

Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
17(14)0124(6)  
gel. VB zur Anhörung am 9.5.  
11\_Infektionsschutzgesetz  
28.04.2011



Deutscher  
Caritasverband

## Stellungnahme des Deutschen Caritasverbandes zur Anhörung im Ausschuss für Gesundheit am 9. Mai 2011

### I. Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

#### Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze BT-Drs. 17/5178

##### Einleitung

Der Gesetzentwurf zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze enthält als Artikelgesetz aus Sicht des Deutschen Caritasverbandes zahlreiche positiv zu bewertende gesetzliche Regelungen. Angesichts der hohen Zahl von im Krankenhaus erworbenen multiresistenten Erregern, die dann in der Versorgungskette der Verlegung der Patientinnen und Patienten in den häuslichen Bereich oder auch ins Pflegeheim weitergetragen werden können, ist dringender gesetzgeberischer Handlungsbedarf gegeben. Multiresistente Erreger werden jedoch auch umgekehrt aus dem ambulanten Bereich ins Krankenhaus getragen. Für eine Bekämpfung der Ausbreitung multiresistenter Erreger gilt es daher, das Krankenhaus und den ambulanten Sektor gleichermaßen in den Blick zu nehmen. Nicht zuletzt werden die meisten Antibiotika durch die niedergelassenen Ärzte verordnet. Viele Resistenzen in Deutschland sind dabei auf eine nicht fachgerechte Gabe von Antibiotika zurückzuführen. In den Niederlanden

Stellungnahme

Deutscher Caritasverband e. V.  
Vorstandsbereich Sozial- und Fachpolitik  
Prof. Dr. Georg Cremer  
Generalsekretär

Postfach 4 20, 79004 Freiburg i. Br.  
Karlstraße 40, 79104 Freiburg i. Br.

**Kontakt:**  
Dr. Elisabeth Fix  
Referentin für Rehabilitation, Alten- und Gesundheitspolitik  
Telefon-Durchwahl (030) 284447-46  
elisabeth.fix@caritas.de

Tatjana Loczenski,  
Leiterin Arbeitsstelle Sozialrecht  
Telefon-Durchwahl (0761) 200-576  
tatjana.loczenski@caritas.de

Haus der Deutschen Caritas  
Reinhardstraße 13, 10117 Berlin

Deutscher Caritasverband e. V.  
Karlstraße 40, 79104 Freiburg i. Br.

haben sich Regelungen zum sachgemäßen, auf spezifische Indikationen beschränkten Einsatz von Antibiotika als wesentlicher Erfolgsfaktor in der Bekämpfung und Prävention multiresistenter Keime erwiesen.

Durch die Änderungen des Infektionsschutzgesetzes werden neue Weichen für effektive Präventionsmaßnahmen in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen sowie für eine nachhaltige Hygienequalität im stationären und ambulanten Bereich gestellt. Der Deutsche Caritasverband begrüßt in diesem Zusammenhang ausdrücklich den gesetzlichen Auftrag an den Bewertungsausschuss, eine neue Gebührenordnungsposition für die Sanierung von MRSA-besiedelten und MRSA-infizierten Patienten in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab aufzunehmen.

Einer langjährigen Forderung des Deutschen Caritasverbandes entspricht die Einführung einer Schiedsstelle als Konfliktlösungsmechanismus bei Vergütungsverhandlungen zwischen den einzelnen Krankenkassen und den zugelassenen stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen.

Des Weiteren sehr positiv zu bewerten ist die Einführung einer Schiedsstelle als Konfliktlösungsmechanismus zur Klärung von Streitpunkten, die zwischen den Vereinbarungspartnern in der Verhandlung über die Transparenzvereinbarungen nach § 115 Abs. 1a SGB XI nicht zu lösen sind. Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege hat zu Artikel 6 dieses Gesetzes eine gemeinsame Stellungnahme erarbeitet, auf die wir hier verweisen.

**Zu den Inhalten des Gesetzentwurfs im Einzelnen nimmt der Deutsche Caritasverband, wie folgt, Stellung:**

## **Zu Artikel 1: Änderung des Infektionsschutzgesetzes**

Die hier vorgeschlagenen gesetzlichen Änderungen betreffen den Bereich der Kliniken. Der Katholische Krankenhausverband (KKVD) hat seine Stellungnahme dazu im Rahmen der Stellungnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) abgegeben. Dieser Stellungnahme schließen wir uns an. Dies umfasst auch die entsprechenden für Krankenhäuser relevanten Änderungen in Artikel 3 dieses Gesetzentwurfs.

Zu Artikel 1 beschränken wir uns auf einige generelle Bemerkungen. Positiv beurteilt wird die Schaffung einer Rechtsgrundlage für den Erlass von Rechtsverordnungen der Bundesländer für

---

Krankenhäuser und andere medizinische Einrichtungen mit dem Ziel, die Infektionsprävention zu verbessern. Damit werden auch die Bundesländer, die bisher keine Rechtsverordnungen für Hygieneregeln erlassen haben, zum Erlass entsprechender Regelungen verpflichtet. Der Bund gibt dafür einen bundeseinheitlichen Rahmen für strukturelle, personelle und organisatorische Voraussetzungen für die Einhaltung der Infektionshygiene vor, den die Länder durch Detailregelungen ausfüllen können. Aus den Vorgaben wird deutlich, dass neben der Bekämpfung von Infektionen vor allem der Prävention ein hoher Stellenwert zuerkannt wird. Diesen Ansatz unterstützen wir nachdrücklich. Ein wesentlicher Faktor für die Infektionsprävention ist die Bereitstellung einer ausreichenden Anzahl von Hygienefachkräften und Krankenhaushygienikern. Die KRINKO hat hier entsprechende Empfehlungen abgegeben. Angesichts des seit Jahren stattfindenden Abbaus von entsprechenden Lehrstühlen steht jedoch gegenwärtig nicht genügend qualifiziertes Hygienepersonal zur Verfügung. Die Diskrepanz zwischen dem wünschenswerten „Soll“- und dem „Istzustand“ kann nur durch Übergangslösungen überbrückt werden. Der Bund soll die Länder zum Ausbau von Lehrstuhlkapazitäten im Bereich der Hygienewissenschaften auffordern. Das Thema Hygiene muss bereits in der Grundausbildung der Ärztinnen und Ärzte wieder ein stärkeres Gewicht erhalten. Im Krankenhaus muss die Refinanzierung des Hygienefachpersonals sichergestellt sein.

