

Ausschuss für Gesundheit
Wortprotokoll
39. Sitzung

Berlin, den 09.05.2011, 13:30 Uhr
Sitzungsort: Marie-Elisabeth-Lüders-Haus
Adele-Schreiber-Krieger-Straße 1, 10557 Berlin
Sitzungssaal: Anhörungssaal 3 101

Vorsitz: Dr. Carola Reimann, MdB

TAGESORDNUNG:

Öffentliche Anhörung zum

- a) Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

Entwurf eines ... Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze

BT-Drucksache 17/5178

- b) Antrag der Abgeordneten Bärbel Bas, Mechthild Rawert, Dr. Carola Reimann, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der SPD

Besserer Schutz vor Krankenhausinfektionen durch mehr Fachpersonal für Hygiene und Prävention

BT-Drucksache 17/4452

- c) Antrag der Abgeordneten Harald Weinberg, Dr. Martina Bunge, Inge Höger, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

Krankenhausinfektionen vermeiden - Tödliche und gefährliche Keime bekämpfen

BT-Drucksache 17/4489

- d) Antrag der Abgeordneten Dr. Harald Terpe, Fritz Kuhn, Birgitt Bender, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Prävention von Krankenhausinfektionen verbessern

BT-Drucksache 17/5203

Anwesenheitsliste*

Mitglieder des Ausschusses

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses

Stellv. Mitglieder des Ausschusses

CDU/CSU

Henke, Rudolf
Hennrich, Michael
Koschorrek, Rolf, Dr.
Maag, Karin
Michalk, Maria
Monstadt, Dietrich
Riebsamen, Lothar
Rüddel, Erwin
Spahn, Jens
Stracke, Stephan
Straubinger, Max
Vogelsang, Stefanie
Zöller, Wolfgang
Zylajew, Willi

Bär, Dorothee
Bilger, Steffen
Brehmer, Heike
Gerig, Alois
Heinrich, Frank
Ludwig, Daniela
Luther, Michael, Dr.
Middelberg, Mathias, Dr.
Philipp, Beatrix
Rief, Josef
Selle, Johannes
Singhammer, Johannes
Tauber, Peter, Dr.
Zimmer, Matthias, Dr.

SPD

Bas, Bärbel
Franke, Edgar, Dr.
Graf, Angelika
Lauterbach, Karl, Dr.
Lemme, Steffen-Claudio
Mattheis, Hilde
Rawert, Mechthild
Reimann, Carola, Dr.
Volkmer, Marlies, Dr.

Ernstberger, Petra
Ferner, Elke
Gerdes, Michael
Gleicke, Iris
Kramme, Anette
Meßmer, Ullrich
Schmidt, Silvia
Schurer, Ewald
Tack, Kerstin

FDP

Ackermann, Jens
Aschenberg-Dugnus, Christine
Flach, Ulrike
Lanfermann, Heinz
Lindemann, Lars
Lotter, Erwin, Dr.

Dyckmans, Mechthild
Kauch, Michael
Knopek, Lutz, Dr.
Kolb, Heinrich L., Dr.
Luksic, Oliver
Molitor, Gabriele

DIE LINKE.

Bunge, Martina, Dr.
Senger-Schäfer, Kathrin
Vogler, Kathrin
Weinberg, Harald

Binder, Karin
Höger, Inge
Möhring, Cornelia
Tempel, Frank

BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Bender, Birgitt
Klein-Schmeink, Maria
Scharfenberg, Elisabeth
Terpe, Harald, Dr.

Göring-Eckardt, Katrin
Kekeritz, Uwe
Kuhn, Fritz
Kurth, Markus

*) Der Urschrift des Protokolls ist die Liste der Unterschriften beigegefügt.

Bundesregierung

Bundesrat

Fraktionen und Gruppen

Sprechregister

Abg. Angelika Graf (Rosenheim) (SPD)	13
Abg. Bärbel Bas (SPD)	13, 34
Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	25
Abg. Dietrich Monstadt (CDU/CSU)	9
Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	23, 24, 26
Abg. Dr. Karl Lauterbach (SPD)	11, 31
Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD)	33
Abg. Dr. Peter Röhlinger (FDP)	15
Abg. Dr. Rolf Koschorrek (CDU/CSU)	8, 27
Abg. Elisabeth Scharfenberg (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	25
Abg. Harald Weinberg (DIE LINKE.)	19, 20, 22
Abg. Jens Ackermann (FDP)	17, 18, 19
Abg. Jens Spahn (CDU/CSU)	6, 26, 29, 30
Abg. Kathrin Senger-Schäfer (DIE LINKE.)	20, 21
Abg. Lars Lindemann (FDP)	15, 18
Abg. Lothar Riebsamen (CDU/CSU)	7
Abg. Rudolf Henke (CDU/CSU)	9
Abg. Willi Zylajew (CDU/CSU)	28
Die Vorsitzende	6, 35
Die Vorsitzende, Abg. Dr. Carola Reimann (SPD)	6
SV Bernd Tews (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa))	29
SV Dr. Bernhard Egger (GKV-Spitzenverband)	8, 12, 14, 16, 17, 19, 24, 26
SV Dr. Jörg Herrmann (Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie e.V. (DGHM))	33
SV Dr. Klaus-Dieter Zastrow	15, 16, 17
SV Dr. Mathias Wunsch (Bundeszahnärztekammer (BZÄK))	9
SV Dr. Nils-Olaf Hübner	21, 23
SV Dr. Peter Pick (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS))	28
SV Dr. Thilo Weichert	22, 25
SV Dr. Volker Leienbach (Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV))	30
SV Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG))	8, 12, 13, 14
SV Herbert Weisbrod-Frey (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di))	19

SV Peter Löbus (Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VDK)) _____	18
SV Peter Scholich (Verband der Privatärztlichen Verrechnungsstellen e.V. (PVS Verband)) _____	32
SV Prof. Dr. Alex Friedrich _____	6, 7, 8, 11, 13, 15
SV Prof. Dr. Joachim Szececsenyi (Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (AQUA)) _____	16, 18
SV Prof. Dr. Martin Exner (Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene e.V. (DGKH))	10, 12, 13, 34
SV Prof. Dr. Thomas Kistemann _____	6, 10, 18
SV Prof. Dr. Walter Popp _____	11, 14, 20, 34
SV Prof. Dr. Winfried V. Kern (Deutsche Gesellschaft für Infektiologie e.V. (DGI)) _	19, 22, 34
SV Thomas Bublitz (Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK)) _____	27
SV Ulrich Weigeldt (Deutscher Hausärzteverband e.V.) _____	32
SVe Dr. Annika Lange (Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V. (EKD)) _____	10, 31
SVe Dr. Doris Pfeiffer (GKV-Spitzenverband) _____	29, 30, 31
SVe Dr. Elisabeth Fix (Deutscher Caritasverband e.V.) _____	20, 21, 27, 28
SVe Ilona Köster-Steinebach (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. (vzbv)) ____	17, 26, 27

Sitzungsbeginn: 13:37 Uhr

Die **Vorsitzende**, Abg. **Dr. Carola Reimann** (SPD): Sehr geehrte Damen und Herren, ich begrüße die Sachverständigen, die Vertreter der Medien und alle interessierten Gäste zur heutigen Anhörung „Infektionsschutzgesetz“ recht herzlich. Die Anhörung wird für das Bundestagsfernsehen aufgezeichnet und zeitversetzt übertragen. Ich bitte die Sachverständigen, vor der Beantwortung einer Frage ihren Namen und den der Organisation, für die sie sprechen, zu nennen. Außerdem bitte ich alle technischen Geräte auszuschalten, um Störungen zu vermeiden. Die Anhörung dauert zweieinhalb Stunden und die Fragezeit ist kontingentiert. Es beginnt die Fraktion der CDU/CSU.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Der Gesetzentwurf greift die Diskussion des letzten Jahres zu den Hygienestandards in den Krankenhäusern und der Erforderlichkeit bundesgesetzlicher Regelungen auf. Ich frage den Einzelsachverständigen Prof. Kistemann. Welche Maßnahmen zur Vermeidung von Besiedlung und Infektion mit MRSA-Stämmen halten Sie für sinnvoll, und werden diese in Deutschland angewandt? Herr Prof. Friedrich, Sie haben große Erfahrung mit der Bekämpfung von Infektionen in den Niederlanden. Können Sie die Situation in den Niederlanden im Vergleich zu Deutschland darstellen? Was lässt sich daraus für die Infektionsbekämpfung lernen?

SV Prof. Dr. Thomas Kistemann: Die Richtlinie der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention von 1999 mit der Ergänzung aus dem Jahr 2008 ist grundsätzlich sinnvoll. Ich möchte aber darauf hinweisen, dass die Empfehlungen keine Ausführungen oder Regelungen zum Umgang mit den Patienten während einer laufenden Screening-Phase enthalten. Außerdem besteht das Problem, dass die Richtlinie teilweise inkonsistent oder nicht ausreichend um-

gesetzt wird. Gründe hierfür sind oftmals ungeeignete Räumlichkeiten, Personalengpässe oder fehlendes Screening. Die Ergänzung der Richtlinie von 2008 empfiehlt u. a. das Eingangsscreening für Patienten aus Hoch-Prävalenz-Regionen. Allerdings muss man sich die Frage stellen, ob nicht alle Patienten aus Deutschland, die stationär aufgenommen werden, in diese Kategorie fallen.

SV Prof. Dr. Alex Friedrich: Ich bin Inhaber des Lehrstuhls für Mikrobiologie am Krankenhaus des Universitätsklinikums in Groningen/Niederlande und war zehn Jahre an der Universität in Münster. Seitdem arbeite ich grenzüberschreitend mit den Krankenhäusern zusammen. Der Unterschied zwischen den Niederlanden und Deutschland ist eklatant. In den Niederlanden hatten von 16 Mio. Einwohnern im letzten Jahr 25 Patienten eine MRSA-Sepsis. Nordrhein-Westfalen hat 18 Mio. Einwohner und 1.000 gemeldete Patienten mit MRSA-Sepsis. Grund für diesen eklatanten Unterschied ist erstens, dass es in den Niederlanden mehr Hygienepersonal gibt. Die Personaldichte ist rund dreimal so hoch und im Grenzgebiet teilweise sogar zehn Mal so hoch als in Deutschland. Es gibt zehn Mal mehr Fachärzte pro 1.000 Betten, die hauptamtlich auf dem Gebiet der Infektionsprävention arbeiten. Zweitens wird mehr Diagnostik durchgeführt. Die Niederländer erkannten bereits vor 30 Jahren, dass es keine spezifischen Infektionen mehr gibt. Inzwischen gibt es Erreger, die zwar gesunden Menschen nicht schaden, aber kranken oder operierten Patienten durchaus schaden können. Um dieses frühzeitig zu erkennen, wird quasi eine Mikrobiologie auf Tuchfühlung benötigt. Deshalb arbeiten in jedem niederländischen Krankenhaus Mikrobiologen, das sind klinisch tätige Ärzte mit einem Labor. Sie setzen die von Kommissionen beschlossenen Maßnahmen, z. B. Screening- oder Sanierungsmaßnahmen, in den Kliniken um. Der Erfolg hängt im Wesentlichen von Menschen mit entsprechender

Fachkompetenz ab. Ein dritter wichtiger Punkt ist die Händehygiene. Dazu gibt es in den Niederlanden eine Empfehlung für die Intensivstation. In der Klinik in Groningen versorgt auf der Intensivstation eine Pflegekraft einen Patienten. Sie kann sich sowohl auf die Hygiene konzentrieren als auch die Betreuung des Patienten intensiver gestalten. Das ist der wesentliche Unterschied zu Deutschland. Auf deutschen Intensivstationen werden durchschnittlich drei oder dreieinhalb Patienten von einer Pflegekraft versorgt. Dadurch ist die Möglichkeit einer Kreuzkontamination sehr viel größer.

Abg. **Lothar Riebsamen** (CDU/CSU): Meine Fragen richten sich an Prof. Friedrich, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und an den GKV-Spitzenverband. Wie beurteilen Sie aus ökonomischer Perspektive die vorgesehenen Maßnahmen zum Infektionsschutz? Wie verhalten sich die Mehrkosten für die Verbesserung in der Krankenhaushygiene, zum Beispiel durch Screening, zu möglichen Einsparungen? Gibt es Erfahrungen aus anderen Ländern? Sind dort die Screening-Maßnahmen in der Vergütung berücksichtigt?

SV **Prof. Dr. Alex Friedrich**: Im EUREGIO-Gebiet konnten die Maßnahmen umgesetzt werden, weil sie grenzüberschreitend mit inzwischen 8 Mio. Euro öffentlicher Mittel fünf Jahre lang unterstützt wurden. Das eröffnete die Möglichkeit zu handeln und regionale Netzwerke zu bilden. Durch Screening- oder Dekontaminierungsmaßnahmen entstehen sowohl im Krankenhaus als auch im ambulanten Bereich Kosten. Diese Ausgaben rechnen sich, wenn krankenhaushübergreifend gedacht wird. Das Problem ist, dass das Krankenhaus, das eine Screening-Maßnahme durchführt und damit Präventionslast trägt, nicht automatisch das Krankenhaus ist, welches auch weniger Infektionen hat. Ein Krankenhaus muss screenen und Prävention betreiben, damit es bei einem Folgeaufenthalt des

Patienten in einem anderen Krankenhaus nicht zu einer Infektion kommt. Krankenhäuser dürfen nicht isoliert, sondern müssen als Versorgungs-Cluster gesehen werden. Die auf der regionalen Systemebene in Präventionsmaßnahmen investierten Mittel und die dadurch an anderer Stelle eingesparten Behandlungskosten, können insgesamt gesehen positiv ausgeglichen werden. Darüber hinaus wird menschliches Leid verhindert. Für das einzelne Krankenhaus kann sich diese Rechnung aber durchaus anders gestalten. In Deutschland kostet ein MRSA-Screening drei Euro; in den Niederlanden 30 bis 50 Euro. Durch eine Infektion entstehen Kosten zwischen 2.000 und 20.000 Euro. Es ist leicht zu errechnen, wie viele Screenings für diesen Betrag durchgeführt werden können. Wichtig ist auch die ambulante Dekolonisierung. Patienten, die MRSA-positiv sind oder einen anderen Erreger in sich tragen, verlassen zwar das Krankenhaus, verlieren aber nicht den Erreger. In Deutschland wird, anders als in den Niederlanden, die MRSA-Behandlung eines Patienten während seiner ambulanten Behandlung nicht weitergeführt. Die Weiterbehandlung ist aufgrund abrechnungstechnischer Fragen, wegen fehlenden Wissens oder mangelnder Durchdringung der Empfehlungen de facto nicht möglich. Es geht viel Zeit bis zum nächsten Krankenhausaufenthalt verloren. Hier könnte man investieren. In der EUREGIO haben wir mit der Kassenärztlichen Vereinigung und der AOK Westfalen ambulante Sanierungen durchgeführt. Es wurden jährlich rund 140.000 Euro für 2,5 Mio. Einwohner und 3.000 MRSA-Fälle aufgewendet. Dadurch konnten bis zu 500 MRSA-Patienten dekolonisiert werden. In einer Studie wurde nachgewiesen, dass durch vorstationäre Untersuchungen das Doppelte der Investitionssumme eingespart werden kann. Das Screening kostete 20.000 Euro und insgesamt wurden 40.000 Euro eingespart. Neben dem Screening im ambulanten Bereich ist aber auch die ambulante Weiterbehandlung entscheidend. Das ist das Konzept in den Niederlanden und in der EUREGIO. Das alleinige ambulante Vor-Screening kann ich nicht

empfehlen.

SV Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG): Wir haben in unserer Stellungnahme berechnet, wie teuer der Gesetzentwurf unter gesamtökonomischen Aspekten werden kann. Wir sind zu dem Ergebnis gekommen, dass sich die Kosten der hohen Personalausstattung, des Screenings sowie der Beachtung sämtlicher Transparenz-Aspekte auf ca. 400 bis 500 Mio. Euro summieren werden. Das entspricht nahezu einem Prozent der gesamten Krankenhausausgaben. Wir haben weiter berechnet, dass für ein konsequentes MRSA-Screening der Fälle aus Risikogruppen rund 95 Mio. Euro benötigt werden. Diese Mehrkosten fallen zusätzlich zu den bereits heute milliardenhohen Ausgaben der Krankenhäuser für Infektionsprävention an. Sollen durch eine niedrigere Infektionsfallzahl entsprechende Mittel eingespart werden, muss man sich gleichzeitig vor Augen führen, dass nur ca. drei Prozent der Krankenhausfälle auch Infektionsfälle sind. Durch diese drei Prozent müssten die Mehrkosten refinanziert werden. Eine vollständige Refinanzierung der Mehrkosten ist also kaum vorstellbar. Gleichwohl ist bei einzelnen Krankenhäusern nachweisbar, dass mittel- bis langfristig verstärkte Präventionsanstrengungen auch zu finanziellen Rückläufen führen können. Deshalb haben wir gebeten, über eine Anschubfinanzierung nachzudenken. Diese könnte auslaufen, wenn die ökonomischen Ergebnisse positiv sind. Mit dem zwischenzeitlich verbesserten Infektionspräventionsinstrumentarium könnten dann weitere Kosteneinsparungen erzielt werden.

