

# Stellungnahme

**Diakonie**   
**Bundesverband**

Diakonisches Werk  
der Evangelischen Kirche  
in Deutschland e.V.

Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze

Berlin, den 02. Mai 2011

**Deutscher Bundestag**  
Ausschuss f. Gesundheit

**Ausschussdrucksache**  
17(14)0124(15)  
gel. VB zur Anhörung am 9.5.  
11\_Infektionsschutzgesetz  
02.05.2011

Der Präsident

OKR Johannes Stockmeier  
Reichensteiner Weg 24  
14195 Berlin  
Telefon: +49 30 830 01-111  
Telefax: +49 30 830 01-555  
stockmeier@diakonie.de

## Stellungnahme zum

- a) Gesetzentwurf der Fraktionen CDU/CSU und FDP  
**Entwurf eines ... Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze** (BT-Drs. 17/5178) sowie den Änderungsanträgen der Fraktionen CDU/CSU und FDP (Ausschuss-Drs. 17(14)0120),
- 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-Drs. 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-Drs. 17/4489) und
- d) Antrag der Abgeordneten Dr. Harald Terpe, Fritz Kuhn, Birgitt Bender, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN  
**Prävention von Krankenhausinfektionen verbessern** (BT-Drs. 17/5203).

## A. Einleitung

Das Diakonische Werk der EKD e.V. nimmt als Spitzenverband der Freien Wohlfahrtspflege zum oben unter a) aufgeführten Gesetzentwurf der Fraktionen CDU/CSU und FDP, den Änderungsanträgen der Fraktionen CDU/CSU und FDP zu diesem Gesetzentwurf sowie weiteren Anträgen von Abgeordneten und Fraktionen der SPD (zu b)), DIE LINKE (zu c)) und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (zu d)) Stellung.

Leben und Gesundheit eines Menschen zählen zu den höchsten Gütern. Zu ihrem Schutz muss sich Gesundheitspolitik in allererster Linie zum Ziel setzen, Krankheiten vorzubeugen, ausreichend Vorsorge zu leisten sowie Patientinnen und Patienten über relevante Fragen rund um das Thema Gesundheit aufzuklären. Zur Erreichung dieser Ziele sind geeignete Maßnahmen zu treffen, durch die bestmögliche Qualität bei der Prävention und in der Gesundheitsversorgung sichergestellt werden kann.

Die Einhaltung entsprechender Hygiene-Standards im Gesundheitswesen ist dabei eine Grundvoraussetzung. Dies gilt insbesondere für die Bereiche, in denen viele Menschen aufeinandertreffen und

die Gefahr der Übertragung von Viren und Bakterien bzw. der Ansteckung mit gefährlichen Keimen und Erregern besonders hoch ist, wie bspw. in Krankenhäusern, anderen Gesundheitseinrichtungen, aber auch in Pflege- oder Rehabilitations-Einrichtungen, da medizinische bzw. pflegerische Maßnahmen mit besonderen Übertragungsrisiken verbunden sind. Auch die Auswirkungen beim Übergang der Patientinnen und Patienten von stationären oder teilstationären Einrichtungen in den ambulanten Bereich dürfen nicht vernachlässigt werden.

Der Diakonie Bundesverband ist ein Spitzenverband der Freien Wohlfahrtspflege, zu dem 230 Krankenhäuser, 140 Fach- oder Rehabilitationskliniken mit insgesamt über 70.000 Betten oder Plätzen, 1.600 stationäre Pflegeeinrichtungen sowie 1.400 ambulante Pflegedienste gehören.

Besorgniserregend sind die veröffentlichten Mortalitätszahlen von Menschen, die sich im Krankenhaus mit resistenten Keimen infiziert haben. Betroffene sind vor allem ältere Menschen und diejenigen, die schwere Operationen durchleiden mussten. Besserungen sind kaum abzusehen, weil neue Antibiotika fehlen, die die Resistenzen der Keime überwinden könnten.

Um einem weiteren Anstieg von Infektionen mit dem Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) entgegenzuwirken, ist deshalb aus Sicht der Diakonie ein umfassendes Hygiene-Management wünschenswert, das nicht nur die Verpflichtung zur Einhaltung bestimmter Qualitätsstandards und effektiver Maßnahmen beinhaltet, sondern auch als Aufgabe der Solidargemeinschaft im Gesundheitswesen angesehen wird, die es gemeinsam zu schultern gilt und die in allen Versorgungsbereichen und Wohnformen finanziell abgesichert sein muss. Denn der Schutz und die Sicherheit von Patientinnen und Patienten dürfen nicht an Finanzierungsfragen gemessen werden, sondern müssen im Vordergrund stehen und erklärtes Ziel bleiben.

## **B. Allgemeiner Teil**

**Zusammenfassend bewertet der Diakonie Bundesverband die politische Zielsetzung und Maßnahmen des Gesetzentwurfs zu a), die diesbezüglichen Änderungsanträge sowie die in den Anträgen zu b) bis d) enthaltenen Vorschläge wie folgt:**

### **I. Hygiene**

Nicht nur Kliniken, sondern auch andere Gesundheitseinrichtungen, wie bspw. Pflegeheime und Rehabilitations-Einrichtungen, stehen zunehmend vor der Herausforderung, das Problem der Infektionen, die in zeitlichem Zusammenhang mit einer medizinischen Maßnahme stehen und als solche nicht bereits vorher bestanden (so genannte nosokomiale Infektionen), in den Griff bekommen zu müssen.

Die Diakonie begrüßt deshalb die mit dem Gesetzentwurf der Fraktionen CDU/CSU und FDP, den Änderungsanträgen sowie den weiteren Anträgen der Fraktionen der SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sowie DIE LINKE verbundene gesundheitspolitische Intention, verschiedene Maßnahmen für ein gezieltes Hygiene-Management zu ergreifen, die dazu dienen, sowohl nosokomiale Infektionen als auch Infektionen durch resistente Erreger zu verhüten und zu bekämpfen bzw. Vorhandenes zu verbessern.

## 1. Änderungen des Infektionsschutzgesetzes (IfSG)

### 1.1 Der Diakonie Bundesverband

- **begrüßt die im Gesetzentwurf der Fraktionen CDU/CSU und FDP vorgesehene Einrichtung einer Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie (ART) beim Robert-Koch-Institut (RKI),**
- **setzt sich dafür ein, dass in die Kommissionen des RKI auch pflegewissenschaftliche Kompetenz einfließt,**
- **befürwortet die Vorschläge der Fraktion DIE LINKE, Leitlinien zur richtigen Antibiotikaaanwendung zu erstellen und bundeseinheitliche Sanktionen festzulegen, was durch den Gesetzentwurf als erfüllt anzusehen ist, und**
- **begrüßt die Vorschläge der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN,**
  - **das Screening von Risikopatienten/innen auf multiresistente Erreger bei der Aufnahme in eine stationäre Einrichtung des Gesundheitswesens verpflichtend vorzuschreiben, allerdings nur, wenn auch die entsprechende Abrechnungsmöglichkeit gegenüber den Krankenkassen geschaffen wird,**
  - **eine Pflicht zur Weitergabe positiver Befunde und anderer relevanter Informationen bei Entlassungen an den behandelnden Arzt/die behandelnde Ärztin oder die aufnehmende Einrichtung unter Wahrung des Datenschutzes einzuführen, sowie**
  - **die Antibiotika-Resistenz-Strategie insbesondere im Hinblick auf die Einführung von Antibiotika-Managementprogrammen zu überarbeiten, was bei der laut Zwischenbericht über die Deutsche-Antibiotika-Resistenz-Strategie (DART) geplanten Ausdehnung der Surveillancesysteme Berücksichtigung finden sollte.**

Der Gesetzentwurf der Fraktionen CDU/CSU und FDP sieht die Einführung neuer Instrumente zur Verhütung und Bekämpfung nosokomialer Infektionen sowie resistenter Erreger vor, die durch Vorschläge der anderen Fraktionen gestützt bzw. ergänzt werden. Zu den im Gesetzentwurf vorgesehenen Instrumenten zählen u.a. die Einrichtung einer Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie (ART) beim Robert-Koch-Institut und die Verpflichtung der Leiter/innen von Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen zur Durchführung der nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft erforderlichen Präventionsmaßnahmen.

Die Diakonie begrüßt die Einführung neuer Instrumente zur Verhütung und Bekämpfung nosokomialer Infektionen. Die Berufung der Mitglieder der neuen Kommission ART beim Robert-Koch-Institut, die durch das Bundesgesundheitsministerium im Benehmen mit den obersten Landesgesundheitsbehörden erfolgen soll, ist ein deutliches Zeichen dafür, dass die Bekämpfung unter bundeseinheitlicher Führung nun in Angriff genommen werden kann. Diese Aufgabe ist allerdings aus allen Blickwinkeln zu betrachten, die in diesem Zusammenhang relevant sind. Dementsprechend dürfen bei der Arbeit der Kommission gerade auch die pflegerischen Aspekte nicht ausgeblendet werden. Entsprechende wissenschaftliche Kompetenz muss aus diakonischer Sicht ebenfalls in die Kommissionen einfließen, was bei der Berufung der Mitglieder Berücksichtigung finden sollte.

Den Vorschlag der Fraktion DIE LINKE, Leitlinien zur richtigen Antibiotikaaanwendung vom Robert-Koch-Institut erstellen zu lassen, halten wir für richtig und sehen diese Forderung als erfüllt an, wenn - wie im Gesetzentwurf vorgeschlagen - die Kommission ART beim Robert-Koch-Institut eingerichtet werden soll, die u.a. auch klare Empfehlungen zum fachgerechten Einsatz von Diagnostika und Antiinfektiva bei der

Therapie resistenter Infektionserreger erstellen soll. Auch die Forderung nach Festlegung bundeseinheitlich geltender Sanktionen wird befürwortet. In diesem Zusammenhang werden die im Gesetzentwurf vorgesehenen Bußgeldtatbestände bei Verstößen gegen die Aufzeichnungspflichten oder die Mitteilungs- bzw. Umsetzungspflicht von Präventionsmaßnahmen als gute Sanktionsmöglichkeit eingestuft. Zudem soll künftig auch das Unterlassen der Festlegung von Verfahrensweisen in Hygieneplänen in den in § 23 Abs. 5 S. 1 IfSG genannten Einrichtungen bußgeldbewährt sein. Darüber hinaus können die Länder Zuwiderhandlungen gegen Vorschriften der von ihnen zu erlassenden Rechtsverordnungen als Ordnungswidrigkeit mit einem Bußgeld belegen. Dies alles trägt dazu bei, eine konsequente Umsetzung der zentralen Maßnahmen der Infektionsprävention sicherzustellen.