Die Einführung einer Kommission „Antiinfektiva, Resistenz und Therapie“ wird ebenfalls als wichtiger Schritt zur Bekämpfung der Antibiotikaresistenzen bewertet. Ihre Aufgabe soll es sein, Empfehlungen für die Diagnostik und antimikrobielle Therapie, insbesondere bei Infektionen mit resistenten Krankheitserregern zu erstellen. Es muss sichergestellt werden, dass diese Empfehlungen auch in der Praxis umgesetzt werden. Entsprechende Fortbildungen für Ärzte im Einsatz von Antibiotika müssen daher verpflichtend sein. Ärzte in Deutschland verordnen zu häufig Antibiotika, ohne dass ihr indikationsspezifischer und damit fachgerechter Einsatz gesichert ist. Dies gilt insbesondere für virusbedingte Krankheiten wie typische Erkältungserkrankungen. Dies ist eine wesentliche Ursache für die Ausbreitung von Resistenzen gegenüber MRSA, VRE und ESBL.

## **Zu Artikel 3: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

### **1. Abbildung der MRSA-Sanierung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM, § 87 Abs. 2a SGB V n. F.)**

#### **Gesetzentwurf:**

In § 87 Abs. 2a SGB V wird bestimmt, dass in den Bundesmantelverträgen im Rahmen des einheitlichen Bewertungsmaßstabes mit Wirkung zum 1. Januar 2012 Vergütungsregelungen für die ärztlichen Leistungen bei der Diagnostik und Eradikationstherapie von Trägern des MRSA (Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus*) vereinbart werden müssen. Die Vergütungsregelung ist zunächst auf zwei Jahre zu befristen. Danach ist eine Anschlussregelung zu vereinbaren.

#### **Bewertung:**

Der Deutsche Caritasverband begrüßt, dass der Gesetzgeber es den Parteien des Bundesmantelvertrags für einen Einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen aufgibt, differenzierte Vergütungsregelungen für die ambulante Sanierung einschließlich Beratung und Dokumentation von MRSA-infizierten, MRSA-besiedelten und von einem erhöhten MRSA-Infektionsrisiko betroffenen Patienten zu treffen.

Nicht nur in der stationären Versorgung, sondern auch im ambulanten Bereich ist eine Zunahme der Infizierung durch das Methicillin-resistente *Staphylococcus aureus* (MRSA) zu beobachten. So hat die Zahl der infolge von Krankenhausaufenthalt mit MRSA infizierten Patienten sowie der Patienten, die gemäß den Empfehlungen der KRINKO einem erhöhten Risiko einer MRSA-Besiedelung unterliegen, in den letzten Jahren stark zugenommen. Wenn die Patienten nach einem Krankenhausaufenthalt nach Hause entlassen werden oder ins Pflegeheim übersiedeln, obliegt die Diagnostik und Therapie der Versorgung den niedergelassenen Ärzten. Dabei hat sich gezeigt, dass die Sanierung von MRSA, insbesondere die mikrobiologische Verlaufskontrolle mittels Abstrich, in der Vergütungssystematik des derzeit geltenden EBM nicht hinreichend abgebildet ist. In der Praxis hatte dies zur Folge, dass Ärzte mit Verweis auf die Vergütungssituation Abstriche den Pflegeheimen privatärztlich in Rechnung stellten, wie z. B. in Nordrhein-Westfalen. Angesichts des hohen Risikos einer weiteren Verbreitung von MRSA durch infizierte Personen, MRSA-besiedelte Personen sowie Personen mit einem erhöhten Infektionsrisiko besteht hier dringender Handlungsbedarf: Regelungsbedürftig sind aus Sicht der Caritas vor allem Laborleistungen der mikrobiologischen Abstrich-Untersuchungen, die im Sanierungsfall bisher nur unzureichend vergü-

tet werden. In der Regelung muss sichergestellt sein, dass die notwendigen Laborabstriche für die mikrobiologische Verlaufskontrolle als Bestandteil der Sanierung (Diagnostik, Therapie, Beratung und Dokumentation) nicht nur als ärztliche Leistungen für MRSA-infizierte, Symptome aufweisende Personen vergütet werden, sondern auch für symptomlose MRSA-besiedelte Personen sowie symptomlose Personen, die gemäß den Empfehlungen der KRINKO jedoch einem erhöhten Risiko einer MRSA-Besiedelung unterliegen. Zudem muss sichergestellt werden, dass bei Personen die gemäß den Empfehlungen der KRINKO einem erhöhten Risiko einer MRSA-Besiedelung unterliegen, vor Aufnahme in eine stationäre Einrichtung des Gesundheitswesens oder in ein Pflegeheim regelmäßig ein Screening erfolgt.

Im Gesetzestext des § 87 Abs. 2a SGB V sollte klargestellt werden, dass Vergütungsregelungen für Laborabstriche bei allen drei folgenden Personengruppen zu treffen sind:

- MRSA-infizierte, Symptome aufweisende Personen
- symptomlose MRSA-besiedelte Personen
- symptomlose Personen, die gemäß den Empfehlungen der KRINKO jedoch einem erhöhten Risiko einer MRSA-Besiedelung unterliegen.

## **Lösungsvorschlag:**

§ 87 Abs. 2a SGB V-Reg-E werden folgende Sätze angefügt:

„Bis spätestens zum 31. Oktober 2011 ist mit Wirkung zum 1. Januar 2012 eine Regelung zu treffen, nach der ärztliche Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie einschließlich elektronischer Dokumentation von Trägern **des** Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus* (MRSA) **und Patienten mit einem erhöhten Risiko für eine Methicillin-resistente *Staphylococcus aureus* (MRSA) Kolonisation im Sinne der Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten *Staphylococcus-aureus*-Stämmen in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen des Robert Koch-Instituts** vergütet werden. Die Vergütungsvereinbarung ist auf zwei Jahre zu befristen; eine Anschlussregelung ist bis zum 31. Oktober 2013 zu treffen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit quartalsbezogen über Auswertungsergebnisse der Regelung nach Satz 3. Das Bundesministerium für Gesundheit kann das Nähere zum Inhalt des Berichts nach Satz 5 sowie zur Auswertung der anonymisierten Dokumentationen zum Zwecke der Versorgungsforschung bestimm-

men; es kann auch den Bewertungsausschuss mit der Vorlage des Berichts beauftragen. Im Übrigen gilt die Veröffentlichungspflicht gemäß § 136 Absatz 1 Satz 2.“