SV Dr. Bernhard Egger (GKV-Spitzenverband): Nach unserer Ansicht gibt der aktuelle HTA-Bericht (Health Technology Assessment) des DIMDI im Moment die beste und zuverlässigste Übersicht über die Wirksamkeit und die Kostenfragen im Zusammenhang mit nosokomialen Infektionen. Der Bericht kommt, obwohl die zugrundeliegenden Studien teilweise von

mäßiger Qualität waren, zu dem Ergebnis, dass die verschiedenen Präventions- und Kontrollmaßnahmen grundsätzlich wirksam sind. Das DIMDI nennt die effektiven Maßnahmen. Dazu zählen ein an die jeweilige Situation angepasstes Screening, um auf MRSA reagieren zu können, Schulungen zur Verbesserung der Händehygiene, Maßnahmen zur Dekolonisation von Keimträgern oder die Errichtung und Kontrolle allgemeiner Hygieneschutzmaßnahmen sowie multimodale Ansätze. Das Thema darf jedenfalls nicht auf ambulantes und stationäres MRSA-Screening reduziert werden. Sollen Vergleiche mit anderen Ländern angestellt werden, muss man berücksichtigen, wie in dem Vergleichsland der Antibiotika-Einsatz in der medizinischen Versorgung gestaltet ist. Ist er eher großzügig, wie er nach unserem Eindruck in Deutschland gehandhabt wird, oder ist er eher indikationsorientiert, sparsam und zielgerichtet, wie zum Beispiel in Holland? Von einer einzelnen Maßnahme kann nicht die Lösung der gesamten Problematik erwartet werden. Wir sollten gemeinsam das von DIMDI vorgeschlagene Maßnahmenpaket diskutieren und umsetzen. Die Finanzierungsfrage zu diskutieren, ist nicht zielführend, weil im Saldo keine zusätzlichen Mittel erforderlich sein werden. Es wird einerseits Geld ausgegeben und andererseits auch Geld eingespart. In Summe werden es aber eher Einsparungen sein.

Abg. Dr. Rolf Koschorrek (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an Prof. Friedrich. Werden der pflegerische Aufwand und die benötigten Medizinprodukte ausreichend vergütet? Wenn dies nicht der Fall ist, wie sollte die Vergütung erfolgen? Kann das Ziel einer erfolgreichen, flächendeckenden Therapie von MRSA-Patienten auch ohne Schließung einer möglichen Versorgungslücke erreicht werden?

SV Prof. Dr. Alex Friedrich: Bei dieser Frage geht es um die ambulante Behandlung mit topischen Antibiotika, d. h. als Kosmetika deklarierte Medizinprodukte

werden zur Dekolonisierung verwendet. Lediglich bei MRSA wurde nachgewiesen, dass die Anwendung topischer Antibiotika einen Mehrwert hat. Im Rahmen des EUREGIO-Projekts konnten wir gemeinsam mit der Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe und der AOK Westfalen-Lippe eine Abrechnungsmöglichkeit für die ambulante Weiterbehandlung von Patienten und die erforderlichen Kontrolluntersuchungen zu schaffen. Dadurch gelang es, Mupirocin-Nasensalbe zur Dekolonisierung zu finanzieren. Es war aber nicht möglich, die Finanzierung auf eine indizierte Hautdekolonisierung zu übertragen. Genauso ist es nicht möglich, einen Patienten, der zu Hause ambulant gepflegt werden muss, in einer aufwendigen Maßnahme zu dekolonisieren, obwohl dies für ihn einen Mehrwert bedeuten würde. Der erforderliche Hygienemehraufwand, wenn der Pflegedienst weitere Patienten besucht, wird nach meinem Kenntnisstand derzeit nicht ausreichend finanziert. Die Kombination aus nicht wissen, wie es funktioniert und fehlenden Finanzierungsmöglichkeiten führt dazu, dass im EUREGIO-Gebiet der Mehraufwand extra finanziert werden muss. Deswegen gab es ein zusätzliches Projektmodell, das aber keine langfristige Lösung sein wird. In den Niederlanden gibt es eine entsprechende Empfehlung. Ein Arzt bestimmt die Indikation, stellt ein Rezept aus und die entsprechenden Maßnahmen werden finanziert. Die Abrechnungs- oder Finanzierungsfrage stellt sich nicht. Allerdings ist das niederländische Gesundheitswesen nicht mit dem deutschen vergleichbar. Infektionsprophylaxe und Dekolonisierung müssen patientenorientiert gesehen werden. Die Maßnahme muss indiziert und für Risikopatienten bestimmt sein, da diese einen Mehrwert haben. Hier gibt es in Deutschland Nachholbedarf.

Abg. **Dietrich Monstadt** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an die Bundeszahnärztekammer. Das Hygieneregime im ambulanten Bereich wird durch die RKI-Empfehlungen „Anforderung an die Hygiene

bei der Aufbereitung von Medizinprodukten“ aus dem Jahr 2001 und „Infektionsprävention der Zahnheilkunde – Anforderung an die Hygiene“ aus dem Jahr 2006 geregelt. In welchem Umfang greift das Infektionsschutzgesetz in den ambulanten Bereich ein? Wie sehen Sie die Änderung und Ergänzung von § 137 SGB V auch im Zusammenhang mit der Einbindung des Gemeinsamen Bundesausschusses?

SV **Dr. Mathias Wunsch** (Bundeszahnärztekammer (BZÄK)): Bei den Zahnärzten ist das Hygieneregime durch die RKI-Empfehlung aus dem Jahr 2006 sehr gut geregelt. Sie sind speziell auf die Zahnärzte abgestimmt und werden in den Praxen sehr stringent durchgeführt. Für uns stellt die Änderung von § 137 SGB V und die Übertragung von Aufgaben an den G-BA eine Verschärfung unserer Maßnahmen, eine Doppelbelastung der Praxen und eine erhöhte Bürokratie dar, ohne dass die Behandlungssituation verbessert wird. Wir sind sehr gut aufgestellt und wünschen uns, dass die RKI-Empfehlung in den entsprechenden Gesetzen verankert und dadurch das Arbeiten auch auf Länderebene vereinfacht wird. Sollte § 137 SGB V geändert werden, weisen wir darauf hin, dass die sektorspezifischen Besonderheiten und speziell die Ambulanz in der Zahnarztpraxis berücksichtigt werden muss.

Abg. **Rudolf Henke** (CDU/CSU): Ich frage Prof. Kistemann, das Diakonische Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland und die Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene, wie sie die Einrichtung der neuen ART-Kommission einschätzen. Prof. Friedrich frage ich ergänzend, ob nach seiner Auffassung die mit der Einrichtung der ART-Kommission verbundenen Aufwendungen gut investiert sind. Das Ziel ist die Verbesserung des Antibiotika-Einsatzes. Es stellt sich daher die Frage nach dem Preis-Leistungs-Verhältnis, soweit dieses prognostiziert werden kann. Weiter möchte ich von Ihnen

wissen, ob es vergleichbare Kommissionen in anderen Ländern gibt und wie dem Problem der Antibiotika-Resistenz in den Niederlanden begegnet wird.

SV Prof. Dr. Thomas Kistemann: Ich halte die Einrichtung der ART-Kommission für absolut sinnvoll und überfällig. Ich verweise auf entsprechende Kommissionen, die in anderen europäischen Ländern schon seit längerem existieren. In Schweden wurde bereits 1995 eine entsprechende Kommission eingerichtet, schrittweise institutionalisiert und 2006 gesetzlich verankert. Schweden ist eines der Länder, die ein vorzüglich abgestimmtes antibiotisches Therapieregime haben. Ich führe das nicht zuletzt darauf zurück, dass bereits sehr früh die Notwendigkeit, ein abgestimmtes Vorgehen zu entwickeln, in die Hände einer Expertengruppe gelegt wurde. Verschiedene Gesundheitsbehörden erheben inzwischen Forderungen nach Antibiotika-Leitlinien für Therapien in der krankenhaushygienischen Praxis, zum Beispiel für die perioperative Prophylaxe. Das führt bei einzelnen Kliniken zu dem Problem, dass sie, außer den von den jeweiligen Fachgesellschaften herausgegebenen Leitlinien, keine weiteren Referenzquellen besitzen. Die Leitlinien sind aber nicht immer widerspruchsfrei. Das ist ein gutes Beispiel für die Notwendigkeit der ART-Kommission.

Sve Dr. Annika Lange (Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V. (EKD)): Wir begrüßen ausdrücklich die Einrichtung der Kommission ART. Wir haben allerdings zwei Anmerkungen zur Zusammensetzung bzw. zu den Empfehlungen der Kommission. Uns ist es besonders wichtig, dass die Verhütung und Bekämpfung nosokomialer Infektionen nicht nur im Bereich der Krankenhaushygiene, sondern auch bei den Pflegeeinrichtungen einen hohen Stellenwert einnimmt. In unserer Stellungnahme habe wir deshalb empfohlen, für die Pflegeeinrichtungen ebenfalls eine

Regelung zu schaffen bzw. dass die Kommission entsprechende Regelungen treffen kann. Bei den Pflegeeinrichtungen steht, im Unterschied zu normalen stationären medizinischen Einrichtung, der Wohncharakter im Vordergrund der Konzeption. Deshalb wünschen wir uns wie der Bundesrat, dass die pflegewissenschaftliche Kompetenz bei den Empfehlungen sowie bei der Zusammensetzung der Kommission eine Rolle spielt.

SV Prof. Dr. Martin Exner (Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene e.V. (DGKH)): Vor dem Hintergrund, dass die Antibiotika-Resistenzen weiter dramatisch zunehmen, die Industrie keine neuen Antibiotika in ausreichendem Maße entwickelt und wir mittlerweile auch aus den Ländern der Dritten Welt einen enormen Selektionsdruck in unseren Kliniken haben, begrüßen wir die Einrichtung der ART-Kommission. Die Situation an den Kliniken ist häufig vollkommen ungeregt, und es werden Antibiotika über einen viel zu langen Zeitraum verabreicht. Deswegen ist eine klare Leitlinienentwicklung oder Antibiotic Stewardship eine ganz entscheidende Maßnahme. Wir können faktisch sagen, nenne mir die eingesetzten Antibiotika und ich sage dir, welche Krankheitserreger nosokomial in deiner Klinik vorhanden sind. Wir sehen genauso wie die Diakonie, dass nicht nur die Krankenhäuser, sondern in gleicher Weise der ambulante Bereich betroffen ist. Allerdings sind wir der Auffassung, dass die ART-Kommission nicht im gleichen Umfang wie die KRINKO zu Detailregelungen Stellung nehmen muss. Aber wir halten es für wichtig, dass auf der Grundlage der Empfehlungen der ART-Kommission jedes Krankenhaus seine eigenen Leitlinien entwickeln muss. Antibiotika sollten grundsätzlich nur eine Woche eingesetzt und danach die Indikation neu bestimmt werden. Die großen Krankheitserreger, die in den letzten Jahren auftraten und die auch zugenommen haben, z. B. Clostridium difficile, sind auch ein Selektionsphänomen. Ich möchte darauf hinweisen, dass wir es in Zukunft nicht nur

mit MRSA, sondern möglicherweise mit noch dramatischeren gramnegativen Krankheitserregern mit einer hohen Antibiotika-Resistenz zu tun haben werden.

SV Prof. Dr. Alex Friedrich: Ich begrüße die Einrichtung der Kommission ART. Eine Million Euro stehen für sie und KRINKO gemeinsam zur Verfügung, damit sie operationell tätig werden zu können. Beide Kommissionen müssen miteinander verwoben werden, um letztendlich abgestimmte Entscheidungen zu Krankenhaushygiene, Antibiotika-Resistenzen oder Antibiotika-Therapie treffen können. Das ist nicht trennbar. Deswegen kann ich, auch wenn ich keine Kostenprognose abgeben kann, feststellen, dass das Geld gut investiert ist. Das Problem in Deutschland liegt aber in der Umsetzung vor Ort. Es muss quasi der letzte Meter zum Patienten geschlossen werden und das kann keine Kommission. Die Kommission ART kann sehr gut grobe, europäisch abgestimmte Leitlinien zu Fragen der Dateninterpretation und der Quantität von Untersuchungen, um eine Aussage treffen zu können, entwickeln oder Prozessparameter festlegen. Aber letztendlich müssen die Ärzte vor Ort, die im Bereich Infektiologie, Infektionsprävention oder Mikrobiologie Experten sind, die Leitlinien patientenorientiert umsetzen. Das können weder die Vorgaben der Kommission ART, die sich auf Antibiotika-Therapie beziehen, noch die KRINKO, bei der es um Hygiene-Maßnahmen geht, leisten. In den Niederlanden gibt es ebenfalls zwei Kommissionen. Der KRINKO entspricht die Werkgroep Infectiepreventie (WIP). Das ist eine Expertengruppe, die Empfehlungen herausgibt. Diese Empfehlungen haben zwar juristisch deutlich weniger Gewicht als die Empfehlungen der KRINKO. Sie werden aber trotzdem überall umgesetzt, weil es Mikrobiologen gibt, die dies tun. Die zweite Kommission ist die SWAB-Stichting – Werkgroep Antibiotikabeleid. Sie gibt ebenfalls Empfehlungen heraus. Vor allem wird erklärt, wie vor Ort die Daten ausgewertet werden müssen, um eine entsprechend angepasste Therapien zu

entwickeln. Diese Empfehlungen können sich wöchentlich oder monatlich ändern. Diese Flexibilität hat eine große Kommission nicht. Die Veröffentlichungen von WIP und SWAB, werden von der unabhängigen Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) kontrolliert. Die IGZ ist eine Art Gesundheitsgewerbeaufsicht, die zwar nicht dem öffentlichen Gesundheitsdienst, aber doch dem Gesundheitsministerium zugeordnet ist. Sie arbeitet überregional mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst zusammen und auditiert die Krankenhäuser. Der entscheidende Punkt ist, dass die IGZ darauf hin wirkt, dass die WIP und SWAB-Maßnahmen auch umgesetzt werden.

Abg. Dr. Karl Lauterbach (SPD): Meine Frage richte ich an Prof. Popp, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene und den GKV-Spitzenverband. Die Kernforderung der SPD-Bundestagsfraktion in ihrem heute behandelten Antrag ist der Einsatz von gut ausgebildetem Hygienefachpersonal in den Krankenhäusern. Der Fokus liegt hier auf den Fachärzten für Hygiene und auf den Hygienefachkräften. Welchen konkreten Schlüssel für Hygienefachpersonal halten Sie zur Umsetzung der RKI-Empfehlung und zur Verbesserung der Krankenhaushygiene für geboten?

SV Prof. Dr. Walter Popp: Die RKI-Empfehlungen von 2009 enthalten Berechnungsgrundlagen für die Anzahl der Fachärzte für Krankenhaushygiene bzw. der Hygienefachkräfte. Die Richtlinie empfiehlt, einen hauptamtlichen Krankenhaushygieniker ab einer Bettenzahl von 400 zu beschäftigen. Das ist eine vernünftige Forderung, die sich auch international wiederfindet. Die Berechnung der Anzahl von Hygienefachkräften ist relativ kompliziert. Sie orientiert sich am Patientengut, an der Anzahl der Intensivbetten und vielem mehr. Nach meiner Auffassung sollte bei 150 Betten eine hauptamtliche Hygienefachkraft vorhan-

den sein. Allerdings wird in den USA inzwischen eine Infection Control Nurse pro 100 Betten gefordert. Wenn in Deutschland eine Fachkraft für 150 Betten zuständig wäre, wären wir ein gutes Stück weiter.

