um diese Probleme zu entschärfen, sollte dringend eine ausreichende Übergangsfrist eingeräumt werden, die den Krankenhäusern eine Umsetzung ermöglicht.

2. Aufsicht durch den ÖGD

Entsprechendes gilt auch für den ÖGD. Auch für Aufsichtsfunktionen in den Gesundheitsämtern steht entsprechendes Fachpersonal nicht sofort zur Verfügung. Eine angemessene Übergangsfrist würde daher auch hier helfen, die nötigen Vorkehrungen zu treffen.

3. Finanzierung

Da das Gesetz nur mit einer entsprechenden Personalausstattung umzusetzen ist, muss nicht nur für den ambulanten Bereich, sondern auch für den stationären Bereich, eine entsprechende Kostenerstattung vorgesehen werden. Die unter DRG-Bedingungen fortschreitende Arbeitszeitverdichtung in den Krankenhäusern ist wenig geeignet, die Krankenhausinfektionsrate in Deutschland zu senken. Nur eine angemessene Kostenerstattung kann eine entsprechende Verbesserung bewirken. Diese zusätzlichen Lasten für die Krankenhäuser sind durch die Krankenversicherung zu übernehmen. Von zentraler Bedeutung wäre dabei auch eine tatsächliche Kostenübernahme für Diagnostik und Therapie von MRSA/MRE-Patienten, nicht nur

im ambulanten, sondern auch im stationären Bereich. Keinesfalls ist es akzeptabel, den sicher eintretenden erhöhten Ausgaben der Kliniken hypothetische Entlastungen entgegenzustellen.

Etwaige Entlastungen der Krankenhäuser durch den Rückgang von Komplikationen können erst dann gegengerechnet werden, wenn sie tatsächlich entstehen. Bislang stellen sie Hypothesen dar. Zudem sind die Möglichkeiten einer „Entlastung“ in den Krankenhäusern verschiedener Disziplinen sehr unterschiedlich.

Die zusätzlichen Kosten für die kommunalen Gesundheitsämter für die umfangreichere Überwachung sind von den Ländern vollständig auszugleichen (strikte Konnexität).

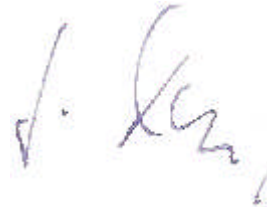
Wir erlauben uns des Weiteren den Hinweis darauf, dass es -neben dem Ausgleich der bereits geschilderten finanziellen Belastungen der Gesundheitsämter und Krankenhäuser- absolut notwendig ist, die Erstattungsfähigkeit der verordneten Präparate zur Sanierung vorzusehen. Erfahrungsgemäß wird ein großer Teil der Patienten nicht in der Lage sein, die teilweise nicht unerheblichen Kosten selbst zu tragen.

Wir bitten abschließend nochmals um Berücksichtigung unserer Anmerkungen.

Mit freundlichen Grüßen
In Vertretung



Verena Göppert
Beigeordnete
des Deutschen Städtetages



Jörg Freese
Beigeordneter
des Deutschen Landkreistages



Uwe Lübking
Beigeordneter
des Deutschen Städte- und Gemeindebundes

Anlage

Deutscher Städtetag · Postfach 51 06 20 · 50942 Köln

Bundesministerium für Gesundheit
Rochusstraße 1
53123 Bonn

per E-Mail: krankenhaushygienegesetz@bmg.bund.de

Marienburg
Lindenallee 13 - 17
50968 Köln

24.02.2011/sue

Telefon +49 221 3771-0
Durchwahl 3771-2 60
Telefax +49 221 3771-1 77

E-Mail

andrea.vontz@staedtetag.de

Bearbeitet von

Andrea Vontz-Lieseang

Aktenzeichen

54.06.87

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Krankenhaushygiene und zur Änderung weiterer Gesetze

Ihr Schreiben vom 10.02.2011; Aktenzeichen: 323-320190

Sehr geehrte Damen und Herren,

für die Übersendung des Referentenentwurfs eines Gesetzes zur Verbesserung der Krankenhaushygiene und zur Änderung weiterer Gesetze und die uns eingeräumte Möglichkeit zur Stellungnahme danken wir.