## **2. Schiedsstelle im Bereich der Rehabilitation und Vorsorge (§ 111 Abs. 5 SGB V-Reg-E und § 111b SGB V)**

### **Gesetzentwurf:**

Der Referentenentwurf sieht die Einführung einer Schiedsstelle für Vergütungsvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Trägern von Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen vor. Kommt eine Vergütungsvereinbarung innerhalb von zwei Monaten nach Aufforderung einer Vertragspartei zu Vergütungsverhandlungen nicht oder teilweise nicht zustande, setzt die nach § 111b SGB V neu errichtete Schiedsstelle den Inhalt der Vereinbarung fest. Mit der Errichtung der Schiedsstelle wird nun auch im Bereich Rehabilitation und Vorsorge eine Konfliktlösungsinstanz geschaffen, die laut Gesetzesbegründung das Ziel hat, eine leistungsgerechte und angemessene Vergütung durchzusetzen. Die Schiedsstelle wird auf Landesebene eingerichtet. Sie ist paritätisch aus Vertretern der Krankenkassen und Leistungserbringer sowie mit einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern zu besetzen. Nähere Regelungen werden von den Landesregierungen durch Rechtsverordnung getroffen.

### **Bewertung:**

Der Deutsche Caritasverband begrüßt die Einrichtung einer Schiedsstelle für die medizinischen Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen uneingeschränkt. Die Schaffung eines Konfliktlösungsmechanismus bei Vergütungsverhandlungen entspricht einer langjährigen Forderung des Verbandes. Zur Sicherstellung qualitätsorientierter Strukturen müssen sich Leistungserbringer auf eine angemessene und leistungsgerechte Vergütung und deren Fortschreibung verlassen können. Derzeit führen ungleiche Machtverhältnisse zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern zu einer faktisch einseitigen Preisfestsetzung, gepaart mit einer strikt preisorientierten Belegungssteuerung durch die Leistungsträger. Eine Aushandlung der Vergütung „auf Augenhöhe“ findet nicht statt. Die Einführung einer Schiedsstelle - analog zu entsprechenden Regelungen der Schiedsstelle nach § 18a KHG - ist daher sachgerecht und kann ein wichtiges Regulativ im Wettbewerb bilden. Es fehlt jedoch das Kriterium, dass die Vergütungen angemessen und leistungsgerecht sein müssen. Außerdem ist es bei der Besetzung der Schiedsstelle geboten, dass sich die Trägervielfalt der Vertreter der zugelassenen Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in der Besetzung ihrer Bank widerspiegelt.

---

Neben der Krankenversicherung ist auch die Rentenversicherung Leistungsträger von Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen. Daher ist eine § 111b SGB V analoge Regelung auch im SGB VI einzuführen.

## **Lösungsvorschlag:**

### **a) Leistungsgerechte Vergütung**

Im Gesetz ist zu regeln, dass die Vergütung nach den Grundsätzen der Angemessenheit und Leistungsgerechtigkeit zu bemessen ist.

In § 111 Abs. 5 SGB V-Reg-E wird nach Satz 1 folgender Satz 2 neu eingefügt:

„Sie müssen **angemessen und leistungsgerecht** sein und **es einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, ihren Versorgungsauftrag zu erfüllen.**“

### **b) Besetzung der Schiedsstelle**

Im Gesetz ist sicherzustellen, dass sich bei der Besetzung der Schiedsstelle die Trägervielfalt der Vertreter der zugelassenen Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in der Besetzung ihrer Bank widerspiegelt.

§ 111b Abs. 2 S. 1 SGB V-Reg-E wird durch folgende Sätze ersetzt:

„Die Schiedsstelle besteht aus einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern sowie aus Vertretern der jeweiligen Vertragsparteien nach § 111 Abs. 5 S. 1 in gleicher Zahl. **Bei der Bestellung der Träger der zugelassenen Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen ist ihrer Vielfalt Rechnung zu tragen.** Für den Vorsitzenden und die unparteiischen Mitglieder können Stellvertreter bestellt werden.“

## **Zu Artikel 6: Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch**

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, die in der BAGFW zusammengeschlossen sind, haben zu Artikel 6 die nachstehend abgedruckte gemeinsame Stellungnahme abgegeben.

## **Beteiligung der PKV an den Prüfungen der Pflegequalität nach den §§ 114 ff. SGB XI**

### **Gesetzentwurf:**

Durch die Neuregelung soll eine Rechtsgrundlage geschaffen werden, um zu ermöglichen, dass sich die Private Pflegeversicherung in selbständiger Verantwortung durch einen eigenen Prüfdienst an den Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI beteiligen kann. Mit den geplanten Änderungen soll auch bestimmt werden, dass die Landesverbände der Pflegekassen, im Rahmen ihrer Zuständigkeit für die Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI, einem Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. zehn Prozent der in einem Jahr anfallenden Prüfaufträge zuzuweisen haben.

### **Grundsätzliche Bewertung:**

Die BAGFW ist gegenüber den vorgesehenen Änderungen zur Beteiligung des Prüfdienstes der PKV aufgeschlossen. Eine rechtlich institutionalisierte Qualitätssicherung der externen Qualitätssicherung, soweit sie durch Prüfungen nach den §§ 114 ff. SGB XI erfolgt, und eine Beobachtung und Bewertung ihrer Effizienz sollte angestrebt werden. Die Beteiligung eines neuen Akteurs auf klarer rechtlicher Grundlage kann insofern zu einem Qualitäts- und Effizienzwettbewerb beitragen und zu Verbesserungen führen. Eine Offenlegung der tatsächlichen Prüfkosten des Prüfdienstes der PKV kann Aufschluss darüber geben, inwieweit die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) auf Landesebene jeweils wirtschaftlich arbeiten. Mittelfristig könnten so u. U. Mittel der Pflegeversicherung zugunsten der Versicherten eingespart werden.

### **Zu den Änderungen im Einzelnen:**

#### **1. Zuweisung von Prüfaufträgen an den Prüfdienst der PKV**

##### **(§ 114 Abs. 1 S. 1 SGB XI-Reg-E)**

### **Gesetzentwurf:**

Durch die Erweiterung in § 114 Abs. 1 Satz 1 SGB XI-Reg-E sollen die Landesverbände der Pflegekassen dem Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. zehn Prozent aller Prüfaufträge zuweisen.