SV Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG): Wir haben natürlich keine eigenen alternativen Anhaltswerte. Die Zahlen, die von KRINKO für die Personalausstattungen in den verschiedenen Qualifikationsstufen vorgegeben werden, sind grundsätzlich anzuerkennen. Aber es ist auch wichtig, dass Raum für Individualanpassungen in Abhängigkeit von der jeweiligen Infektions- und Gesamtlage in den Kliniken bleibt. Man sollte die Empfehlung nicht 1:1 umsetzungspflichtig machen. Es ist allgemein bekannt, dass es genügend entsprechend ausgebildete Fachärzte nicht gibt. Wegen des Ärztemangels ist eine Übergangsfrist erforderlich. Es ist zudem erforderlich zu überlegen, ob Fortbildungen von qualifizierten Ärzten unterhalb der Schwelle von vier- bis fünfjährigen Weiterbildungszeiten ebenfalls die Anforderung eines qualifizierten Hygienikers zumindest in einer Übergangszeit erfüllen können. Das wäre aus unserer Sicht wichtig. Leider muss ich stellvertretend für die Krankenhäuser immer wieder die Finanzierungsfrage aufwerfen. Mit Grundlohnraten bzw. Zuwachsraten um ein Prozent können natürlich nicht innerhalb eines Jahres Personalanforderungen in dem Umfang, wie er zur Disposition steht, bedient werden.

SV Prof. Dr. Martin Exner (Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene e.V. (DGKH)): Wir unterstützen die Empfehlungen der RKI-Kommission. Es ist in jedem Fall notwendig, dass in großen Krankenhäusern ab 600 Betten ein hauptamtlicher Krankenhaushygieniker vorhanden sein muss. Allerdings benötigen wir in der aktuellen Ausbildungssituation, das wurde von der DKG gerade erwähnt, Übergangsfristen. Wir sind ge-

meinsam mit den Fachgesellschaften intensiv mit der Bundesärztekammer im Gespräch, um eine Zusatzbezeichnung für Krankenhaushygieniker zu etablieren. Damit könnte der Mangel kurzfristig ausgeglichen werden. Ich möchte allerdings darauf hinweisen, dass wir nicht nur Fachärzte für Hygiene und zusätzlich qualifizierte Krankenhaushygieniker benötigen, sondern dass die Ausbildung unserer Ärztinnen und Ärzte an den Universitäten in der modernen Hygiene und Krankenhaushygiene dringend verbessert werden muss. An manchen Universitäten beträgt die Ausbildungszeiten nur zwei bis vier Stunden. Mit dieser kurzen Ausbildungszeit dürfte eigentlich kein junger Mediziner an ein Krankenbett. Hier besteht noch Präventionspotenzial. Das setzt aber voraus, dass dem Fach an den Universitäten ein anderer Stellenwert beigemessen wird und wir die Lehrstuhlsituation in diesem Fach in den Griff bekommen. Das ist genauso wichtig, wie die sicher absolut zu recht erhobene Forderung, ausreichend Fachärzte für Hygiene und Krankenhaushygieniker zur Verfügung zu haben.

SV Dr. Bernhard Egger (GKV-Spitzenverband): Die Empfehlungen von RKI und KRINKO auch zu den Personalschlüsseln werden, wenn der Gesetzentwurf in der Form realisiert wird, in Zukunft eine höhere Durchschlagskraft und einen höheren Verbindlichkeitscharakter erhalten. Das begrüßen wir. Hinsichtlich der Umsetzung wird man pragmatische Regelungen für eine Übergangszeit treffen müssen. Entscheidend ist aber nicht nur die Zahl der jeweiligen Hygieniker in den Kliniken. Die Experten müssen auch in die Prozesse des Krankenhauses voll eingebunden werden. Die entsprechenden Maßnahmen müssen von allen Behandlern und vom gesamten Pflegepersonal berücksichtigt und umgesetzt werden. Ohnehin müssen Hygienefragen im Alltag der Krankenhäuser eine deutlich höhere Bedeutung erhalten. Die Einengung auf zusätzliche Planstellen und die Finanzierungsfrage ist aus unserer Sicht nicht sachgerecht, weil eine hygienisch korrekte Vorgehensweise zu jeder

ärztlichen Leistungserbringung im Krankenhaus gehört. Sie sollte genuiner Bestandteil der gesamten ärztlichen Tätigkeit sein. Hinsichtlich der Finanzierung im Krankenhausbereich wäre es völlig systemfremd, prospektiv für bestimmte Leistungen zusätzliche Mittel zur Verfügung zu stellen. Wir haben in Deutschland das DRG-System, das auf der Basis von Ist-Kosten kalkuliert. Die Kosten, die durch die Stellen anfallen, werden mit einberechnet und angemessen berücksichtigt.

Abg. **Bärbel Bas** (SPD): Ich möchte eine Rückfrage an die Deutsche Krankenhausgesellschaft und an die Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene stellen. Es gibt den Vorschlag, Naturwissenschaftlerinnen und -wissenschaftler, die eine mehrjährige Tätigkeit im Bereich Infektionsschutz haben, auch als Hygienefachpersonal heranzuziehen bzw. auszubilden. Wie bewerten Sie diesen Vorschlag?

SV **Georg Baum** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG): Bereits heute arbeiten in den Krankenhäusern Nichtmediziner, die aber eine akademisch-wissenschaftliche Qualifikation in diesen Bereichen aufweisen. Angesichts der Knappheit des Personals wäre die erste Bitte, dass qualifizierte Nichtmediziner bestandsgeschützt im Krankenhaus weiter arbeiten können. Das ist sehr wichtig. Es gibt aus den Kliniken keine Rückmeldungen, dass Nichtmediziner, dazugehören auch Tierärzte, die eine entsprechende Qualifizierung im Bereich Infektionsschutz haben, nicht tätig sein können.

SV **Prof. Dr. Martin Exner** (Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene e.V. (DGKH)): Die KRINKO hat explizit gefordert, Humanmediziner für diese Tätigkeit vorzusehen. Ich kann aus meiner 32jährigen Tätigkeit als Krankenhaushygieniker sagen, Krankenhaushygiene muss sich sehr patientennah mit der Infektionsprävention befassen. Die Infektions-

prävention wird am Patientenbett durchgeführt. Das muss den Ärzten verdeutlicht werden. Die Akzeptanz nichtmedizinischer Kollegen in der Krankenhaushygiene ist nicht in ausreichendem Maße vorhanden. Deshalb unterstützen wir nachhaltig die Forderung, dass für die Krankenhaushygiene Ärzte und Übergangslösungen erforderlich sind. Dass die nicht-ärztlichen Kollegen, die derzeit in Krankenhäusern arbeiten, weiterhin bleiben, halten wir für akzeptabel. Aber künftig muss dieses Fach entsprechend ärztlich aufgewertet werden. Die Medizinstudenten sind an der Thematik jedenfalls extrem interessiert.

Abg. **Angelika Graf** (Rosenheim) (SPD): Wir haben von Prof. Friedrich erfahren, wie breit Krankenhaushygiene definiert werden muss. Welche Anforderungen sind zusätzlich an die Krankenhaushygiene zu stellen? Die Frage richte ich an Prof. Friedrich, Prof. Popp, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und den GKV-Spitzenverband.

SV **Prof. Dr. Alex Friedrich**: In den Niederlanden ist der Arzt Mikrobiologe. Das entspricht dem deutschen Facharzt für Mikrobiologie/Krankenhaushygiene/Infektiologie. Es gibt eine Regelung, dass an jeder Weiterbildungsstätte auch eine Weiterbildungsassistentenarztstelle für ein zugelassenes Fach vorhanden sein muss. Gibt es also das Fach Krankenhaushygiene, dann muss es auch eine Abteilung für Krankenhaushygiene am Krankenhaus geben, die weiterbildet. In Groningen haben wir neun Assistentenarztstellen. Für diese erhalten wir das Gehalt sowie jährlich zusätzlich 100.000 Euro pro Assistentenarzt für die Ausbildung. Damit erhält unser Krankenhaus etwa eine Million Euro für die Weiterbildung. Damit haben wir entsprechende finanzielle Ressourcen, um die Kollegen an das Fach Hygiene heranzuführen. Das Fach ist mit drei Kernkompetenzen sehr breit aufgestellt. Die erste Kernkompetenz ist die Antibiotika-Beratung. Es werden Kommunikatoren

benötigt, die in der Lage sind, mit Kollegen und Patienten zu sprechen und die Antibiotika-Therapie aus Sicht der Mikrobiologie zu erklären. Die zweite Kernkompetenz ist die Krankenhaushygiene und Infektionsprävention. Sie müssen dazu in der Lage sein, andere Ärzte und das Klinikpersonal zu überzeugen und zu motivieren, dass Krankenhaushygiene im Alltag erforderlich ist und entsprechende Maßnahmen umgesetzt werden müssen. Dazu werden Menschen benötigt, die zuhören und nicht unter Zeitdruck stehen. Deshalb wird ausreichend Personal benötigt, auch um die erforderlichen Fortbildungen durchführen zu können. Die dritte Kernkompetenz ist die Infektionsdiagnostik. Anders als Ergebnisse der klassischen Labormedizin sind die Ergebnisse der Infektionsdiagnostik von Mensch zu Mensch übertragbar. Sie betreffen damit den Querschnitt eines Krankenhauses. Die Diagnostik muss zum Teil täglich durchgeführt werden. Das heißt, es wird eine regionale und lokale Anbindungen benötigt, und sie müssen sehr nahe am Patienten sein. Das ist der Grund, warum der Bereich so vielfältig ist und entsprechende Weiterbildungsstellen benötigt werden.

SV Prof. Dr. Walter Popp: Jenseits der Antibiotika-Frage ist entscheidend, dass entsprechendes Fachpersonal vorhanden ist. Das steht in dem neuen Gesetz im Prinzip drin. Ich denke, dass hinsichtlich der Qualifikation künftig wichtig sein wird, mehr Kliniker für den Hygienebereich zu interessieren. Das war in der Vergangenheit nicht der Fall. Ich sehe aber gute Chancen, das zu ändern. Die Besetzung einer Stelle im Hygienebereich mit einem erfahrenen Oberarzt scheint inzwischen kein Problem. Das sagt natürlich auch etwas über die Zustände in den Kliniken aus. Ein weiterer wichtiger Punkt ist, dass die Umsetzung der RKI-Empfehlungen für die Krankenhäuser verbindlich wird, und nicht wie bisher im Belieben des Krankenhauses steht. Wir müssen die Hygiene wieder als ein zentrales Fach in der Medizin etablieren. Derzeit spielt es im Medizinstudium mit

einem Anteil von zehn oder 20 Stunden überhaupt keine Rolle. Die Hygiene muss wieder ein zentrales Fach in allen Berufsgruppen werden. In der Pflegeausbildung wird das Fach wesentlich stärker ausgebildet als bei den Medizinern. Dadurch haben die Pfleger wesentlich mehr Ahnung von der Materie. Aber auch in den Pflegeberufen ist die Ausbildung in den letzten Jahren zurückgefahren worden. Ein weiterer Punkt ist, dass wir bundeseinheitliche Regelungen benötigen. Das Gesetz bietet dafür einen guten Ansatz. Es kann nicht sein, dass es in den Bundesländern unterschiedliche Herangehensweisen und Hygienestandards gibt.

SV Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG)): Ich möchte ergänzen, dass nach meiner Auffassung im Krankenhauswesen Konsens darüber besteht, dass die Hygieneverantwortlichen auf Augenhöhe mit den Verantwortlichen in den Abteilungen kommunizieren müssen, um das Notwendige durchzusetzen. Das ist eine wichtige Managementaufgabe, die auch in den Krankenhäusern entsprechend umgesetzt werden muss. Ansonsten ist wichtig, all das, was bereits gemacht wird, weiter zu forcieren. Die Krankenhäuser haben vieles von dem, was klassischerweise unter Prävention gefordert wird, von der Errichtung von Krankenhaushygienekommissionen und Hygieneplänen bis hin zu einer breiten Durchsetzung der „AKTION Sauberer Hände“, bereits in der Umsetzung. Nicht alle Alles zu 100 Prozent. Diese Tendenz aber zu verstärken, kann in jedem Falle durch den Gesetzentwurf erreicht werden. Ob es dazu besser wäre, eine nationale Regelung auf den Weg zu bringen, muss vor dem Hintergrund der föderalen Realitäten bewertet werden. In der Sache selbst wäre es sicherlich sinnvoll, da es bereits viele bundeseinheitliche Regelungen gibt, dieses auf gleicher Ebene zu regeln.

SV Dr. Bernhard Egger (GKV-Spitzenverband): Nach dem Gesetzentwurf gibt es künftig die Kommissionen KRINKO und

ART, den G-BA auf Bundesebene und die Landesregierungen, die die entscheidenden Vorgaben machen werden. Die Vorgaben von KRINKO und ART werden auf der Bundesebene gemacht und sollten natürlich zumindest im Sinne von Mindeststandards auch bundesweit umgesetzt werden. Wir schlagen deshalb vor, dass das Bundesministerium für Gesundheit unter Berücksichtigung der Empfehlungen von KRINKO und ART eine Rechtsverordnung erlässt, die Mindeststandards formuliert und die für die Verordnungen der Landesregierung verbindlich sind. Nur so kann man im Grunde sicherstellen, dass der Anspruch des Patienten auf Einhaltung von wohnortunabhängigen Mindeststandards, eingelöst werden kann. Dadurch können die Schnittstellen und Graubereiche bei Zuständigkeit und Regelungskompetenz zwischen KRINKO und ART auf der einen Seite und den Landesregierungen auf der anderen Seite beseitigt werden.

Abg. **Dr. Peter Röhliger** (FDP): Zunächst habe ich eine Frage an Herrn Dr. Zastrow. Der Gesetzentwurf der Koalitionsfraktionen sieht vor, dass die Gesundheitsbehörden der Länder mehr Möglichkeiten erhalten, um gegen Einrichtungen, die die Vorschriften nicht einhalten, mit Bußgeldern vorzugehen. Halten Sie die derzeitigen bundesrechtlichen Möglichkeiten, Sanktionen zu verhängen, für ausreichend? Die zweite Frage richtet sich an Prof. Friedrich. Die Veröffentlichung von Daten, insbesondere von einrichtungsbezogenen Daten, wird im Kontext der Krankenhaushygiene kontrovers diskutiert. Ist die Veröffentlichung von einrichtungsbezogenen Daten zur Häufigkeit von nosokomialen Infektionen ein geeignetes Instrument, die Krankenhäuser in ihren Bemühungen zur Vermeidung von nosokomialen Infektionen zu unterstützen?

SV **Dr. Klaus-Dieter Zastrow**: Die bisherigen Sanktionsmaßnahmen sind nicht ausreichend. Es gibt auch keine Maßnah-

men, die umgesetzt werden. Insofern haben wir bisher eigentlich nur ein Loch. Es wäre sehr zu begrüßen, wenn entsprechende Sanktionen künftig möglich wären. Denn aus der täglichen Praxis wird deutlich, dass Dinge offensichtlich nicht gut funktionieren aber trotzdem geduldet werden.

SV **Prof. Dr. Alex Friedrich**: Angesprochen wurde das sogenannte Public Reporting. Ich halte es nicht für sinnvoll, Infektionsdaten zu veröffentlichen. Die Generierung und Interpretation der Daten benötigen bestimmte Voraussetzungen, die auf Expertenebene definiert werden müssen. Stellt ein Krankenhaus wenig MRSA-Fälle fest, hängt dieses Ergebnis von der Anzahl der untersuchten Fälle ab. Die wichtigere Frage wäre die, nach der Anzahl der durchgeführten Untersuchungen. Das geht aber stark ins Detail. Die Folge wäre ein Run zur besten Statistik. Das war zumindest das Ergebnis in anderen Ländern. Es müssten deshalb Regelungen zur Standardisierung entwickelt werden. Auch in den Niederlanden werden nicht die Infektionsdaten, sondern Indikatoren veröffentlicht, beispielsweise die Dekubitusraten oder das Absetzen von geplanten Operationen als Logistikkfaktor. Dies wird vor Ort über die Überwachungsbehörden – der Inspectie – geregelt. Dieses Prinzip kenne ich auch aus dem Grenzgebiet. In regionalen Netzwerken stellen Experten gemeinsam mit entsprechend ausgebildeten unabhängigen Gesundheitsämtern Kriterien, z. B. Infektions- oder Dekubitaurate auf, und das Krankenhaus erhält ein Zertifikat, dass es in den nächsten zwölf Monaten dem Stand des Wissens und der Technik genügt. Die Infektionsraten werden aber nicht veröffentlicht. Allerdings ist man über dieses Vorgehen geteilter Meinung und diskutiert derzeit europaweit.