Aus Sicht der Diakonie würde ein verpflichtendes Screening von Risikopatientinnen/-patienten auf multiresistente Erreger (MRSA u.a.) bei Aufnahme in eine stationäre Einrichtung des Gesundheitswesens, wie es die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN in ihrem Antrag zu d) fordert, erheblich dazu beitragen, dass Infektionen mit solchen Erregern eingedämmt bzw. ganz vermieden werden können. Es ist aber zu hinterfragen ob nicht eine Konkretisierung des Begriffs „Risikopatient/in“ notwendig ist, da nicht einschätzbar ist, wann ein Risiko objektiv vorliegt. Hierfür sollten bindende Empfehlungen der Kommissionen des Robert-Koch-Instituts erstellt werden. Darüber hinaus müssen allerdings auch die finanziellen Aspekte und die entsprechenden Abrechnungsmöglichkeiten eines solchen Screenings bei der Schaffung von MRSA-Gebührenordnungspositionen Berücksichtigung finden.

Des Weiteren steht die Diakonie auch der Forderung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN positiv gegenüber, bei Entlassung des Patienten/der Patientin eine Pflicht zur Weitergabe positiver Befunde und anderer relevanter Informationen an den behandelnden Arzt/die behandelnde Ärztin oder die aufnehmende Einrichtung unter Wahrung des Datenschutzes vorzusehen, da der Informationsfluss dadurch verbessert werden kann.

Die Forderung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, die Antibiotika-Resistenz-Strategie grundlegend, insbesondere im Hinblick auf die Einführung von Antibiotika-Managementprogrammen, zu überarbeiten sowie weitere Maßnahmen zu ergreifen, die einen rationellen Einsatz von Antibiotika in der medizinischen Behandlung und die Prävention von mit Antibiotika zu behandelnden Erkrankungen fördern, ist aus unserer Sicht richtig und sinnvoll. In diesem Zusammenhang begrüßen wir die Ankündigung der Bundesministerien für Gesundheit, für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz sowie für Bildung und Forschung im Zwischenbericht über die Deutsche Antibiotika-Resistenzstrategie (DART) vom April 2011, wonach bis Ende 2013 eine Ausdehnung der Surveillancesysteme geplant ist, damit repräsentative Antibiotika-Resistenz- und Verbrauchsdaten für Deutschland vorliegen, die auch eine regionale Analyse der Daten ermöglichen. Da in diesem Zusammenhang auch Informationen gesammelt werden, die für eine Bewertung der Effektivität von Maßnahmen herangezogen werden können, könnte dies auch als Ansatzpunkt dienen, um der Forderung nach Einführung eines Antibiotika-Managementprogramms, bei dem die medizinische Wirksamkeit und die Kosten-Effektivität der entsprechenden Präventions- und Kontrollmaßnahmen untersucht werden, Rechnung zu tragen.

## 1.2 Der Diakonie Bundesverband

- **befürwortet die Forderung der Fraktion der SPD, die Bundesländer darin zu unterstützen, eigene Hygieneverordnungen zu erlassen, und bewertet auch die weitergehende Regelung im Gesetzentwurf der Fraktionen CDU/CSU und FDP, wonach die Landesregierungen verpflichtet werden sollen, für alle relevanten Einrichtungen Rechtsverordnungen zu erlassen, positiv und**

- **unterstützt die Forderung aller Fraktionen nach einer besseren personellen Ausstattung der Einrichtungen mit Hygiene-Fachpersonal, einschließlich notwendiger Fort- und Weiterbildungen des Personals. Dabei sollte allerdings beachtet werden, dass**
  - **die Festlegung eines entsprechenden Personalschlüssels, wie von der Fraktion DIE LINKE gefordert, nicht im Bundesgesetz erfolgt, sondern der Regelungskompetenz der Länder überlassen bleiben sollte,**
  - **auch der höhere Aufwand für die pflegerische Versorgung in anderen Bereichen in das Gesetz aufgenommen wird,**
  - **die Teilnahme der stationären Einrichtungen an kommunalen Netzwerken zur Bekämpfung der Krankheiten durch finanzielle Anreize und Maßnahmen gefördert und belohnt wird,**
  - **die offenen Finanzierungsfragen zu klären sind,**
  - **aufgrund des Fachkräftemangels und des Problems der Finanzierung von Aus- und Weiterbildung für die Umsetzung eine angemessene Übergangsfrist zu schaffen ist, sowie**
  - **von der im Gesetzentwurf vorgesehenen Möglichkeit, dass die Länder Zuwiderhandlungen gegen Vorschriften der von ihnen zu erlassenden Rechtsverordnungen als Ordnungswidrigkeit ahnden können, frühestens erst nach Ablauf einer solchen Umsetzungsfrist Gebrauch gemacht wird.**

Laut Gesetzentwurf der Fraktionen CDU/CSU und FDP sollen die Landesregierungen bereits durch das Infektionsschutzgesetz als Bundesgesetz verpflichtet werden, für alle relevanten Einrichtungen Rechtsverordnungen über Hygiene-Regelungen zu erlassen. Als Inhalt solcher Landes-Hygieneverordnungen werden mehrere Maßnahmen vorgegeben, darunter die Festlegung hygienischer Mindestanforderungen an Bau und Ausstattung der Einrichtungen, die erforderliche personelle Ausstattung mit Hygienefachkräften und -beauftragten sowie Information, Qualifizierung und Schulung von Personal. Eine entsprechende Forderung, die Bundesländer darin zu unterstützen, eigene, den Anforderungen an die heutigen Arbeits- und Behandlungsabläufe in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen angepasste, Hygieneverordnungen zu erlassen, hat auch die SPD in ihrem Antrag zu b) gestellt.

Die Diakonie begrüßt die Verpflichtung für die Landesregierungen, Rechtsverordnungen über Hygiene-Regelungen zu erlassen, die nicht nur ex post wirken, sondern auch die Präventionsmaßnahmen regeln sollen. Die inhaltlichen Vorgaben für einen Mindeststandard sollten auch Einfluss in alle Ausbildungs-bereiche finden. Nur durch frühzeitiges Erlernen und Auffrischung des Wissens über und um die Hygiene ist ein wirksamer Schutz möglich. Hierdurch werden auch alle Beteiligte motiviert, geeignete Maßnahmen zu befolgen.

Ferner sollte sicher gestellt werden, dass eine Delegation der Aufgaben der Landesregierung immer noch im hoheitlichen Bereich zu verbleiben hat, da die Maßnahmen des Infektionsschutzgesetzes zu Grundrechtseinschränkungen führen können, die besonders legitimiert sein müssen und einer Ermächtigung bedürfen. Diese wird üblicherweise einem Träger öffentlicher Gewalt erteilt. Davon sollte auch im Bereich des Erhalts und der Förderung der Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger keine Ausnahme gemacht werden.

Kritisch ist anzumerken, dass die geforderten Maßnahmen sich nur auf den medizinischen Bereich der Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitations-Einrichtungen sowie Ärztinnen und Ärzte beziehen. Insbesondere der höhere Aufwand für die pflegerische Versorgung in anderen Bereichen findet sich im Gesetzentwurf nicht wieder. Für eine effiziente und effektive Durchführung der Maßnahmen sollte überlegt wer-

den, inwieweit nicht auch diesbezüglich ein Anreiz für die Krankenhäuser und andere stationäre Einrichtungen getroffen werden kann.

Davon abgesehen wird der mit den vorgesehenen Maßnahmen verbundene zusätzliche Aufwand für präventive und infrastrukturelle Maßnahmen, für Fortbildung und Beratung, für pflegerische Versorgung und medizinische Behandlung weder in finanzieller noch in personeller Hinsicht berücksichtigt. Die ohnehin schon hohe Belastung des Personals sowohl in Krankenhäusern als auch in stationären Pflegeeinrichtungen sollte nicht durch diese Maßnahmen erhöht werden. Hier sind für den Erfolg der Maßnahmen begleitende Strukturen für die Finanzierung zu schaffen.

Darüber hinaus sollte die Teilnahme der stationären Einrichtungen an kommunalen Netzwerken zur Bekämpfung der Krankheiten durch finanzielle Anreize und Maßnahmen gefördert und belohnt werden. Hier bietet sich aufgrund der großen Datenlage auch eine gezielte Möglichkeit, die Ursachenforschung aufzunehmen.

In den Rechtsverordnungen der Landesregierungen sind laut Gesetzentwurf der Fraktionen CDU/CSU und FDP insbesondere Regelungen zu treffen über *„die erforderliche personelle Ausstattung mit Hygienefachkräften und Krankenhaushygienikern und Bestellung von Hygienebeauftragten“* sowie über *„deren Aufgaben und Anforderungen an Fort- und Weiterbildung.“*

Für eine bessere personelle Ausstattung der Einrichtungen mit Hygiene-Fachpersonal und notwendige Fort- und Weiterbildungen des Personals sprechen sich auch die Fraktionen der SPD, DIE LINKE und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN in ihren Anträgen aus.

Die Forderung ist aus Sicht der Diakonie berechtigt, allerdings sollte dabei beachtet werden, dass

- die Festlegung eines entsprechenden Personalschlüssels, wie von der Fraktion DIE LINKE gefordert, nicht im Bundesgesetz erfolgt, sondern der Regelungskompetenz der Länder überlassen bleibt,
- die offenen Finanzierungsfragen zu klären sind,
- aufgrund des Fachkräftemangels und des Problems der Finanzierung von Aus- und Weiterbildung für die Umsetzung eine angemessene Übergangsfrist zu schaffen ist sowie
- von der im Gesetzentwurf vorgesehenen Möglichkeit, dass die Länder Zuwiderhandlungen gegen Vorschriften der von ihnen zu erlassenden Rechtsverordnungen als Ordnungswidrigkeit ahnden können, frühestens erst nach Ablauf einer solchen Umsetzungsfrist Gebrauch gemacht wird.

Die Diakonie steht darüber hinaus auch dem Vorschlag der Fraktion DIE LINKE positiv gegenüber, Lehrstühle für Hygiene an den Universitäten wieder auf- bzw. auszubauen, um die Forschung auf diesem Gebiet auf eine gute Grundlage zu stellen.