### **Bewertung:**

Der Anspruch des Prüfdienstes der PKV auf Zuweisung von zehn Prozent der zu erteilenden Prüfaufträge sollte aus gesetzessystematischen Gründen in einem neuen Satz 2 geregelt werden. Bis-



her dient Satz 1 ausschließlich als Kompetenznorm für die Landesverbände der Pflegekassen, Prüfaufträge zu erteilen. Aus der Ermächtigung folgt aber zugleich die Verpflichtung, mit der Erteilung des Auftrages das hoheitliche Prüfgeschehen zu steuern. Erst durch den einzelnen Prüfauftrag wird der MDK gemäß § 114a Abs. 1 Satz 1 SGB XI ermächtigt, die Prüfung vor Ort durchzuführen. Die Zuweisung dieser Kompetenzen sollte nicht durch eine Vermengung mit der neuen Verpflichtung vermischt werden.

## **Lösungsvorschlag:**

§ 114 Abs.1 Satz 1 und 2 SGB XI-Reg-E sollen daher lauten:

"Zur Durchführung einer Qualitätsprüfung erteilen die Landesverbände der Pflegekassen dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, **dem Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V.** oder den von ihnen bestellten Sachverständigen einen Prüfauftrag. **Die Landesverbände der Pflegekassen haben dem Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. Prüfaufträge im Umfang von jährlich zehn von Hundert aller Prüfaufträge zu erteilen.**"

Die folgenden Sätze verschieben sich in ihrer Nummerierung entsprechend.

## **2. Abstimmung des Prüfverfahrens zwischen den gesetzlichen Pflegekassen und der privaten Pflege-Pflichtversicherung/ Qualität der Qualitätsprüfungen (§ 114 Abs. 5a SGB XI-Reg-E)**

### **Gesetzentwurf:**

Mit dem neu eingefügten Absatz 5a sollen die notwendigen Grundlagen für die Durchführung der Prüftätigkeit durch den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. geregelt werden. Hierbei wird auch das Erfordernis der Abstimmung der notwendigen Verfahren zwischen den gesetzlichen Pflegekassen und der privaten Pflege-Pflichtversicherung betont, da der Prüfdienst seine Tätigkeit auf Grundlage einer Beauftragung durch die Landesverbände der Pflegekassen durchführt. Das Nähere hierzu soll durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen und den Verband der privaten Krankenversicherung e.V. im Rahmen einer Vereinbarung geregelt werden. Diese soll Aussagen enthalten zur Prüfquote, zur Auswahl der zu prüfenden Einrichtungen sowie zu einem Qualitätssicherungsverfahren, mit dem das Ziel der Sicherstellung einer einheitlichen bundesweiten Prüfpraxis verfolgt wird.

## **Bewertung:**

Nach Absatz 5a Satz 1 soll der Spitzenverband Bund der Pflegekassen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. das Nähere über die Zusammenarbeit bei der Durchführung von Qualitätsprüfungen durch den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. vereinbaren, insbesondere über Maßgaben zur Prüfquote, Auswahlverfahren der zu prüfenden Pflegeeinrichtungen und Maßnahmen der Qualitätssicherung. Erst durch die Gesetzesbegründung wird erkennbar, dass eine Abstimmung zwischen dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen und dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. zwingend erforderlich ist.

Die Notwendigkeit der Abstimmung des Spitzenverbands Bund der Pflegekassen und des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. muss auch im Gesetzeswortlaut deutlich werden, um ein bundesweit einheitliches Prüfungsverfahren sicherzustellen. Die „Soll“-Vorschrift ist daher durch eine „Muss“-Vorschrift zu ersetzen. Zudem ist vom Gesetzgeber zu regeln, dass schnellstmöglich ein bundesweit einheitliches Prüfungsverfahren stattfindet. Dafür ist eine Fristsetzung für die Abstimmung unerlässlich.

Des Weiteren sollte im Gesetzestext klar zum Ausdruck kommen, dass „das Nähere über die Zusammenarbeit“ neben den Maßgaben zur Prüfquote, dem Auswahlverfahren der zu prüfenden Pflegeeinrichtungen und den Maßnahmen der Qualitätssicherung auch die Sicherstellung einer einheitlichen Prüfpraxis umfasst.

## **Lösungsvorschlag:**

§ 114a Abs. 5a Satz 1 SGB XI-Reg-E soll daher lauten:

„Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen **vereinbart** mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. **innerhalb von drei Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes** das Nähere über die Zusammenarbeit bei der Durchführung von Qualitätsprüfungen durch den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V., insbesondere über Maßgaben zur Prüfquote, Auswahlverfahren der zu prüfenden Pflegeeinrichtung, Maßnahmen zur Qualitätssicherung und **Maßgaben zu einer einheitlichen Prüfpraxis.**“

### 3. Qualitätsprüfungs-Richtlinien (§ 114a Abs. 7 SGB XI-Reg-E)

#### **Gesetzentwurf:**

Der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. soll zukünftig auch an der Erarbeitung von Richtlinien über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität (Qualitätsprüfungs-Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen) beteiligt werden. Des Weiteren soll mit dem neuen Satz 7 in Abs. 7 auch klargestellt werden, dass die Qualitätsprüfungs-Richtlinien in gleicher Weise für den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. wie für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung gelten.

#### **Bewertung:**

Die geplanten Änderungen sind folgerichtig.

Des Weiteren ist eine Änderung in § 114a Abs. 7 Satz 2 SGB XI erforderlich. In § 114a Abs. 7 Satz 2 SGB XI muss es anstelle von „Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege“ „Verbände der Freien Wohlfahrtspflege auf Bundesebene“ heißen. Auch wenn diese gewöhnlich mit einer Stimme sprechen, ist nicht nachvollziehbar, warum sie nicht – wie die gewerblichen Leistungserbringerverbände auch - jeweils eigene Beteiligungsrechte genießen sollten. Nur so wird auch in systematischer Hinsicht die Einheitlichkeit gegenüber § 113 Abs. 1 Satz 1 SGB XI und § 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI gewahrt.

#### **Lösungsvorschlag:**

§ 114a Abs. 7 Satz 2 SGB XI-Reg-E soll daher lauten:

„Er hat die **Verbände der Freien Wohlfahrtspflege auf Bundesebene**, die Bundesverbände privater Alten- und Pflegeheime, die Verbände der privaten ambulanten Dienste, die Bundesverbände der Pflegeberufe, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, den Verband der privaten Krankenversicherung e.V., die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene sowie die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen zu beteiligen.“

## **4. Konfliktlösungsmechanismus bei der Weiterentwicklung der Pflege-Transparenzvereinbarungen/ den Vereinbarungen nach den § 113 ff. SGB XI**

### **Gesetzentwurf:**

Bei notwendig werdenden Weiterentwicklungen der Pflege-Transparenzvereinbarungen nach § 115 Abs. 1a SGB XI soll dauerhaft ein Konfliktlösungsmechanismus zur Klärung von zwischen den Vereinbarungspartnern auf dem Verhandlungsweg nicht zu lösenden Streitpunkten eingerichtet werden.