Abg. **Lars Lindemann** (FDP): Meine ersten Fragen gehen an den GKV-Spitzenverband. Welche Sanktionsmöglichkeiten schlagen Sie vor, wenn Leiter von medi-

zinischen Einrichtungen sich nicht an die neuen Regelungen halten? Wie könnten Bonusregelungen gestaltet sein, um den Anreiz für die Einführung von Hygienemaßnahmen zu steigern? Meine zweite Frage richte ich an Prof. Zastrow. Sollte jeder Patient bei der Krankenhausaufnahme gescreent werden, oder sind Sie der Auffassung, dass Risikogruppen gebildet werden sollten? Ich bitte Sie zwischen ambulant und stationär zu unterscheiden. Meine letzte Frage geht an das AQUA Institut. Mit welchen Indikatoren könnte eine qualitätsorientierte Vergütungsentwicklung ermöglicht werden?

SV Dr. Bernhard Egger (GKV-Spitzenverband): Wir können uns vorstellen, dass sich die Qualität der Versorgung – ich formuliere es bewusst ganz allgemein – stärker auf die Vergütung auswirkt. Das könnten Vergütungsabschläge, aber in einem gewissen Rahmen auch Vergütungsaufschläge sein, wenn in Summe keine Mehrkosten entstehen. Entscheidende Voraussetzung ist allerdings, soweit sind wir im Bereich Hygiene meines Erachtens aber noch nicht, dass wir konsentrierte, allgemein akzeptierte Indikatoren formuliert haben, auf die ein solches System gestützt werden kann. Diese Aufgabe steht im Moment auch im Gemeinsamen Bundesausschuss an und ein entsprechender Auftrag wurde bereits erteilt.

SV Dr. Klaus-Dieter Zastrow: Die Frage war, ob alle Patienten, die ins Krankenhaus aufgenommen werden, gescreent werden sollten, oder nur bestimmte Gruppen. Bisher empfiehlt die RKI-Richtlinie, bestimmte Risikogruppen zu screenen und dann über das weitere Vorgehen zu entscheiden. Dieser Empfehlung kommen nicht alle Seiten nach. Deswegen sind unsere Zahlen relativ ungenau. Der erste Schritt wäre, das Screening verbindlich zu machen. Das Zweite wäre, in einem Zeitraum von vielleicht drei bis vier Jahre, alle Patienten zu screenen. Dadurch würde man einen Überblick erhalten und könnte feststellen,

wie viele Patienten aus welcher Gruppe MRSA-positiv sind. Danach kann der zu screenende Personenkreis nachkorrigiert werden. Wir erkennen aber immer mehr, dass MRSA-Patienten nicht nur auf Risikogruppen begrenzt sind. Auch deshalb müssten zu Beginn alle Patienten gescreent werden. Wichtig ist natürlich auch der Zeitpunkt des Screenings. Es wird darüber nachgedacht, ob nicht bereits der Hausarzt ein Screening durchführen sollte, oder ob direkt am Tag der Krankenhausaufnahme Schnelltests gemacht werden sollten. Die valideste Aussage erhält man aus meiner Sicht bei der Untersuchung am Aufnahmetag, denn Hausärzte beklagen oft, dass sie fünf bis zehn Tage auf das Ergebnis des Screenings warten müssen. Während dieser Wartezeit kann natürlich wieder ein Keim akquiriert werden.

SV Prof. Dr. Joachim Szecsenyi (Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (AQUA)): Zunächst muss man feststellen, Indikatoren sind Werkzeuge für das Monitoring. Sie dienen der Beantwortung der Frage, ob eine Maßnahme entsprechend den Vorgaben umgesetzt wird. Es sind bereits verschiedene Maßnahmen, wie neue Strukturen, Leitlinien oder Kommissionen diskutiert worden. Sie alle müssen letztlich daraufhin überprüft werden, ob sie wirksam und entsprechend umgesetzt werden. Daraus ergibt sich wieder die Frage, wie viel Personal in Wirklichkeit für die Umsetzung benötigt wird. Hier können Indikatoren Vergleiche zwischen Einrichtungen auch mit Blick auf den erforderlichen Aufwand zur Erzielung eines bestimmten Effekts ermöglichen. Sie können sowohl für das interne Qualitätsmanagement eingesetzt werden, als auch zur Herstellung von Transparenz dienen. Es ist richtig, dass nicht jeder Indikator unbedingt veröffentlicht werden sollte. Dies muss wissenschaftlich solide entwickelt werden. Aus diesem Grund ist auch die Frage nach der Vergütungsrelevanz nicht einfach zu beurteilen. Es gibt einzelne Länder und auch Projekte, wo mit

Vergütungszuschlägen oder -abschlägen experimentiert wird. Wir schlagen vor, zunächst solide Indikatoren zu entwickeln und dann Anwendungsprojekte zu initiieren. Erst nach dem Pilotieren kann über diese Fragen nachgedacht werden. Man sollte sich jedenfalls nicht schon zu Beginn festlegen.

Abg. **Jens Ackermann** (FDP): Ich habe eine Frage an den GKV- Spitzenverband. Wie hoch schätzen Sie das Einsparpotenzial durch die Umsetzung der verbesserten Hygienerichtlinien, abgesehen davon wie viel Leid und zusätzliche Krankentage eingespart werden können, ein? Die zweite Frage richte ich an Dr. Zastrow. Die Ausweitung der Meldepflicht wurde bereits diskutiert. Mich würde interessieren, welche Parameter erfasst werden müssen, welche Qualität und welchen Umfang die gemeldeten Daten haben müssen. Eine dritte Frage geht an den Verbraucherzentrale Bundesverband. In diesem Zusammenhang wird auch immer der Einsatz von Antibiotika in der Tierzucht diskutiert. Sehen Sie Defizite bei der Kontrolle des Antibiotika-Einsatzes in der Tierhaltung?

SV **Dr. Bernhard Egger** (GKV-Spitzenverband): Derzeit ist noch nicht klar, welche konkreten Maßnahmen verabschiedet und in Kraft gesetzt werden. Bei all diesen Unwägbarkeiten, die wir hier vor uns haben, kann ich ihnen keine konkrete Schätzung der Einsparungen geben. Wissenschaftlich relativ solide abschätzbar ist, dass es uns gelingen kann, die Zahl der Krankenhausinfektionen und auch die Zahl der schweren Komplikationen und Todesfälle zu reduzieren. Das sollte auch die primäre Ausrichtung unserer Überlegungen sein. Wie unsicher die Kostenperspektive ist, kann ich ihnen an einem Beispiel illustrieren. Wir reden über das MRSA-Screening im ambulanten Bereich und vor der Krankenhausaufnahme. Die entscheidende Frage wird sein, bei welchen Patienten man das Screening wie und unter welchen Qualitätsanforderun-

gen durchführt. Davon werden die Kosten und die medizinischen Effekte abhängen. Wir plädieren für eine eher eingegrenzte Regelung. Aus unserer Sicht ist dies im Gesetzentwurf noch zu allgemein und unbestimmt formuliert.

SV **Dr. Klaus-Dieter Zastrow**: Die Frage war, wie weit die Meldepflicht für nosokomiale Infektionen ausgedehnt werden sollte. Wir wissen, dass das Vermeidungspotential in aller erster Linie bei sogenannten aseptischen Operationen liegt. Die Einführung einer Meldepflicht für Infektionen mit MRSA und ESBL nach aseptischen Operationen würde ein sehr viel besseres und objektiveres Bild ergeben. Dadurch würde zumindest in Teilen der Hygienestandard wiederspiegelt. Deshalb wäre die Ausweitung auf MRSA, ESBL und aseptische Operationen sowie Blutkulturen sehr sinnvoll.

Sve **Ilona Köster-Steinebach** (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. (vzbv)): Wir haben besonders darauf hingewiesen, dass zur Kontrolle und Reduktion der Ausbreitung multiresistenter Keime auch die Tierhaltung einbezogen werden muss. Es wurde bereits dargelegt, dass insbesondere der Selektionsdruck zur Ausbreitung multiresistenter Erreger führt. Deshalb ist es notwendig, zunächst die Menge der eingesetzten Antibiotika oder Antiinfektiva zu reduzieren, indem die prophylaktische Verwendung ohne entsprechende Diagnose eingeschränkt bzw. verboten wird. Außerdem ist eine Begrenzung der Bestandsgrößen erforderlich. Denn bei großen Beständen werden bei der Erkrankung einiger Tiere alle Tiere prophylaktisch behandelt. Notwendig ist auch, dass wir zu einer klareren Aussage gelangen, wie viel der eingesetzten Antibiotika auf Agrarflächen ausgebracht werden. Das geschieht zum Teil über Tierrückstände aber auch direkt in der Anwendung. Wir fordern deshalb, dass in die zu bildenden Kommissionen auch agrarwissenschaftliche Kompetenz integriert werden muss. Wir benötigen eine klare

Strategie, welche Wirkstoffe in welchem Bereich zur Anwendung kommen. Es wäre fatal, wenn es bei Wirkstoffen, die in der Humanmedizin von zentraler Bedeutung sind, durch eine breite Anwendung in der Landwirtschaft zu Resistenzen kommen würde, die sich negativ auf die Bevölkerung auswirken könnten.

Abg. **Lars Lindemann** (FDP): Ich habe eine Nachfrage an das AQUA Institut. Kann die Begleit- und Versorgungsforschung zum Thema Hygiene so gestaltet werden, dass die Mitarbeit in den Kommissionen für Wissenschaftler attraktiver wird und die Ergebnisse in der Wissenschaftsgemeinde eine höhere Relevanz erhalten? Wie bewerten sie in diesem Zusammenhang die regelmäßige Veröffentlichung der Hygienedaten?

SV **Prof. Dr. Joachim Szecsenyi** (Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (AQUA)): Das ist eine komplexe Fragestellung. Aus unserer Sicht würden wir empfehlen, die vorhandenen Daten aus der vergleichenden Qualitätssicherung für die Versorgungsforschung besser zugänglich zu machen, denn es besteht ein großes Interesse auf Seiten der Versorgungsforscher. Das Fach Versorgungsforschung ist eine relativ junge Disziplin und befindet sich in Deutschland noch im Entwicklungsprozess. Wir empfehlen dringend, die enge Zusammenarbeit zwischen Versorgungsforschung und Qualitätssicherung herzustellen und die sich daraus ergebenden Analysen in die Kommission einzuspeisen. Ich denke, dass ist zielführend.

Abg. **Jens Ackermann** (FDP): Ich habe eine Frage an den Verband der Krankenhausesdirektoren in Deutschland. Wir diskutieren, wie es gelingen kann, dass Antibiotika adäquat eingesetzt werden. Dabei erfahren wir oftmals, dass es Diskrepanzen zwischen dem Chefarzt und dem Hygieniker, der die Maßnahmen überprüft, gibt. Wie kann es gelingen, dass innerhalb der

Krankenhäuser auf Augenhöhe entschieden wird, so dass derjenige, der ein spezielles Antibiotikum einsetzen oder der eine bestimmte Hygienerichtlinie umgesetzt wissen haben will, auch mit dem leitenden Chefarzt in Übereinstimmung gebracht werden kann. Die zweite Frage richte ich an Prof. Kistemann. Es ist unbedingt notwendig, dass die Mitglieder der KRINKO und der ART unabhängig sind. Wie stehen Sie dazu, dass finanzielle Bezüge bzw. Vertragsbeziehungen der einzelnen Kommissionsmitglieder offen zu legen sind, um eine unabhängige Arbeitsweise zu garantieren?

SV **Peter Löbus** (Verband der Krankenhausesdirektoren Deutschlands e.V. (VDK)): Grundsätzlich gibt es in Krankenhäusern verschiedene Institutionen und Regelungen, beispielsweise Arzneimittelkommissionen, Behandlungsstandards oder Festlegungen über das Einkaufsgeschehen. Deshalb teile ich nicht die Bedenken, dass es unterschiedliche Ansätze bezüglich der fachlichen Einrichtungen der Kliniken oder der Festlegungen aus der Arzneimittelkommission gibt. Falls das in einem Krankenhaus so sein sollte, arbeitet dieses nicht auf der Höhe der Zeit.

SV **Prof. Dr. Thomas Kistemann**: Ich denke, dass man die Leistungen, die die Kommissionsmitglieder teilweise über viele Jahre erbringen, nicht hoch genug anerkennen kann. Auf der anderen Seite stimme ich der Forderung zu, dass es im Sinne einer absoluten Transparenz nachvollziehbar sein muss, welche Abhängigkeiten und Beziehungen die einzelnen Mitglieder möglicherweise haben. Vor dem Hintergrund der gesetzlich vorgesehenen Verpflichtung zur Anwendung der Empfehlungen ist es notwendig, dass ausreichend Ressourcen vorhanden sind, um diese Empfehlungen zeitnah aktualisieren zu können. Wir haben derzeit die Situation, dass Empfehlungen teilweise älter als zehn Jahre sind. Es müssen größere Ressourcen geschaffen werden, damit die Empfehlungen zum Beispiel in einen

Zeitraum von fünf Jahren überprüft und aktualisiert werden können.

Abg. **Jens Ackermann** (FDP): Ich möchte den GKV-Spitzenverband fragen, bis zu welchem Zeitpunkt die Implementierung stattfinden sollte.

SV **Dr. Bernhard Egger** (GKV-Spitzenverband): Es muss nach den einzelnen Schritten differenziert werden. Wir haben uns dazu positioniert, wann die Länder ihre Hygieneverordnungen erlassen haben sollten. Sie dürfen nicht nur verpflichtet werden, eine Verordnung zu erlassen, es muss auch ein konkretes Zieldatum vorgegeben werden. Ein extrem ehrgeiziges Ziel wäre Ende dieses Jahres, in jedem Fall sollte es aber bis Ende nächsten Jahres möglich sein, Hygieneverordnungen zu erlassen. Der Gesetzentwurf sieht auch für den Gemeinsamen Bundesausschuss eine Frist vor, bis zu der eine Richtlinie zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung mit Indikatoren erstellt haben soll. Diese Vorgabe ist zwar ebenfalls sehr anspruchsvoll formuliert, wir würden uns dieser Herausforderung aber stellen. Bei der Vergütungsregelung für die MRSA-Untersuchungen im ambulanten Bereich gibt es inhaltliche Probleme dahingehend, wie präzise und eingegrenzt sie formuliert werden soll. Die Regelung soll laut Gesetzentwurf bis Ende des Jahres erstellt sein und zwei Jahre gelten. Wir denken, zwei Jahre sind zu kurz, um konkrete Aussagen über die Auswirkungen treffen zu können, denn wir müssen zunächst ein Daten- und Meldesystem aufbauen. Deshalb schlage ich vor, falls diese Regelung in Kraft tritt, diese Frist auf drei Jahre zu verlängern.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Die erste Frage richtet ich an ver.di und an die Deutsche Gesellschaft für Infektiologie. Sie bezeichnen in Ihrer Stellungnahme den Personalabbau im Krankenhaus als das Sicherheitsrisiko Nummer eins. Wo sehen Sie den Zusammenhang zwischen

der zunehmenden Arbeitsverdichtung durch Personalabbau, den Kosten und dem Zeitdruck sowie der steigenden Zahl an Krankenhausinfektionen?

SV **Herbert Weisbrod-Frey** (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)): Hierzu muss man sich die Zahlen anschauen. Wir haben zwar eine konstante Zahl von Infektionen, allerdings nimmt in den letzten Jahren die Schwere der Infektionen zu. Enorm angestiegen ist insbesondere die Zahl der Pflgetage. Im Jahr 2002 waren es 1,5 Mio. zusätzliche Pflgetage; auf Grund der Infektionen sind es inzwischen etwa vier Millionen Pflgetage. Ein großer Teil ist vermeidbar. Das ist genau der Zeitraum, in dem die neue Krankenhausvergütung eingeführt wurde und in deren Folge insbesondere das Pflegepersonal in den nicht leistungsrelevanten Bereichen massiv abgebaut wurde. Besonders pflegebedürftige Patienten werden nun mit weniger Personal versorgt. Auch das hauswirtschaftliche Personal wurde reduziert. Im Gegenzug haben wir aber eine Zunahme von Leiharbeit. Dadurch ist der fachliche Umgang mit Infektionsrisiken nur eingeschränkt möglich. Als Konsequenz muss der Zusammenhang zwischen Patientenversorgung und Personalschlüssel ebenfalls berücksichtigt werden.

