



DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0124(3)
gel. VB zur Anhörung am 9.5.
11_Infektionsschutzgesetz
18.04.2011

Berlin, 15. April 2011

Vorläufige Stellungnahme
der
Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG)
zum
Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des
Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze
der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
(BT-Drs. 17/5178 vom 22.03.2011)
sowie
zu den Anträgen der Fraktionen
SPD, Bündnis 90/DIE GRÜNEN und DIE LINKE
(BT-Drs. 17/4452, 17/4489, 17/5203)

Inhaltsverzeichnis:

I. Allgemeiner Teil.....	3
II. Besonderer Teil	5
A Zu Artikel 1 – Änderung des Infektionsschutzgesetzes	5
B Zu Artikel 3 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	13
C Zu Artikel 5 – Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes.....	19
D Ergänzender Vorschlag der DKG.....	20
E Zu den Änderungsanträgen (Ausschussdrucksache 17 (14) 0120)	21
F Zu den Anträgen von SPD, B.90/DIE GRÜNEN und DIE LINKE	23
III. Anhang	24

Allgemeiner Teil

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) nimmt Stellung zu dem Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze der Fraktionen der CDU/CSU und FDP insbesondere zu den in Artikel 1 und 3 beabsichtigten Maßnahmen zur Vermeidung von Krankenhausinfektionen und Antibiotika-Resistenzen. Die mit dem Gesetzentwurf und den Anträgen beabsichtigten Maßnahmen und Regelungen setzen bereits auf ein differenziertes System von Infektionsvermeidung in den Kliniken auf.

Die DKG begrüßt die mit dem Gesetzentwurf verfolgten Ziele und bietet ausdrücklich ihre Unterstützung im Kampf gegen Infektionen und Resistenzen an. Hygiene und Infektionsschutz haben in den Krankenhäusern einen sehr hohen Stellenwert. Dabei handelt es sich um eine wichtige Managementaufgabe, mit der bereits heute sehr verantwortungsvoll umgegangen wird. Dass die deutschen Krankenhäuser auch an dieser Stelle gute Arbeit leisten, spiegelt sich in der Abnahme der Anzahl im Krankenhaus erworbener Infektionen und den positiven internationalen Vergleichszahlen wider. Jedoch zeichnet sich hierzulande eine deutliche Zunahme der von außen in die Krankenhäuser eingebrachten Infektionen ab.

Bei dem Gesetzentwurf von CDU/CSU und FDP ist positiv der präventive und sektorübergreifende Ansatz hervorzuheben, der sich durch die Einrichtung einer Kommission Antiinfektive Resistenzlage und Therapie (ART) beim Robert Koch-Institut (RKI) und ergänzende Maßnahmen im niedergelassenen Versorgungsbereich ergibt, allerdings könnte der sektorübergreifende Ansatz noch konsequenter umgesetzt werden.

Die DKG begrüßt den Versuch, den Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis zum Infektionsschutz fortlaufend in den RKI-Empfehlungen zu aktualisieren. Allerdings sind bei der beabsichtigten Überführung der Empfehlungen in eine verbindlichere Form unbedingt Übergangsregelungen und Öffnungsklauseln zu schaffen. Bereits heute ist absehbar, dass die sofortige Verpflichtung zur Umsetzung der Kommissions-Empfehlungen zu einer objektiven Unmöglichkeit mit allen haftungsrechtlichen Konsequenzen für die Krankenhäuser führt.

Eine verpflichtende Umsetzung der „Empfehlung zu personellen und organisatorischen Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“ würde beispielsweise zu einem sofortigen Bedarf von rund 270 hauptamtlichen Krankenhaushygienikern, 1.800 hygienebeauftragten Ärzten und 1.300 Hygienefachkräften führen. Entsprechendes Personal ist auf dem Arbeitsmarkt aber nicht verfügbar. Der Bedarf an speziell ausgebildeten Ärzten und Fachkräften wird selbst bei einer sofortigen Ausweitung der Studienkapazitäten und der Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten allenfalls langfristig gedeckt werden können, vor allem bei anhaltendem Trend zu rückläufigen Kapazitäten in der Aus- und Weiterbildung von Hygienikern.

Zudem belaufen sich die Kosten für zusätzliches Hygienepersonal auf jährlich rund 400 Millionen Euro. Ein finanzieller Ausgleich oder eine finanzielle Beteiligung ist im

Gesetzentwurf aber nicht vorgesehen. Erschwerend kommt hinzu, dass Krankenhäusern durch Kürzungen bei der Vergütung laufend Mittel entzogen werden. Die zusätzlichen Kosten würden somit vollständig zu Lasten der Krankenversorgung gehen.

Die Einführung einer Vergütungsregelung im vertragsärztlichen Bereich für Tests und Behandlungen von (Risiko-)Patienten insbesondere im Vorfeld geplanter Krankenhausbehandlungen ist sinnvoll aber nicht ausreichend. Etwa 30% der im Krankenhaus behandelten Patienten kommen ohne Einweisung eines niedergelassenen Arztes in die Kliniken. Insofern muss auch für Krankenhäuser die Möglichkeit der Refinanzierung des Aufwands für Tests, Isolationen und Behandlungen geschaffen werden. Bisher ist eine Kodierung im Krankenhaus, die möglicherweise eine zusätzliche Vergütung auslöst, frühestens nach positiver Testung eines stationär aufgenommenen Patienten möglich.

Statt der vorgesehenen Verpflichtung zur Veröffentlichung jährlicher Qualitätsberichte, die mit hohem finanziellen und personellen Aufwand erstellt werden müssen, sollte in Erwägung gezogen werden, die Transparenz über Infektionsdaten einfacher und kostengünstiger durch eine jährliche Veröffentlichung ausschließlich der im Rahmen des GBA-Qualitätssicherungsverfahrens ermittelten infektionsbezogenen Indikatoren zu erreichen. Die Kliniken bieten an, diese Daten in allgemein verständlicher und elektronischer Form jährlich zu veröffentlichen.

Die DKG bittet insbesondere folgende Punkte zu berücksichtigen:

- Schaffung flexibler Übergangsregelungen und Fristen für die Umsetzung der RKI-Empfehlungen
- Weiterbildungsoffensive für zusätzliches ärztliches Hygienepersonal
- Bereitstellung finanzieller Ressourcen zur Erfüllung der personellen und strukturellen Anforderungen der RKI-Empfehlungen
- Sachgerechte Vergütung von Präventivleistungen in Krankenhäusern analog der Vorgehensweise im niedergelassenen Bereich
- Vermeidung unnötiger Bürokratie durch Begrenzung der jährlichen Veröffentlichungspflicht auf infektionsbezogene Qualitätsindikatoren

Besonderer Teil

A) Zu Artikel 1 – Änderung des Infektionsschutzgesetzes

1. Zu Artikel 1 Nr. 8 – § 23 Abs. 2 IfSG-neu

Beabsichtigte Neuregelung

Beim RKI soll eine Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie (ART) eingerichtet werden. Sie soll Empfehlungen mit allgemeinen Grundsätzen für Diagnostik und antimikrobielle Therapie, insbesondere bei Infektionen mit resistenten Krankheitserregern, erstellen.

Stellungnahme

Grundsätzlich begrüßt die DKG die Einrichtung einer Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie beim RKI mit dem Ziel, o. g. Empfehlungen zu erarbeiten, also den fachgerechten Gebrauch der Antibiotika festzulegen. Der sachgerechte Einsatz – wie in der Begründung ausgeführt – bedarf darüber hinaus jedoch noch weitergehender Maßnahmen, wie z. B. einer intensiven Schulung der verordnenden Ärzte. Und da der überwiegende Anteil der Antibiotika im vertragsärztlichen Bereich verordnet wird, sehen wir insbesondere hier den Bedarf zusätzlicher Schulungen.

Änderungsvorschlag

Aus Sicht der DKG sind ergänzend verpflichtende ärztliche Fortbildungen zum Thema „Antibiotikaregime“, insbesondere für Vertragsärzte, erforderlich. Gleichfalls sollten Programme zu „Antibiotic Stewardship“ und „Nosokomialer Infektionsprävention“ gefördert werden.