### **Grundsätzliche Bewertung:**

Mit der geplanten Änderung werden Erfahrungen aus den Diskussions- und Verhandlungsprozessen zu den Pflege-Transparenzvereinbarungen und Forderungen der BAGFW sowie der großen Mehrheit der Vereinbarungspartner einschließlich des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen aufgegriffen.

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege schlagen des Weiteren vor, auch einen dauerhaften Konfliktlösungsmechanismus für die Weiterentwicklungen der Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 SGB XI einzuführen. Eine Mindestfrist von sechs Monaten erscheint angesichts der Komplexität der Aufgaben und der Bedeutung dieses Regelwerks als sinnvoll.

## **Dauerhafter Konfliktlösungsmechanismus bei der Weiterentwicklung der Pflege-Transparenzvereinbarungen (§ 115 Abs. 1a Sätze 9-13 SGB XI-Reg-E)**

### **Gesetzentwurf:**

Durch die geplante Neuregelung soll sichergestellt werden, dass bei einer notwendig werdenden Weiterentwicklung der Transparenzvereinbarungen nach § 115 Abs. 1a SGB XI dauerhaft ein Konfliktlösungsmechanismus zur Klärung von zwischen den Vereinbarungspartnern auf dem Verhandlungsweg nicht zu lösenden Streitpunkten eingerichtet wird. Es werden u. a. die Verhandlungsfrist nach einer schriftlichen Aufforderung zur Neuverhandlung bestimmt, Möglichkeiten einer Fristverkürzung eingeführt, die Entscheidungsfrist der Schiedsstelle bestimmt und das Weitergelten der bisherigen Pflege-Transparenzvereinbarungen bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung festgelegt.

## **Bewertung:**

Nach § 115 Abs. 1 a Satz 9 SGB XI-Reg-E sollen die Vereinbarungen über die Kriterien der Veröffentlichung einschließlich der Bewertungssystematik an den medizinisch-pflegefachlichen Fortschritt angepasst werden. Es ist schwierig, Kriterien der Veröffentlichung, einschließlich der Bewertungssystematik am Standard von Medizin- und Pflegefachlichkeit festzumachen. Daher sollten hier die Kriterien an den pflegewissenschaftlichen Fortschritt angepasst werden.

Nach § 115 Abs. 1a Satz 10 SGB XI-Reg-E kann jeder Vereinbarungspartner nach drei Monaten die Schiedsstelle anrufen, sofern eine einvernehmliche Einigung nicht zustande kommt. Die Mindestfrist von drei Monaten für die Verhandlungen erscheint angesichts der Komplexität der Aufgaben und der zu berücksichtigenden wissenschaftlichen Erkenntnisse zu kurz. Es sollte im Gesetz daher eine realistische Frist gesetzt werden, innerhalb der eine einvernehmliche Einigung möglich ist. Empfehlenswert sind mindestens **sechs** Monate.

Nach § 115 Abs. 1a Satz 11 SGB XI-Reg-E entfällt die Frist, wenn der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und mindestens zwei Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene nach einer Beratung aller Vereinbarungspartner die Schiedsstelle einvernehmlich anrufen. Es ist problematisch, dass bereits zwei Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen zusammen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen die Schiedsstelle anrufen können. Gerade im Hinblick darauf, dass insgesamt 14 einzelne Verbände die Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene vertreten, scheint es sinnvoll, hier eine höhere Schwelle für das Anrufen der Schiedsstelle zu bestimmen, um zu verhindern, dass die Schiedsstelle langfristig überlastet wird und ihren Schiedsspruch nicht mehr innerhalb der vorgesehenen drei Monaten sprechen kann.

Empfehlenswert ist hier die **Mehrheit** der Leistungserbringerverbände.

Systemkonform im Kontext der Neuregelungen ist eine Veröffentlichung der Pflege- Transparentvereinbarungen nach § 115 Abs. 1a SGB XI im Bundesanzeiger, denn § 113 Abs. 1 S. 2 SGB XI sieht eine Veröffentlichung der Vereinbarungen zu den Maßstäben und Grundsätzen im Bundesanzeiger vor. Deshalb sollte hier eine Ergänzung um einen neuen Satz 14 erfolgen.

## **Lösungsvorschlag:**

§ 115 Abs. 1 a Sätze 9 -14 SGB XI-Reg-E sollen daher lauten:

„Die Vereinbarungen über die Kriterien der Veröffentlichungen einschließlich der Bewertungssystematik sind an den medizinisch-**pflegewissenschaftlichen** Fortschritt anzupassen. Kommt eine

---

Vereinbarung über die Kriterien der Veröffentlichung einschließlich der Bewertungssystematik oder eine Vereinbarung, welche eine bestehende ändert oder ersetzt, nicht innerhalb von **sechs** Monaten, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zu Verhandlungen aufgefordert hat, zustande, kann jede Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 113b SGB XI anrufen.

Die Frist entfällt, wenn der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die **Mehrheit der** Vereinigung der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene nach einer Beratung aller Vereinbarungspartner die Schiedsstelle einvernehmlich anrufen. Die Schiedsstelle soll eine Entscheidung innerhalb von drei Monaten treffen. Bestehende **Vereinbarungen gelten so lange, bis sie durch einvernehmliche Folgevereinbarungen oder durch Entscheidung der Schiedsstelle nach § 113b ersetzt sind. Die Vereinbarungen sind im Bundesanzeiger zu veröffentlichen; sie gelten vom ersten Tag desjenigen Monats an, welcher dem Monat der Veröffentlichung folgt.**

## **5. Dauerhafter Konfliktlösungsmechanismus bei der Weiterentwicklung der Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 SGB XI**

### **Problem:**

Für die Weiterentwicklung der Vereinbarungen Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 SGB XI fehlt ebenfalls eine Schlichtungsregelung. Auch hier sollte dauerhaft ein Konfliktlösungsmechanismus zur Klärung von zwischen den Vereinbarungspartnern auf dem Verhandlungsweg nicht zu lösenden Streitpunkten eingerichtet werden. Hierzu muss zum einen eine entsprechende Regelung in § 113 Abs. 3 SGB XI aufgenommen werden und zum anderen das Datum in § 113 Abs. 1 Satz 1 SGB XI gestrichen werden.