SV **Prof. Dr. Winfried V. Kern** (Deutsche Gesellschaft für Infektiologie e.V. (DGI)): Wir haben in unserer Stellungnahme darauf hingewiesen, dass insbesondere das Beispiel Holland zeigt, dass die Infektionsprävention in engem Zusammenhang mit dem Personalschlüssel steht. Liegt der Personalschlüssel auf Intensivstationen bei 1:1, ist sachgerechte und hygienerelevante Tätigkeit am Krankenbett viel stärker möglich als bei einem Personalschlüssel von 1:4 oder 1:3. Das gilt nicht nur für das Pflegepersonal, sondern auch für den ärztlichen Bereich. Doch im Pflegebereich können die Zahlen als wissenschaftlich bestätigt gelten. Im europäischen Vergleich gibt es in Deutschland

einen eklatanten Mangel an Infektionsspezialisten pro Einwohner. Deutschland ist zwar nicht das Schlusslicht, liegt aber am Ende der Skala. Es gibt Länder, wie Holland oder Schweden, die uns hier um das Fünffache übertreffen. Es ist natürlich klar, dass Investitionen auch Erfolge zeigen. Ohne Investitionen kann sich nicht die Qualität ergeben, die andere Ländern durch eine verbesserte Verfügbarkeit von Expertise am Krankenbett haben.

Abg. **Kathrin Senger-Schäfer** (DIE LINKE.): Meine Frage geht an Frau Dr. Fix von der Caritas. Wodurch wird Ihrer Meinung nach der Mangel an Krankenhaushygienikern und -hygienikerinnen sowie Hygienefachkräften verursacht.

SVe **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e.V.): Ich sehe drei Ursachen. Ein wesentlicher Grund liegt sicherlich im Abbau von entsprechenden hygienewissenschaftlichen Lehrstühlen in den Bundesländern in den letzten Jahren. Dadurch konnte Fachpersonal nicht in der entsprechenden Kapazität auf- und ausgebaut werden. Es steht somit auch nicht dem Markt zur Verfügung. Dementsprechend können auch die Empfehlungen der KRINKO, die wir für sehr sinnvoll halten, nicht umgesetzt werden. Wir schlagen vor, dass auf Grund der Soll-Ist-Diskrepanz, die nicht so schnell aufzulösen sein wird, Übergangsregelungen geschaffen werden. Ein zweiter Grund ist, dass nicht in ausreichendem Maße das Interesse der Ärztinnen und Ärzten an der Ausbildung und Fortbildung auf dem Gebiet der Fachhygiene geweckt wird. Die Stundenzahl, die in der Approbationsordnung für diesen Bereich vorgesehen ist, ist zu gering bemessen. Der Stellenwert des Fachs Hygiene muss in der Approbationsordnung höher bemessen werden. Ein dritter Faktor ist der Abbau des Pflegepersonals in den Krankenhäusern. Diesem muss dringend begegnet werden. Die Hygienefachkräfte im pflegerischen Bereich sind genauso wichtig, um die Hygiene im Krankenhaus zu verbessern, wie die Ärztinnen und

Ärzte. Hier müssen entsprechende Maßnahmen, auch Refinanzierungsmaßnahmen, getroffen werden.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Meine Frage richtet sich an Prof. Popp. In dem Gesetzentwurf der Bundesregierung spricht die Bundesregierung von einer möglichen Senkung der Infektionsrate um 20 bis 30 Prozent. Andere Länder weisen eine deutlich niedrigere Infektionsrate auf. Ist die Zielsetzung der Regierung aus Ihrer Sicht ausreichend und ist der Gesetzentwurf insgesamt geeignet, ein bestmögliches Ergebnis zu erzielen?

SV **Prof. Dr. Walter Popp**: Diese 20 bis 30 Prozent, um die die Infektionsrate gesenkt werden kann, stammen aus uralten Untersuchungen aus den USA und teilweise auch aus Deutschland. Sie wurden zum Teil in den 1980er Jahren gemacht und geben nicht den heutigen Wissensstand wieder. Inzwischen wissen wir aus anderen amerikanischen Untersuchungen, dass für bestimmte nosokomiale Infektionen eine Null-Rate erreicht werden kann. Das gilt zum Beispiel für Sepsisfälle, die durch zentrale Venenkatheter (ZKV) bedingt sind. Das sind sehr teure und für den Patienten sehr schwerwiegende Krankheiten, die insbesondere auf Intensivstationen auftreten. Wir wissen auch, dass 60 bis 70 Prozent der Harnwegsinfektionen schon heute vermieden werden können, wenn entsprechende Hygienemaßnahmen ergriffen würden. Deshalb geht die Diskussion um eine Reduzierungsrate von 20 bis 30 Prozent, manche schätzen sogar noch weniger, völlig an der Realität vorbei. Ich glaube, ein Land wie Deutschland, dessen Gesundheitswesen immer noch großes Ansehen in der Welt hat, sollte sich höhere Ziele setzt und die Infektionsrate auf Null senken wollen. Eine niedrige Infektionsrate hängt nicht nur von der Hygiene ab. Wir benötigen auch neue Medizinprodukte, neue Antibiotika und neue Therapien.

Abg. **Kathrin Senger-Schäfer** (DIE LINKE.): Meine Frage geht an die Caritas und an Dr. Hübner. Mich interessiert, warum der Ansatz, bei der Bekämpfung multiresistenter Keime den Krankenhausbereich in den Blickpunkt zu stellen, aus Ihrer Sicht zu kurz greift.

Sve **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e.V.): MRSA-Infektionen und Infektionen mit anderen multiresistenten Keimen entstehen nicht nur im Krankenhaus, sondern überwiegend im ambulanten Bereich. Eine wesentliche Ursache ist der ungezügelte, häufig nicht fach- und sachgerecht und indikationsbezogene Einsatz von Antibiotika. Dies führt zu entsprechenden Resistenzen. Antibiotika wird sowohl in den Krankenhäusern als auch von den niedergelassenen Ärzten verordnet. Deshalb muss der ambulante Bereich gleichgewichtig zum Krankenhausbereich in den Blick genommen werden. Ein weiteres Problem ist das MRSA-Screening im ambulanten Bereich. So genannte MRSA-kolonisierte Patienten, das sind Patienten ohne Symptome, die einer Sanierung unterzogen wurden, müssen künftig auch im EBM berücksichtigt werden, damit ihre Sanierung und die mikrobiologische Verlaufskontrolle abgerechnet werden kann. Die neuen Vergütungsregelungen des § 87 SGB V schaffen hoffentlich Abhilfe. Denn bisher war die Abrechnung nicht möglich. Im Gesetzesentwurf nachgebessert werden müsste auch, dass Patienten, die einem erhöhten MRSA-Infektionsrisiko entsprechend den Kriterien der RKI unterliegen, ebenfalls einem Screening unterzogen werden können und dies im EBM entsprechend abgebildet wird. Beides sind Maßnahmen, die sich stärker auf den ambulanten Bereich als auf den Krankenhausbereich beziehen. Deshalb finden wir den Ansatz richtig, dem ambulanten Bereich einen hohen Stellenwert bei der Analyse von multiresistenten Keimen zuzuweisen.

SV **Dr. Nils-Olaf Hübner**: Betrachtet man den typischen Weg einer Behandlung,

dann beginnt und endet der Weg nicht im stationären Sektor. Typischer Weise durchläuft ein Patient mehrere Stufen. Er wird zunächst von seinem Hausarzt untersucht, dann vielleicht von einem Facharzt, kommt ins Krankenhaus, später in eine Rehabilitationseinrichtung und dann wieder zurück in die ambulante Behandlung. Wenn man jetzt versucht, Präventions- oder Therapiemaßnahmen nur auf einen dieser Sektoren oder auf eine Stufe zu beschränken, dann greift das Weise zu kurz. Dieses gilt nicht nur für die Diagnostik, sondern auch für die Therapie, die nicht an den Sektorenübergängen oder den Übergängen zwischen verschiedenen Einrichtungen enden darf. Die übergreifende Behandlung ist bei anderen Krankheiten ganz normal. Niemand würde auf die Idee kommen, eine Chemotherapie deshalb zu beenden, weil der Patient von einem Haus in ein anderes verlegt wird. Bei multiresistenten Erregern ist dieses Vorgehen leider noch nicht richtig etabliert. Ein weiterer Punkt ist, dass Infektionen durch multiresistente Erreger nicht nur im Krankenhaus entstehen. Aber nur im Krankenhaus wird wirklich strukturiert danach gesucht. Zu sagen, multiresistente Erreger gibt es nur im Krankenhaus, wäre gleichbedeutend mit der Aussage, Schiffe gibt es nur im Hafen, weil es im Hafen besonders viele davon gibt. Überall dort, wo besonders viele kranke Menschen zusammen kommen, gibt es besonders viele Möglichkeiten der Übertragung. Deswegen sollte im Krankenhausbereich auch der Fokus der Präventionsmaßnahmen liegen. Aber es genügt nicht, die Maßnahmen auf das Krankenhaus zu begrenzen. Das gilt um so mehr, als dass es die Bestrebungen gibt, Therapien – auch operative Therapien – aus dem stationären in den ambulanten Bereich zu verlagern. Erreger erkennen nicht, ob sie im stationären oder ambulanten Bereich behandelt werden. Wenn sie die Chance erhalten, eine Infektion auszulösen, dann tun sie das. Deswegen müssen wir an diesen Stellen dagegen vorgehen und die Sektorengrenzen überwinden.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Ich habe eine weitere Frage an die Deutsche Gesellschaft für Infektiologie. Sie fordern in Ihrer Stellungnahme dazu auf, sich stärker auf multiprofessionelle Teams statt rein auf Hygieniker zu fokussieren. Bitte erläutern Sie, welche Vorteile Sie hier sehen, und wie Sie den Gesetzesentwurf diesbezüglich beurteilen.

SV Prof. Dr. Winfried V. Kern (Deutsche Gesellschaft für Infektiologie e.V. (DGI)): Die Stellungnahme bezieht sich auf Erfahrungen aus anderen Ländern, insbesondere auf das zitierte Beispiel Holland, aber auch auf Belgien und Schweden. Insbesondere in skandinavischen Ländern wurde die Erfahrung gemacht, dass man mit Vorort-Kommissionen, die mit Krankenhaushygienikern, Infektiologen, Mikrobiologen und Pharmazeuten besetzt sind, die besten Ergebnisse im Bereich Infektionsprävention und Reduktion der Resistenzprobleme erzielen kann. Das ist, glaube ich, eine Erfahrung, die viele der Anwesenden teilen. Durch Hygiene alleine kann der Anteil der durch Erreger-Transmission bedingten krankenhaushygienischen Probleme reduziert werden. Es gibt viele wissenschaftliche Untersuchungen zu diesem Thema. Aber um wirklich nachhaltige Effekte zu erzielen, müssen die Hygienemaßnahmen durch eine intelligente Antibiotika-Verschreibung ergänzt werden. Nach unserer Auffassung sollte man insbesondere den skandinavischen Beispielen folgen und an den Kliniken Vorort-Kommissionen einrichten, die mit Krankenhaushygienikern und Experten für Antibiotika-Verschreibungen und Infektionsdiagnostik besetzt sind. Das soll im Grunde genommen jetzt auf Bundesebene umgesetzt werden. Deshalb soll auch eine Krankenhaushygienekommission und eine Kommission Antiinfektiva eingesetzt werden. Um die Maßnahmen auch am Krankenbett umsetzen zu können, werden in den Krankenhäusern entsprechende Strukturen benötigt.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Ich habe eine Frage an Dr. Weichert zur Datenschutzproblematik. Wo sehen Sie die gravierendsten Probleme hinsichtlich des Datenschutzes und der Versorgungen der Patientinnen und Patienten durch die Änderung des § 295a SGB V?

SV Dr. Thilo Weichert: In § 295a SGB V geht es um die Abrechnung der hausarztzentrierten Versorgung, der besonderen Versorgungsformen und der Selektivverträge der integrierten Versorgung. Die Abrechnung im GKV-Bereich soll neu geregelt werden. Das ist bereits der zweite Versuch, einen rechtswidrigen Zustand gesetzeskonform zu regeln. Dies gelingt meines Erachtens wieder nicht. Gegenstand ist, dass medizinische Abrechnungsdaten, also sensible Patienten- und Sozialdaten, über private Unternehmen abgerechnet werden sollen. Das Bundessozialgericht hat im Jahr 2008 und die Konferenz der Datenschutzbeauftragten des Bundes und der Länder im Jahr 2010 klar festgestellt, dass es durchaus möglich ist, den privaten Abrechnungsweg zu gehen. Aber wir haben auch festgestellt, und ebenso die Rechtsprechung, dass das Schutzniveau der Sozialdaten nicht unterschritten werden darf. Das ist aber leider auch bei dem neuen Gesetzesentwurf aus mehreren Gründen nicht garantiert. Erstens ist die Voraussetzung für eine Privatisierung, nämlich die Erforderlichkeit einer privaten Datenverarbeitung meines Erachtens in keiner Weise gegeben. Das Oberverwaltungsgericht Schleswig-Holstein hat diese Auffassung vor wenigen Tagen nochmals bestätigt. Der zweite Punkt ist die Frage des angemessenen Schutzniveaus. Mit einer Einwilligung zu arbeiten, so wie es im Gesetzesentwurf fingiert wird, ist nicht möglich, weil die Freiwilligkeit der Einwilligung nicht gegeben ist. § 295a SGB V, wie er jetzt vorgeschlagen wurde, ist absolut unverständlich und unbestimmt. Die Beschreibung der Datenverarbeitung ist nicht ansatzweise erkennbar, da nur auf die Vorschriften in einem Kapitel mit etwa 20 Paragraphen verwiesen wird. Bezug wird

weiter auf die erforderlichen Daten zur Abrechnung genommen. Auch hier ist nicht ansatzweise nachvollziehbar, was sich dahinter verbirgt. Das größte Problem ist unseres Erachtens, dass die Rechtsaufsicht, die im GKV-Bereich generell besteht, vollständig verloren geht. Die Konsequenz ist, dass diese staatliche Zwangsdatenverarbeitung nicht von anderen staatlichen Stellen kontrolliert werden kann. Aus diesem Grund kommen wir zu dem Ergebnis, dass die geplante Regelung verfassungswidrig ist. Ich befürchte auch, dass die bisherige Praxis, die vom Obergericht Schleswig-Holstein gestoppt wurde, auch in Zukunft nicht weiter bestehen kann. Ich bin zu 100 Prozent davon überzeugt, dass es Alternativen gibt. Es existieren Abrechnungsmodi, die von Kassen bereits praktiziert werden. Sie laufen entweder über die Kassenärztlichen Vereinigungen oder über die Dienstleister der Krankenkassen. Dass diese Möglichkeiten nicht gewählt werden, obwohl dadurch die Probleme gelöst wären, ist für mich nicht nachvollziehbar.

Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Die ersten Fragen gehen an den Einzelsachverständigen Dr. Hübner. Halten Sie es vor dem Hintergrund Ihrer Untersuchungen für sinnvoll, Risikopatienten bei der Aufnahme in eine stationäre Einrichtung verpflichtend auf multiresistente Erreger zu testen? Welche positiven Effekte eines solchen Screenings sind zu beobachten? Wie beurteilen Sie die Kosteneffektivität eines Screenings? Müssen wir uns künftig nur auf MRSA einrichten oder auch auf einen anderen Erreger?