2. Zu Artikel 1 Nr. 8 – § 23 Abs. 3 IfSG-neu

Beabsichtigte Neuregelung

Mit diesem neuen Absatz soll den Empfehlungen der KRINKO (und der Kommission ART) ein stärkeres Gewicht verliehen werden. Per Gesetz wird festgelegt, dass diese Empfehlungen den Stand der medizinischen Wissenschaft repräsentieren und die Leiter von Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen werden verpflichtet, sie zu berücksichtigen und anzuwenden.

Stellungnahme

Die **KRINKO** erstellt gemäß ihrem gesetzlichen Auftrag (§ 23 Abs. 2 IfSG und § 23 Abs. 1-neu) Empfehlungen zur Prävention nosokomialer Infektionen. Im Vorwort der 2004 überarbeiteten Richtlinie heißt es: „Von den Vorgaben der Richtlinie kann grundsätzlich dann abgewichen werden, wenn nach Prüfung alternativer

Maßnahmen diese nicht zu einem niedrigeren Schutzniveau für Patient und medizinisches Personal führen. Die entsprechenden Maßnahmen müssen im Fall der Abweichung von der Richtlinie fachlich begründet werden.“ Insofern müssen und werden die Empfehlungen der KRINKO auch jetzt schon beachtet.

Mit „Stand der medizinischen Wissenschaft“ ist die Zusammenfassung der jeweils gegenwärtigen Erkenntnisse einer Wissenschaft gemeint. Der Stand der medizinischen Wissenschaft wird durch jede neue wissenschaftliche Erkenntnis weiterentwickelt und ergibt sich somit ständig neu aus einer Gesamtheit aus Forschung, Publikationen und wissenschaftlicher Fachdiskussion (z. B. Vorträge auf Fachkongressen). Zudem ist i. d. R. neben dem Stand der Wissenschaft auch der Stand der Technik zu beachten – entscheidend ist, ob sich eine Methode allgemein durchgesetzt hat („Allgemein anerkannter Stand der Wissenschaft und Technik“). Der ständige wissenschaftliche und technische Fortschritt führen zwangsläufig dazu, dass die fachlichen Standards nicht etwas Gegebenes, Erreichtes, Abgeschlossenes darstellen, sondern entsprechend der wissenschaftlichen Entwicklung fortschreiten, wechseln, sich anpassen. Daher sind Empfehlungen, Leitlinien, Richtlinien zeitgebunden, aktualisierungsbedürftig und der Gefahr der zeitlichen Überholung ausgesetzt.

Durch die vorgesehene Neuregelung wird der Rechtscharakter der KRINKO-Empfehlungen grundlegend verändert, ohne dass dies bei der Abfassung der Empfehlungen hätte berücksichtigt werden können. Insgesamt handelt es sich um eine Vielzahl von Einzelempfehlungen, die schwer überschaubar und von ganz unterschiedlicher Natur sind.

Zudem sind die älteren Empfehlungen allein auf fachlicher Expertise, ohne systematische Literaturrecherche oder Evidenzbasierung, erstellt worden. Zwar sind die neueren Empfehlungen wissenschaftsbasiert, werden aber in unterschiedliche Empfehlungskategorien eingeteilt. Nur die Empfehlungskategorie I A beruht auf einer guten Studienlage, bei der Kategorie I B basiert die Empfehlung auf gut begründeten Hinweisen, bei Kategorie II handelt es sich um eingeschränkte Empfehlungen und Kategorie III steht insgesamt als Empfehlung noch in Frage. Aus Sicht der DKG ist jedoch nur die Kategorie I A als „harter“ Erforderlichkeitsmaßstab geeignet. Bis 2010 reichte für die Kategorie I B ein reiner „Konsensusbeschluss“ ohne Berufung auf wissenschaftliche Studien. Diese Einzelempfehlungen wurden daher überwiegend ohne Zitat wissenschaftlicher Literatur der Kategorie I B zugeordnet und können daher höchstens als „Expertenmeinung“ bezeichnet werden. Der reinen Expertenmeinung wird in der Evidenz-basierten Medizin jedoch die niedrigste Beweiskraft beigemessen. Darüber hinaus ist die Unterscheidung in Empfehlungskategorien noch nicht einmal in allen Empfehlungen verwirklicht. Unklar ist z.B. auch wie ein „Kommentar“ der KRINKO zu einer Empfehlung (vgl. MRSA-Screening) zu werten wäre.

In diesem Zusammenhang sei auf ein Urteil des OLG Naumburg ¹verwiesen, das die im Prozess geltend gemachte Verbindlichkeit der AWMF-Leitlinie ausdrücklich

¹ MedR 2002, Heft 9, Seite 471f.

zurückgewiesen hat und betonte, „dass die Leitlinien der AWMF unbeschadet ihrer wissenschaftlichen Fundierung derzeit lediglich Informationscharakter für die Ärzte selbst haben und haben sollen. Einer weitergehenden Bedeutung, etwa als verbindliche Handlungsanleitung für praktizierende Ärzte, steht zumindest derzeit die anhaltende Diskussion um ihre Legitimität als auch um ihre **unterschiedliche Qualität (siehe Bemühungen um ihre schrittweise Implementierung nach den Grundsätzen der evidenzbasierten Medizin) und Aktualität** (angesichts des teilweise rasanten Fortschritts in der medizinischen Wissenschaft und Praxis) entgegen.“

Das Gesagte lässt sich sowohl hinsichtlich der Bemühungen um eine schrittweise Implementierung nach den Grundsätzen der evidenzbasierten Medizin als auch hinsichtlich der (mangelnden) Aktualität auf die KRINKO-Empfehlungen übertragen.

Es ist eine große Herausforderung, die Empfehlungen der KRINKO (und der Kommission ART) zeitgerecht zu erarbeiten und existierende Empfehlungen regelmäßig anzupassen, um dem Anspruch gerecht zu werden, grundsätzlich dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft zu entsprechen. Geht man von einer Aktualisierung bzw. Überprüfung des Wissenstandes alle 2 Jahre aus, müssten 34 der 39 KRINKO-Empfehlungen dieses Jahr aktualisiert werden, da sie älter als 2 Jahre sind.

In diesem Zusammenhang ist auch zu berücksichtigen, dass bei der Besetzung der Kommission bislang nicht alle maßgeblichen Fachgesellschaften, die sich mit dem Thema Hygiene und Infektionsprävention befassen, berücksichtigt werden.

Die generelle undifferenzierte Heranziehung der KRINKO-Empfehlungen ist darüber hinaus aus folgenden Gründen zu weitreichend:

Bislang haben die Richtlinien den Rechtscharakter eines antizipierten Sachverständigengutachtens. Relevant wird dieses in einem konkreten Schadensfall, bei dem ein Verschulden des Krankenhauses geprüft wird. Die Regelung in § 23 Abs. 3 IfSG-neu führt nun aber dazu, dass von den Behörden bereits „präventiv“ die Beachtung der KRINKO-Empfehlungen bzw. ein Positivbeweis, dass es auch anders gemacht werden kann, eingefordert werden kann. Der sehr schwierige „Positivbeweis“ für ein alternatives Vorgehen muss bislang nur erbracht werden, wenn tatsächlich ein Schadensfall eingetreten ist, nach der neuen Regelung könnte er routinemäßig eingefordert werden.

Weiterhin sehen wir massive – auch haftungsrechtliche – Probleme für die Krankenhäuser, wenn die KRINKO Vorgaben macht, die von den Krankenhäusern nicht erfüllt werden können. Konkret z. B. in der Empfehlung „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“, die für Krankenhäuser ab 400 Betten einen hauptamtlichen Krankenhaushygieniker vorsieht. 2009 hatten 360 Allgemeine Krankenhäuser eine Kapazität über 400 Betten, d. h es bestand – rein rechnerisch – ein Bedarf von mindestens 360 Krankenhaushygienikern. Gleichzeitig waren an 92 Krankenhäusern Hygieniker be-

schäftigt – d. h. es bleibt ein Bedarf von mindestens 268 hauptamtlichen Krankenhaushygienikern. Dazu addiert werden müssen noch die Krankenhaushygieniker, die den übrigen 1.420 Allgemeinen Krankenhäusern in beratender Funktion zu Seite stehen sollen. Nach unserer Berechnung beläuft sich der Gesamtbedarf auf **850 Krankenhaushygieniker**, die in den nächsten Jahrzehnten allerdings nicht zur Verfügung stehen werden, da die Ausbildungsmöglichkeiten und –kapazitäten in Deutschland nicht vorhanden sind (Berechnung lt. Anlage).