Wir haben zum Entwurf zunächst folgende grundsätzliche Anmerkungen:

Das Ziel, die Zahl der nosokomialen Infektionen insbesondere mit resistenten Erregern u. a. durch eine bessere Einhaltung von Hygieneregeln und eine sachgerechte Verordnung von Antibiotika sowie die Berücksichtigung von sektorübergreifenden Präventionsansätzen zu senken, unterstützen wir uneingeschränkt. Dies gilt auch für die beabsichtigte Stärkung von Qualität und Transparenz der Hygiene in Einrichtungen. Soweit die Städte Träger von Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes oder Träger von Kliniken und Pflegeeinrichtungen sind, sind sie von den Regelungen unmittelbar betroffen. Mit dieser Stellungnahme wird der Versuch unternommen, sowohl die Interessenlage des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, der die Überprüfungen durchführt, zu berücksichtigen als auch den Interessen der städtischen Kliniken Rechnung zu tragen, denen verschiedene zusätzliche Pflichten auferlegt werden.

Im allgemeinen einführenden Teil des Referentenentwurfs sind die Ausführungen unter **D „Finanzielle Auswirkungen auf die öffentliche Haushalte“** insoweit unvollständig, als zwar ausgeführt wird, dass das Gesetz finanzielle Auswirkungen sowohl auf die Gesetzliche Krankenversicherung als auch auf Bund und Länder haben wird, finanzielle Auswirkungen auf die Kommunen allerdings nicht erwähnt werden. Dies gilt auch hinsichtlich des den Kommunen entstehenden Vollzugsaufwands.

Unter **E „Sonstige Kosten“** wird zwar erwähnt, dass Kosten für die Wirtschaft bei den in § 23 Absatz 3 und 8 IfSG genannten Einrichtungen entstehen können. Dies gilt insbesondere hinsichtlich der zukünftigen, vom Gemeinsamen Bundesausschuss zu beschließenden Regelungen. Unerwähnt bleiben allerdings die erheblichen finanziellen Auswirkungen, die für die Krankenhäuser zu erwarten sind. Zumindest in der Anfangsphase, bis eine Abbildung im DRG-System erfolgt, müssen die Krankenhäuser erheblich in Vorleistung gehen. Hinsichtlich baulicher Anforderung ist überhaupt keine Refinanzierung zu erwarten. Die unterstellten Einsparungen sind in der Praxis kaum zu realisieren und wahrscheinlich allenfalls marginal.

Zu den Ausführungen unter **F „Bürokratiekosten“** ist festzustellen, dass erhebliche zusätzliche Bürokratiekosten nicht nur in den Krankenhäusern, sondern auch beim Öffentlichen Gesundheitsdienst zu erwarten sind.

Im Hinblick auf die einzelnen Vorschriften des Referentenentwurfs haben wir nachfolgende Anmerkungen im Detail:

Zu Art. 1, Änderung des IfSG

Eine Reihe von Gesundheitsämtern aus dem Mitgliedsbereich regen eine Meldepflicht nach § 6 und 7 IfSG an.

Zu Nr. 5

- § 11 IfSG – neu

Der Text des Referentenentwurfs ist hinsichtlich des zu übermittelnden „wahrscheinlichen Infektionsrisikos“ unscharf. Hier sollte ein eindeutiger Meldetatbestand definiert oder auf die Übermittlung verzichtet werden. Problematisch ist auch, dass eine Übermittlungspflicht der Gesundheitsämter „spätestens zum 3. Arbeitstag der folgenden Woche“ postuliert wird, oftmals notwendige Informationen dann aber noch nicht vorliegen.