SV Dr. Nils-Olaf Hübner: Man muss sich natürlich fragen, was mit einem Screening erreicht werden soll. Screening bedeutet zunächst nur, dass man zusätzliche Daten erhebt, in diesem Fall bei der Aufnahme ins Krankenhaus. Das ist sehr sinnvoll, weil man diese Zahlen für viele weitere epidemiologische Maßzahlen und um zu messen, was im Krankenhaus geschieht,

benötigt. Sie sind also zunächst für die Statistik und dann zur Analyse und Berechnung entsprechender Indikatoren erforderlich. Dass diese Daten nur sehr eingeschränkt zur Verfügung stehen und dass sie in den verschiedenen Häusern unterschiedlich definiert werden, daran krankt im Moment die gesamte Erfassung und die Surveillance. Die zweite Frage ist, wen ich als Risikopatienten definiere oder welche Risikopatienten gescreent werden sollen. Das Screening kann breit angelegt sein, indem jeder Patient gescreent wird oder aber stark eingeschränkt werden. Beide Vorgehensweisen haben Vor- und Nachteile. Alle Patienten zu screenen, stellt einen sehr großen Aufwand dar. Zusätzlich stellt sich hierbei die Frage, ob man mit den heute zur Verfügung stehenden Tests aus testtheoretischen Überlegungen an Grenzen kommt. Wird die Gruppe zu klein gewählt, rutschen zu viele Patienten durch das Raster, so dass die Ergebnisse des Screenings nicht den entsprechenden Erfolg bringen. Hier muss sehr genau abgewogen werden, da ansonsten kein Nutzen erzielt wird. Die daran anknüpfende dritte Frage ist, wie die generierten Daten für die weitere Therapie genutzt werden können, um unabhängig von statistischen Überlegungen, auch etwas für den Patienten zu erreichen. Die Daten müssen in diesem Fall zügig interpretiert und wieder in den Behandlungsprozess eingespeist werden. Das heißt, es muss möglichst sektorübergreifend eine Datenübermittlung an die behandelnden Ärzte und Therapeuten geben und es muss vor Ort Personal vorhanden sein, das die Daten entsprechend auswertet und für die Behandlung des Patienten nutzt. Ansonsten haben wir eine reine Diagnostikmaßnahme ohne jede therapeutische Konsequenz und damit ohne Nutzen für den Patienten. Es wurde bereits viel darüber geredet. Der Gesetzentwurf spricht aber eindeutig von multiresistenten Erregern. Zwar ist MRSA ein sehr wichtiger und klinisch relevanter Erreger, aber es gibt inzwischen eine Reihe weiterer Erreger, wie ESBL-Bildner oder multiresistente Nonfermenter, die in Deutschland und auch weltweit zu einem großen klinischen

Problem geworden sind. Sie werden im Gesetz ausdrücklich adressiert, ihre Evidenzgrundlage ist aber wesentlich geringer. Es existieren keine Zahlen zu Prävalenz in Deutschland bzw. die vorhandenen Zahlen sind sehr schwammig. Außerdem stellt sich die Frage nach der therapeutischen Relevanz und den einzuleitenden Maßnahmen. Zusammenfassend kann festgestellt werden, durch ein Screening können dann positive Effekte erzielt werden, wenn die zu screenende Patientengruppe richtig ausgewählt wird, die generierten Daten für den Behandlungsprozess relevant sind und in therapeutische Maßnahmen umgesetzt werden können. Diese Vorgehensweise für MRSA kann sowohl aus unseren Untersuchungen am Universitätsklinikum Greifswald als auch aus allen anderen durchgeführten Untersuchungen, z. B. das Twente/Münsterland-Projekt – abgeleitet werden. Für andere Erreger gibt es solche Untersuchungen noch nicht. Allerdings gibt es aus dem internationalen Bereich Daten, die belegen, dass bei Hochrisikogruppen zum Beispiel bei der Aufnahme auf Intensivstationen durchgeführte Eingangsscreenings sinnvoll sind, weil sie Infektionen verhindern. Zur Kosteneffektivität kann man feststellen, dass ein isoliertes Screening niemals kosteneffizient ist, weil es nur eine zusätzliche diagnostische Maßnahme darstellt, die Geld kostet und zunächst keinen Nutzen hat. Kosteneffizient kann das Screening sein, wenn es in ein abgestimmtes Managementsystem integriert ist, das den Umgang mit multiresistenten Erregern definiert. In einem solchen System ist aus unserer Sicht das Screening eine ganz wesentliche Maßnahme. Dadurch können die erzielten Effekte gemessen und bewertet sowie die in der Infektionsprävention typischer Weise sehr begrenzten Ressourcen fokussiert eingesetzt werden. Wenn Screenings innerhalb abgestimmter, strukturierter Systeme eingesetzt werden, dann sind sie auch unter volkswirtschaftlichen Gesichtspunkten in jedem Fall kosteneffizient, weil sowohl für die Gesellschaft als auch für den Patienten ein Mehrnutzen erzielt wird. Dieser lässt sich allerdings

nicht vollständig in monetären Einheiten abbilden, da sich das verminderte Leid sehr schlecht in Geldwerten erfassen lässt. Unter mikroökonomischen Gesichtspunkten ist die Frage allerdings nicht so einfach zu beantworten. Sie müssen nicht nur wissen, was sie die Tests kosten, sondern auch was die möglicherweise eingesparten Infektionen kosten. Das ist ein Faktor, der sowohl in Krankenhäusern als auch außerhalb der Krankenhäuser nicht einfach zu ermitteln ist und der auch gewissen Änderungen unterworfen ist. Im derzeitigen DRG-System gibt es erhebliche Fehlanreize, die einer entsprechenden Abrechnung entgegen stehen. Es wird deshalb wesentlich sein, die entsprechenden Abrechnungssysteme so zu optimieren, dass Krankenhäuser und andere wirtschaftlich arbeitende Partner motiviert sind, tatsächlich notwendige Maßnahmen zu implementieren, zu kodieren und abzurechnen.

Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine weitere Frage an den GKV-Spitzenverband. Halten Sie die in § 87 SGB V vorgeschlagene Regelung zur Abrechnung des MRSA-Screenings im ambulanten Bereich für zielführend?

SV Dr. Bernhard Egger (GKV-Spitzenverband): Die Versorgungsrealität ist in Deutschland im Moment sehr unterschiedlich. Viele Krankenhäuser untersuchen die Patienten einige Tage vor der Aufnahme, andere tun dies nicht. Manche lassen sich auch die Befunde vom niedergelassenen Arzt mitbringen. Bei der Regelung in § 87 SGB V wird nicht deutlich, welche Personen in welcher Form untersucht und was anschließend unternommen werden soll. Sollen alle Patienten oder nur Risikopatienten, die auf eine Intensivstation aufgenommen werden, untersucht werden? Das sind völlig unterschiedliche Gruppen. Bevor im Gesetz eine entsprechende Regelung getroffen wird, sollte diese Frage geklärt sein. Das ist auch unser zentrales Anliegen. Wir plädieren dafür, die Vergütungsregelung an-

gepasst an eine konkrete Empfehlung z. B. der KRINKO und nicht in den leeren Raum hinein zu formulieren.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Wir kommen wieder zum Datenschutz. Meine Frage richtet sich an Dr. Weichert. Sie haben bereits Ihre generelle Kritik an der vorgesehenen Fassung von § 295a formuliert. Der Deutsche Hausärzterverband schreibt in seiner Stellungnahme, dass ohne eine entsprechend Regelung die Durchführung der hausarztzentrierten Versorgung unmöglich sei. Wie stehen Sie zu diesem Argument, und welche Alternativen bieten sich aus Ihrer Sicht an?

SV **Dr. Thilo Weichert**: Die Aussage des Hausärzterverbandes erschließt sich mir nicht. Ganz offensichtlich funktionieren die Add-on-Verträge in anderen Ländern und bei einigen Krankenkassen. Ich weiß nicht, warum die hausarztzentrierte Versorgung mit einem anderen Abrechnungsmodell nicht funktionieren sollte. Meines Erachtens könnte man die alte Regelung beibehalten und auf die geplante Neuregelung völlig verzichten. Prinzipiell könnte man sogar die alte Regelung abschaffen, wenn man die Abrechnungen über die Kassenärztlichen Vereinigungen vornehmen würde. Aber auch die Auftragsdatenverarbeitung bei einer Krankenkasse kann mit dem bestehenden SGB X-Instrumentarium erledigt werden. Die große Frage ist, inwieweit bei der Datenverarbeitung der Hausärzterverband oder jemand anderes auf den Rechner eines ambulanten Arztes zugreifen und Direktiven hinsichtlich der Datenverarbeitung festlegen oder bestimmte Daten abziehen kann. Das wurde in der Vergangenheit unter dem Begriff „gekapselter Kern“ diskutiert. Die von der hausärztlichen Vertragsgemeinschaft und von den Hausärzterverbänden geplante Art der Datenverarbeitung wäre auch mit der neuen gesetzlichen Regelung nicht zulässig. Deswegen verstehe ich nicht ansatzweise, wie die Neuregelung weiterhelfen soll und

auf was sich die Erwägungen des Hausärzterverbandes stützen. Es wird nur die Argumentation des Oberverwaltungsgerichts, dass keine Kontrolle über den Auftragnehmer stattfinden kann, widerlegt. Denn nun können die Hausärzterverbände in Eigenmacht und ohne Kontrolle ihre Datenverarbeitung vornehmen. Ich bin aber überzeugt, insbesondere nach der Diskussion mit der BKK Nord, dass es auch anders geht.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Dr. Weichert, das Sozialdatengeheimnis soll auch für die Vertragspartner auf Leistungserbringerseite gelten. Sind aus Ihrer Sicht die Aufsichten in der Lage, die Einhaltung dieser Vorschrift zu kontrollieren?

SV **Dr. Thilo Weichert**: Knapp und eindeutig: Nein! In Thüringen sind beispielsweise zwei Personen für die Aufsicht von etwa 100.000 privatwirtschaftlichen Unternehmen zuständig. Es ist nicht möglich, eine derart komplexe Datenverarbeitung EDV-technisch und juristisch auch nur ansatzweise zu kontrollieren. Deswegen ist eine zentrale Forderung, diese Aufgabe den Landesbeauftragten für den Datenschutz zu übertragen, die kompetenter sind und größere Personalressourcen besitzen.

Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Der Gesetzentwurf enthält auch Regelungen zur Pflegetransparenz-Vereinbarungen. Ich habe daher eine Frage zur Weiterentwicklung der Pflegetransparenz-Vereinbarung an den Verbraucherzentrale Bundesverband. Sie kritisieren in Ihrer Stellungnahme, dass die maßgeblichen Interessenvertretungen der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen weiterhin nicht angemessen an der Weiterentwicklung bei der Pflegetransparenz-Vereinbarung beteiligt werden. Ich möchte Sie gern noch einmal nach Ihrer genauen Kritik und Ihren Änderungsvorschlägen fragen.

SVe Ilona Köster-Steinebach (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. (vzbv)): Unsere Kritik an den Vorgaben besteht darin, dass sie intransparent und uneinheitlich sind. In den §§ 113, 113a, 114a und 115 SGB XI werden nämlich sehr unterschiedliche Vorgaben gemacht, wie es zu Regelungen kommen soll. Zunächst wäre die Vereinheitlichung der Formulierung dieser Vorgaben notwendig. Wir sind auch der Meinung, dass eine ähnliche Regelung, wie es sie für die Patientenbeteiligung im Bereich des SGB V bereits gibt, ebenfalls für den Pflegebereich notwendig wäre. Es müssten zunächst Kriterien etabliert werden, nach denen maßgebliche Verbände benannt und festgelegt werden. Das könnte im Notfall durch einen Verweis auf die Patientenbeteiligungsverordnung geschehen. Das größte Problem besteht darin, dass derzeit Patientenbedürfnisse nur durch Vorschläge oder schriftliche Stellungnahmen eingebracht werden können. Im Bereich des SGB V sieht das Gesetz vor, dass es ein Mitberatungs- und ein Antragsrecht gibt. Dadurch können die Patientenvertreter bei den Beratungen anwesend sein und ihre Vorstellungen vortragen. Wie wichtig dies ist, kann ich an einem Beispiel erläutern. Es war eine Initiative der Patientenvertretung, die dafür sorgte, dass der Gemeinsame Bundesausschuss sich mit dem Thema nosokomiale Infektionen überhaupt beschäftigt. Derartige Erfolge, davon gehen wir aus, würden sich auch durch ein Antrags- und Mitberatungsrecht im Bereich der Pflegetransparenz erzielen lassen.

Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich frage den GKV-Spitzenverband. Welche Vorgaben halten Sie bei der Einsetzung der neuen Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie (ART) für notwendig, um den Vorwurf der Interessenkollision, wie er beispielsweise von der STIKO geäußert wurde, von zu Beginn zu entkräften?

SV Dr. Bernhard Egger (GKV-Spitzenver-

band): Wir schlagen vor, dass im Gesetz festgelegt wird, dass die Mitglieder der Kommission ART mögliche Interessenskonflikte offen legen sollen. Angesichts der ständigen Diskussionen über die fachliche Zusammensetzung der KRINKO schlagen wir für diese ebenfalls entsprechende gesetzliche Vorgaben vor. Es soll dadurch sichergestellt werden, dass sich die gesamte Breite des erforderlichen Sachverständes in der Kommission wiederfindet. Ein weiterer Punkt ist die Aktualisierung der Produkte, die dort erstellt werden. In einem Zwei- bis Dreijahresrhythmus sollten die Empfehlungen überarbeitet bzw. auf ihre Aktualität überprüft werden. Den Zeitraum von fünf Jahren halten wir für zu lang.

Abg. Jens Spahn (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den GKV-Spitzenverband und den Verbraucherzentrale Bundesverband. Wie beurteilen Sie die Aufnahme von weiteren Informationen zur Krankenhaushygiene in die Qualitätsberichte, und wie beurteilen Sie, dass diese künftig jährlich statt wie bisher alle drei Jahre veröffentlicht werden sollen?

SV Dr. Bernhard Egger (GKV-Spitzenverband): Wir begrüßen es, dass die Berichte zukünftig jährlich veröffentlicht werden. Dadurch werden aktuelle Informationen zur Qualität der Leistungserbringer der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt. Wir haben uns im Gemeinsamen Bundesausschuss immer für Transparenz hinsichtlich der Ergebnisse ausgesprochen. Was die postulierten Gefahren der Veröffentlichung von Ergebnissen angeht, schätzen wir diese Gefahren deutlich niedriger ein, als die sich daraus ergebenden Chancen. Zum einen suchen Patienten Kliniken nicht mehr auf, wenn die Qualitätskennzahlen schlecht sind und zum anderen wird durch die Veröffentlichung der Kennzahlen der Qualitätsverbesserungsprozess und der positive Wettbewerb zwischen den Häusern vorangebracht. Letzteres ist ein Effekt, der genauso wichtig ist, wie die Unterstützung der

Patienten bei ihrer Auswahl.

SVe Ilona Köster-Steinebach (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. (vzbv)): Auch wir begrüßen es, dass die Qualitätsergebnisse in den Qualitätsberichten veröffentlicht werden sollen. Wie bereits ausgeführt wurde, sind bei negativen Hygieneergebnissen die Möglichkeiten, entsprechende Konsequenzen zu ziehen, derzeit nicht gegeben. Deshalb ist es wichtig, diese Informationen in den Qualitätsbericht aufzunehmen. Nach unserer Auffassung sind die Gefahren bei weitem nicht so groß, wie manche behaupten. Denn im Qualitätsbericht der Krankenhäuser werden nicht nur die Daten der Krankenhäuser als solche veröffentlicht, sondern die Kliniken und die Landesqualitätssicherungskommissionen können eine Stellungnahme abgeben. Zudem werden die Ergebnisse des so genannten strukturierten Dialoges, die Ergebnisbewertung einer Expertenkommission, ebenfalls in den Bericht aufgenommen. Wir sehen das äußerst positiv. Dazu wäre auch eine jährliche Veröffentlichung wichtig. Derzeit sind die im Qualitätsbericht veröffentlichten Daten bis zu vier Jahre alt.

Abg. Dr. Rolf Koschorrek (CDU/CSU): Ich habe Fragen an den Bundesverband Deutscher Privatkliniken und den Deutschen Caritasverband. Der Gesetzentwurf sieht die Einführung von Landesschiedsstellen für Vergütungsvereinbarungen zwischen den Krankenkassen und den Trägern von Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen vor. Ist diese Regelung aus Ihrer Sicht erforderlich? Sind die im Gesetzentwurf getroffenen Regelungen geeignet, Konflikte der Vertragspartner über die Höhe der Vergütung sachgerecht zu lösen?

SV Thomas Bublitz (Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK)): Die Regelung ist aus unserer Sicht notwendig. Wir haben eine sehr starke Marktüber-

macht der Krankenkassen im Bereich Vertrags- und Vergütungsfragen zwischen Krankenkassen und Reha-Kliniken. Das liegt daran, dass auf Seiten der Krankenkassen nicht nur über die Verträge, sondern auch über Preise und Belegung der Einrichtung entschieden wird. Die starke Wettbewerbssituation der Krankenkassen untereinander führt dazu, dass die Preise in den absoluten Fokus rücken, während die Qualitäten in den Hintergrund treten. An dieser Stelle ist die Schiedsstelle durchaus geeignet, die Akzente wieder ein wenig zu verschieben und die adäquate Berücksichtigung von Qualitäts- und Vergütungsfragen einzubeziehen. Wir halten es aber auch für sinnvoll, wenn zusätzlich der Aspekt der leistungsgerechten Vergütung sowie Vertragsfragen schiedsstellenfähig werden würden. Dazu finden sich in unsere Stellungnahme entsprechende Hinweise. Bei der Besetzung der Schiedsstelle könnte man sich auch andere Konstellationen vorstellen. Es könnte sich beispielsweise die dauerhafte Besetzung der unabhängigen Vorsitzenden auf der Stellvertreterebene aus den Vertragsparteien rekrutieren. Dann wären Vertreter der Krankenkassen auf der einen Seite und Reha-Kliniken auf der anderen Seite dauerhaft auf der Leitungs- oder Vorsitzenden-Ebene in den Schiedsstellen installiert.