Systemkonform ist auch hier eine Präzisierung der Regelungen zum Inkrafttreten nach Veröffentlichung der Vereinbarungen im Bundesanzeiger. Hierzu schlagen wir eine Erweiterung von § 113 Abs. 1 Satz 2 SGB XI vor.

### **Lösungsvorschlag:**

§ 113 Abs.1 Satz 1 und 2 SGB XI-Reg-E sollen daher lauten:

„Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene vereinbaren gemeinsam und einheitlich unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkas-

---

sen, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V., der Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sowie unabhängiger Sachverständiger Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Pflege sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements, das auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität ausgerichtet ist. Die Vereinbarungen sind im Bundesanzeiger zu veröffentlichen; **sie gelten vom ersten Tag desjenigen Monats an, welcher dem Monat der Veröffentlichung folgt.**“

§ 113 Abs. 3 Satz 1 SGB XI soll, wie folgt, lauten:

„Kommen Vereinbarungen nach Absatz 1 **ganz oder teilweise nicht innerhalb von sechs Monaten, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zu Verhandlungen aufgefordert hat, zustande**, kann jede Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 113b SGB XI anrufen.“

## **6. Pflicht zur Veröffentlichung der Entscheidungen der Schiedsstelle nach § 113b SGB XI im Bundesanzeiger**

### **Problem:**

Da an anderer Stelle der Hinweis auf die notwendige Veröffentlichung von Vereinbarungen verankert ist (§§ 113, 115 Abs. 1a SGB XI), damit aber die Schiedsstellenentscheidungen nicht einbezogen sind, muss zur Veröffentlichung der Schiedsstellenentscheidungen eine ergänzende rechtliche Regelung erfolgen. Nach § 113b Abs. 1 Satz 4 SGB XI hat eine Klage gegen die Schiedsstellenentscheidungen keine aufschiebende Wirkung. Daher sollen die Entscheidungen der Schiedsstelle ebenfalls im Bundesanzeiger veröffentlicht werden und müssen ggf. nach Abschluss rechtlicher Verfahren korrigiert werden.

### **Lösungsvorschlag:**

§ 113b Abs. 3 Satz 4 SGB XI n. F. soll daher lauten:

„Entscheidungen der Schiedsstelle sind im Bundesanzeiger zu veröffentlichen; die darin getroffenen Regelungen gelten vom ersten Tag desjenigen Monats an, welcher dem Monat der Veröffentlichung folgt.“

## II. Änderungsanträge zu BT-Drs. 17/5178

### **Änderungsantrag 3: Kein Zusatzbeitrag für Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden (Zu Artikel 3 Nummer 4a - § 242 Abs. 5 SGB V)**

#### **Antrag:**

Nach § 242 Abs. 5 SGB V alt sind Teilnehmer von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 5 Abs. 1 Nr. 6 SGB V), Menschen mit Behinderung, die in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder in Blindenwerkstätten tätig sind (§ 5 Abs. 1 Nr. 7 SGB V) sowie Menschen mit einer Behinderung, die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen eine Leistung erbringen, die nur einem Fünftel der Leistung eines voll-erwerbstätigen Beschäftigten entspricht (§ 6 Abs. 1 Nr. 8 SGB V), von der Zahlung des Zusatzbeitrags ausgenommen. Bisher nicht ausgenommen sind Personen nach § 5 Abs. 1 Ziffer 5, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen. Der Änderungsantrag sieht vor, auch diese Personengruppe in den Kreis der Personengruppen aufzunehmen, die keinen Zusatzbeitrag bezahlen müssen.

#### **Bewertung:**

Der Deutsche Caritasverband hält diese Änderung für sachgerecht und begrüßt die Regelung daher.

### **Änderungsantrag 4: Keine Berücksichtigung von Personen, für die kein Zusatzbeitrag erhoben wird, beim durchschnittlichen Zusatzbeitrag (Zu Artikel 3 Nummer 4b - § 242a Abs. 2 SGB V)**

#### **Antrag:**

Bei der Berechnung des durchschnittlichen Zusatzbeitrages sollen diejenigen Personen, von denen kein Zusatzbeitrag nach § 242 Abs. 5 SGB V erhoben wird, nicht mehr in die Kalkulation einbezogen werden.

#### **Bewertung:**

Es ist sachgerecht, wenn Mitglieder der Gesetzlichen Krankenversicherung, die keinen Zusatzbeitrag zahlen, auch nicht in die Gesamteinheit für die Berechnung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags einbezogen werden.



## **Änderungsantrag 5: Meldepflicht der Krankenkassen über den Bezug von Grundsicherung im Alter nach dem SGB XII an die den Beitrag abführenden Stellen (Zu Artikel 3 Nummer 4c - § 242b Abs. 6 SGB V)**

### **Antrag:**

Der Antrag regelt die Meldepflicht der Krankenkassen für Mitglieder, die Grundsicherung im Alter beziehen. Während der Dauer des Bezugs der Grundsicherung im Alter ist kein Sozialausgleich durchzuführen.

### **Bewertung:**

Der Deutsche Caritasverband hält diese im Antrag vorgesehene technische Regelung für sachgerecht und sieht hier keinen Änderungsbedarf.

## **Änderungsantrag 6: Befugnisnorm für die Datenübermittlung zu Abrechnungszwecken im Rahmen der Selektivverträge und der integrierten Versorgung sowie der ambulanten Notfallversorgung (Zu Artikel 3 Nummer 9 – neu; § 295a)**

### **Antrag:**

Mit der Änderung wird die Datenübermittlung zu Abrechnungsverfahren bei Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V, zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung nach § 73c SGB V, zur Integrierten Versorgung nach § 140a SGB V sowie zur Notfallversorgung im Krankenhaus neu geregelt. Da insbesondere Gemeinschaften von Leistungserbringern Dritte als Vertragspartner zu Abrechnungszwecken nutzen, wie beispielsweise privatrechtlich organisierte Abrechnungsstellen, ist es erforderlich, die Datenerhebung, Datenverarbeitung und Datennutzung im Binnenverhältnis und gegenüber den Versicherten auf eine gesetzliche Grundlage zu stellen. Es wird geregelt, dass die Versicherten vor Einschreibung in die jeweilige Versorgungsform entsprechend über die Datenübermittlung informiert worden sind und dieser schriftlich zugestimmt haben.