Zu Nr. 7

- § 23 Abs. 1,2 und 3 IfSG – neu

Es ist eine Präzisierung erforderlich, welche „anderen medizinischen Einrichtungen“ gemeint sind. In Betracht kommen beispielsweise Einrichtungen für ambulantes Operieren, Dialysezentren, medizinische Versorgungszentren, Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Praxen sonstiger Heilberufe, (Alten-)Pflegeheime, ambulante Pflegedienste etc.; die als Regelbeispiele verdeutlicht werden könnten.

Mit der Regelung in Abs.3 sollen die Empfehlungen der KRINKO ein stärkeres Gewicht erhalten. Dies ist vor dem Hintergrund, dass nicht alle Empfehlungen der KRINKO stets den

aktuellsten Wissenstand darstellen, nicht unproblematisch. Zudem erscheint auch problematisch, dass die KRINKO teilweise Forderungen aufstellt, die von den Krankenhäusern nicht erfüllt werden können. Nach derzeitigem Sachstand sind beispielsweise die Empfehlungen der KRINKO zur Personalausstattung rein faktisch nicht zu erfüllen, da die erforderliche Anzahl von Krankenhaushygienikern, hygienebeauftragten Ärzten und Hygienefachkräften mangels entsprechender Ausbildungskapazität überhaupt nicht und auch nicht in absehbarer Zeit zur Verfügung steht. Daher sollten die Empfehlungen der KRINKO aus Sicht der städtischen Krankenhäuser auch weiter reinen Empfehlungscharakter haben und auf eine größere Verbindlichkeit verzichtet werden.

Auch die für die Empfehlungen der Kommission ART in Abs. 2 vorgesehene „Verbindlichkeit“ ist in dieser Form problematisch. Es besteht die Gefahr, dass evtl. unterschiedliche Vorgaben gemacht werden, die z. B. mit den Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses nicht kompatibel sind.

- § 23 Abs. 4 IfSG – neu

Aus Sicht der Gesundheitsämter sollte Satz 3 im neu gefassten § 23 Abs. 4 wegen häufig auftretender Schwierigkeiten bei der infektionshygienischen Überwachung dahingehend geändert werden, dass dem zuständigen Gesundheitsamt auf Verlangen Einsicht in die Aufzeichnungen gewährt wird oder die Aufzeichnungen dem Gesundheitsamt ohne personenbezogene Daten zur Auswertung zu überlassen sind. Zudem sollte ergänzend eine Dokumentationspflicht für die getroffenen Schlussfolgerungen hinsichtlich erforderlicher Präventionsmaßnahmen und deren Umsetzung vorgesehen werden.

- § 23 Abs. 5 und 6 IfSG – neu

Aus infektionshygienischer Sicht bietet sich eine Erweiterung der erfassten Einrichtungen und Praxen, die vom Gesundheitsamt zu überwachen sind, an. Auch für die in § 23 Abs. 6 aufgeführten Praxen sollte die Pflicht zur Erstellung eines Hygieneplans festgeschrieben werden. Die Unterscheidung zwischen den Einrichtungen nach Abs. 5 und 6 ist nicht nachvollziehbar, da ein gleichgelagertes Infektionsrisiko besteht. Arztpraxen sowie Zahnarztpraxen und Praxen sonstiger Heilberufe, in denen invasive Eingriffe vorgenommen werden, sollten daher zwingend der Überwachung durch das Gesundheitsamt unterliegen.

Verstärkte Kontrollpflichten bedeuten auch, dass ein erheblich höherer Personalbedarf bei den Kontrollierten und den Kontrollierenden besteht und andere Qualifikationen des Personals erforderlich sind. Dies würde eine erhebliche Kostenbelastung der kommunalen Gebietskörperschaften als untere Gesundheitsbehörden und als Träger der städtischen Kliniken bedeuten. Aus dem Konnexitätsprinzip folgt, dass die für den entstehenden Mehraufwand erforderlichen Finanzmittel den Kommunen ggf. zur Verfügung zu stellen sind.