SVe Dr. Elisabeth Fix (Deutscher Caritasverband e.V.): Auch aus unserer Sicht ist die Einführung einer Schiedsstelle im Bereich der Reha- und Vorsorge-Einrichtungen unbedingt erforderlich. Denn seit Jahren führen die ungleichen Machtverhältnisse zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern dazu, dass die Krankenkassen die Preise faktisch diktieren. Die Schiedsstelle ist ein Konfliktlösungsmechanismus, der die beiden Verhandlungsparteien auf Augenhöhe bringt. Allerdings bedarf die Regelung aus unserer Sicht hinsichtlich der Höhe der Vergütung unbedingt einer Ergänzung. Es muss ein Kriterium eingeführt werden, das bestimmt, dass die Vergütung leistungsgerecht und angemessen sein

muss. Eine solche Formulierung findet sich beispielsweise im SGB XI. Eine analoge Regelung sollte im SGB VI verankert werden. Denn Rehabilitation und Vorsorge sind Leistungsbereiche sowohl im Krankenversicherungsrecht als auch im Rehabilitationsrecht, und die Rentenversicherung ist ein wichtiger Träger von Rehabilitations- und Vorsorgeleistungen. Hier gibt es ähnliche Probleme bei den Vergütungsverhandlungen. In unserer Stellungnahme haben wir entsprechende Formulierungsvorschläge unterbreitet.

Abg. **Willi Zylajew** (CDU/CSU): Meine erste Frage richtet sich an den Medizinischen Dienst des GKV-Spitzenverbandes, den Deutschen Caritasverband und an den Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste. Sind die vorliegenden Regelungen aus Ihrer Sicht zielführend, entsprechen sie Ihren Vorstellungen und haben wir damit einen hilfreichen Konfliktlösungsmechanismus gefunden? Eine weitere Frage richte ich an den Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste. Ich hätte gerne Ihren Vorschlag, dass nur maßgebliche Vereinigungen an der Beurteilungsrunde teilnehmen sollen, präzisiert. Was ist aus Ihrer Sicht ein maßgeblicher Teilnehmer an Verhandlungen?

SV **Dr. Peter Pick** (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS)): Es ist eindeutig, dass es einen akuten Nachbesserungsbedarf bei der Pflegetransparenz-Vereinbarung gibt. Was zu ändern ist, liegt auf der Hand. Trotzdem haben wir auf dem Verhandlungsweg kein Ergebnis erzielt. Letztendlich scheiterte dies an der Blockade zweier Verbände. Deshalb ist die Schiedsstellenlösung ein Weg, eine Konfliktlösung zu ermöglichen. Das Grundproblem, wer die Veröffentlichung und damit indirekt die Prüfkriterien definiert, bleibt aber unverändert. Nach unserer Einschätzung ist es nicht gut, wenn Leistungserbringer auch über die Veröffentlichungs- und Prüfkriterien mitentscheiden. Dass sie auf Grund ihres Sachverständnisses mitberaten müssen,

ist selbstverständlich. Aber wir befürworten diese starke Stellung der Leistungserbringer nicht. Den Verbänden ist kein Vorwurf zu machen, denn trotz großem Qualitätsengagement müssen sie darauf achten, dass ihre Mitglieds-Institutionen alle Entscheidungen mittragen. Deshalb halten wir es für sachgerecht, sowohl die Veröffentlichungs- als auch die Prüfkriterien in eine Hand zu legen. Das spricht dafür, die Richtlinienkompetenz bei den Pflegekassen anzusiedeln, die dann zum Spitzenverband Bund gehören würden.

SVe **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e.V.): Wir begrüßen, dass der Gesetzgeber den Weg für eine Schiedsstelle freigemacht hat. Unsere Erfahrungen bei den Verhandlungen haben gezeigt, dass wir sehr schnell in eine Sackgasse geraten können, aus der es ohne Konfliktlösungsmechanismus keinen Ausweg gibt. Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege und der Spitzenverband Bund der Pflegekassen haben gemeinsam diese Schiedsstelle gefordert. Deshalb nehmen wir mit Befremden zur Kenntnis, dass dieser gemeinsame Weg verlassen werden soll. Wir begrüßen die Einführung der Schiedsstelle, schlagen aber zwei Modifikationen vor. Aus unseren bisherigen Verhandlungserfahrungen ist erstens die Frist von drei Monaten zur Anrufung der Schiedsstelle zu knapp bemessen. Auf Grund der Komplexität der Aufgaben und der Notwendigkeit wissenschaftlichen Sachverständnisses einzuholen, schlagen wir eine Fristverlängerung auf sechs Monate vor. Zweitens soll die Schiedsstelle künftig von zwei Verbänden der Träger von Pflegeeinrichtungen gemeinsam oder vom GKV-Spitzenverband angerufen werden können. Das halten wir für problematisch, weil die Schiedsstelle vorschnell eingeschaltet werden könnte und die Verhandlungen unter Umständen nicht mehr ernsthaft geführt werden. Langfristig wäre die Schiedsstelle überlastet und könnte ihre Urteile nicht mehr in der vorgesehenen Frist fällen. Als Alternative schlagen wir ein Quorum der Mehrheit der Leistungserbringer-Verbände

vor.

SV Bernd Tews (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)): Zur Frage des Konfliktlösungsmechanismus schließe ich mich weitgehend den Ausführungen von Frau Dr. Fix an. Es war eine gemeinsame Forderung, im Bereich der Pflege-transparenz-Vereinbarung einen Konfliktlösungsmechanismus einzuführen, um damit ein gängiges Konfliktlösungsmodell in der Kranken- und der Pflegeversicherung gesetzlich zu fixieren. Deshalb begrüßen wir es ausdrücklich, dass diese Möglichkeit nun vorgesehen ist. Wir unterstreichen die Notwendigkeit, die Verhandlungsfrist auf maximal sechs Monate zu erhöhen. Die bisherige Erfahrung hat gezeigt, dass diese Frist für die komplexen Abstimmungen zwischen den Verbänden erforderlich ist. Diese ist bei vielen anderen Verträgen des SGB XI durchaus üblich. Sollte es vorher zu einer Einigung kommen, steht dieser nichts entgegen. Wir halten es ebenfalls für erforderlich, die Parteien zu einer zügigen Einigung zu verpflichten, da die Pflege-transparenz-Vereinbarung eine Orientierung für Verbraucher, Pflegebedürftige und deren Angehörigen bietet. Nichtsdestotrotz besteht aber ein Überarbeitungsbedarf. Zur Frage der „maßgeblichen Vereinigungen“ darf ich daran erinnern, dass gegenwärtig sämtliche Vereinigungen von Trägern, die für sich in Anspruch nehmen, bundesweit zu verhandeln, an den Vereinbarungen zu beteiligen sind. Dies gilt auch dann, wenn sie nur eine geringe Anzahl von Leistungserbringern repräsentieren, nicht in allen Bundesländern Mitglieder haben oder diese nur einen Leistungsbereich vertreten. Sie können die Verhandlungen behindern und blockieren. Das hat auch zu rechtlichen Auseinandersetzungen geführt, die bisher noch nicht höchstrichterlich entschieden sind. Es ist deshalb wichtig, im Gesetz klar zu regeln, was eine „maßgebliche Vereinigung“ auf Bundesebene ist. Wir schlagen vor, ein Quorum einzuführen. Trägerverbände sollen in Dreiviertel der Bundesländer mindestens fünf Prozent der am-

bulanten oder stationären Einrichtungen repräsentieren.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Ich habe Fragen an den GKV-Spitzenverband und den Verband der privaten Krankenversicherung zur Beteiligung der PKV an den Qualitätsprüfungen. Diese bedürfen offensichtlich einer rechtlichen Klarstellung, da ansonsten alles in Blockadesituation verharret. Ist damit zu rechnen, dass die nun mittlerweile monatelang anhaltenden Querelen hinsichtlich der Beteiligung an Qualitätsprüfungen beendet werden und wir zügig mit konstruktiven Ergebnissen rechnen können?

Sve **Dr. Doris Pfeiffer** (GKV-Spitzenverband): Es gibt eine Reihe von Formulierungen, die eine rechtliche Präzisierung und Klarstellung hinsichtlich der künftigen Prüfungen durch den Verband der privaten Krankenversicherung bedeuten. Ein eigenständiges Prüfrecht ist hierfür nicht zwingend erforderlich. Allerdings halten wir es für notwendig, dass die Prüfungen weiterhin einheitlich durchgeführt werden. Dazu gibt es die Vorgabe, entsprechende Vereinbarungen zu schließen. Wir bitten dringend, dass aus dieser Soll-Vorschrift eine zwingende Vorgabe gemacht wird, damit keine neuen Probleme auftreten. Es muss konkret festgelegt werden, wie die bundeseinheitlichen Grundlagen definiert werden. Die Frage, wie viele Prüfungen die PKV durchführen soll, sollte nicht über das gesamte Bundesgebiet geregelt werden, damit keine neue Diskussion entsteht. Darüber hinaus kann es nicht sein, dass das Bundesversicherungsamt mit dem Verband der privaten Krankenversicherung verhandelt, ob „schuldhaft“ Anteile nicht übernommen wurden. Es muss erstens klar sein, wie die Regelungen sind, wenn die Zehnprozentquote nicht erfüllt wird, und zweitens muss der GKV-Spitzenverband einbezogen werden.

SV Dr. Volker Leienbach (Verband der

privaten Krankenversicherung e.V. (PKV)): Wir begrüßen die Regelung ausdrücklich. Es bedurfte dieser gesetzgeberischen Absicherung, damit sich die PKV an den Qualitätsprüfungen beteiligen kann. Das entspricht der Bedeutung der PKV im Pflegesektor. Wir haben in der Vergangenheit nachdrücklich unter Beweis gestellt, dass wir Verantwortung im Bereich Qualität und Qualitätssicherung in der Pflege übernehmen wollen. Ich weise auf unsere Pflegeberatung und auf die Stiftung für Qualität in der Pflege hin. Unsere Prüfer genügen mit einer Auditoren-Quote von 70 Prozent qualitativ höchsten Ansprüchen und sind nach bundeseinheitlichen Qualitätsmaßstäben einsetzbar, so dass es keine länderspezifische Ausprägungen bei den PKV- Qualitätsprüfern geben wird. Sie können sofort die Prüfungen beginnen. Im Übrigen entspricht die Einbindung weiterer Sachverständiger dem erklärten Willen des Gesetzgebers von 2002. Dieser hat damals bewusst von anderen Sachverständigen gesprochen. Bei der Frage Soll- oder Muss-Vorschrift setzen wir uns nachdrücklich dafür ein, dass es bei der derzeitigen Regelung bleibt. Die Erfahrung hat gezeigt, dass sobald eine Vereinbarung für den Prüfungsbeginn zwingende Voraussetzung war, es zu keinem Ergebnis kam. Wir benötigen das unbedingte Prüfrecht und begleitend die Soll-Vereinbarung. Selbstverständlich werden wir entsprechend der gesetzlichen Regelung nach einheitlichen Prüfkriterien prüfen. Bei der Veranlassung eigenständiger Prüfungen hätten wir uns eine Gleichstellung und keine Abhängigkeit von den Landesverbänden gewünscht. Auch wäre ein vollständiges Beteiligungs- und Mitentscheidungsrecht bei der Entwicklung von Vereinbarungen, Empfehlungen und Richtlinien zu Qualitäts- und Pflegefragen wünschenswert gewesen.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Dazu ergänzend noch einmal eine Frage an beide Verbände. Können Sie sich gemischte Prüfteams vorstellen oder sollte immer getrennt geprüft werden? Zu einem anderen Thema habe ich eine ergänzende Frage

an das Diakonische Werk der Evangelischen Kirche. Wie bewerten Sie den Vorschlag, dass Personen in Einrichtungen der Jugendhilfe keinen Zusatzbeitrag zahlen müssen? Zu einem ähnlichen Themenkomplex habe ich eine weitere Frage an das Diakonische Werk der Evangelischen Kirche und an den GKV-Spitzenverband. Wie bewerten Sie die Neuregelung, dass bei der Berechnung des durchschnittlichen Zusatzbeitrages die Personen nicht berücksichtigt werden, die keinen Zusatzbeitrag zahlen müssen.

SVe **Dr. Doris Pfeiffer** (GKV-Spitzenverband): Wir sind sehr daran interessiert, dass der Verband der privaten Krankenversicherung sich nicht bestimmte Einrichtungen zur Prüfung und Bewertung aussucht. Wir müssen uns gegenseitig abstimmen, wie Prüfungen, auch in gemeinsamen Teams, durchgeführt werden sollen. Es ist jedenfalls nicht sinnvoll, durch gezielte Selektion, andere Kriterien oder andere Ergebnisse erreichen zu wollen.

SV **Dr. Volker Leienbach** (Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV)): Es ging nie darum, dass der PKV-Verband sich bestimmte Einrichtungen zur Prüfung aussuchen wollte. Wir sind an einer spezifischen Auswahl nicht interessiert. Bereits vor zwei Jahren haben wir mitgeteilt, dass die Auswahl nach dem Zufallsprinzip erfolgen könne. Wir haben angeboten, dass es in dieser Vorphase, vor der gesetzlichen Klärung, auch gemischte Prüfteams geben kann. Wir begrüßen aber das eigenständige Prüfrecht. Das sollte die Voraussetzung sein. Ich will nicht ausschließen, dass in Einzelfällen sinnvollerweise gemischte Teams gebildet werden, in denen man sich wechselseitig befruchten kann. Aber ein eigenständiges Prüfrecht ist aus unserer Sicht zwingend.

SVe **Dr. Annika Lange** (Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V. (EKD)): Die erste Frage

bezog sich darauf, dass künftig Personen von der Zahlung des Zusatzbeitrages befreit werden, wenn sie in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden. Dieser Personenkreis ist aus unserer Sicht sehr schutzbedürftig. Deswegen ist diese Regelung positiv zu bewerten. Ich möchte dazu anmerken, dass in diesem, aber auch in anderen Bereichen Nachbesserungsbedarf besteht, um finanzielle Überforderungen weiterer schutzbedürftiger Personenkreise zu verhindern. In unserer Stellungnahme zum GKV-Finanzierungsgesetz haben wir bereits dargelegt, dass wir einkommensunabhängige Zusatzbeiträge ablehnen, weil wir befürchten, dass die steigenden Kosten im Gesundheitswesen nicht transparent dargestellt werden und es zu einer deutlichen Belastung der Versicherten mit durchschnittlichen oder niedrigen Einkommen kommen wird. Der Gesetzgeber hat sich dennoch entschieden, diese Regelung zu treffen. Damals haben wir auch darauf hingewiesen, dass weitere schutzbedürftige Personenkreise bei der Regelung zu den Zusatzbeiträgen berücksichtigt werden müssen. Wir halten es für wünschenswert, wenn chronisch kranke Menschen ebenfalls keinen Zusatzbeitrag zahlen müssten, da ihnen durch ihre Krankheit bereits zusätzliche Kosten entstehen. Das Gleiche gilt für Geringverdiener, deren Einkommen knapp oberhalb der Schwelle zum Sozialleistungsbezug liegt. Darüber hinaus halten wir es auch für wünschenswert, dass die Regelung in § 242 Absatz 4 Satz 2 SGB V geändert wird, wonach die Krankenkassen in ihrer Satzung regeln können, dass die Differenz zwischen kassenindividuellem und dem durchschnittlichen Zusatzbeitrag, der für Bezieherinnen und Bezieher von Leistungen nach dem SGB II aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert wird, von den Mitgliedern selbst zu zahlen ist. Hierin sehen wir eine erhebliche Belastung für die Betroffenen, die vermieden werden soll. Die zweite Frage nach der Neuregelung, wonach bei der Berechnung des durchschnittlichen Zusatzbeitrages die Personen nicht mehr berücksichtigt werden sollen, die keinen

Zusatzbeitrag zahlen müssen, beantworte ich wie folgt: Durch die Herausnahme bestimmter Personenkreise steigt der durchschnittliche Zusatzbeitrag rechnerisch an, so dass mehr Menschen Anspruch auf Sozialausgleich und auch auf einen höheren Sozialausgleich haben werden. Dies bewerten wir positiv. Doch auch die negativen Folgen dürfen nicht unberücksichtigt bleiben: Viele Krankenkassen werden sich am durchschnittlichen Zusatzbeitrag orientieren, wenn sie ihren kassenindividuellen Zusatzbeitrag festlegen. Dadurch werden alle Versicherten betroffen und mehr belastet. Auch die Steuerzahlenden bzw. die Gesamtgemeinschaft werden dadurch indirekt belastet, da für die Bezieherinnen und Bezieher von Leistungen nach dem SGB II der durchschnittliche Zusatzbeitrag erhoben werden darf und dessen Finanzierung über die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds erfolgt bzw. die Bundesagentur für Arbeit die Zusatzbeiträge in der erforderlichen Höhe zahlt, wenn die Personen allein dadurch hilfebedürftig werden.