### **Bewertung:**

Dem Datenschutz der Versicherten, die sich in Programme nach § 73 b, § 73c oder § 140a SGB V eingeschrieben haben, wird mit dem Änderungsantrag umfassend Rechnung getragen. Durch das Erfordernis der Vorabinformation und der schriftlichen Einwilligung in die Datenübermittlung ist der Datenschutz in hohem Maße gewährleistet. Bezüglich der schriftlichen Einwilligung des Versicher-

ten in die Datenübermittlung bei Notfallbehandlungen im Krankenhaus geben wir jedoch zu bedenken, dass diese aufgrund der gesundheitlichen Situation des Versicherten in der Regel erst nach der Behandlung wird erfolgen können. Im Gesetzestext sollte klargestellt werden, dass die schriftliche Einwilligung auch nach der Behandlung eingeholt werden kann.

## **Lösungsvorschlag:**

In § 295a Abs. 3 SGB V neu wird nach Satz 1 folgender Satz 2 eingefügt:

„Bei einer Notfallbehandlung soll die schriftliche Einwilligung nachträglich erfolgen.“

## **III. Antrag der Bundestagsfraktion der SPD**

### **„Besserer Schutz vor Krankenhausinfektionen durch mehr Fachpersonal für Hygiene und Prävention“ (BT-Drs. 17/4452)**

#### **Antrag:**

Ziel des Antrags ist es, Krankenhausinfektionen durch präventive Maßnahmen vorzubeugen. Vorgeschlagen wird im Einzelnen, gesetzliche Grundlagen für den Einsatz von Fachärzten für Hygiene sowie von Hygienefachpflegekräften zu schaffen und die Bundesländer beim Erlass von Hygieneverordnungen zu unterstützen.

#### **Bewertung:**

Der Deutsche Caritasverband unterstützt den präventiven Ansatz des vorliegenden Antrags. Der Antrag greift jedoch zu kurz, weil er nur das Krankenhaus als Handlungsfeld in den Blick nimmt.

Infektionen mit multiresistenten Keimen gilt es jedoch nicht nur bei und vor der stationären Aufnahme zu identifizieren und zu sanieren, sondern auch beim Übergang vom Krankenhaus in den häuslichen und ambulanten Bereich. Der in der Begründung zum Antrag geforderte effizientere Antibiotikaeinsatz ist zuvorderst eine Aufgabe der niedergelassenen Ärzte. Multiresistenzen entstehen, weil Ärzte zu häufig unspezifisch Antibiotika verordnen, etwa bei virusbedingten Erkältungskrankheiten. Des Weiteren muss die Sanierung von Patienten, die mit multiresistenten Keimen symptomlos oder mit Symptomen besiedelt sind, auch erfolgen, wenn sie aus dem Krankenhaus in den häuslichen Bereich oder in stationäre Einrichtungen wie Pflegeheime oder Rehakliniken entlassen werden.

Die Forderung, das Infektionsschutzgesetz so zu ergänzen, dass Fachärzte und Fachpflegekräfte für Hygiene in ausreichender Zahl im Krankenhausbereich eingesetzt werden können, unterstützen wir. Ebenso positiv bewerten wir die Forderung nach Schaffung einer Rechtsgrundlage für den Erlass von Hygieneverordnungen durch die Bundesländer.

Beiden Forderungen des SPD-Antrags ist aus unserer Sicht jedoch in Artikel 1 Nummer 8 des vorliegenden Gesetzentwurfs der Bundesregierung zum Infektionsschutzgesetz bereits hinreichend Rechnung getragen. So sieht § 23 Abs. 8 eine Ermächtigungsgrundlage zum Erlass von Rechtsverordnungen für die Durchführung von Maßnahmen zur Verhütung, Erkennung, Erfassung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen und multiresistenten Krankheitserregern vor. In den Rechtsverordnungen kann sowohl der Einsatz der erforderlichen Anzahl von Hygienefachkräften, Krankenhaushygienikern und Hygienebeauftragten geregelt werden (vgl. § 23 Abs. 8, Ziffer 3) als auch die Qualifikation und Schulung des Personals hinsichtlich der Infektionsprävention (vgl. § 23 Abs. 8, Ziffer 5).

#### **IV. Antrag der Bundestagsfraktion DIE LINKE**

##### **„Krankenhausinfektionen vermeiden – tödliche und gefährliche Keime bekämpfen“ (BT-Drs. 17/4489)**

###### **Antrag:**

In ihrem Antrag fordert die LINKE ein umfassendes Bündel von Maßnahmen zur Bekämpfung multiresistenter Keime. So sollen beim Verstoß gegen die RKI-Richtlinien Sanktionen greifen, die von den Gesundheitsämtern kontrolliert werden sollen. Für multiresistente Keime soll eine generelle Meldepflicht eingeführt werden. Krankenhäuser sollen eine dem Kalkulationsschlüssel der RKI-Richtlinie entsprechende Anzahl von Hygienefachpersonal mit entsprechender Zusatzqualifikation vorweisen. Die Länder sollen durch Bereitstellung von Lehrstühlen für Hygiene die Voraussetzungen schaffen, dass Hygienefachpersonal in ausreichender Anzahl zur Verfügung steht.

Neben den Krankenhäusern wird auch der ambulante Bereich in den Blick genommen. So soll die Weiterbehandlung von Patienten mit multiresistenten Keimen auch im ambulanten Bereich von den Krankenkassen erstattet werden. Da der überwiegende Teil der Antibiotika im ambulanten Bereich verordnet wird, soll es künftig Leitlinien für die Antibiotikaaanwendung geben. Bei der Aufnah-

me ins Krankenhaus soll generell ein Screening nach dem Vorbild der Niederlande und Dänemarks eingeführt werden.

## **Bewertung:**

Der Gesetzentwurf der Bundesregierung stellt aus unserer Sicht bereits die richtigen Weichenstellungen für die Bereitstellung der erforderlichen Anzahl entsprechend qualifizierten Hygienefachpersonals. Zugleich unterstützen wir die Forderung der LINKEN, dass die Länder den Erhalt bzw. Ausbau von Lehrstühlen für Hygiene stärker fördern sollen.

Für zentral halten wir es, neben dem stationären Bereich auch den ambulanten Bereich in den Blick zu nehmen. Auch die Caritas fordert in ihrer Stellungnahme zum vorliegenden Gesetzentwurf der Bundesregierung, dass Vergütungsregelungen nicht nur für MRSA-infizierte, Symptome aufweisende Personen gelten sollen, sondern auch für symptomlose, MRSA-besiedelte Menschen und symptomlose Personen, die gemäß den Empfehlungen der KRINKO jedoch einem erhöhten Risiko einer MRSA-Besiedelung unterliegen. Ein generelles Screening der Patienten vor Krankenhausaufnahme befürworten wir ebenso. Als Begründung wird auf die bewährte Praxis in den Niederlanden und in Dänemark verwiesen. Hier ist jedoch hinzuzufügen, dass die Erfolge bei der Bekämpfung multiresistenter Keime in diesen Ländern nicht allein auf ein umfassendes Screening zurückzuführen sind, sondern auf eine indikationsgerechte Anwendung der Antibiotikagabe. Leitlinien für die Antibiotikagabe, wie im Antrag der LINKEN gefordert, halten wir daher für geboten.