- § 23 Abs. 8 IfSG – neu

Da viele Probleme sektorübergreifend auftreten, sollten die zu erarbeitenden Rechtsverordnungen der Länder auch Regelungen für ambulante Einrichtungen, wie Arztpraxen, Zahnarztpraxen und Praxen anderer Heilberufe explizit enthalten.

- § 23 Abs. 8 Nr. 1 IfSG – neu

Hinsichtlich der Prävention nosokomialer Infektionen und der Weiterverbreitung von Krankheitserregern, insbesondere solcher mit Resistenzen, kommt den hygienischen Mindestanforderungen an die baulich-technischen Bedingungen eine hohe Bedeutung zu. Aus diesem Grunde sind aus Sicht der Gesundheitsbehörden insbesondere Vorgaben zu ausreichenden Isolierungsmöglichkeiten in Einzelzimmern auf Normalstationen und ausreichenden Isolierzimmern mit einem Vorraum auf Intensivstationen zu fordern. Dies gilt insbesondere hinsichtlich der baulichen Ausgestaltung von Intensivstationen, wo die generelle Unterbringungsmöglichkeit der Patienten auch in „Einzelboxen“ als Möglichkeit vorzusehen ist.

Dies würde allerdings für die Krankenhäuser, die durch derartige Vorgaben und Standards belastet werden, einen erheblichen baulichen und später auch personellen Mehraufwand bedeuten. Es ist sicherzustellen, dass diese Kosten, die in den DRG´s nicht enthalten sind, finanziert werden.

- § 23 Abs. 8 Nr. 3 IfSG – neu

Vorgesehen ist, dass die Bundesländer Hygieneverordnungen, u. a. Regelungen zur erforderlichen personellen Ausstattung, erlassen. Wie dies die bislang in einigen Bundesländern bereits erlassenen Landeskrankenhaushygieneverordnungen tun, werden sich die Länder dabei voraussichtlich auf die Empfehlungen der KRINKO zur Personalausstattung stützen. Hierbei ist wiederum auf die bestehende Problematik hinzuweisen, dass das danach erforderliche Personal auf absehbare Zeit überhaupt nicht zur Verfügung steht. Daher ist eine ausreichende Übergangsfrist, in der entsprechendes Personal ausgebildet werden kann, vorzusehen. Zudem darf nicht unberücksichtigt bleiben, dass die zu erwartenden Personalvorgaben erhebliche Kostenbelastungen für die Krankenhäuser auslösen werden.

- § 23 Abs. 8 Nr. 6-11 IfSG – neu

Üblicherweise wird die Dokumentation gemäß § 23 IfSG von den unteren Gesundheitsbehörden retrospektiv eingesehen. Sofern die getroffenen Schlussfolgerungen hinsichtlich erforderlicher Präventionsmaßnahmen und deren Umsetzungen nicht dokumentiert werden müssten, ist eine Kontrollmöglichkeit dieser Verpflichtung durch die unteren Gesundheitsbehörden nicht möglich.

- zu Nr. 8

- § 29 Abs. 2 IfSG -neu

Es ist sicherzustellen, dass medizinisches Personal in Arzt-/Zahnarztpraxen sowie Heilpraktiker miterfasst werden.

- Zu Nr. 9

- § 36 IfSG -neu

Im Zusammenhang mit der Erweiterung dieser Vorschrift ist darauf hinzuweisen, dass der Öffentliche Gesundheitsdienst zunehmend unter dem Mangel an ärztlichem Personal leidet. Der zusätzliche Personalbedarf der Gesundheitsämter, der für die Umsetzung der Maßnahmen zur Verbesserung der Krankenhaushygiene anfällt, ist zu berücksichtigen.

Infektionshygienisch erscheint es dennoch überlegungswert, die Überwachungsmöglichkeit nach § 36 Abs. 2 in eine Sollvorschrift zu fassen.