Aus diesen Gründen kann nach Einschätzung der DKG eine Verbindlichkeit allenfalls für einzelne Richtlinien durch die Bezugnahme auf diese spezifische Richtlinie (wie z. B. in § 4 Medizinprodukte-Betreiberverordnung) erreicht werden, nicht jedoch durch einen „Generalverweis“ auf alle KRINKO-Empfehlungen – unabhängig von Aktualität und Evidenz.

Das Gesagte gilt gleichfalls für die Empfehlungen der **Kommission ART** – auch für diese muss eine stärkere Verbindlichkeit i. S. der geplanten Vermutungswirkung abgelehnt werden. Zwar begrüßt die DKG grundsätzlich die Einrichtung dieser Kommission beim RKI, allerdings befürchten wir – im Falle einer größeren Verbindlichkeit der Empfehlungen – divergierende Vorgaben in verschiedenen Regelungsbereichen:

So ist es vorstellbar, dass die Empfehlung der Kommission ART hinsichtlich des Einsatzes eines bestimmten Arzneimittels einer Festlegung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) im Rahmen seiner Richtlinienkompetenz gemäß § 92 Abs. 1 Nr. 6 SGB V zuwiderläuft, z. B. indem für dieses Arzneimittel eine Verordnungseinschränkung oder ein Therapiehinweis festgelegt wurde. Wie stellt der Gesetzgeber sicher, dass der G-BA in seinen Entscheidungen die Empfehlungen der Kommission ART berücksichtigt und umgekehrt? Vorgesehen ist eine solche Berücksichtigung derzeit nur im Rahmen der Qualitätssicherung in § 137 SGB V.

Änderungsvorschlag

§ 23 Abs. 3 IfSG-neu wird wie folgt gefasst:

*Die Leiter von Krankenhäusern und Einrichtungen für ambulantes Operieren, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, in denen eine den Krankenhäusern vergleichbare medizinische Versorgung erfolgt, Dialyseeinrichtungen, Tageskliniken, Entbindungseinrichtungen, vergleichbaren Behandlungs- oder Versorgungseinrichtungen, Arztpraxen, Zahnarztpraxen und Praxen sonstiger humanmedizinischer Heilberufe haben sicherzustellen, **dass die erforderlichen Maßnahmen getroffen werden**, um nosokomiale Infektionen zu verhüten und die Weiterverbreitung von Krankheitserregern, insbesondere solcher mit Resistenzen, zu vermeiden. **Als Orientierungsmaßstab für die erforderlichen Maßnahmen dienen die jeweils** veröffentlichten Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut und der Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie beim Robert Koch-Institut. **Diese***

sind mindestens alle zwei Jahre auf ihre Aktualität zu überprüfen und erforderlichenfalls anzupassen.

3. Zu Artikel 1 Nr. 8 – § 23 Abs. 8 IfSG-neu

Beabsichtigte Neuregelung

Die Bundesländer werden verpflichtet, Hygieneverordnungen für Krankenhäuser und andere medizinische Einrichtungen zu erlassen.

Stellungnahme

Angesichts der Tatsache, dass verschiedene Bundesländer aktuell bereits eine Krankenhaushygieneverordnung erlassen haben oder in Kürze erlassen werden, hält die DKG die Vorgabe eines zwingenden Mindestinhalts für diese Verordnungen für kontraproduktiv. Damit würden erneute kurzfristige Änderungen erzwungen, die eine allgemeine Verunsicherung sowie zusätzlichen Umsetzungsaufwand nach sich ziehen werden. Angesichts der Tatsache, dass die Detailausgestaltung den Ländern überlassen bleibt und damit ohnehin kein einheitlicher Standard gewährleistet sein wird, ist dies nicht gerechtfertigt.

Änderungsvorschlag

§ 23 Abs. 8 Satz 2 IfSG-neu wird wie folgt gefasst:

*„Dabei **sollen insbesondere Regelungen getroffen werden über [...]**“.*

4. Zu Artikel 1 Nr. 8 – § 23 Abs. 8 Nr. 3 IfSG-neu

Beabsichtigte Neuregelung

Im Rahmen der Verpflichtung, Hygieneverordnungen zu erlassen, sollen die Länder u. a. Regelungen zur erforderlichen personellen Ausstattung der Einrichtungen mit Hygienefachpersonal treffen.

Stellungnahme

In Kenntnis der bestehenden neueren Landeskrankenhaushygieneverordnungen ist anzunehmen, dass sich die Länder hinsichtlich der Personalvorgaben auf die Empfehlung der KRINKO „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“ (2009) stützen werden.

Die KRINKO-Empfehlung fordert für Krankenhäuser ab 400 Betten einen hauptamtlichen Krankenhaushygieniker. 2009 hatten 360 Allgemeine Krankenhäuser eine Kapazität über 400 Betten, d. h. es bestand – rein rechnerisch – ein Bedarf von mindestens 360 Krankenhaushygienikern. Zeitgleich waren an 92 Krankenhäusern Hygieniker beschäftigt – d. h. es bleibt ein Bedarf von **mindestens 268 hauptamtlichen Krankenhaushygienikern**.

Die übrigen 1.420 Krankenhäuser sollen zumindest eine externe Beratung durch einen Krankenhaushygieniker (KHH) sicherstellen (je nach Größe ein KHH für 2-3 Krankenhäuser). Unter der Annahme, dass Krankenhäuser bis 199 Betten 0,33 Krankenhaushygieniker, Krankenhäuser bis 299 Betten 0,5 Krankenhaushygieniker und Krankenhäuser bis 399 Betten 0,7 Krankenhaushygieniker bedürfen, ergibt sich ein Bedarf von **weiteren 582 Krankenhaushygienikern**.

In wie weit diese Forderung der KRINKO aus fachlicher Sicht geboten sein mag, wird von uns nicht beurteilt. Da derzeit und in den letzten Jahren aber deutlich weniger als 10 Fachärzte in den beiden Fachgebieten Hygiene und Umweltmedizin sowie Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie jährlich abschließen bzw. abgeschlossen haben und die zur Ausbildung notwendigen Lehrstühle gleichzeitig weiter abgebaut werden, werden die Krankenhäuser diese Forderung der KRINKO auch in den nächsten Jahrzehnten nicht annähernd erfüllen können. Hier muss eine alternative Lösung geschaffen werden, insbesondere vor dem Hintergrund, dass die KRINKO-Empfehlungen einen verbindlicheren Charakter bekommen sollen – was u. a. aus diesem Grund abzulehnen ist.

Darüber hinaus bereitet auch die weitere, in o. g. KRINKO-Empfehlung vorgesehene Personalausstattung den Krankenhäusern massive Probleme, da im Vergleich zu der „alten“ Empfehlung aus den Jahren davor insbesondere der Bedarf an Hygienefachkräften um das (2-)3fache gestiegen ist und zudem zusätzlich qualifiziertes Personal in Funktionsbereichen und der Pflege gefordert wird:

So empfiehlt die KRINKO einen hygienebeauftragten Arzt pro Fachabteilung – mindestens jedoch einen pro Krankenhaus. Dies bedeutet einen Bedarf von mindestens **1.780 Hygienebeauftragten Ärzten**. (Wir gehen davon aus, dass mit den unter § 23 Abs. 8 Nr. 3 und 4 IfSG-neu adressierten „Hygienebeauftragten“ die „Hygienebeauftragten Ärzte“ gemeint sind.)

Weiterhin wird je nach Risikoprofil der Station/Abteilung eine hauptamtliche Hygienefachkraft gefordert. Unter der Annahme, dass Krankenhäuser bis 149 Betten 0,5 Hygienefachkräfte, Krankenhäuser bis 299 Betten 1 Hygienefachkraft, Krankenhäuser bis 399 Betten 1,5 Hygienefachkräfte, Krankenhäuser bis 599 Betten 2 Hygienefachkräfte, Krankenhäuser bis 799 Betten 3 Hygienefachkräfte und Krankenhäuser über 800 Betten 4 Hygienefachkräfte bedürfen, ergibt sich ein geschätzter Bedarf von insgesamt 2.072 Hygienefachkräften.