## **V. Antrag der Bundestagsfraktion BÜNDNIS 90/ Die GRÜNEN**

### **„Prävention von Krankenhausinfektionen verbessern“ (BT-Drs. 17/5203)**

#### **Antrag:**

Der Antrag benennt als Ursache für die hohen Zahlen von Infektionen infolge von multiresistenten Keimen eine unzureichende Umsetzungen der Empfehlungen der KRINKO in der Praxis, das Fehlen eines umfassenden Screenings von Risikopatienten auf MRSA-Erreger bei der Aufnahme in den stationären Bereich sowie die Verschreibungspraxis von Antibiotika in Deutschland. Antibiotikaresistenzen betreffen dabei nicht nur den MRSA-Erreger, sondern auch Vancomycin-resistente Enterokokken (VRE), Extended spectrum Betalactamase bildende Darmbakterien (ESBL) und das Clostridium difficile.

Der Antrag fordert ein Screening von Risikopatientinnen und -patienten auf MRSA bei Aufnahme in eine stationäre Einrichtung des Gesundheitswesens sowie eine Isolierung und Sanierung der Patientinnen und Patienten bei positivem Befund. Das Krankenhaus soll künftig verpflichtet werden, bei positivem Befund die Informationen an die niedergelassenen Ärzte sowie die aufnehmenden Einrichtungen der Patientinnen und Patienten verpflichtend weiterzugeben. Des Weiteren soll die personelle Ausstattung der Kliniken mit Hygiene-Fachpersonal verbessert werden und die Hygienekunde in der ärztlichen und pflegerischen Aus- und Fortbildung verbessert werden.

Hinsichtlich der Anwendung von Antibiotika fordert der Antrag, die Antibiotika-Resistenz-Strategie grundlegend zu überarbeiten und Maßnahmen für einen rationellen Einsatz von Antibiotika zu ergreifen sowie die Vorgaben für die Verwendung von Antibiotika in der Tiermast zu verschärfen.

## **Bewertung:**

Der Antrag benennt aus Sicht des Deutschen Caritasverbands die wesentlichen Ursachen für die hohe Ausbreitung von multiresistenten Keimen. Wir unterstützen insbesondere den Vorschlag, Risikopatientinnen und -patienten vor einer Aufnahme ins Krankenhaus einem Screening zu unterziehen. Das Screening soll dabei bereits durch den einweisenden Arzt vorgenommen werden können.

Zentral für die Bekämpfung von multiresistenten Keimen ist es zudem, die Infektionsketten zu unterbrechen. Daher bedarf es einer Sanierung der Patientinnen und Patienten, die mit MRSA infiziert oder kolonisiert sind sowie dem erhöhten Risiko einer Infektion unterliegen, wie ebenfalls im vorliegenden Antrag gefordert wird. Diese Sanierung muss sowohl im stationären als auch ambulanten Bereich konsequent durchgeführt werden. Erforderliche Laborleistungen von Abstrich-Untersuchungen sind dabei zu refinanzieren. In der Begründung des Antrags wird zu Recht darauf hingewiesen, dass in der Praxis viele Sanierungen aus Kostengründen vorzeitig abgebrochen werden. Auch der Deutsche Caritasverband hat in seiner Stellungnahme zu o.g. Gesetzentwurf dieses Problem dargelegt.

Auch eine lückenlose Informationskette über positive Befunde von Patientinnen und Patienten mit multiresistenten Keimen ist aus Sicht des Deutschen Caritasverbands erforderlich. Dieser Informationsfluss muss jedoch nicht nur für den Transfer vom Krankenhaus in den ambulanten Bereich gewährleistet sein, sondern auch für den Transfer vom ambulanten Bereich in den stationären. Auch Pflegeeinrichtungen müssen in die Informationskette eingeschlossen sein.

Zur Verbesserung der Krankenhaushygiene bedarf es einer besseren personellen Ausstattung mit Hygienefachkräften im Krankenhaus. Die erforderliche Rechtsgrundlage dafür ist in § 23 Abs. 8 IfSG neu im vorliegenden Gesetzentwurf der Bundesregierung geschaffen worden. Aktuell steht nicht genügend qualifiziertes Hygienefachpersonal zur Verfügung, da die Ausbildungsmöglichkeiten in Deutschland gegenwärtig nicht vorhanden sind. Für eine Umsetzung der KRINKO-Empfehlungen „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“ müssen daher Übergangslösungen gefunden werden. Für die Bereitstellung einer ausreichenden Anzahl von Hygienefachkräften an den Krankenhäusern bedarf es zudem des Erhalts bzw. Ausbaus von Lehrstühlen für Hygienewissenschaft sowie einer regelmäßigen Fortbildung der Ärzte und des Pflegepersonals in diesem Bereich.

Wie schon zum Antrag der SPD ausgeführt, sind die Erfolge anderer europäischer Länder in der Bekämpfung der Ausbreitung multiresistenter Erreger vor allem auch auf eine restriktivere Praxis der Antibiotika-Verwendung zurückzuführen. Dieser Faktor wird auch im vorliegenden Antrag der GRÜNEN hervorgehoben. Wir erachten daher eine Strategie, welche die Verschreibung von Antibiotika auf die jeweiligen medizinischen Indikationen reduziert, für dringend geboten und unterstützen den Antrag der GRÜNEN in diesem Punkt nachdrücklich.

Freiburg/Berlin, den 28. April 2011  
Vorstandsbereich Sozial- und Fachpolitik  
Prof. Dr. Georg Cremer  
Generalsekretär

## **Kontakt:**

Dr. Elisabeth Fix, Referentin für Rehabilitation, Alten- und Gesundheitspolitik, Deutscher Caritasverband e.V., Berliner Büro, Tel.: 030 284447-46, E-Mail: [elisabeth.fix@caritas.de](mailto:elisabeth.fix@caritas.de)

Tatjana Loczenski, Leiterin Arbeitsstelle Sozialrecht, Deutscher Caritasverband e.V., Tel.: 0761 200-576. E-Mail: [tatjana.loczenski@caritas.de](mailto:tatjana.loczenski@caritas.de)