## **2. Mehr Qualität, mehr Wettbewerb, mehr Transparenz über den Stand der Hygiene in der Versorgung**

### **2.1 Der Diakonie Bundesverband begrüßt die Erweiterung des Informationsangebots für Interessierte.**

Hinsichtlich des Themas Information sieht der Gesetzentwurf der Fraktionen CDU/CSU und FDP vor, dass sich Interessierte in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser künftig besser über freiwillige und verpflichtende Maßnahmen zur Verbesserung der Hygiene informieren können sollen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) erhält zudem den Auftrag, bereits heute verfügbare Informationen zum Stand der Hygiene in die Qualitätsberichte aufnehmen zu lassen und zusätzliche Anforderungen zur Erhöhung der

Transparenz zu bestimmen. Ziel dieser Regelungen ist es laut Begründung des Entwurfs, öffentlich zu machen, welche Krankenhäuser einen guten strukturellen, personellen sowie qualifikatorischen Hygienestandard haben. Dies soll dazu dienen, die Orientierung der Versicherten im Wettbewerb der Einrichtungen untereinander zu stärken.

Der Diakonie Bundesverband begrüßt es, dass sich interessierte Patientinnen und Patienten künftig noch besser über die Einhaltung von Hygiene-Standards informieren können sollen. Hinsichtlich des Ziels der Regelung, der interessierten Öffentlichkeit deutlich zu machen, wie es um die strukturellen, personellen sowie qualifikatorischen Hygienestandards der Krankenhäuser bestellt ist, muss jedoch erneut ganz deutlich auf das Problem des Fachkräftemangels und der Finanzierung von Aus- und Weiterbildung hingewiesen werden. Kurzfristig wird es schlichtweg nicht möglich sein, entsprechende personelle Maßnahmen umzusetzen, so dass dringend anzuraten ist, diesbezüglich eine zeitliche Übergangsregelung zu schaffen.

**2.2 Der Diakonie-Bundesverband steht einer Berichterstattung über die Qualität in Krankenhäusern positiv gegenüber, gibt allerdings zu bedenken, dass der Aufwand stets in einem angemessenen Verhältnis zu dem mit dem Bericht verfolgten Ziel stehen muss.**

Weiterhin ist im Gesetzentwurf der Fraktionen CDU/CSU und FDP vorgesehen, die Informationspflicht der Krankenhäuser gemäß der Änderung zu § 137 SGB V zur Erstellung von Qualitätsberichten im SGB V in zeitlicher Hinsicht auszubauen. So soll die bislang bestehende Verpflichtung zur Berichterstattung in einem Abstand von zwei Jahren zu einer jährlichen Berichterstattung erweitert werden.

Der Diakonie Bundesverband steht einer Berichterstattung über die Qualität in Krankenhäusern positiv gegenüber. Die Berichterstattung sollte zeitnah und regelmäßig erfolgen. Allerdings sollte bei der Berichterstattung beachtet werden, dass der Aufwand stets in einem angemessenen Verhältnis zur Intention des Berichtes steht. Ein zusätzlicher Aufwand sollte nicht zulasten der Mittel für die Versorgung gehen.

**3. Gesetzliche Verpflichtung des Bewertungsausschusses zur Aufnahme einer Leistungsposition in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)**

**3.1 Der Diakonie Bundesverband begrüßt die Einführung einer neuen Gebührenordnungsposition MRSA, sieht den indirekten Hinweis auf eine „Bereinigungs-Klausel“ in der Begründung des Gesetzentwurfs der Fraktionen CDU/CSU und FDP allerdings sehr kritisch.**

Der Gesetzentwurf der Fraktionen CDU/CSU und FDP enthält einen gesetzlichen Auftrag an den Bewertungsausschuss, eine Vergütungsregelung für die ambulante Therapie (Sanierung) von MRSA-besiedelten und MRSA-infizierten Patientinnen und Patienten sowie für diagnostische Untersuchungen in indizierten Fällen auf eine Besiedelung zu schaffen. Die Regelung soll zunächst auf zwei Jahre befristet werden.

Besondere Probleme bereitet - sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich - nach wie vor der hartnäckige, anitbiotikaresistente Ableger eines Keims, der regelmäßig auf der Haut gesunder Menschen vorkommt, jedoch auch in den Körper eindringen und dort Infektionen verursachen kann - der so genannte Methicillin-resistente Staphylococcus aureus (MRSA). Diese gegen bestimmte Antibiotika resistenten Stämme der Staphylokokken können zum Beispiel Lungenentzündungen, Wundinfektionen oder Sepsis verursachen. Untersuchungen zufolge treten MRSA-Infektionen am häufigsten bei mehrfach hospitalisierten Patientinnen und Patienten auf, die über einen längeren Zeitraum hinweg mit Antibiotika therapiert werden, z.B. bei Patientinnen und Patienten auf Intensivstationen, mit Hauterkrankungen und/oder mit geschwächtem Immunsystem. Laut Robert-Koch-Institut betrug die MRSA-Last in deutschen Krankenhäusern im Jahr 2008 ca. 132.000 Fälle von Kolonisation und/oder Infektion (Stand: 13.09.2010). Darüber hinaus taucht das Problem jedoch auch in den Fällen auf, in denen Patientinnen/Patienten nach einem Krankenhausaufenthalt nach Hause entlassen werden oder in eine pflegerische Einrichtung umziehen.

Insbesondere in Bezug auf den letztgenannten Punkt gab es in der Praxis immer wieder Irritationen bei der Abrechnung von ärztlichen Leistungen zur Diagnostik oder Therapie, hauptsächlich bei mikrobiologisch kulturellen Abstrichen, zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), die eine Kostenübernahme größtenteils ablehnte (so bspw. in Nordrhein-Westfalen).

In Pflegeheimen führte dies dazu, dass der Arzt/die Ärztin der Einrichtung die Leistungen als privatärztliche in Rechnung stellte.

Für ein erfolgreiches Hygiene-Management stellt diese Ausgangslage eine hohe Hürde dar. Die angestrebten Erfolge, die Erreger zu eliminieren sowie eine Weiterverbreitung möglichst zu verhindern bzw. zumindest einzudämmen, können nur erzielt werden, wenn auch die finanziellen Regelungen, das heißt die Abrechnungsmöglichkeiten zwischen Arzt/Ärztin und Krankenkasse(n), in diesem Sinne vorgesehen und klar umrissen sind.

Die Diakonie sieht die neu einzuführende Vergütungsregelung somit als positiven Schritt in diese Richtung an, da Irritationen und Ablehnungen der Kostenübernahme durch die GKV nun nicht mehr auftreten dürfen. Eine entsprechende Abrechnungsmöglichkeit der ärztlichen Leistungen ist wichtig, weil sie indirekt zu einer guten Patientenversorgung und verbesserten Hygiene in Pflegeheimen beiträgt. Sie ist mit der Hoffnung verbunden, die Infektionsraten dadurch zu senken und die Weiterverbreitung der Erreger eindämmen zu können. Auch in diesem Zusammenhang dürfen jedoch die pflegerischen Maßnahmen nicht außer Acht gelassen werden, für die ebenfalls eine Vergütungsmöglichkeit zu schaffen ist.

Kritisch sieht die Diakonie allerdings die „Bereinigungs-Klausel“ an, die zwar nicht in der entsprechenden Gesetzesänderung, jedoch in der Begründung des Gesetzentwurfs der Fraktionen CDU/CSU und FDP (S. 33, zu Art. 3, zu Nummer 1, zu Buchstabe a), zu Satz 4) vorgesehen ist. Es scheint so, als ob aus Gründen der Kostenneutralität eine Deckelung der Vergütung für die entsprechenden Leistungen vorgesehen ist, die allerdings dem Sinn und Zweck der grundsätzlichen Idee der Vergütung aller zur Bekämpfung der Keime erforderlichen Leistungen widersprechen würde. Für die Abrechnung der MRSA-Leistungen sind eigene Gebührenordnungspositionen zu schaffen.

## **II. Änderungen im SGB V**

### **1. Einrichtung einer Schiedsstelle im SGB V**

**Der Diakonie-Bundesverband begrüßt die Einrichtung einer Schiedsstelle, die allerdings nicht im SGB V, sondern im trägerübergreifenden Rehabilitationsrecht des SGB IX verankert werden sollte; ein entsprechender Verweis auf die Schiedsstellenregelung des SGB IX sollte dann in den rehaträgerspezifischen Sozialgesetzbüchern aufgenommen werden.**

Stationäre Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen werden durch einheitliche Versorgungsverträge auf Landesebene zur Leistungserbringung in der GKV zugelassen (§ 111 Abs. 2 SGB V), während die Vergütung zwischen den (einzelnen) Krankenkassen und den Trägern der zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitations-Einrichtungen ohne staatliche Einwirkungsmöglichkeit frei vereinbart wird (§ 111 Abs. 5 SGB V); Entsprechendes gilt für Versorgungsverträge mit Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartigen Einrichtungen (§ 111a SGB V). Nicht selten treten Konflikte über die angemessene Höhe der Vergütung für stationäre Leistungen auf, so dass eine Schiedsstellenlösung als Konfliktlösungsmechanismus laut Gesetzentwurf der Fraktionen CDU/CSU und FDP geboten erschien; die Schiedsstellenregelung erstreckt sich jedoch nicht auf die Zulassung/Bedarfssteuerung und -planung von stationären Vorsorge- und Rehabilitations-Einrichtungen durch Versorgungsverträge.

Das Diakonische Werk der EKD e.V. begrüßt, dass die Bundesregierung mit einer Schiedsstellenregelung für die (stationäre) medizinische Rehabilitation und Vorsorge nach dem SGB V einen Mechanismus der Konfliktregulierung formuliert. Die Diakonie hält jedoch die vorgesehene Lösung für problematisch.

Die Formulierung einer Schiedsstellenregelung im SGB V - und nicht auch im SGB IX - widerspricht den mit dem SGB IX verfolgten Intentionen, die Divergenz des Rehabilitationsrechts zu beenden, das heißt ein gemeinsames Rehabilitationsrecht der Reha-Träger - und korrespondierend damit - einheitliche Rehabilitationsleistungen unabhängig von der Reha-Trägerzuständigkeit zu schaffen. Die Diakonie gibt zu bedenken, dass ein erheblicher Teil der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nicht in der Verantwortung der GKV erbracht wird. Auch deshalb ist eine Schiedsstellenregelung im trägerübergreifenden Rehabilitationsrecht des SGB IX zu verankern und in den rehaträgerspezifischen Sozialgesetzbüchern ein entsprechender Verweis auf die Schiedsstellenregelung des SGB IX aufzunehmen.