2009 gab es 759 Hygienefachkräfte, d. h. es besteht – rein rechnerisch – ein zusätzlicher Bedarf von **1.313 Hygienefachkräften**.

Insgesamt entstehen durch die Personal-Vorgaben der KRINKO-Empfehlung Kosten für die Krankenhäuser von über 400 Millionen € pro Jahr (Kostenrechnung lt. Anlage), die derzeit nicht refinanziert werden.

Änderungsvorschlag

Den Krankenhäusern muss eine ausreichende Übergangsfrist gewährt werden, das erforderliche Personal einzustellen. Da diese nach der gegenwärtigen Situation hinsichtlich der Krankenhaushygieniker jedoch einige Jahrzehnte umfassen müsste, ist eine alternative Lösung notwendig (z. B. Zusatzweiterbildung). Die Krankenhäuser sind nicht für den Fachärztemangel in Deutschland verantwortlich. Zusätzlicher Handlungsbedarf besteht auch bezüglich der Ausbildungsstätten. Bestehende Lehrstühle dürfen nicht weiter abgebaut werden, die Facharzt-ausbildung muss attraktiver gestaltet werden.

Ebenso muss für die Qualifikation von zusätzlichen Ärzten zu Hygienebeauftragten Ärzten bzw. von zusätzlichem Pflegepersonal zu Hygienefachkräften eine ausreichende Übergangsfrist (z. B. fünf Jahre) vorgesehen werden.

Daher sollte § 23 Abs. 8 Nr. 3 um einen Halbsatz erweitert werden:

*„3. die erforderliche personelle Ausstattung mit Hygienefachkräften und Krankenhaushygienikern und Bestellung von Hygienebeauftragten **sowie Übergangsregelungen zur Anerkennung anderer, von den Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention nach Absatz 1 abweichender fachlicher Anforderungen in diesem Rahmen,**“*

Außerdem sollte die Begründung zu § 23 Abs. 8 wie folgt ergänzt werden:

„Die Länder haben in der zu schaffenden Rechtsverordnung bei der Festlegung des erforderlichen Personals aus folgenden Aspekten heraus Übergangsregelungen zu treffen:

Der Bedarf an Hygienepersonal (Krankenhaushygieniker, hygienebeauftragte Ärzte, Hygienefachkräfte) orientiert sich an der Empfehlung der KRINKO. Da die derzeit verfügbaren Fachärzte für Hygiene und Umweltmedizin sowie für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie diesen Bedarf bei weitem nicht decken können, ist es erforderlich für einen gewissen Übergangszeitraum auch andere approbierte Fachärzte der Humanmedizin als Krankenhaushygieniker anzuerkennen, soweit sie auf andere Weise, nämlich durch Fortbildungen (Weiterbildungen) und Praxiserfahrung, ihre Eignetheit nachweisen können. Die Fortbildungen sollen dabei den Vorgaben der Fachgesellschaften oder Berufsverbänden entsprechen oder durch eine Landesärztekammer anerkannt sein.

Werden die Aufgaben des Krankenhaushygienikers zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Rechtsverordnungen nach § 23 Abs. 8 IfSG-neu von Personen wahrgenommen, die nicht über die voranstehenden Qualifikationen verfügen, müssen diese mit der Fortführung dieser Tätigkeiten weiter betraut werden können, wenn sie mindestens ein naturwissenschaftliches Studium oder einen Staatsexamensstudiengang Tiermedizin absolviert haben, diese Aufgaben seit mindestens drei Jahren hauptamtlich wahrgenommen haben

und an Fortbildungen in Hygiene, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie teilgenommen haben.

Zur Deckung des festgestellten Bedarfs an Hygienefachkräften müssen für eine Übergangszeit von fünf Jahren nach Inkrafttreten der Rechtsverordnungen nach § 23 Abs. 8 IfSG-neu auch Pflegekräfte die Aufgaben einer Hygienefachkraft wahrnehmen können, die eine staatliche anerkannte Ausbildung zur Hygienefachkraft begonnen haben, wenn das Krankenhaus mindestens eine qualifizierte Hygienefachkraft beschäftigt.

Werden die Aufgaben der Hygienefachkräfte zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Rechtsverordnungen nach § 23 Abs. 8 IfSG-neu von Personen wahrgenommen, die nicht über die oben beschriebenen Qualifikationen verfügen, müssen diese mit der Fortführung dieser Tätigkeiten weiter betraut werden können, sofern sie die erforderlichen Qualifikationen innerhalb einer Übergangsfrist von fünf Jahren erwerben.

Die Landesregierungen sollen auch die in anderen Bundesländern erworbenen Qualifikationen berücksichtigen.

Da eine Regelung in der voranstehenden Detailtiefe im Rahmen eines Bundesgesetzes wie dem Infektionsschutzgesetz in die Gesetzgebungskompetenz der Bundesländer eingreifen würde, kann § 23 Abs. 8 Nr. 3 IfSG-neu die Bundesländer lediglich allgemein verpflichten, in den auf dieser Grundlage zu erlassenden Rechtsverordnungen entsprechende Übergangsregelungen zu treffen.“

Insgesamt muss das Thema Hygiene im Rahmen der Ausbildung von Medizinstudenten und Krankenpflegepersonal stärker gewichtet werden. Darüber hinaus müssen die Krankenhäuser bei der Finanzierung des erforderlichen Personals unterstützt werden.

B) Zu Artikel 3 – Änderung des SGB V

5. Zu Artikel 3 Nr. 1 – § 87 Abs. 2a und 2d SGB V-neu

Beabsichtigte Neuregelung

Im EBM soll eine gesonderte Leistungsposition für die Vergütung ärztlicher Leistungen zur Diagnostik und Eradikationstherapie von MRSA-Trägern geschaffen werden.

Stellungnahme

Die DKG begrüßt die vorgesehene Regelung als Schritt in Richtung des von uns wiederholt geforderten sektorübergreifenden Ansatzes bei der Bekämpfung resistenter Erreger. Gleichwohl wundern wir uns darüber, dass diese Vergütung nur den Vertragsärzten zugestanden werden soll, wenn man bedenkt, dass ca. ein Drittel der Patienten ins Krankenhaus kommen, ohne explizit eingewiesen worden zu sein. Daher fordern wir für die präventive Diagnostik im Krankenhaus die gleiche Vergütung, wie sie den Vertragsärzten gewährt werden soll.

Im DRG-System wird lediglich der zusätzliche Aufwand von positiv getesteten und zu isolierenden Patienten abgebildet und spiegelt sich ggf. in den Bewertungsrelationen des Fallpauschalen-Katalogs wider. Gleichwohl entstehen den Krankenhäusern durch die Testung – unabhängig vom Ergebnis – und die präventive Isolierung der Patienten immense Kosten und ein organisatorischer Aufwand, der nach den geltenden Regelungen des Krankenhausfinanzierungsrechts nicht finanziert wird. Dazu wäre eine entsprechende Berücksichtigung beim Landesbasisfallwert oder eine separate Vergütung erforderlich, die gesetzlich derzeit nicht vorgesehen ist.

Unter der Annahme, dass von insgesamt 18 Millionen stationären Patienten im Jahr ca. 10% in eine der Risikogruppen gemäß der KRINKO-Empfehlung fallen, und die Testung auf MRSA-Besiedelung oder –Infektion ca. 50 € pro Patient kostet, entstehen für die Krankenhäuser allein für die Testung pro Jahr ca. 90 Millionen € Kosten.

Aus Sicht der DKG ist es unerlässlich, für die Bekämpfung resistenter Erreger einen sektorenübergreifenden Ansatz zu wählen und die Vertragsärzte mit einzubinden. So sollte bei elektiven Eingriffen bereits eine Testung auf MRSA vor Einweisung ins Krankenhaus durchgeführt und ergänzend – bei positivem Ergebnis – bereits mit der Eradikationstherapie begonnen werden. Zudem sollte die Regelung nicht nur auf MRSA-Erreger, sondern für alle resistenten Keime wie ESBL, VRE etc. gelten, da diese derzeit stark zunehmen und ist deshalb wichtig, diesen möglichst frühzeitig Einhalt zu bieten. Dabei kann diese Testung entweder im vertragsärztlichen Bereich oder im Krankenhaus durchgeführt werden. Beides erfordert jedoch eine Finanzierung der Maßnahmen.