Zu Art. 3 – Änderung des SGB V

Zu Art. 3 Nr. 1 - § 87 Abs. 2 a und 2 b SGB V – neu

Positiv bewertet wird, dass der entstehende Mehraufwand von Seiten des Ministeriums gesehen wird und für die vertragsärztliche Versorgung eine Vergütungsregelung im EBM für die ambulante Therapie (Sanierung) von MRSA-besiedelten und MRSA-infizierten Patientinnen und Patienten sowie für die diagnostische Untersuchung von Risikopatientinnen und –patienten geschaffen wird. Dies ermöglicht einen sektorübergreifenden Ansatz bei der Bekämpfung resistenter Erreger. Die Vergütungsvereinbarungen sollten sich nicht nur auf Träger von Methicillin-resistentem Staphylococcus aureus beschränken, sondern auf alle resistenten Keime (MRE) beziehen.

Vergleichbares muss allerdings auch für die von Krankenhäusern durchgeführte präventive Diagnostik und präventive Isolierung der Patienten gelten, die bislang im DRG-System nicht abgebildet ist. Eine Vergütung auch der stationären Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie einschließlich elektronischer Dokumentation stärkt die Umsetzung der erforderlichen Maßnahmen auch im stationären Bereich. Dabei gilt es auch den Mehraufwand für kolonisierte, nicht an MRE Erkrankte zu refinanzieren. Auch die Behandlung für enge Kontaktpersonen von infizierten bzw. besiedelten Patienten sollte finanziert werden.

Zu Art. 3 Nr. 4 a - § 137 Abs. 1 a SGB V – neu

Durch die Einfügung dieser Vorschrift soll der Gemeinsame Bundesausschuss verpflichtet werden, in seinen Richtlinien zur Qualitätssicherung geeignete Maßnahmen zur Verbesserung der Hygienequalität, insbesondere auf der Basis von Indikatoren, zu bestimmen und die Ergebnisse für die Öffentlichkeit in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser transparent zu machen. Dies macht nur dann Sinn, wenn es tatsächlich gelingt -wie dies in der Begründung des Gesetzesentwurfs heißt - die Indikatoren risikoadjustiert zu erheben und auszuwerten. Nur die Veröffentlichung von Daten, die einer Fehlinterpretation nicht zugänglich sind, ist akzeptabel. Würde man diesbezüglich ungeeignete Daten veröffentlichen, so bestünde im schlimmsten Fall die Gefahr einer Risikovermeidung, z. B. durch Ablehnung von Patienten, die die statistische Performance des Hauses verschlechtern könnten.

Allgemein muss auch berücksichtigt werden, dass bei der Festlegung von Qualitätsindikatoren von den verschiedenen mit der Entwicklung beauftragten Organisationen keine Parallelentwicklungen betrieben bzw. überlappende Forderungen aufgestellt werden. Insoweit ist das vorgesehene Nebeneinander der Anforderungen von KRINKO, ART und Gemeinsamen Bundesausschuss nicht unproblematisch.

Zu Art. 3 Nr. 4 b - § 137 Abs. 3 Nr. 4 SGB V – neu

Vorgesehen ist künftig eine jährliche Berichtspflicht der Krankenhäuser. Vor dem Hintergrund, dass bereits bei der heute bestehenden, zeitlich gestreckten Berichtspflicht erhebliche nicht finanzierte Bürokratiekosten entstanden sind, erscheint die beabsichtigte Verkürzung der Berichtspflicht aus Krankenhaussicht fraglich, durch die sich der

ungewünschte bürokratische Aufwand erhöhen und die Kosten der Krankenhäuser verdoppeln würden. Nicht zu vernachlässigen ist, dass noch mehr personelle Kapazitäten für die Arbeit am Patienten und zur Durchsetzung eines basisnahen, umfassenden und praktikablen Hygienemanagements abgezogen werden müssen.

Zu erwarten ist auch ein Engpass an Ausbildungsplätzen. In Süddeutschland, wo Landesverordnungen das Hygienefachpersonal fordern, sind die Ausbildungsstätten für Hygienefachkräfte bereits für 2012 ausgebucht. Hinsichtlich der Ausbildung zum Facharzt für Hygiene erscheint problematisch, dass diese ausschließlich an den Hygieneinstituten der Universitäten erfolgt, diese aber durch Umstrukturierungen in den vergangenen Jahren teilweise abgebaut wurden.