Die Diakonie begrüßt, dass die stationäre Vorsorge in die Schiedsstellenregelung einbezogen wird. Für den Bereich der (stationären) Vorsorge sind im SGB V analoge Schiedsstellenregelungen wie im SGB IX zu schaffen.

Wir möchten in diesem Zusammenhang auch auf ein weiteres Problem aufmerksam machen:

Nicht nur eine Beschränkung der Schiedsstellenregelung auf die Reha-Kliniken in der Zuständigkeit der GKV, sondern auch die Beschränkung auf stationäre Einrichtungen ist problematisch, denn die die Gesetzesinitiative motivierende Problemlage und die leistungs-, versorgungs-, und vergütungsrechtlichen Bestimmungen sind auch für die ambulante Rehabilitation und Vorsorge relevant. Es gibt deshalb keinen Grund, unterschiedliche Regelungen für stationäre und ambulante Rehabilitationseinrichtungen und -dienste sowie Vorsorge zu schaffen.

Darüber hinaus besteht in diesem Zusammenhang ein weiteres grundlegendes Problem der medizinischen Rehabilitation und Vorsorge, auf das wir hinweisen wollen: Wie der Gesetzentwurf der Fraktionen CDU/CSU und FDP zu Recht feststellt, ist eine Schiedsstellenregelung ein Weg, um Konflikte um die Vergütungshöhe zu lösen. Da aber die Rehabilitationsträger neben der Vergütung auch die Belegung steuern und maßgeblich die Struktur- und Personalanforderungen festlegen, ist in das Verhältnis zwischen Reha-Trägern und Leistungserbringern eine grundsätzliche Asymmetrie eingebaut. Faktisch wird die Vergütung vor dem Hintergrund der umfangreichen Steuerungsmöglichkeiten der Reha-Träger den Kliniken einseitig auferlegt. Aufgrund dieser Asymmetrie wird eine auf Vergütungsfragen zugeschnittene Schiedsstellenregelung vermutlich wenig Wirksamkeit entfalten. In der Praxis wird z.B. eine Forderung nach höherer Vergütung mit einer geringeren Belegung beantwortet werden.

Vor diesem Hintergrund setzt sich der Diakonie-Bundesverband dafür ein, dass das trägerübergreifende Rehabilitationsrecht des SGB IX dahingehend verändert wird, dass Rahmenverträge nach § 21 Abs. 2 - auch zu Grundsätzen der Vergütung - zwischen Reha-Trägern und den Verbänden der Leistungserbringer zwingend abzuschließen sind. Entsprechendes gilt für die stationäre Vorsorge nach SGB V.

## **2. Zusatzbeiträge in der GKV und Meldepflicht**

### **Der Diakonie Bundesverband**

**- begrüßt die durch Antrag der Fraktionen CDU/CSU und FDP eingebrachte Änderung, wonach kein Zusatzbeitrag für Personen erhoben werden soll, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden (Änderungsantrag Nr. 3 zu § 242 Abs. 5 SGB V) und hält es für wünschenswert, auch chronisch kranke Menschen sowie diejenigen von der Zahlung des Zusatz-**

**beitrags auszunehmen, bei denen die monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt 40 von Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV nicht überschreiten,**

**- befürwortet die durch Antrag der Fraktionen CDU/CSU und FDP eingebrachte Änderung, wonach Personen, für die kein Zusatzbeitrag erhoben wird, bei der Berechnung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags keine Berücksichtigung finden sollen (Änderungsantrag Nr. 4 zu § 242a Abs. 1 SGB V), weist jedoch auf weitere, damit verbundene Auswirkungen hin,**

**- lehnt die durch Antrag der Fraktionen CDU/CSU und FDP eingebrachte Änderung, eine Meldepflicht der Krankenkassen über den Bezug von Grundsicherung im Alter nach dem 3. oder 4. Kapitel SGB XII an die den Beitrag abführende Stelle einzuführen (Änderungsantrag Nr. 5 zu § 242 b Abs. 6 SGB V), mit Hinweis auf den Sozialdatenschutz und die grundsätzliche Verpflichtung des/der Sozialleistungsempfängers/in, alle erforderlichen Angaben zu machen, die für die Überprüfung der Leistungsberechtigung nötig sind, ab.**

In ihren Änderungsanträgen zu a) setzen sich die Fraktionen CDU/CSU und FDP dafür ein, dass kein Zusatzbeitrag für Personen erhoben werden soll, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden, dass Personen, für die kein Zusatzbeitrag erhoben wird, bei der Berechnung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags keine Berücksichtigung finden sollen und dass eine Meldepflicht der Krankenkassen über den Bezug von Grundsicherung im Alter nach dem SGB XII an die den Beitrag abführende Stelle eingeführt wird.

Vorab sei darauf hingewiesen, dass die Diakonie den damals mit der Verabschiedung des GKV-Finanzierungsgesetzes (GKV-FinG) eingeschlagenen Weg einkommensunabhängiger Zusatzbeiträge auch bei funktionierendem Sozialausgleich aus Gründen des ungeordneten Preiswettbewerbs, einer Verschleierung der steigenden Belastungen im Gesundheitswesen sowie einer deutlichen Belastung der Versicherten mit durchschnittlichem Einkommen aus abhängiger Beschäftigung ablehnt, worauf wir bereits in unserer Stellungnahme vom 19.10.2010 zum Gesetzentwurf des GKV-FinG (Drs. 17/3040) hingewiesen haben. Eine Finanzierung der Krankenkassen sollte im Wesentlichen aus einkommensabhängigen Beiträgen erfolgen, die durch Quellenabzug zu erheben sind.

Nichts desto trotz haben wir auch schon zum damaligen Zeitpunkt vorgeschlagen, im Falle der Erhebung einkommensunabhängiger Zusatzbeiträge Änderungen vorzunehmen, um die finanzielle Belastung von Menschen mit niedrigem Einkommen zu beschränken. Aus diesem Grund begrüßen wir auch die geplanten Änderungen, den o.g. Personenkreis von den Zusatzbeiträgen auszunehmen, da in der Tat in wirtschaftlicher Hinsicht von keiner geringeren Schutzbedürftigkeit auszugehen ist, als bei den Teilnehmenden an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder den Auszubildenden in außerbetrieblichen Einrichtungen.

Darüber hinaus halten wir es für wünschenswert,

- auch eine entsprechende Beschränkung der Belastung von Menschen mit chronischen Erkrankungen vorzusehen und den einkommensunabhängigen Zusatzbeitrag demnach nicht zu erheben, wenn ein/e Versicherte/r oder ein mitversichertes Familienmitglied schwerwiegend chronisch krank im Sinne der Belastungsgrenze nach § 62 SGB V ist, sowie

- den einkommensunabhängigen Zusatzbeitrag nicht zu erheben, wenn die monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt 40 von Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV nicht überschreiten.

Der Diakonie Bundesverband begrüßt zwar auch die geplante Änderung, bei der Berechnung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags Personen auszunehmen, für die kein Zusatzbeitrag erhoben wird, weist je-

doch noch einmal - wie bereits in seiner Stellungnahme vom 19.10.2010 zum GKV-FinG ausgeführt - ausdrücklich darauf hin, dass das Anliegen eines gerechten Sozialausgleichs nicht wie derzeit vorgesehen, sondern durch Veränderungen in der Beitragsbemessungsgrundlage vorangetrieben werden sollte und auch Vermögenseinkünfte bei der Beitragsbemessung einzubeziehen sind.

Zu den Modalitäten des nunmehr eingeführten Sozialausgleichs haben wir bereits damals u.a. zu bedenken gegeben,

- dass der Sozialausgleich im Vergleich zur bisherigen Überforderungsregelung von einem Prozent erst später einsetzt, Haushalte mit niedrigem Einkommen aus eigener Erwerbstätigkeit oder Rente also vergleichsweise stärker belastet werden, was im Rahmen der solidarischen Krankenversicherung zu vermeiden ist,
- dass sich die Belastungsgrenze für den Sozialausgleich an den beitragspflichtigen Einnahmen orientiert und damit die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Mitglieds nur unzureichend erfasst und
- dass die Regelungen bei mehreren beitragspflichtigen Einkünften, unselbständiger Beschäftigung, schwankendem Beschäftigungsumfang für Arbeitgeber/innen, Rentenversicherung und Krankenkassen einen hohen und unnötigen Verwaltungsaufwand mit sich bringen.

Darüber hinaus weisen wir auf weitere Folgen hin, die mit der geplanten Änderung verbunden sind:

Dadurch, dass die entsprechende Personengruppe ausgenommen wird, steigt der durchschnittliche Zusatzbeitrag rechnerisch. Positive Auswirkungen der Regelung sind, dass demnach mehr Menschen einen Anspruch auf Durchführung eines Sozialausgleichs bekommen und dieser auch höher ist, wenn der durchschnittliche Zusatzbeitrag höher ist. Wir weisen jedoch auch auf die negativen Auswirkungen hin: Da zu erwarten ist, dass sich die Krankenkassen bei der Erhebung kassenindividueller Zusatzbeiträge an dem durchschnittlichen Zusatzbeitrag orientieren werden, müssen letztendlich alle übrigen Versicherten die Last tragen. Darüber hinaus geben wir zu bedenken, dass durch die rechnerische Erhöhung des Zusatzbeitrags indirekt alle Steuerzahlenden belastet werden, da für die Leistungsbezieher/innen von Sozialleistungen nach dem SGB II der durchschnittliche Zusatzbeitrag erhoben werden darf (§ 242 Abs. 4 S. 1 SGB V), dessen Finanzierung gemäß § 251 Abs. 6 S. 3 SGB V aus den Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds erfolgt bzw. die Bundesagentur für Arbeit nach § 26 Abs. 3 SGB II den Zusatzbeitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung in der erforderlichen Höhe für Personen zahlt, die allein durch diese Aufwendungen hilfebedürftig würden.

Die Fraktionen CDU/CSU und FDP planen darüber hinaus durch einen weiteren Änderungsantrag, eine Meldepflicht der Krankenkassen über den Bezug von Grundsicherung im Alter nach dem 3. oder 4. Kapitel SGB XII (laufende Hilfe zum Lebensunterhalt bzw. Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung) an die den Beitrag abführende Stelle einzuführen.

Diese Meldepflicht lehnt der Diakonie Bundesverband mit Hinweis auf den Sozialdatenschutz und die grundsätzliche Verpflichtung des/der Sozialleistungsempfängers/in, alle erforderlichen Angaben zu machen, die für die Überprüfung der Leistungsberechtigung nötig sind, ab.