Da davon auszugehen ist, dass eine Finanzierung dieser Maßnahmen zwischen den Partnern der Bundesmantelverträge nicht ohne Probleme erreicht werden kann, wird die Vorgabe, eine entsprechende Regelung im EBM zu schaffen, nun per Gesetz „angeordnet“. Eine vergleichbare Regelung muss auch für den Krankenhausbereich im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) geschaffen werden. Es ist nicht akzeptabel, dass der gesamte erforderliche Mehraufwand infolge der Zunahme resistenter Keime allein zu Lasten der Krankenhäuser geht.

Auch wird den Vertragspartnern der Bundesmantelverträge die Berücksichtigung der KRINKO-Empfehlungen im Rahmen einer Qualitätssicherungsvereinbarung nur in der Begründung zum Gesetzentwurf vorgegeben, wohingegen die entsprechende Verpflichtung des G-BA sowie auch der Krankenhäuser selbst direkt im Gesetzesentwurf formuliert ist. Auch hier sollten Krankenhäuser und Vertragsärzte vom Gesetzgeber systematisch gleich behandelt werden.

Änderungsvorschlag

§ 87 Abs. 2a Satz 3 SGB V-neu wird wie folgt gefasst:

*„Bis spätestens zum 31. Oktober 2011 ist mit Wirkung zum **01. November 2011** eine Regelung zu treffen, nach der ärztliche Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie einschließlich elektronischer Dokumentation von Trägern mit **antibiotikaresistenten Erregern** vergütet werden. [...]“*

Zudem ist eine vergleichbare Regelung für die Krankenhäuser zu schaffen, mit der eine extrabudgetäre Vergütung zur Deckung der zusätzlich entstehenden Kosten bei Erbringung dieser Leistung erfolgt. Gleichzeitig ist sicherzustellen, dass eine Absenkung des Landesbasisfallwerts aufgrund dieser Vergütung ausgeschlossen ist. Hierzu unterbreitet die DKG einen Änderungsvorschlag in Teil II D) zum Krankenhausfinanzierungsgesetz auf Seite 20 dieser Stellungnahme.

6. Zu Artikel 3 Nr. 4a) – § 137 Abs. 1a und 1b SGB V-neu

Beabsichtigte Neuregelung

Mit den neuen Absätzen 1a und 1b wird der G-BA verpflichtet, in seinen Richtlinien zur Qualitätssicherung geeignete Maßnahmen zur Hygienesicherung festzulegen und insbesondere für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung der Krankenhäuser Indikatoren zur Beurteilung der Hygienequalität zu bestimmen. Die Indikatoren sollen im Qualitätsbericht der Krankenhäuser veröffentlicht werden.

Stellungnahme

Die DKG begrüßt, dass hierbei bereits etablierte Verfahren zu berücksichtigen sind. Bereits jetzt legt der G-BA für einige im Rahmen der Krankenhausbehandlung durchgeführte diagnostische und therapeutische Leistungen Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Krankenhäuser fest.

Darüber hinaus hat er die Aufgabe im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung die medizinische und pflegerische Leistung der zugelassenen Krankenhäuser einrichtungsübergreifend vergleichbar zu machen. Dabei werden bereits seit Jahren hygienebezogene und zugleich patientenrelevante Ergebnisparameter selbstverständlich berücksichtigt, sind also Teil der getroffenen Maßnahmen in den Beschlüssen zur Qualitätssicherung.

Auch werden im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung die Infektionsraten von Operationen der hüftgelenknahen Oberschenkelbrüche („Oberschenkelhalsbruch“) und Operationen mit Endoprothesen an Hüft- und Kniegelenken erfasst. Diese Operationen haben dabei eine Stellvertreterfunktion für alle orthopädisch-unfallchirurgischen Operationen der Krankenhäuser. Bei anderen Operationen wird der (frühzeitige) Einsatz von Antibiotika zur Vermeidung von Wundinfektionen, z. B. bei gynäkologischen Operationen, erfasst.

All diese Ergebnisse werden nicht nur im Qualitätsreport der Institution nach § 137 a SGB V (Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen - AQUA) für das gesamte Bundesgebiet zusammengefasst transparent dargestellt, sondern auch von jedem einzelnen Krankenhaus in seinem Qualitätsbericht nach § 137 Abs. 2 Nr. 4 SGB V veröffentlicht, so dass Patienten sich schon seit vielen Jahren hieran orientieren können. Ergänzend wurde aktuell beschlossen, dass eine spezielle Aufarbeitung und Darstellung dieser Indikatoren im Rahmen des sogenannten Strukturierten Dialogs erfolgen soll, so dass suffiziente Maßnahmen zur Infektionsprophylaxe abteilungsübergreifend getroffen werden können.

Die genannten Infektionsraten und Antibiotika-Therapien sind einige der aus wissenschaftlicher Sicht zur Veröffentlichung geeigneten Qualitätsindikatoren, die als Mess- und Bewertungsinstrumente der Gesundheitsversorgung eingesetzt werden. Ein solcher Indikator ist ein Hilfsmittel, um die Komplexität der Realität auf leichte und wiederholt messbare Größen zu reduzieren. Dabei sind die Indikatoren dahingehend zu überprüfen, ob sie überhaupt geeignet sind, Unterschiede in der Versorgungsqualität zuverlässig darzustellen, ob sie verständlich und interpretierbar sind und auch, ob das Ergebnis eines Indikators überhaupt durch einen einzelnen Leistungserbringer beeinflussbar ist. Überdies darf durch ihn kein Anreizsystem für Fehlsteuerungen i. S. einer Risikovermeidung (z. B. Ablehnung von Problempatienten) entstehen.

In der Begründung zum Gesetzentwurf wird darauf hingewiesen, dass die Indikatoren risikoadjustiert zu erheben und auszuwerten sind, um Fehlinterpretationen zu vermeiden. Diese Aussage wird von uns sehr begrüßt und unterstützt – auch wir halten Transparenz für wichtig. Allerdings ist es aus Sicht der DKG notwendig, diese Vorgabe in den Gesetzestext zu überführen.

Bei der öffentlichen Qualitätsdarstellung ist eine Risikoadjustierung unerlässlich, auch um einen fairen Vergleich der Einrichtungen zu gewährleisten. Risikoadjustierung bedeutet, dass der Einfluss von patientenindividuellen Risiken (Risikofaktoren wie Lebensalter, Diabetes mellitus, obstruktive Lungenerkrankung oder sys-

temische Erkrankungen) sowie auch anderer Risiken (wie z. B. operationsbedingte Risikofaktoren wie lange Operationsdauer oder hoher intraoperativer Blutverlust, Unterscheidung zwischen offenem und geschlossenem Knochenbruch) und von unterschiedlichen Verteilungen dieser Risiken zwischen den Leistungserbringern (Patientenmix) berücksichtigt wird.

Es ist daher großer Wert darauf zu legen, dass in der späteren praktischen Umsetzung nicht einem (vermeintlichen) öffentlichen Druck zur Veröffentlichung nachgegeben wird, sondern nur tatsächlich geeignete Ergebnisse zur Veröffentlichung im Qualitätsbericht vorgesehen werden. Wichtig ist außerdem, dass auch künftig gewährleistet ist, dass vor einer Veröffentlichung erst eine Bewertung der rechnerischen Auffälligkeiten über den strukturierten Dialog erfolgt sein muss.

Darüber hinaus hat der G-BA bereits im Sommer 2010 beschlossen, die Institution nach § 137a SGB V (AQUA) mit dem Thema „Nosokomiale Infektionen“ für 2011 prioritär zu beauftragen. Im Rahmen dieses Auftrages sollen sektorenübergreifend Qualitätsindikatoren identifiziert und hinsichtlich ihrer Eignung zur Veröffentlichung geprüft werden. Die Konkretisierung dieses Auftrages wird für Mai 2011 erwartet, die Arbeit ist bereits angelaufen.

Aus diesem Grund sollte auch in § 137 Abs. 1a SGB V-neu auf die sektorenübergreifende Qualitätssicherung abgestellt werden.

