

Stellungnahme des Deutschen Pflegerates e.V. (DPR)

zum Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Infektions- schutzgesetzes und weiterer Gesetze (BT-Drs. 17/5178)

Der Deutsche Pflegerat e.V. als Bundesarbeitsgemeinschaft der Pflegeorganisationen und des Hebammenwesens (DPR) vertritt die gesundheitspolitischen und fachberuflichen Interessen der professionellen Pflege auf Bundesebene und setzt sich für Menschen mit Hilfebedarf in den verschiedenen Lebensphasen im Kranksein und Betreuungsfall ein.

Zunächst ist anzumerken, dass im Entwurf verschiedene Bereiche des Gesundheitswesens angesprochen werden. Es handelt sich dabei z. B. auch um Bereiche in ambulanten Einrichtungen. Dieses müsste dann logischerweise zur Folge haben, dass auch der Titel entsprechend so geändert werden sollte, dass die Formulierung für alle Bereiche des Gesundheitswesens zutrifft, beispielsweise in *Gesetz zur Verbesserung und Optimierung der Hygiene in den Einrichtungen des Gesundheitswesens*.

Wir begrüßen die Einrichtung einer Kommission Antiinfektive Resistenzlage und Therapie (ART). Durch die Einrichtung von ART wird erstmals der Bereich der Antibiotikatherapie auf Gesetzesebene berücksichtigt (IfSG § 23, Absatz 2).

Ebenso sind die Aussagen zur KRINKO zu begrüßen. Deren Position und die Aussagekraft der Empfehlungen der KRINKO werden deutlich gestärkt. Dies bezieht sich besonders auf den Aspekt, dass nur in begründeten Fällen von den Empfehlungen der ART und der KRINKO abgewichen werden darf.

Der § 23 IfSG, Absatz 8, befasst sich mit den Rahmenbedingungen und Hygienestrukturen in den Einrichtungen des Gesundheitswesens. Diese werden konkret dargestellt. Wir halten die Benennung dieser Punkte für sehr wichtig, insbesondere

- die Mindestanforderungen an Bau, Ausstattung und Betrieb der Einrichtungen,
- die erforderliche personelle Ausstattung mit Hygienefachkräften, Krankenhaushygienikern und die Bestellung von Hygienebeauftragten,
- die Strukturen und Methoden zur Surveillance von nosokomialen Infektionen und resistenten Erregern.

Zur Erfassung und Bewertung von Krankenhausinfektionen hat sich das Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) seit 1997 als internes Qualitätsmanagementsystem bewährt. Die Art der Datenermittlung und Datenrückmeldung findet mittlerweile auch Anwendung in den MRSA-Netzwerken.

Das Prinzip, eigene Daten ausschließlich mit den gepoolten Daten anderer Einrichtungen zu vergleichen, sollte durchaus beibehalten werden. Wir verweisen an dieser Stelle auf die Stellungnahme des NRZ für die Surveillance von nosokomialen Infektionen vom Juli 2005 im Epidemiologischen Bulletin, wo u. a. darauf hingewiesen wird, dass durch den § 23 IfSG in erster Linie die eigenverantwortliche Qualitätssicherung gestärkt werden soll.

Die Referenzdaten zu den erfassten nosokomialen Infektionen werden durch das NRZ ausschließlich anonymisiert zur Verfügung gestellt. Rückschlüsse auf Infektionsraten einzelner Einrichtungen sind nicht möglich.

Dass sich dieses System bewährt hat und sich günstig auf die Rate der nosokomialen Infektionen auswirkt, ist aktuell im Epidemiologischen Bulletin vom 07.02.2011 beschrieben. Daraus lässt sich ableiten, dass dieses Prinzip beibehalten werden sollte.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass mit dem Entwurf eine gesetzliche Grundlage für die Umsetzung einer adäquaten Hygiene in den Einrichtungen des Gesundheitswesens geschaffen werden könnte.

Es ist richtig, dass die verordnenden Ärzte und Ärztinnen klare Empfehlungen benötigen. Allerdings werden diese Empfehlungen - wenn sie denn dann vorhanden sind - oftmals nicht umgesetzt. Solange einerseits keine Möglichkeiten einer Abrechnung bestehen und andererseits keine weitreichenden Kontrollmechanismen eingesetzt werden, wird sich an der Gesamtsituation nicht viel ändern. Die Situation wird sich erst dann ändern, wenn bei Nichtbeachtung hygienerelevanter Gesetze, Verordnungen, Normen und/oder Empfehlungen spürbare Sanktionen ausgesprochen werden. Dies gilt für die Krankenhäuser, die Altenheime, die Reha-Kliniken und natürlich auch für die niedergelassene Praxis.

Eine Konsequenz dieser Aussage ist die Tatsache, die Empfehlungen des RKI und anderer Fachgesellschaften wie z.B. der AWMF auf Bundesebene gesetzlich Gültigkeit erlangen müssen. Nur dadurch wäre ein rechtliches Instrument vorhanden, welches Krankenhaus- und Praxisbetreiber dazu zwingt, im Rahmen der Prävention Mindeststandards einzuhalten. Dabei ist es unumgänglich, die Einhaltung der gesetzlichen Empfehlungen engmaschig durch vorgesetzte Behörden zu kontrollieren und bei Nichteinhaltung Sanktionen auszusprechen!