### **III. Änderungen im SGB XI**

Bezüglich der vorgeschlagenen Änderungen im Gesetzentwurf der Fraktionen CDU/CSU und FDP zu a) wird auf die Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) verwiesen. Die Inhalte der Stellungnahme werden vom Diakonischen Werk der EKD e.V. vollumfänglich geteilt.

## **C. Besonderer Teil**

**Der Diakonie Bundesverband nimmt zu den im Gesetzentwurf zu a) und den in den diesbezüglichen Änderungsanträgen enthaltenen Regelungen sowie den in den Anträgen zu b) bis d) enthaltenen Vorschlägen im Einzelnen wie folgt Stellung:**

### **I. Zu Artikel 1 Änderung des Infektionsschutzgesetzes**

#### **1. § 10 Abs. 6 IfSG**

##### **Gesetzentwurf der Fraktionen CDU/CSU und FDP**

In dem durch den Gesetzentwurf der Fraktionen CDU/CSU und FDP vorgesehenen und neu einzufügenden Abs. 6 des § 10 IfSG ist vorgesehen, dass die nichtnamentliche Meldung neben den Angaben nach Abs. 1 Nr. 5, 9 und 11 sowie Monat und Jahr der einzelnen Diagnose auch den Namen und die Anschrift der betroffenen Einrichtung enthalten soll.

##### **Bewertung**

Vor dem Hintergrund der Einhaltung und Sicherung des Datenschutzes und der Verhinderung von Datenmissbrauch weist die Diakonie darauf hin, dass in dieser Regelung explizit klargestellt werden sollte, dass die (im Gegensatz zum derzeit geltenden Recht ausgeweitete) Erhebung dieser Daten nur dem Zweck der Erreichung des mit dem Infektionsschutzgesetz verbundenen Ziels dient.

##### **Änderungsvorschlag**

Nach dem Satz 2 des neu einzufügenden Absatzes 6 ist folgender **neuer Satz 3** anzufügen: **„Die Meldung der entsprechenden Angaben dient ausschließlich der Erreichung des in § 1 genannten Zwecks des Gesetzes.“**

#### **2. § 23 Abs. 2 IfSG**

##### **Gesetzentwurf der Fraktionen CDU/CSU und FDP**

Durch den Gesetzentwurf der Fraktionen CDU/CSU und FDP wird § 23 IfSG um neue Instrumente für die Verhütung und Bekämpfung nosokomialer Infektionen einschließlich solcher durch resistente Erreger ergänzt. So soll beim Robert-Koch-Institut neben der bereits bestehenden Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) eine neue Kommission eingerichtet werden für Antiinfektiva, Resistenz und Therapie (ART), die Empfehlungen mit allgemeinen Grundsätzen für Diagnostik und antimikrobielle Therapie, insbesondere bei Infektionen mit resistenten Krankheitserregern, erstellen soll.

##### **Bewertung**

Die Einrichtung einer solchen neuen Kommission hält die Diakonie für sinnvoll und richtig, zumal die Hinweise zur Bekämpfung und Verhütung von Infektionen durch multiresistente Erreger gerade für die Praxis von enormer Bedeutung sind, weil sie auf einen flächendeckenden einheitlichen und qualitativ guten Standard ausgerichtet sind. Hierbei sollte allerdings beachtet werden, dass auch entsprechende Erkenntnisse und Kompetenzen aus dem Bereich der pflegerischen Maßnahmen in die neue Kommission einfließen, weil dies ein Bereich ist, der in der öffentlichen Diskussion oftmals nicht genügend Beachtung findet, dort jedoch größtenteils die gleichen Probleme gelöst werden müssen, wie in den Krankenhäusern oder anderen medizinischen Einrichtungen. Nur wenn alle Bereiche, in denen die Probleme auftauchen, entsprechende Berücksichtigung finden, kann das Hygiene-Management als umfassend angesehen werden.

Das Land Nordrhein-Westfalen hat den Änderungsbedarf ebenfalls gesehen und einen entsprechenden Antrag in den Bundesrat eingebracht, der vom Bundesrat in dessen Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze aufgenommen wurde (vgl. Beschluss des Bundesrates vom 15.04.2011, Drs. 150/11). Dabei muss jedoch auch beachtet werden, dass dies zu Mehrkosten für die Pflegeeinrichtungen führen wird, deren Finanzierung sicherzustellen ist.

### **Änderungsvorschlag**

Die Diakonie schlägt vor, den § 23 Abs. 9 neu IfSG sowie den § 114 Abs. 2 S. 7 SGB XI entsprechend dieses Vorschlags zu ändern:

Dementsprechend ist dem **§ 23 neu IfSG** folgender **Absatz 9** anzufügen:

**"(9) Für Pflegeeinrichtungen nach § 71 des Elften Buches Sozialgesetzbuch erstellt die Kommission nach Absatz 1 gesonderte Empfehlungen zur Prävention nosokomialer Infektionen sowie zu betrieblich-organisatorischen und baulich-funktionellen Maßnahmen der Hygiene. Sie hat hierbei pflegewissenschaftlichen Sachverstand einzubeziehen. Die Empfehlungen berücksichtigen in besonderer Weise die verschiedenen Formen des Wohnens und der Betreuung. Sie haben dem Selbstbestimmungsrecht der Pflegebedürftigen Rechnung zu tragen. Die Länder können auf der Grundlage dieser Empfehlungen durch Rechtsverordnung Regelungen über die jeweils in den Einrichtungen erforderlichen Maßnahmen treffen.**

Dabei können Regelungen getroffen werden insbesondere über

- 1. Mindestanforderungen an innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Infektionshygiene,**
- 2. hygienische Mindestanforderungen an Bau, Ausstattung und Betrieb der Einrichtungen,**
- 3. die erforderliche Qualifikation und Schulung des Personals hinsichtlich der Infektionsprävention,**
- 4. besondere Vorkehrungen und Maßnahmen zum Umgang mit nosokomialen Infektionen und resistenten Erregern."**

Darüber hinaus ist eine entsprechende **Folgeänderung im SGB XI** vorzunehmen und in **§ 114 Absatz 2 Satz 7** die Angabe "**§ 23 Absatz 1**" durch die Angabe "**§ 23 Absatz 9**" zu ersetzen.

### **3. § 23 Abs. 3 / § 23 Abs. 4 IfSG**

#### **Gesetzentwurf der Fraktionen CDU/CSU und FDP**

Die Leiter/innen von Krankenhäusern, Einrichtungen für ambulantes Operieren, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, in denen eine den Krankenhäusern vergleichbare medizinische Versorgung erfolgt, Dialyseeinrichtungen, Tageskliniken, Entbindungseinrichtungen, vergleichbaren Behandlungs- und Versorgungseinrichtungen, Arztpraxen, Zahnarztpraxen und Praxen sonstiger humanmedizinischer Heilberufe haben sicherzustellen, dass „*die nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft erforderlichen Maßnahmen*“ getroffen werden. Die Einhaltung des Standes der medizinischen Wissenschaft wird vermutet, wenn jeweils die veröffentlichten Empfehlungen der KRINKO und der Kommission ART beachtet worden sind.

Darüber hinaus sieht der Gesetzentwurf der Fraktionen CDU/CSU und FDP vor, dass Leiter/innen von Krankenhäusern und von Einrichtungen für ambulantes Operieren über die bisherige Verpflichtung zur Aufzeichnung von nosokomialen Infektionen und von Krankheitserregern mit speziellen Resistenzen hinaus sicherzustellen haben, auch entsprechende Präventionsmaßnahmen zu entwickeln, das Personal darüber zu informieren und die Maßnahmen umzusetzen.

Die Fraktion DIE LINKE schlägt in ihrem Antrag zu c) vor, dass eine grundsätzliche Meldepflicht für Infektionen mit multiresistenten Keimen einzuführen ist.

### **Bewertung**

Nur wenn einheitliche, verbindlich geltende Hygiene-Standards flächendeckend festgelegt und die Akteurinnen und Akteure verpflichtet werden, die entsprechenden Maßnahmen auch tatsächlich zu ergreifen, ist das Problem der Weiterverbreitung von Keimen und des Infektionsrisikos in den Griff zu bekommen. Deshalb begrüßt das Diakonische Werk der EKD e.V. diese Regelungen.

Eine Regelung, wonach Verpflichtungen zum Ergreifen von Maßnahmen eingeführt werden, erscheint aus Sicht der Diakonie zur Einrichtung eines umfassenden Hygiene-Managements auch konsequent, da Hygiene-Maßnahmen bereits im Vorfeld ansetzen sollten, um das gewünschte Ziel, nämlich übertragbaren Krankheiten beim Menschen vorzubeugen, Infektionen frühzeitig zu erkennen und ihre Weiterverbreitung zu verhindern, zu erreichen. Die Verpflichtung zu Präventionsmaßnahmen sowie zur Informationen darüber sind effektive Maßnahmen, die in großem Maße zur Erreichung dieses Ziels beitragen können.

Im Zusammenhang mit der von der Fraktion DIE LINKE geforderten generellen Meldepflicht, verweist die Diakonie auf den durch den Gesetzentwurf der Fraktionen CDU/CSU und FDP zu ändernden Satz 2 des § 6 Abs. 3 IfSG, wonach dem Gesundheitsamt unverzüglich das gehäufte Auftreten nosokomialer Infektionen, bei denen ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet wird, als Ausbruch nichtnamentlich zu melden ist. Darüber hinaus haben nach dem neu gefassten § 23 Abs. 4 die Leiter/innen von Krankenhäusern und von Einrichtungen für ambulantes Operieren sicherzustellen, dass die vom Robert Koch-Institut nach § 4 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe b festgelegten nosokomialen Infektionen und das Auftreten von Krankheitserregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen fortlaufend in einer gesonderten Niederschrift aufgezeichnet, bewertet und sachgerechte Schlussfolgerungen hinsichtlich erforderlicher Präventionsmaßnahmen gezogen werden.

Die Diakonie sieht diese - im Gegensatz zum Vorschlag der Fraktion DIE LINKE - eingeschränkte Meldepflicht im Falle eines „gehäuften Auftretens nosokomialer Infektionen, bei denen ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet wird“, als ausreichend an, um das Ziel, eine bundesweite epidemiologische Auswertung von Ausbrüchen nosokomialer Infektionen mit überregionalem Zusammenhang zu erreichen. Darüber hinaus erfolgt auch noch die gesonderte Niederschrift, in der alle auftretenden Infektionen zu erfassen sind.