Obige Ausführungen machen zudem deutlich, dass im bestehenden gesetzlichen Rahmen gefasste Beschlüsse und Maßnahmen des G-BA über das im Entwurf vorgeschlagene hinausgehen und funktionierende Systeme für die Qualitätssicherung, Qualitätstransparenz sowie Qualitätsförderung im Kontext der Infektionsprophylaxe und Behandlung genutzt und ausgebaut werden. Die parallele Umsetzung neuer, zum Teil überlappender Forderungen würde diesen positiven Prozess stören und verzögern.

Unklar ist, welche „Erkenntnisse zum Stand der Hygiene in den Krankenhäusern“ in Absatz 1b Satz 2 adressiert werden. In der Begründung wird ausgeführt, dass es sich dabei um „geeignete, gegenwärtig bereits verfügbare Informationen“ bzw. „bereits erhobene, aber nicht veröffentlichte“ Daten zur Hygiene handelt. Diese Entscheidung, welche Qualitätsindikatoren zur Veröffentlichung geeignet sind und veröffentlicht werden müssen, trifft der G-BA bereits heute. Die vorgesehene Interimslösung darf nicht dazu führen, dass Ergebnisse, die im bisherigen Verfahren als nicht zur Veröffentlichung geeignet gesehen wurden, nun in eine Veröffentlichung gedrängt werden. Daher kann Satz 2 gestrichen werden.

In diesem Zusammenhang muss auch geklärt werden, wie die Veröffentlichung der geeigneten Qualitätsindikatoren im vertragsärztlichen Bereich erfolgen soll. Zudem sieht die geplante Regelung in Satz 2 vor, dass zwar die Krankenhäuser einer umfassenden Berichts- und Veröffentlichungspflicht in den Qualitätsberichten unterfallen, nicht jedoch der Bereich der Vertragsärzte. Da dies eine Ungleichbehandlung darstellt, ist die geplante Neuregelung zu streichen.

Die DKG schlägt daher – unter Bezugnahme auf unsere Anmerkungen unter Nr. 7 zu § 137 Abs. 3 Nr. 4 SGB V-neu – vor, dass die Veröffentlichung der geeigneten Indikatoren zur Hygienequalität in geeigneter Form – vorzugsweise elektronisch – vom G-BA vorgenommen wird.

Änderungsvorschlag

§ 137 Abs. 1a und 1b SGB V-neu werden wie folgt gefasst:

*„(1a) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seinen Richtlinien nach Absatz 1 geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Hygiene in der Versorgung fest und bestimmt insbesondere für die **sektorenübergreifende Qualitätssicherung** Indikatoren zur Beurteilung der Hygienequalität. Er hat die Festlegungen nach Satz 1 erstmalig bis zum 31. Dezember 2012 zu beschließen. Der Gemeinsame Bundesausschuss berücksichtigt bei den Festlegungen etablierte Verfahren zur Erfassung, Auswertung und Rückkopplung von nosokomialen Infektionen, antimikrobiellen Resistenzen und zum Antibiotika-Verbrauch sowie die Empfehlungen der nach § 23 Absatz 1 und 2 Infektionsschutzgesetz beim Robert Koch-Institut eingerichteten Kommissionen.*

*(1b) **Alle** für eine **individualisierte** Veröffentlichung geeigneten Ergebnisse von **Indikatoren zur Hygienequalität entsprechend den verpflichtenden Maßnahmen nach Abs. 1 Nr. 1** werden vom **Gemeinsamen Bundesausschuss in geeigneter Form jährlich veröffentlicht.**“*

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

Beabsichtigte Neuregelung

Krankenhäuser sollen verpflichtet werden, zukünftig in jedem Jahr einen Qualitätsbericht zu erstellen. Damit soll erreicht werden, dass Patientinnen und Patienten möglichst aktuelle Informationen zur Hygienequalität zur Verfügung gestellt werden.

Stellungnahme

Seit dem Jahr 2003 sind Krankenhäuser gesetzlich verpflichtet, regelmäßig strukturierte Qualitätsberichte zu veröffentlichen. Die Berichte sollen der Information von Patientinnen und Patienten und Versicherten dienen sowie den einweisenden und im Anschluss an die Krankenhausbehandlung weiter betreuenden Ärztinnen und Ärzten und den Krankenkassen eine Orientierungshilfe bieten. Darüber hinaus sind sie ein Mittel der Selbstdarstellung der Krankenhäuser und werden in der öffentlichen Kommunikation ihrer Leistungen eingesetzt.

Die Qualitätsberichte sind derzeit der einzige Weg der nicht anonymisierten, vergleichenden Veröffentlichung von Daten aus der externen stationären Qualitätssicherung. Die in maschinenlesbarer Form veröffentlichten Daten werden von ver-

schiedenen Krankenhausportalen zum Suchen und Vergleichen der Leistungen der Krankenhäuser genutzt.

Die DKG befürwortet eine aktuelle transparente Darstellung der Leistungen zur Verbesserung der Hygiene in den Krankenhäusern wie im Gesetzentwurf vorgesehen. Allerdings werden die Aufwendungen, die dafür durch die vorgesehene jährliche Berichtspflicht für den Qualitätsbericht ausgelöst werden, im vorliegenden Entwurf deutlich unterschätzt. Die Erstellungsprozesse sind in der derzeitigen Form der Qualitätsberichte sehr personalintensiv und weitestgehend *nicht* automatisierbar. Eine Befragung bei den Krankenhäusern durch die DKG ergab, dass für die Erstellung und Publikation der Qualitätsberichte pro Berichtsjahr Bürokratiekosten von ca. 20 Mill. Euro anfallen. Diese Kosten sind nicht gegenfinanziert. Die Kosten werden bei jährlicher Berichtspflicht in etwa verdoppelt, da nur ca. 20% der Kosten auf die Datenverarbeitung entfallen, auf deren Seite Rationalisierungen möglich sind und wo Grenzkosten gesenkt werden könnten. Allein diese Forderung übersteigt die im Gesetzentwurf geschätzten Bürokratiekosten um das Achtfache.

Die DKG hält es daher für angemessen, die zweijährliche Veröffentlichungsfrist der Qualitätsberichte beizubehalten.

Um der berechtigten öffentlichen Forderung nach Aktualität, Transparenz und Vergleichbarkeit der hygienischen Situation in den Krankenhäuser und Arztpraxen nachzukommen, schlägt die DKG vor, die Qualitätsindikatoren, die die Häufigkeit von nosokomial erworbenen Infektionen abbilden, unabhängig vom Qualitätsbericht der Krankenhäuser über den G-BA individualisiert zu veröffentlichen. Der entsprechende Änderungsvorschlag findet sich unter Nr. 6 zu § 137 Abs. 1b SGB V-neu

Änderungsvorschlag

Die geplante Änderung des § 137 Abs. 3 Nr. 4 SGB V-neu durch Artikel 3 Nr. 4b ist zu streichen, da die Verpflichtung zur Veröffentlichung der geeigneten Indikatoren zur Hygienequalität in § 137 Abs. 1b SGB V-neu eingefügt wurde. Vgl. Änderungsvorschlag Nr. 6 zu § 137 Abs. 1b-neu.

C) Zu Artikel 5 – Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

8. Zu Artikel 5 – § 10 Abs. 12 KHEntgG-neu

Die vorgesehene Ergänzung in § 10 Abs. 12 KHEntgG ist zwingend notwendig, um sicherzustellen, dass die Finanzierungsbeträge für die Neueinstellung von Pflegepersonal nach § 4 Abs. 10 KHEntgG auch tatsächlich in voller Höhe in den Landesbasisfallwert 2012 eingerechnet werden.

D) Ergänzender Vorschlag der DKG

9. Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes - § 17b Abs. 1a KHG - neu -

Beabsichtigte Neuregelung

Vergütung von Diagnostik und Eradikationstherapie von Trägern mit antibiotikaresistenten Erregern bei vorstationärer und stationärer Krankenhausbehandlung.

Stellungnahme

Wie bereits im Teil II. B beschrieben ist es aus Sicht der DKG unerlässlich, für die Bekämpfung resistenter Erreger einen sektorenübergreifenden Ansatz zu wählen. Der Gesetzentwurf sieht jedoch nur eine Finanzierung von Tests und der Behandlung für den vertragsärztlichen Versorgungsbereich vor. Um ein lückenloses Screening zu ermöglichen, ist auch den Krankenhäusern eine vergleichbare Möglichkeit zur Testung und Behandlung von Patienten einzuräumen sowie deren Finanzierung sicherzustellen.