Sve Dr. Doris Pfeiffer (GKV-Spitzenverband): Wir halten die Regelung, diese Gruppe auszunehmen, für sachgerecht. Wir schlagen in unserer Stellungnahme vor, darüber hinaus weitere Personengruppen auszunehmen. Das wären Personen, die Sozialgeld nach SGB II beziehen, und so genannte Anwartschaftsversicherte. Wir gehen davon aus, dass bei diesen eine besondere Schutzbedürftigkeit vorliegt und dass es zum Teil auch aus verwaltungswirtschaftlichen Gründen sinnvoll ist. Wir halten auch die Herausnahme aus der Berechnung des durchschnittlichen Zusatzbeitrages der Personen für sinnvoll, die keinen Zusatzbeitrag zahlen. Das sind etwa 1,5 Mio. Mitglieder. Die Folge sind erhebliche Auswirkungen auf die Berechnung des durchschnittlichen Zusatzbeitrages.

Abg. Dr. Karl Lauterbach (SPD): Ich komme noch einmal auf die Datenübermittlung, die in § 295a geregelt werden

soll, zurück. Meine Fragen richten sich an den Verband der Privatärztlichen Verrechnungsstellen und an den Deutschen Hausärzterverband. Ist im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung für die teilnehmenden Ärzte transparent, welche Daten übermittelt werden? Sind die Ärzte in der Lage, die Patienten umfassend aufzuklären, wie die Daten genutzt werden, welchem Zweck sie dienen und auf welchem Weg sie an welche Empfänger weitergeleitet werden? Wenn datenschutzrechtliche Gefahren bestehen, existieren diese in gleicher Weise auch für privat Versicherte?

SV Peter Scholich (Verband der Privatärztlichen Verrechnungsstellen e.V. (PVS Verband)): Grundsätzlich ist die Frage berechtigt, wenn man sich um die Handhabung und Archivierung von Sozialdaten sorgt. Als berufsständige Einrichtung begrüßen wir jede Regelung, die das Selbstbestimmungsrecht des Patienten betont. Deshalb erklären wir uns auch mit der vorgesehenen Regelung im § 295a SGB V einverstanden. Die Weitergabe der Daten wird – da gebe ich Dr. Weichert Recht – von einer widerruflichen Einwilligungserklärung abhängig gemacht. Dies betont das Selbstbestimmungsrecht und knüpft an das an, was im Bereich der privaten Krankenversicherung bereits seit Jahrzehnten Usus ist, nämlich das Instrument der Einwilligungserklärung. So war es auch bis zur Entscheidung des Bundessozialgerichtes im Bereich der GKV. Berufsständige Einrichtungen ebenso wie Arzt und Arzthelferin drohen nach § 203 StGB strafrechtlichen Sanktionen, wenn sie unzulässiger Weise Daten weiter geben. Deshalb gehört es quasi zum Lebensversicherungskonzept eines jeden verantwortlich Handelnden, ein in sich stimmiges Datenschutzkonzept vorweisen zu können. Im Rahmen des Regelungsbereichs des § 295a SGB V bitte ich zu bedenken, dass es hier um die unterstützende Tätigkeit bei der Vorbereitung der Abrechnung geht. Das heißt, wenn ein Dienstleister tätig wird, unterstützt er das Krankenhaus im Wege der Auftragsda-

tenverarbeitung bei der Erstellung der Abrechnung. Diese ist gesetzlich geregelt und in sich stimmig. Die Verantwortung für die Abrechnung verbleibt aber nach wie vor beim Krankenhaus und insofern verbleibt auch die Datenhoheit beim Krankenhaus. Das Krankenhaus muss die zwei geforderten Erklärungen eigenhändig unterschreiben und die Abrechnung bei der KV einreichen. Deshalb ist dieser Fall im Vergleich zu den Selektivverträgen oder den Verträgen der integrierten Versorgung differenziert zu betrachten. Bei diesen Verträgen kann sicherlich die Frage aufgeworfen werden, inwieweit Datenerhebung, -weitergabe, -archivierung und -löschung transparent und erkennbar für den Patienten sind. Es gibt aber auch umfassende Verträge, in denen gerade diese Dinge geregelt sind. Letztendlich entscheidet der Patient, ob für ihn das Verfahren transparent genug ist und ob er sich in die Verträge einschreibt.

SV Ulrich Weigeldt (Deutscher Hausärzterverband e.V.): Versicherte und Ärzte werden umfassender als beispielsweise im Kollektivvertragssystem schriftlich über Anlass, Zweck, Verbleib und Weitergabe der Daten aufgeklärt. Der Patient kann dies unter datenschutzrechtlichen Aspekten prüfen. Über die Verfassungsmäßigkeit dieses Verfahrens entscheidet das Verfassungsgericht. Die wichtige Frage ist vielmehr, ob diese Vorgehensweise erforderlich ist. Nach unserer Auffassung ist die Regelung nach § 295a SGB V erforderlich und wir begrüßen sie. § 295a SGB V stellt die Rechtssicherheit in einer bislang nicht rechtssicheren und interpretationsanfälligen Situation her. Die Weitergabe der Daten an die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) stößt derzeit auf mehrere Probleme. Das erste Problem stellt die Frage dar, ob die Kassenärztlichen Vereinigungen im Auftrage von Dritten tätig werden können. Ihr Tätigkeitsfeld ist nämlich im SGB V abschließend geregelt. Zweitens ist fraglich, ob die KVen diese Aufgabe überhaupt übernehmen wollen. Sie können, wie man am Notdienst bei den hausarztzentrierten und integrierten Versorgungsverträgen

sehen kann, auch einfach ablehnen. Dann wäre eine vertragliche Regelung nicht möglich. Es gibt ein Urteil des Landessozialgerichtes Bayern vom 3. Juli 2009, das die Verantwortung der Vertragspartner für die von ihnen abgeschlossenen Verträge auch für den Bereich der Datensicherheit – ich verweise auf die Stellungnahme der PVS – sicherstellt, weil die rechtliche Verantwortung letztlich bei den Ärzten als Auftraggeber verbleibt. Die Vermutungen, dass heimliche Zugriffe auf Praxisrechner erfolgen, muten merkwürdig an. Dafür gibt es keine Anhaltspunkte. Das Abrechnungsverfahren wird in der Regel gemeinsam mit Apothekenrechenzentren, die seit 2004 diese Verträge begleiten, durchgeführt. Es wurde vielfältig geprüft, ob es Unkorrektheiten gab oder etwas nicht im Sinne der Patienten und der Sicherung ihrer Daten geschehen ist. Die Transparenz wird schriftlich vor der Teilnahme am Abrechnungssystem gewährleistet. Die Wege der Daten können gemäß § 295a SGB V geregelt werden. Wir erwarten, dass der Datenschutz in gleicher Weise auch im Kollektivvertragssystem vorhanden ist. Ich verweise auf die Datenübermittlung aus den Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenverbänden, und würde dies mit den Regelungen im SGB XI abgleichen.

Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD): Ich möchte zum Antibiotika-Einsatz in der Tierzucht zurück kommen. Meine Fragen richten sich an die Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie und an die Deutsche Gesellschaft für Infektiologie. Gibt es aussagekräftige Untersuchungen über den Zusammenhang zwischen Antibiotika-Einsatz in der Tierzucht und der Entstehung von Antibiotika-Resistenzen beim Menschen? Welche Möglichkeiten sehen Sie, den massenhaften Antibiotika-Einsatz in der Tierzucht einzuschränken?

SV Dr. Jörg Herrmann (Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie e.V. (DGHM)): Durch den langjährigen Einsatz

von Avoparcin, einem Glykopeptid-Antibiotikum, in der Tierzucht, wissen wir, dass erhebliche Probleme entstanden sind. Damals waren die Vancomycin-resistenten Enterokokken das große Problem, das insbesondere in Deutschland und Europa auftrat. Das hat zu einem Verbot dieser Substanz in der Tierzucht geführt. Es gab auch unmittelbare Erfolge im Bereich der Humanmedizin, denn der Erreger trat deutlich seltener auf. Wir sind hinsichtlich der Kenntnisse über den Zusammenhang zwischen der Antibiotika-Therapie in der Tiermast und deren Auswirkungen auf den Menschen noch in der Lernphase. Prof. Friedrich hat bereits ausgeführt, dass im Rahmen der durchgeführten Netzwerkuntersuchungen insbesondere auch in der Region Münsterland-Enschede zahlreiche Untersuchungen zu MRSA in der Schweinemast durchgeführt wurden. Wir wissen, dass Antibiotika in breiten Bereichen eingesetzt werden. Allerdings muss ich gestehen, dass unsere Verbindungen zu den Kollegen in der Veterinärmedizin und die Transparenz des Antibiotika-Einsatzes in der Veterinärmedizin nicht so sind, dass wir Aussagen über einen ursächlichen Zusammenhang treffen können. Wir haben epidemiologische Untersuchungen, die zeigen, dass zum einen natürlich die Tierbestände mit multiresistenten Erregern besiedelt sind und zum anderen die Züchter einschließlich ihrer Familien. Gegebenenfalls wird auch das Umland durch die Verbreitung der MRSA über die Klimaanlage in Mitleidenschaft gezogen. Diesem Bereich werden wir uns jetzt sehr intensiv widmen. Aus Untersuchungen ist viel über die vorkommenden Erregertypen bekannt. Wir wissen, dass es unterschiedliche Sub-Typen sind, die bei Tieren und bei Menschen vorkommen, und wir wissen auch, dass die Stämme, die bei Tieren vorkommen, offensichtlich weniger humanpathogen sind als Stämme, die beim Menschen vorkommen. Allerdings kommt es in Einzelfällen durchaus zu schweren Erkrankungen. Wir befinden uns derzeit in einem Lernprozess, um die entsprechenden Schlüsse ziehen zu können.

SV Prof. Dr. Winfried V. Kern (Deutsche Gesellschaft für Infektiologie e.V. (DGI)): Mein Vorredner hat Recht. Es gibt außer dem VRE-Problem zahlreiche Beispiele, dass die Antibiotika-Resistenz nicht nur ein Problem der Humanmedizin ist. Es existieren vielfältige Verflechtungen zwischen den beiden Bereichen. Es gibt mehr oder weniger gute Daten, die belegen, dass sich die Gesamttonnage der Antibiotika-Einsätze in Deutschland und in Europa in 50 Prozent Veterinärbereich und 50 Prozent humanmedizinischer Bereich aufteilt. Das zeigt sehr gut, wo der Selektionsdruck liegen muss. Es gibt Beispiele zur so genannten Chinolon-Resistenz bei Salmonellen und zu Escherichia coli. Das sind humanpathogene aber auch tierpathogene Erreger. Bei ihnen wurde gezeigt, dass die bei Menschen nachgewiesenen resistenten Erreger den Erregern im Tierreich sehr viel ähnlicher sind als gedacht. Wir haben Beispiele, die sehr gut illustrieren, dass es Übertragungen aus dem veterinär-medizinischen Bereich in den human-medizinischen Bereich gibt, und dass im veterinär-medizinischen Bereich der Antibiotika-Einsatz zu entsprechendem Selektionsdruck führt. Ich denke, es gibt Lösungsmöglichkeiten. Die Kommission ART sollte den veterinär-medizinischen Bereich in ihr Aufgabengebiet mit einschließen. Es sollten Sachverständige berufen werden, die versuchen sollten, die Transparenz im veterinär-medizinischen Bereich hinsichtlich des leitliniengerechten Antibiotika-Einsatzes zu verbessern. Wir haben derzeit nur einen geringen Einblick in das, was wirklich in diesem Bereich geschieht. Hier muss mehr Transparenz geschaffen werden. Das erreicht man nur, indem man die Leute an den Tisch holt und alles als gemeinsames Problem bespricht.

Abg. Bärbel Bas (SPD): Ich habe noch eine Frage an Prof. Popp und an die Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene. Ist das Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) geeignet, nosokomiale Infektionen zuverlässig zu erfassen und deren Ursachen zu erkennen oder gibt es

andere, bessere Verfahren?

SV Prof. Dr. Walter Popp: Ich halte KISS für nicht geeignet als Parameter für ein Benchmarking zu fungieren. Zum einen haben die KISS-Verantwortlichen bereits zu Beginn gesagt, dass KISS ausschließlich innerhalb einer Einrichtung eingesetzt werden könne, weil nur so ehrliche Daten geliefert würden. Die Daten müssen geheim gehalten und nur den jeweiligen Stationen bekannt gemacht werden. Zum Zweiten sagen die KISS-Leute, das System liefere eine sehr niedrige Prävalenz und die realen Daten seien wesentlich höher. Insofern denke ich, dass die KISS-Daten, wenn sie zum Benchmarking benutzt werden, völlig falsche, viel zu niedrige Infektionsraten liefern. Es ist eine Eigenfassung der Krankenhäuser, die nicht überprüft wird. Hinzu kommt, dass sehr unterschiedlich überprüft wird. So haben manche Häuser unter Umständen sehr hohe Infektionsraten, weil sie ehrlich sind, andere haben viel zu niedrigere Raten. Der personelle Aufwand ist zudem gigantisch. In den Häusern, die KISS intensiv einsetzen, benötigen die Hygienefachkräfte sehr viel Zeit für die Erfassung der Daten, die dann an anderer Stelle nicht zur Verfügung steht. Deshalb denke ich, KISS ist die denkbar ungeeignetste Methode für ein Benchmarking. Es geht bei einem Vergleich der Krankenhäuser vorläufig nicht nur darum, dass man Ergebnisparameter, die im Moment schwer zu generieren sind, vergleicht. Man kann auch Struktur- oder Prozessparameter für den Vergleich der Krankenhäuser nehmen. Zum Beispiel kann die Erfüllung der Personalstrukturvorgaben der RKI-Kommission publiziert werden.

SV Prof. Dr. Martin Exner (Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene e.V. (DGKH)): KISS hat uns sehr wichtige Informationen über die Situation in Deutschland geliefert und hat in Europa beispielhaften Charakter. KISS geht davon aus, dass die Daten intern gehandelt werden. So war das auch im Infektionsschutz-

gesetz angelegt. Wir befürchten, dass dieses Grundprinzip der internen Datenverwertung, um faktisch zu verstehen, wie man im Vergleich positioniert ist, nicht mehr mit der entsprechenden Transparenz angewandt werden wird. Allerdings stellt die Surveillance einen Weg dar. Wir haben inzwischen große Kenntnisse und wissen, wo wir insgesamt stehen. Es ist jetzt erforderlich, dass die Präventionsempfehlungen stärker umgesetzt werden. Zusätzlich zur Datenerfassung müssen zielgerichtet Handlungsabläufe erkannt und charakterisiert werden. Dadurch können notwendige Hygienemaßnahmen möglicherweise rascher umgesetzt werden. Es besteht ein enormer Bedarf, aber es muss aufgepasst werden, wie die Mittel verwendet werden. Die Datenerfassung darf

nicht so umfangreich werden, dass andere Aufgaben in der Krankenhaushygiene, Vermittlung von Kenntnissen, Defizitanalyse, Nutzung hygienisch-mikrobiologischer Faktoren, in den Hintergrund treten.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. Damit sind wir am Ende unserer Anhörung. Ich darf mich bei allen Fragenden und Antwortenden bedanken und wünsche Ihnen einen guten Nachhauseweg.

*Die **Vorsitzende** schließt die Sitzung um 16:10 Uhr*