Der Diakonie Bundesverband befürwortet die Konkretisierung des rechtlichen Stellenwertes der Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) und der neuen Kommission ART durch den Gesetzentwurf der Fraktionen CDU/CSU und FDP, bewertet die gesetzliche Vermutungsregelung, bezüglich der Einhaltung des Standes der medizinischen Wissenschaft allerdings kritisch. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) hat in ihrer vorläufigen Stellungnahme zu dieser im Gesetzentwurf vorgesehenen Änderung bereits zu Recht darauf hingewiesen, dass zum einen insbesondere die älteren Empfehlungen allein auf fachlicher Expertise, jedoch nicht wissenschaftsbasiert erstellt wurden und zum anderen einige Vorgaben, wie bspw. die Empfehlung der KRINKO zum Einsatz von Krankenhaushygienikern/innen, schon faktisch nicht erfüllt werden können, da die entsprechenden personellen Ressourcen bzw. Ausbildungskapazitäten nicht vorhanden sind. Entsprechende Übergangsregelungen bzw. Umsetzungsfristen sind nicht vorgesehen. Durch die Regelung wird die Realität nicht im Entferntesten berücksichtigt und den Einrichtungen zudem auch keine Möglichkeit eingeräumt, die personellen und sachlichen Anforderungen erfüllen zu können.

Die Fraktionen der CDU/CSU und FDP gehen in der Begründung des Gesetzentwurfs hinsichtlich der Kosten davon aus, dass sich zusätzliche Personalkosten nur in den Krankenhäusern der Bundesländer ergeben werden, die noch keine Regelungen in entsprechenden Krankenhaushygieneverordnungen ge-

troffen haben (S. 4, Punkt E. Sonstige Kosten). Sie bewerten den zusätzlichen personellen Aufwand mit 76 Mio. Euro, der aber durch verminderten Aufwand aufgrund der bezweckten Vermeidung von Infektionen kompensiert werden soll. Diese Bewertung ist nicht nachvollziehbar und lässt aus Sicht der Diakonie einen falschen Eindruck entstehen. Denn allein für Nordrhein-Westfalen würde das Inkrafttreten der Landes-Krankenhaushygieneverordnung im Jahr 2010, durch die die Vorgaben der KRINKO des Robert-Koch-Instituts „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“ verpflichtend geworden sind, dazu führen, dass in fast allen Krankenhäusern mehr als eine Verdoppelung der Hygienekräfte notwendig ist - für NRW bedeutet dies niedrig kalkuliert mehr als 430 zusätzlich zu schaffende Stellen. Abgesehen davon, dass die Fachkräfte am Markt nicht vorhanden sind, müssen umfangreiche Weiterbildungsprogramme aufgelegt werden. Eine Finanzierungsmöglichkeit ist durch die Hygieneverordnung des Landes NRW allerdings nicht vorgesehen. Einen finanziellen Ausgleich sieht auch der Gesetzentwurf nicht vor, so dass die zusätzlichen Kosten zulasten der Krankenhausversorgung gehen und zwar nicht nur bei den Ländern, die eine Hygieneverordnung neu erlassen, sondern auch bei denjenigen, in denen bereits eine solche existiert, da es bislang auch hier aufgrund der faktischen Gegebenheiten nicht möglich war, die Anforderungen zu erfüllen.

Dementsprechend ist bei der Umsetzung der Maßnahmen darauf zu achten, dass die Zielerreichung in einem ausreichenden Zeitraum mit Übergangsfristen erfolgen kann. Bauliche und personelle Veränderungen können nur mittelfristig erreicht werden. Diese Faktoren sollten bei der Forderung zur Umsetzung des Gesetzes berücksichtigt werden.

Die zusätzlichen Verpflichtungen aus der Änderung des IfSG unterliegen aus unserer Sicht als allgemeine Krankenhausleistungen der Vergütungssystematik des Krankenhausentgeltgesetzes und sind daher entsprechend zu finanzieren. Dies könnte auf der Grundlage des § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) in Verbindung mit § 9 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) durch die Schaffung eines bundeseinheitlichen Zuschlags zwischen der Selbstverwaltung umgesetzt werden.

Aus diesem Grund lehnen wir eine gesetzliche Vermutungsregelung, die bei der derzeitigen Sachlage zum Nachteil der Einrichtungen geht, ab und favorisieren, wie auch die DKG, die Empfehlungen als Orientierungsmaßstab einzuordnen. Ein weiteres Problem besteht bei der Frage, was überhaupt unter dem „*Stand der medizinischen Wissenschaft*“ hinsichtlich der Aktualität der Empfehlungen zu verstehen ist. Diesbezüglich müssten im Gesetz, wie es auch die DKG vorschlägt, verbindliche Vorgaben gemacht werden, in welchem Zeitraum die jeweiligen Empfehlungen zu überarbeiten und zu aktualisieren sind.

Die Diakonie schließt sich aus den genannten Gründen dem Änderungsvorschlag der DKG zu diesem Punkt an.

### **Änderungsvorschlag**

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

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

## **§ 17b KHG in Verbindung mit § 9 KHEntgG**

Darüber hinaus ist eine **Finanzierungsmöglichkeit** für die personelle und organisatorische Umsetzung der Vorgaben **auf der Grundlage des § 17b KHG in Verbindung mit § 9 KHEntgG** zu schaffen.

## **4. § 23 Abs. 8 / § 73 Abs. 1 Nr. 24 IfSG**

### **Gesetzentwurf der Fraktionen CDU/CSU und FDP**

Die Landesregierungen werden nunmehr durch eine entsprechende, neu in das Infektionsschutzgesetz einzufügende Regelung (§ 23 Abs. 8 IfSG) verpflichtet, durch Rechtsverordnung für Krankenhäuser, Einrichtungen für ambulantes Operieren, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, in denen eine den Krankenhäusern vergleichbare medizinische Versorgung erfolgt, sowie für Dialyseeinrichtungen und Tageskliniken die zur Verhütung, Erkennung, Erfassung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen und Krankheitserregern mit Resistenzen jeweils erforderlichen Maßnahmen zu regeln. Dazu gehören u.a. Regelungen zur Einrichtung einer Hygienekommission sowie eine personelle Ausstattung mit Hygienefachkräften und die Bestellung eines Hygienebeauftragten. Die Ermächtigung kann die Landesregierung auch auf andere Stellen übertragen. Zuwiderhandlungen gegen die entsprechenden Vorschriften der Rechtsverordnung können als Ordnungswidrigkeit geahndet werden.

### **Bewertung**

Die Diakonie begrüßt die Verpflichtung für die Landesregierungen, Rechtsverordnungen über Hygiene-Regelungen zu erlassen, die auch Präventionsmaßnahmen vorgeben sollen.

Die Formulierung, dass die Landesregierungen „die Ermächtigung durch Rechtsverordnung auf andere Stellen übertragen“ kann, ist allerdings zu unpräzise. Aus Sicht der Diakonie sollte sichergestellt werden, dass eine Delegation der Aufgaben der Landesregierung aufgrund der bereits oben unter B.I.1.2 erwähnten Grundrechtsproblematik im hoheitlichen Bereich zu verbleiben hat.

Bezüglich weiterer Anregungen und Vorschläge verweisen wir auf den Punkt B.I.1.2.

### **Änderungsvorschlag**

§ 23 Abs. 8 S. 3 neu IfSG sollte wie folgt geändert werden: **„Die Landesregierungen können die Ermächtigung durch Rechtsverordnung auf andere hoheitliche Träger übertragen.“**

## **5. § 36 IfSG**

### **5.1 Änderungsvorschlag zu § 36 Abs. 1 Nr. 2 IfSG bezüglich des Hinweises auf das Heimgesetz**

Die Diakonie weist bezüglich § 36 Abs. 1 Nr. 2 IfSG darauf hin, dass der Wortlaut "Abs. 1 bis 5 des Heimgesetzes" überarbeitet werden sollte, da das Heimrecht im Zuge der am 01. September 2006 in Kraft getretenen Föderalismusreform in den Kompetenzbereich der Länder übergegangen ist (vgl. Artikel 74 Abs. 1 Nr. 7 GG). Von dieser Kompetenz haben die meisten Länder schon Gebrauch gemacht, so dass das Heimgesetz in diesen Ländern durch Landesrecht ersetzt wurde. Mögliche Auswirkungen und deren sicherzustellende Finanzierung sind dabei in den Blick zu nehmen.

Dementsprechend erscheint aus unserer Sicht der Vorschlag des Bundesrates (Beschluss vom 15.04.2011, Drs. 150/11), der auf einen Antrag des Landes Nordrhein-Westfalen zurückgeht, sinnvoll, wonach **die Nr. 2 in § 36 Abs. 1 IfSG gestrichen** werden und ein neuer Abs. 1a einzufügen ist, der lautet:

**"(1a) Einrichtungen nach § 1 Absatz 1 bis 5 des Heimgesetzes und vergleichbare Betreuungs- und Versorgungseinrichtungen sind zur Einhaltung der Infektionshygiene verpflichtet und unterliegen ebenfalls der infektionshygienischen Überwachung durch das Gesundheitsamt. Die Länder werden**

ermächtigt, durch Rechtsverordnung zu konkretisieren, inwieweit dies auch für Einrichtungen gilt, die nicht dem Anwendungsbereich des § 1 Absatz 1 bis 5 Heimgesetz unterfallen, aber nach entsprechenden Regelungen der Länder nach heimrechtlichen Vorschriften überwacht werden. Die Länder werden ebenfalls ermächtigt, durch Rechtsverordnung die erforderlichen Maßnahmen zur Verhütung, Erkennung, Erfassung und Bekämpfung von Infektionen in Einrichtungen nach Satz 1 und Satz 2 zu regeln. Dabei können Regelungen getroffen werden insbesondere über

1. Mindestanforderungen an innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Infektionshygiene,
2. hygienische Mindestanforderungen an Bau, Ausstattung und Betrieb der Einrichtungen,
3. die erforderliche Qualifikation und Schulung des Personals hinsichtlich der Infektionsprävention.

Die Regelungen sollen die verschiedenen Formen des Wohnens und der Betreuung berücksichtigen und dem Selbstbestimmungsrecht der Bewohnerinnen und Bewohner dieser Einrichtungen Rechnung tragen."