Analog zu den Vorgaben für die Selbstverwaltung im vertragsärztlichen Bereich sollten auch die für die stationäre Versorgung zuständigen Selbstverwaltungspartner beauftragt werden, die Vergütung zu regeln. Dabei ist die Grundlage für eine zusätzliche Finanzierung der zusätzlichen Leistungen im Gesetz zu verankern und die Schiedsstellenfähigkeit für den Fall der Uneinigkeit der Selbstverwaltungspartner vorzusehen. Da eine gesetzestechnische Umsetzung im KHEntgG und der BpflV Änderungen an einer Vielzahl von Gesetzesstellen erfordern würde, bietet es sich an, die Regelung vereinfachend wie folgt im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) aufzunehmen.

Änderungsvorschlag

Nach § 17b Abs. 1 KHG wird nachfolgender Abs. 1a eingefügt:

(1a) Bis zum (Datum) ist durch die Vertragsparteien nach Abs. 2 Satz 1 mit unmittelbarer Wirkung eine Regelung zu treffen, nach der Leistungen zur Diagnostik und Eradikationstherapie von Trägern mit antibiotikaresistenten Erregern im Rahmen einer vorstationären und stationären Behandlung vergütet werden. Die Vergütung unterliegt nicht der Begrenzung der Pflegesätze durch den Grundsatz der Beitragssatzstabilität nach § 6 der Bundespflegesatzverordnung oder § 10 Abs. 4 des Krankenhausentgeltgesetzes; sie geht nicht in den Gesamtbetrag nach § 6 und das Budget nach § 12 und nicht in die Erlösausgleiche nach § 12 Abs. 2 der Bundespflegesatzverordnung sowie nicht in die Gesamtbeträge oder die Erlösausgleiche nach § 4 des Krankenhausentgeltgesetzes ein. Eine Berücksichtigung im Rahmen des § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 5 des Krankenhausentgeltgesetzes erfolgt nicht. Kommt eine Vereinbarung nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6.

E) Zu den Änderungsanträgen (Ausschussdrucksache 17 (14) 0120)

10. Zu Artikel 3 Nummer 9 – neu – (Änderungsantrag 6) – § 295a SGB V

Beabsichtigte Neuregelung

In § 295a SGB V – neu – soll eine Befugnisnorm für die Datenübermittlung zu Abrechnungszwecken im Rahmen der Selektivverträge und der integrierten Versorgung sowie der ambulanten Notfallbehandlung im Krankenhaus geschaffen werden.

Stellungnahme

Die Einfügung des neuen § 295a SGB V ist für die Krankenhäuser inhaltlich nicht weitreichend genug.

Im Sommer 2010 ist – wiederum befristet für ein Jahr bis zum 01.07.2011 – die Regelung verlängert worden, dass Krankenhäuser unter bestimmten Umständen bei der Notfallbehandlung gesetzlich versicherter Patienten externe Abrechnungsstellen einbeziehen dürfen. Daneben sind Verträge zur integrierten Versorgung nach § 140a SGB V in diese Regelung einbezogen worden. Diese Regelungen laufen zum 01.07.2011 erneut aus.

Seit der Entscheidung des BSG vom 10.12.2008 (Az.: B 6 KA 37/07 R) ist Krankenhäusern der Eindruck vermittelt worden, dass es sich bei den getroffenen Regelungen (§§ 120 Abs. 6, 295 Abs. 1b SGB V) lediglich um eine Zwischenlösung handelt und im Anschluss daran umfassende Neuregelungen für sämtliche relevanten Bereiche geschaffen werden (vgl. z. B. Änderungsantrag 9 zu Art. 15a – neu – der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften, Drs. 16/12256). Eine umfassende Lösung der Problematik ist für den Krankenhausbereich auch von wesentlicher Bedeutung, da durch die Entscheidung eine gängige Abrechnungspraxis ausgehebelt worden ist und durch die vermeintlichen „Zwischenlösungen“ nur Übergangslösungen in Krankenhäusern getroffen worden sind.

Die bisherigen Regelungen und auch die nunmehr angedachten bleiben weit hinter dem zurück, was nach dem Urteil des BSG notwendig ist, um Rechtssicherheit zu erhalten. Das BSG hat sich nämlich in seinen Schlussfolgerungen betreffend die Unzulässigkeit der Einbeziehung privater Abrechnungsstellen ohne gesetzliche Befugnisnorm auf den gesamten ambulanten Bereich bezogen.

Insofern hat sich die DKG seit Bekanntwerden des Urteils dafür eingesetzt, eine Befugnisnorm zu schaffen, die es den Krankenhäusern erlaubt, personenbezogene Daten der Patienten im Zusammenhang mit der Abrechnung **sämtlicher ambulanter Leistungen** an externe Abrechnungsstellen zu übermitteln, sofern **der Patient seine zweckbestimmte Einwilligung hierzu ausdrücklich erteilt hat**. Bleibt es bei den nunmehr angedachten Regelungen müssten sich Krankenhäuser erneut auf die neue bzw. nunmehr endgültige Situation einstellen. Dies würde zu einer zusätzlichen Belastung der Verwaltung in den Kliniken führen.

In diesem Zusammenhang möchten wir darauf hinweisen, dass die Krankenhäuser damit nicht den vorgegebenen Weg der Abrechnung gegenüber den KVen oder Krankenkassen verlassen wollen, sondern lediglich im Sinne eines Abbaus von Bürokratielasten externe Hilfe bei der Bearbeitung der Abrechnungsfragen in Anspruch nehmen.

Zuletzt sei bemerkt, dass die hohen Vorgaben zur datenschutzrechtlichen Absicherung nicht notwendig sind, da diese neben der ausdrücklichen Einholung der Einwilligung der Betroffenen überobligatorisch sind.

Änderungsvorschlag

Aus Sicht der DKG sind einheitliche Regelungen bzgl. der möglichen Einschaltung Dritter zu schaffen und zwar über den derzeit gesetzlichen Geltungsbereich ambulanter ärztlicher Leistungen bei der Notfallbehandlung und bei Selektivverträgen hinaus für alle ambulant erbrachten Leistungen, d. h. etwa auch für die folgenden krankenhausrelevanten Leistungsbereiche:

- ambulante Leistungen des Chefarztes im ermächtigten Bereich, §§ 120 Abs. 1 S. 3, 301 Abs. 5 S. 2 SGB V;
- ambulante Behandlungen durch Krankenhäuser bei Unterversorgung, § 116a SGB V;
- Leistungen gemäß § 115b SGB V (Ambulantes Operieren);
- Leistungen gemäß § 116b SGB V (Ambulante Behandlung im Krankenhaus);
- Leistungen der Hochschulambulanzen, psychiatrischen Institutsambulanzen, sozialpädiatrischen Zentren sowie der Spezialambulanzen in der Pädiatrie, § 120 Abs. 1a und Abs. 2 S. 1 SGB V

F) Zu den Anträgen von SPD, Bündnis 90/DIE GRÜNEN und DIE LINKE

Die von den Fraktionen SPD, Bündnis 90/ DIE GRÜNEN und DIE LINKE angesprochenen Aspekte wie Hygienepersonal, Screening und Finanzierung sind in der Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Fraktionen CDU/CSU und FDP angesprochen. Auf eine gesonderte Stellungnahme zu den Anträgen wird daher verzichtet.