Zu Art. 5 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Der Deutsche Städtetag begrüßt, dass durch Artikel 5 des Referentenentwurfs ein Konfliktlösungsmechanismus im Bereich des SGB XI eingeführt werden soll. Wir verbinden damit die Hoffnung, dass die Weiterentwicklung der Pflege-Transparenzvereinbarungen zügig vorangetrieben werden kann. Über den Konfliktlösungsmechanismus hinaus, möchten wir anregen, dass der Bundesgesetzgeber Kriterien aufstellt, welche Anforderungen an eine „Vereinigung der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene“ (§ 115 Abs. 1 a Satz 6 SGB XI) zu stellen sind. Der derzeitigen Rechtslage sind keine Kriterien zu entnehmen. Dies hat bereits dazu geführt, dass mehrere Klageverfahren von einzelnen Verbänden hierzu angestrengt wurden bzw. noch als Androhung im Raume stehen. Da auch die bisherigen Äußerungen der angerufenen Gerichte keine Klarheit darüber schaffen, welche Voraussetzungen an eine „Vereinigung der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene“ zu stellen sind, wäre die Festlegung bestimmter Mindestkriterien, Relevanzschwellen etc. wünschenswert, um Rechtssicherheit herzustellen, welche Vereinigungen an den Vereinbarungen zu beteiligen sind. Auch könnte so die Zahl der Verhandlungspartner reduziert werden.

Abschließend möchten wir zusammenfassend nochmals darauf hinweisen, dass die hier geplante Gesetzgebung für die Infektions- und Krankenhaushygiene positiv einzuschätzen ist und langfristig der Patientenversorgung zugute kommen wird. Kurzfristig ergeben sich allerdings Probleme bei der Umsetzung sowohl durch Personalkosten als auch durch Engpässe bei der Aus- und Weiterbildung von Hygienefachpersonal. Die diesbezüglichen Ausführungen in der Kostenbetrachtung des Referentenentwurfs, wonach Kosten für die Wirtschaft entstehen können, dem jedoch Einsparungen u. a. durch die Reduzierung von Komplikationen sowie der Vermeidung von aufwändigen Folgekosten gegenüber stünden, greift insoweit zu kurz.

Die finanzielle Gesamtbelastung der Städte als Träger städtischer Krankenhäuser wird bei vollständiger Umsetzung des Gesetzesentwurfs, insbesondere durch Personalaufstockung und umfassende Tests einschließlich Therapien, erheblich sein. Es ist darüber hinaus zu erwarten, dass durch die neu zu schaffende Kommission ART zusätzliche Anforderungen an statistischen Daten über Keimverteilung und deren Resistenzlagen sowie die Antibiotikaverbräuche an die Krankenhäuser gestellt werden. Dies bedeutet für die Krankenhäuser eine Erweiterung der von ihnen zu erfassenden Daten und damit einen erheblichen Mehraufwand. Es ist fraglich, wie diese Mehrbelastungen vor dem Hintergrund der von den Krankenhäusern bereits zu erbringenden Beiträge zur Weiterführung der Sanierung der Krankenversicherung und der Tarifsteigerungen aufgebracht werden sollen.

Auch die Gesundheitsämter der Städte sind wegen zusätzlicher bzw. vertiefter Melde- und Überwachungsaufgaben von den geplanten Regelungen stark betroffen. Hier entstehen ebenfalls erhebliche Mehrbelastungen. Zudem erscheint vor dem Hintergrund des bestehenden Mangels an Hygienefachpersonal auch hier die faktische Realisierbarkeit vieler Vorgaben fraglich.

Wir bitten, unsere Ausführungen im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zu berücksichtigen.

Mit freundlichen Grüßen
In Vertretung

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Wienand', written in a cursive style.

Dr. Manfred Wienand