## 5.2 Zitiergebot beachten in § 23 und § 36 IfSG - Art. 13 GG

### Gesetzentwurf der Fraktionen CDU/CSU und FDP

In dem Gesetzentwurf der Fraktionen CDU/CSU und FDP werden sowohl bei dem neu gefassten § 23 Abs. 7 als auch dem § 36 Abs. 3 neu IfSG Regelungen für die mit der Überwachung der entsprechenden Maßnahmen beauftragten Personen getroffen. Die Absätze sind wortgleich und verweisen jeweils im Satz 2 auf den § 16 Abs. 2 S. 2-4 IfSG. Darüber hinaus sind im Absatz 5 des § 36 IfSG die Wörter „der Unverletzlichkeit der Wohnung (Art. 13 Abs. 1 GG) sowie“ zu streichen. In der Begründung zum Gesetzentwurf wird darauf verwiesen, dass für Maßnahmen nach dem neu gefassten Abs. 3 die Zitierung von Art. 13 GG in Absatz 5 entfallen kann, da kein Eingriff in den Schutzbereich von Art. 13 Abs. 1 GG zugelassen werde.

### Bewertung

Diese Auffassung wird von der Diakonie nicht geteilt. Zwar wird in den beiden neu gefassten, wortgleichen Absätzen auf § 16 Abs. 2 S. 2 bis 4 IfSG verwiesen, die entsprechend gelten sollen und in denen auch der Hinweis auf die Einschränkungen des Art. 13 GG für den entsprechenden Absatz 2 des § 16 IfSG enthalten sind, allerdings verweisen die neu gefassten Absätze ausdrücklich nur auf die Sätze 2-4 des § 16 IfSG, die allerdings nur für den Absatz 2 des § 16 IfSG gelten, nicht jedoch auch für die Neufassung in Satz 1 der beiden wortgleichen Absätze. Da es jedoch bei der Durchführung der darin enthaltenen Maßnahmen („Die mit der Überwachung beauftragten Personen sind befugt, zu Betriebs- und Geschäftszeiten Betriebsgrundstücke, Geschäfts- und Betriebsräume, zum Betrieb gehörende Anlagen und Einrichtungen sowie Verkehrsmittel zu betreten, zu besichtigen sowie in die Bücher oder sonstigen Unterlagen Einsicht zu nehmen, und hieraus Abschriften, Ablichtungen oder Auszüge anzufertigen sowie sonstige Gegenstände zu untersuchen oder Proben zur Untersuchung zu fordern oder zu entnehmen, soweit dies zur Erfüllung ihrer Aufgaben erforderlich ist.“) unweigerlich auch zu einem Eingriff in den Schutzbereich des Art. 13 Abs. 1 GG kommt, fehlt diesbezüglich ein Hinweis auf die (mögliche) Einschränkung dieses Grundrechts, so dass das Zitiergebot des Art. 19 Abs. 1 S. 2 GG missachtet wird.

### Änderungsvorschlag

Es wird vorgeschlagen, die **Streichung** der Wörter „der Unverletzlichkeit der Wohnung (Art. 13 Abs. 1 GG) sowie“ **in Absatz 5 des § 36 IfSG nicht vorzunehmen**, sowie eine **entsprechende Regelung**, wonach das **Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 Abs. 1 Grundgesetz) insoweit eingeschränkt wird**, in § 23 neu IfSG mit aufzunehmen.

## **II. Zu Artikel 3 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)**

### **1. § 87 SGB V**

#### **Gesetzentwurf der Fraktionen CDU/CSU und FDP**

Der Bewertungsausschuss wird laut Gesetzentwurf der Fraktionen CDU/CSU und FDP verpflichtet, bis spätestens 31.10.2011 mit Wirkung zum 01.01.2012 eine Regelung zu treffen, wonach ärztliche Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie - das heißt der Behandlung einer Krankheit durch vollständige Beseitigung ihrer auslösenden Ursache, im engeren Sinn durch die Beseitigung auslösender Krankheitserreger - einschließlich elektronischer Dokumentation von Trägerinnen/Trägern mit dem Methicillin-resistenten Staphylococcus (MRSA) vergütet werden. Die Vergütungsvereinbarung ist auf zwei Jahre zu befristen.

Laut Gesetzesbegründung bedeutet dies, dass „für die ambulante Sanierung (Therapie) einschließlich Beratung und Dokumentation von MRSA-besiedelten bzw. MRSA-infizierten Patienten sowie für diagnostische Untersuchungen auf eine Besiedelung in indizierten Fällen gemäß den von der KRINKO benannten Risikogruppen eine gesonderte Gebührenordnungsposition in den EBM aufzunehmen ist“.

Im Zusammenhang mit der Befristung der Vergütungsvereinbarung wird darüber hinaus angeführt, dass für die Bewertung und Vergütung zu prüfen ist, „ob und ggf. in welchem Umfang eine Bereinigung von im EBM enthaltenen Pauschalen vorzunehmen ist.“ Weiterhin heißt es: „Zudem ist bei der Vereinbarung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen der durch diagnostische (Abstrich-) Untersuchungen entstehende Mehrbedarf an Laboratoriumsuntersuchungen insoweit zu berücksichtigen, als eine Vergütung dieser Leistungen nicht extrabudgetär erfolgt.“

Die Fraktion DIE LINKE schlägt außerdem vor, die Vergütungsregelungen und Investitionszuschläge so auszugestalten, dass keine Anreize zum Umgehen der RKI-Richtlinien gegeben werden.

#### **Bewertung**

Der Diakonie Bundesverband begrüßt die Verpflichtung zur Schaffung einer Vergütungsregelung für die ambulante Sanierung (Therapie) einschließlich Beratung und Dokumentation von MRSA-besiedelten bzw. MRSA-infizierten Patientinnen und Patienten sowie für diagnostische Untersuchungen auf eine Besiedelung in indizierten Fällen außerordentlich. Dies sollte aus Sicht der Diakonie dazu führen, dass - wie auch in der Begründung zur Gesetzesänderung dargelegt wird - gesonderte Gebührenordnungspositionen geschaffen werden. Eine möglicherweise geplante Deckelung der Vergütung lehnt die Diakonie ab.

Die politische Brisanz des Themas wird bereits dadurch deutlich, dass die Frage der Abrechnungsmöglichkeiten in Bezug auf Vorbeugung, Diagnose und Therapie von MRSA nicht nur in der Praxis zu Auseinandersetzungen zwischen Ärztinnen und Ärzten, GKV und/oder Einrichtungen geführt, sondern mittlerweile auch schon den Bewertungsausschuss erreicht hat, der sich mit dieser Thematik ebenfalls befasst.

Differenzen bestehen insbesondere bei der Frage der Abrechenbarkeit von mikrobiologisch kulturellen Abstrichen zulasten der GKV. Aus Sicht der Diakonie sollten diese Abstriche, die für die Sicherung des therapeutischen Erfolgs notwendig sind, grundsätzlich zulasten der GKV durchführbar und abrechnungsfähig sein. Ein Problem bestand bislang vor allem darin, dass Sanierungsmaßnahmen und hierbei gegebenenfalls erforderliche ärztliche Laboruntersuchungen symptomloser MRSA-Träger/innen, die zu der Gruppe derer mit einem erhöhten Infektions-Risiko gehören, sowie Abstriche zur Kontrolle für Sanierungsmaßnahmen von Patientinnen und Patienten, die mit MRSA besiedelt sind, derzeit nicht im GKV-Leistungskatalog erfasst sind und die Kostenübernahme durch die meisten Krankenkassen abgelehnt wurde. Auch gibt es keine Abrechnungsmöglichkeit für Abstriche der Kontaktpersonen von mit MRSA besiedelten oder infizierten Menschen. Dies führte dazu, dass Ärztinnen und Ärzte durchgeführte Abstriche

und entsprechende Laboruntersuchungen privatärztlich abrechnen mussten und im Falle des Aufenthalts der Patientinnen und Patienten in einer Einrichtung dieser die Leistungen in Rechnung stellten.

Die Frage nach der Kostenübernahme hat sich nicht unbedingt positiv auf die Erreichung des Ziels der Verhütung und Bekämpfung nosokomialer Infektionen und Resistenzen ausgewirkt, da insbesondere notwendige Sanierungsmaßnahmen nicht konsequent durchgeführt werden konnten, weil Abrechnungstatbestände fehlten. Dabei ist bspw. bei diagnostizierter MRSA-Erkrankung laut Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts zur Sicherung des Behandlungsergebnisses an drei aufeinanderfolgenden Tagen jeweils ein Abstrich zu nehmen, so dass auch diese labortechnischen Untersuchungen absolut notwendig und vom EBM erfasst sein müssten. In Pflegeheimen kam noch hinzu, dass die Gesundheitsämter als Maßstäbe auch in diesem Bereich die nach dem Infektionsschutzgesetz für Krankenhäuser vorgesehenen RKI-Richtlinien anlegten und damit erhöhte Anforderungen an Diagnose und Therapie stellten, die finanziell zulasten der Heime gingen.

Aus Sicht der Diakonie ist mit der durch den Gesetzentwurf der Fraktionen CDU/CSU und FDP vorgeschlagenen Einführung einer Gebührenordnungsposition für diagnostische Untersuchungen auf eine Besiedelung in indizierten Fällen gemäß den von der KRINKO benannten Risikogruppen nunmehr für die aufgeführten Problemfelder eine zufriedenstellende Lösung gefunden worden. Diese muss allerdings auch im Gesetzestext selbst noch deutlicher zum Ausdruck kommen.

Bezüglich der Einführung eines verpflichtenden Screenings für Risikopatienten/innen, wie von der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gefordert, wird auf die obigen Ausführungen unter B.I.1.1 verwiesen.

Darüber hinaus sollte eine entsprechende Abrechnungsmöglichkeit für Tests und die Behandlung von Patientinnen und Patienten auch für Krankenhäuser geschaffen werden, die im Gesetzentwurf bislang fehlt. Darauf weist auch der Bundesrat in seinem Beschluss vom 15.04.2011 (Drs. 150/11) hin und fordert, das Krankenhausentgeltgesetz diesbezüglich zu ändern und eine Formulierung in § 9 Abs. 1 KHEntgG einzufügen, wonach bei den Vereinbarungen 2012 zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, dem Verband der privaten Krankenversicherung sowie der DKG die Folgekosten der Änderungen des IfSG zumindest zu prüfen sind. Dieser Forderung schließt sich der Diakonie Bundesverband an.