Anhang

Kosten für Personalbedarf gemäß KRINKO-Empfehlung „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“

Personalbedarf gemäß Empfehlung:

- Jede stationäre wie ambulante Einrichtung sollte organisatorisch sicherstellen, dass eine Beratung durch einen Krankenhaushygieniker gewährleistet ist. Bei stationären Einrichtungen wird **ab einer Zahl von 400 Betten ein hauptamtlicher Krankenhaushygieniker** für sinnvoll erachtet.
Hierbei handelt es sich i.d.R. um einen Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin oder einen Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie.
- Jedes Krankenhaus sollte **mindestens einen hygienebeauftragten Arzt** berufen. In Behandlungszentren mit mehreren organisatorisch getrennten Abteilungen mit speziellem Risikoprofil für nosokomiale Infektionen sollte **jede Fachabteilung einen hygienebeauftragten Arzt** benennen.
Hierbei handelt es sich nicht um einen „Facharzt für Hygiene“, sondern um einen Arzt (Internist, Chirurg, Pädiater,...) mit einer entsprechenden Fortbildung zum Thema Hygiene.
- Der Bedarf an **Hygienefachkräften** (Fachgesundheits- und Krankenpfleger für Hygiene und Infektionsprävention – HFK) soll **entsprechend dem Risikoprofil** der Station bzw. der Abteilung und dem individuellen Risikoprofil der dort behandelten Patienten in Bezug auf nosokomiale Infektionen ausgerichtet werden. Je nach Risikoeinstufung wird folgender Bedarf an Hygienefachkräften gesehen:
 - **Hohes Risiko (A): 1 HFK / 100 Betten**
 - **Mittleres Risiko (B): 1 HFK / 200 Betten**
 - **Niedriges Risiko (C): 1 HFK / 500 Betten**

Zusätzlich gibt es einen Bedarf an Hygienefachkräften für spezielle Funktionsabteilungen (insbesondere mit invasiver Diagnostik) sowie für die Betreuung bettenferner Abteilungen. Daraus kann sich ein **zusätzlicher Bedarf** von bis zu einer zusätzlichen Planstelle für **eine Hygienefachkraft** ergeben (individuell ermittelt nach Arbeitsanfall und Zeitbedarf).

In der Empfehlung wird der Bedarf einer Hygienefachkraft (Vollzeitkraft) für 3 fiktive Krankenhäuser unterschiedlicher Größe beispielhaft berechnet:

- Ein 1000 Betten Klinikum mit Funktionsabteilungen und Versorgungseinrichtungen: 4,7 Hygienefachkräfte
 - Ein Krankenhaus mittlerer Größe mit einigen Fachabteilungen im Belegarztsystem sowie einigen Funktionsabteilungen und Versorgungseinrichtungen: 1,5 – 1,7 Hygienefachkräfte
 - Ein Krankenhaus mit einem orthopädisch/chirurgischem Schwerpunkt und einigen Belegarztbetten: 1,65 – 1,85 Hygienefachkräfte
- Des Weiteren wird empfohlen, **auf jeder Station und in jedem Funktionsbereich** einem Mitarbeiter die Gelegenheit zu geben, sich zum **Hygienebeauftragten in der Pflege** zu qualifizieren.

Zahlen des statistischen Bundesamtes (2009):

Die folgenden Zahlen sind den „Grunddaten der Krankenhäuser“ 2009 des statistischen Bundesamtes entnommen. Zu Grunde gelegt werden die Daten für die Allgemeinen Krankenhäuser, d. h. sonstige Krankenhäuser wie z. B. psychiatrische oder psychotherapeutische Einrichtungen sind nicht berücksichtigt.

- Laut statistischem Bundesamt gab es 2009 75 Fachärzte für Hygiene und Umweltmedizin in 34 Allgemeinen Krankenhäusern und 209 Fachärzte für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie in 58 Allgemeinen Krankenhäuser – d. h. **in 92 Allgemeinen Krankenhäusern waren 284 „Hygiene-Fachärzte“** beschäftigt.

Aber: nicht jeder dieser genannten Fachärzte ist auch ein Krankenhaushygieniker. Insbesondere ein Großteil der Fachärzte für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie arbeitet nicht in der Klinik, sondern z. B. in einem Labor oder in der Forschung und steht somit als „Praktiker“ für die Krankenhäuser nicht zur Verfügung!

- Laut statistischem Bundesamt gab es 2009 **1.039 Hygienefachkräfte in 759 Allgemeinen Krankenhäusern.**

Personalbedarf in den 1.780 Allgemeinen Krankenhäusern:

- Die RKI-Empfehlung fordert für Krankenhäuser ab 400 Betten einen hauptamtlichen Krankenhaushygieniker. 2009 hatten 360 Allgemeine Krankenhäuser eine Kapazität über 400 Betten, d.h es besteht – rein rechnerisch – ein Bedarf von mindestens 360 Krankenhaushygienikern. Derzeit sind an 92 Krankenhäusern Hygieniker beschäftigt – d.h. es bleibt ein Bedarf von **mindestens 268 hauptamtlichen Krankenhaushygienikern.**

Die übrigen 1.420 Krankenhäuser sollen zumindest eine externe Beratung durch einen Krankenhaushygieniker sicherstellen (je nach Größe einer für 2-3 Krankenhäuser):

Annahme:

Krankenhäuser bis 199 Betten bedürfen 0,33 KHH: $962 \times 0,33 = 317,46$ KHH

Krankenhäuser bis 299 Betten bedürfen 0,5 KHH: $282 \times 0,5 = 141$ KHH

Krankenhäuser bis 399 Betten bedürfen 0,7 KHH: $176 \times 0,7 = 123,2$ KHH

Gesamtbedarf **Krankenhaushygieniker: $268 + 582 = 850$**

- Darüber hinaus empfiehlt das RKI einen hygienebeauftragten Arzt pro Fachabteilung – mindestens jedoch einen pro Krankenhaus.
Dies bedeutet einen Bedarf von mindestens **1.780 Hygienebeauftragten Ärzten.**
- Weiterhin fordert die RKI-Empfehlung je nach Risikoprofil der Station/Abteilung eine hauptamtliche Hygienefachkraft. Beispielhaft wird der Bedarf für fiktive Krankenhäuser unterschiedlicher Größe genannt (sh. oben).

Annahme:

Krankenhäuser bis 149 Betten bedürfen 0,5 HFK: $785 \times 0,5 = 392,5$ HFK

Krankenhäuser bis 299 Betten bedürfen 1 HFK: 459 HFK

Krankenhäuser bis 399 Betten bedürfen 1,5 HFK: $176 \times 1,5 = 264$ HFK

Krankenhäuser bis 599 Betten bedürfen 2 HFK: $210 \times 2 = 420$ HFK
Krankenhäuser bis 799 Betten bedürfen 3 HFK: $63 \times 3 = 189$ HFK
Krankenhäuser über 800 Betten bedürfen 4 HFK: $87 \times 4 = 348$ HFK

→ grob geschätzter Bedarf gesamt: 2.072,5 HFK

2009 gab es 759 HFK, d. h. es besteht – rein rechnerisch – ein zusätzlicher Bedarf von **1.313 Hygienefachkräften**.

- Ergänzend sollen für spezielle Funktionsabteilungen sowie für die Betreuung bettenferner Abteilungen zusätzliche Hygienefachkräfte angestellt werden.

Annahme:

Krankenhäuser bis 199 Betten bedürfen wenigstens $\frac{1}{4}$ Vollkraft zusätzlich:

$$962 \times 0,4 = 384,8 \text{ HF}$$

Krankenhäuser bis 399 Betten bedürfen ca. $\frac{1}{2}$ zusätzlichen HFK: $458 \times 0,5 = 229$ HFK

Krankenhäuser bis 499 Betten bedürfen ca. $\frac{3}{4}$ zusätzliche HFK: $123 \times 0,75 = 92,25$ HFK

Krankenhäuser ab 500 Betten bedürfen mindestens 1 zusätzlichen HFK: 237 HFK

→ geschätzter zusätzlicher Bedarf an **Hygienefachkräften: 943**

Kosten für ZUSÄTZLICHES Personal:

Durchschnittliche Kosten für den ärztlichen Dienst: 95.000 €/a

→ Kosten für 850 Krankenhaushygieniker: 80.750.000 €/a

→ Kosten für 1.780 hygienebeauftragte Ärzte: 169.100.000 €/a

Durchschnittliche Kosten für den Pflegedienst: 47.000 €/a

→ Kosten für 1.313 HFK: 61.711.000 €/a

→ Kosten für 943 HFK für spezielle Abteilungen: 44.321.000 €/a

Mehrkosten für zusätzliches Personal: 355.882.000 €/a

Personalkosten für „Hygiene-Personal“ insgesamt:

Kosten für 360 hauptamtliche + 582 externe Krankenhaushygieniker: 89.490.000 €/a

Kosten für 1.780 hygienebeauftragte Ärzte: 169.100.000 €/a

Kosten für 2.072 + 943 HFK: 141.705.000 €/a

Gesamtkosten „Personal für Hygiene“: 400.295.000 €/a

Nicht einkalkuliert sind die Kosten die Hygienebeauftragten in der Pflege.