In diesem Zusammenhang weist die Diakonie zudem auch darauf hin, dass die genannte Problematik des Befalls mit multiresistenten Keimen nicht nur im Krankenhausbereich und im ambulanten Bereich der vertragsärztlichen Versorgung eine Rolle spielt, sondern auch in anderen Gesundheitseinrichtungen, wie zum Beispiel Pflege-, Rehabilitations-Einrichtungen und Heimen sowie im ambulanten Bereich der Pflege. Auch dies muss bei der beabsichtigten Einrichtung eines umfassenden und gezielten Hygiene-Managements Berücksichtigung finden, insbesondere auch hinsichtlich der Abrechnung von Abstrichen und der Abrechnungen von pflegerischen Leistungen.

Wir halten die Bekämpfung und Verhütung nosokomialer Infektionen und resistenter Erreger für eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die einer stringenten Durchsetzung bedarf - auch im Hinblick auf die Finanzierung. Aus der Begründung des Gesetzentwurfs der Fraktionen CDU/CSU und FDP kann geschlossen werden, dass aus Gründen der Kostenneutralität eine Deckelung der Vergütung angedacht wird („morbiditybedingte Gesamtvergütungen“, „Vergütung dieser Leistungen nicht extrabudgetär“). Dies lehnen wir strikt ab, weil der Erfolg der Maßnahmen dadurch gefährdet wird. Alle notwendigen Leistungen müssen abrechenbar sein, so dass gesonderte Gebührenordnungspositionen zu schaffen sind. In diesem Zusammenhang wird auch auf die Forderung der Fraktion DIE LINKE hingewiesen, dass die Vergütungsregelungen so ausgestaltet werden sollten, dass keine Anreize zum Umgehen der RKI-Richtlinien gegeben werden. Dadurch soll bewirkt werden, dass die Einführung und dauerhafte Durchführung von wirksamen Präventionsstrategien und -maßnahmen gegen Krankenhausinfektionen für die Einrichtungen auch betriebswirtschaftlich sinnvoll sind.

Die Diakonie teilt die Einschätzung, dass bei erfolgreicher Umsetzung mittelfristig eine Reduzierung der MRSA-Besiedelung in Heimen erwartet wird. Dies wird allerdings auch wesentlich davon abhängen, wie die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Vertragsärzten/innen gestaltet werden kann.

Weiterhin möchten wir noch auf Folgendes hinweisen: Aus diakonischer Sicht ist es dringend erforderlich, dass auch die Verantwortlichen vor Ort in den Kommunen mit in den Prozess einbezogen werden und Aktivitäten, mit denen Städte und Gemeinden bereits gute Wirkungen erzielt haben, als Vorbild für das gesamte Bundesgebiet angesehen werden. Dazu gehört bspw. der flächendeckende Ausbau regionaler MRSA-Netzwerke, die vom Öffentlichen Gesundheitsdienst koordiniert und bei denen alle relevanten Akteurinnen und Akteure vor Ort mit einbezogen werden. Dadurch soll der Austausch zu diesem Thema ermöglicht und der Informationsfluss beim Hygiene-Management verbessert werden. Wünschenswert wäre, wenn der Bund positive Anreizwirkungen für die Gesundheitsämter schaffen würde, die die Gründung eines solchen Netzwerkes erleichtern. In diesem Zusammenhang begrüßen wir ausdrücklich den Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, die Bildung regionaler Netzwerke zur Bekämpfung multiresistenter Erreger weiterhin finanziell und beratend zu unterstützen sowie den vom Land Baden-Württemberg eingebrachten und vom Bundesrat am 15.04.2011 (Drs. 150/2011) beschlossenen Antrag zur Anschubfinanzierung neuer Netzwerke.

### **Änderungsvorschlag**

Dem Absatz 2a des § 87 SGB V werden folgende Sätze angefügt:

„Bis spätestens zum 31. Oktober 2011 ist mit Wirkung zum 1. Januar 2012 eine Regelung zu treffen, nach der ärztliche Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie einschließlich elektronischer Dokumentation von Trägern mit dem Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA), **Patientinnen und Patienten mit erhöhtem Risiko einer MRSA-Besiedlung gemäß den Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention des Robert-Koch-Instituts (KRINKO) sowie Kontaktpersonen von MRSA-besiedelten bzw. -infizierten Patientinnen und Patienten** vergütet werden. Die Vergütungsvereinbarung ist auf zwei Jahre zu befristen; eine Anschlussregelung ist bis zum 31. Oktober 2013 zu treffen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit quartalsbezogen über Auswertungsergebnisse der Regelung nach Satz 3. Das Bundesministerium für Gesundheit kann das Nähere zum Inhalt des Berichts nach Satz 5 sowie zur Auswertung der anonymisierten Dokumentationen zum Zwecke der Versorgungsforschung bestimmen; es kann auch den Bewertungsausschuss mit der Vorlage des Berichts beauftragen. Im Übrigen gilt die Veröffentlichungspflicht gemäß § 136 Absatz 1 Satz 2.“

Dem **§ 9 Abs. 1 KHEntgG** wird folgender Satz angefügt:

„**Für die Vereinbarung 2012 sind die Folgekosten des Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze zu prüfen.**“

## **2. § 111 / § 111 b SGB V**

### **Gesetzentwurf der Fraktionen CDU/CSU und FDP**

Die Vergütungen für medizinische Leistungen zur Vorsorge (§ 23 Abs. 4 SGB V) oder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation einschließlich der Anschlussheilbehandlung (§ 40 SGB V), die eine stationäre Behandlung, aber keine Krankenhausbehandlung erfordern, werden zwischen den Krankenkassen und den Trägern der zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen vereinbart. Der Gesetzentwurf der Fraktionen CDU/CSU und FDP sieht nunmehr für den Fall, dass eine solche Vereinbarung innerhalb von zwei Monaten, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zur Aufnahme von Verhandlungen aufgefordert

hat, nicht bzw. teilweise nicht zustande kommt, vor, dass der Inhalt auf Antrag durch eine Landesschiedsstelle, die durch § 111 b SGB V neu einzurichten ist, festgesetzt wird.

### **Bewertung**

Wie bereits unter B.II.1. erwähnt, begrüßt das Diakonische Werk der EKD e.V. die Einführung einer Schiedsstellenregelung für die medizinische Rehabilitation und Vorsorge nach dem SGB V und die damit verbundene Schaffung eines Mechanismus zur Konfliktregulierung zwar, hält jedoch die vorgesehene Lösung für problematisch, da sie der Intention des SGB IX widerspricht.

Mit dem SGB IX wurde ein einheitliches Leistungserbringungsrecht für die Teilhabeleistungen aller Rehabilitationsträger (§§ 17-21 SGB IX) geschaffen. Darin enthalten ist die Vereinbarung von Rahmenverträgen zwischen Leistungserbringern und Leistungsträgern oder alternativ die einseitige Vereinbarung gemeinsamer Empfehlungen der Leistungsträger (§ 21 Abs. 2 SGB IX). Nach §§ 19 Abs. 4 Satz 2, 35 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 SGB IX müssen die Leistungen zu angemessenen Vergütungssätzen ausgeführt werden. Laut Begründung strebt der Gesetzgeber ein leistungsbezogenes Vergütungssystem an. Die Reha-Träger sollen gemeinsame Grundsätze zur Vereinbarung von Vergütungen vereinbaren, die nach § 21 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX Gegenstand der Versorgungsverträge sein müssen.

Vor dem Hintergrund des im SGB IX formulierten Leistungserbringungsrechts ist das SGB IX der rechtssystematische Ort einer Schiedsstellenregelung. Angesichts der Tatsache, dass Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in der Verantwortung nicht nur der Krankenkassen, sondern auch und vor allem anderer Träger, wie der Rentenversicherung, erbracht werden, ist es sinnvoll und sogar zwingend geboten, den Rahmen des SGB IX für die Formulierung einer Schiedsstellenregelung zu nutzen und in den einzelnen Sozialgesetzbüchern auf die entsprechende SGB IX-Regelung zu verweisen. Einer Zerfaserung des Rehabilitations-Rechts ist vorzubeugen.

### **3. § 137 Abs. 3 Nr. 4 SGB V**

#### **Gesetzentwurf der Fraktionen CDU/CSU und FDP**

Die Veröffentlichung der Qualitätsberichte der Krankenhäuser soll nicht mehr nur alle zwei Jahre, sondern nunmehr jährlich erfolgen.

### **Bewertung**

Hinsichtlich dieser Neuregelung ist aus Sicht der Diakonie, die der Qualitätsberichterstattung positiv gegenübersteht, auf ein angemessenes Aufwand-Nutzen-Verhältnis im Hinblick auf die Schaffung und Gewährleistung von Transparenz bezüglich der Qualität im Gesundheitswesen auf der einen und einem übermäßigen bürokratischen Aufwand auf der anderen Seite zu achten.

### **4. § 171d Abs. 6 neu SGB V**

#### **Gesetzentwurf/Änderungsantrag der Fraktionen CDU/CSU und FDP**

Laut Änderungsantrag Nr. 2 der Fraktionen CDU/CSU und FDP zu § 171d Abs. 6 neu SGB V soll der Spitzenverband Bund der Krankenkassen zur Zwischenfinanzierung des Haftungsbetrags ein Darlehen aufnehmen können, wenn er im Falle der Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse von deren Gläubigern/innen in Anspruch genommen wird. Das Darlehen, das nur bis zum 30.06.2012 aufgenommen werden darf und spätestens nach Ablauf von 12 Monaten zurückzuzahlen ist, bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Die Genehmigung darf nur erteilt werden, wenn der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nachweist, dass die Darlehensaufnahme erforderlich ist, um Ansprüche von Gläubigern/innen innerhalb des Fälligkeitszeitraums zu erfüllen.

Die Diakonie begrüßt die damit verbundene Intention, künftig eine zeitgerechte Erfüllung der Verbindlichkeiten sicherzustellen, was bislang nicht immer gewährleistet werden konnte, da kein entsprechender Haushaltsposten vorgesehen war und demnach auch keine Rücklagen für diesen Zweck gebildet werden konnten. Allein aus den Betriebsmitteln des GKV-Spitzenverbandes konnte eine Finanzierung nicht erfolgen. Durch die neu einzuführende Darlehens-Regelung können nun allerdings die Ansprüche von Versicherten und Leistungserbringern auf diese Art und Weise zeitnah erfüllt werden.

**5. §§ 242 Abs. 5, 242a Abs. 1 und 242 b Abs. 6 SGB V**

Hinsichtlich der geplanten Änderungen der Fraktionen CDU/CSU und FDP in Bezug auf die Zusatzbeiträge und die Einführung einer Meldepflicht wird auf die Bewertungen unter B.II.2. verwiesen.

OKR Johannes Stockmeier  
Präsident  
02. Mai 2011