Auch eine Umsetzung eines Konzeptes zur Eindämmung antimikrobieller Resistenzen (DART) ist zu kontrollieren. Auch hier müssen bei Nichteinhaltung Sanktionen erfolgen.

Selbstverständlich ist dem Gesundheitsamt ein Ausbruch zu melden, fraglich ist aber ob diese bislang in jedem Fall erfolgt. Durch eine personelle Aufstockung in den Gesundheitsämtern muss es diesen möglich gemacht werden, die Einrichtungen des Gesundheitswesens (Krankenhäuser, Altenheime, Reha-Kliniken und Arztpraxen) regelmäßig zu begehnen und dadurch zu kontrollieren. Diese Begehung sollte einmal pro Quartal zu erfolgen. Ebenso müssen von den Gesundheitsämtern regelmäßig die erfassten Daten angefordert werden. Dabei darf es sich nicht nur um eine Übermittlung erfasster Daten handeln – auch die Faktoren einer gesamten Surveillance sind anzufordern bzw. mitzuteilen.

Nur durch eine enge Vernetzung aller Beteiligten wird es gelingen, die Infektionsprävention in allen Einrichtungen des Gesundheitswesens zu verbessern und so die Rate der nosokomialen Infektionen zu senken.

Wir sind der Auffassung, dass man mit dem Entwurf auf einem guten Weg ist. Allerdings muss eine Regelung gefunden werden, den Krankenhäusern für den höheren Personalbedarf an Hygienefachkräften und entsprechend geschultem Personal die notwendigen Mittel bereitzustellen. Die Krankenhausträger sollten die Möglichkeit erhalten, die Kosten für Infektionsprävention, -erfassung und -therapie erlösrelevant in die Budgetverhandlungen einfließen lassen zu können. Es sei an dieser Stelle zudem deutlich hervorgehoben, dass dringend

dem sich verschärfenden Fachkräftemangel begegnet werden muss. Dies ist elementare Voraussetzung jeden Bestrebens, die Patientensicherheit zu verbessern. Andernfalls steht zu befürchten, dass die Verbesserungen zwar theoretisch gefordert sind, aber faktisch nicht umsetzbar zu werden drohen.

Anmerkungen zum Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und der FDP

Seite 2:

Eine schrittweise Umsetzung der DART bis 2013 erscheint als zu lang. Es wäre wünschenswert, DART bis Ende 2012 umzusetzen bzw. zu implementieren.

Nicht klar definiert ist, wer die Daten von DART vor Ort in den Einrichtungen des Gesundheitswesens kontrolliert. Wenn die Einrichtungen dies selbst machen, ist es nicht ausgeschlossen, dass nicht objektiv bewertet wird. Wie ist die Situation in den niedergelassenen Praxen? Werden hier Daten erhoben? Wer kontrolliert und interpretiert diese Daten?

Zu Artikel 1

Seite 6:

Was ist unter einem gehäuften Auftreten nosokomialer Infektionen zu verstehen? Bisher galt die Aussage: ein gehäuftes Auftreten liegt dann vor, wenn zeitgleich zwei oder mehr Infektionen auftreten und ein epidemiologischer Zusammenhang vermutet wird. Der Begriff „epidemiologischer Zusammenhang“ wird in den einzelnen Einrichtungen sehr unterschiedlich interpretiert. Hier sollte eine klare Vorgabe erfolgen, die nicht interpretiert und/oder zugunsten der Einrichtung ausgelegt werden kann.

Seite 7:

Sowohl die Empfehlungen des RKI als auch die Empfehlungen der DART müssen gesetzliche Aussagekraft bekommen. Die Umsetzung der Empfehlungen (sowohl des RKI als auch von DART) müssen engmaschig durch die vorgesetzten Behörden vor Ort kontrolliert werden. Bei Nichterfüllung müssen gegenüber den Einrichtungen spürbare Sanktionen verhängt werden.

Seite 8:

Nicht nur die Praxen, in denen ambulant operiert wird müssen überwacht werden. Die Überwachung muss auf alle Praxen ausgedehnt werden.

Zu Artikel 3

Seite 11:

Warum soll eine Vergütungsvereinbarung auf 2 Jahre befristet werden? Sicherlich wird es dann eine Anschlussvereinbarung geben, aber wie wird diese inhaltlich aussehen? Es muss gewährleistet werden, dass aus dem Krankenhaus entlassene MRE-Träger zu Hause oder in einer Folgeeinrichtung weiterhin saniert werden und nach einer durchgeführten Sanierung auch ein Kontrollscreening erfolgt.

Seite 12:

Warum soll die Hygienequalität nur für die Krankenhäuser festgelegt werden? Was ist mit den anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens?

Zu Artikel 5

Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes:

Dem § 10 Absatz 12 des Krankenhausentgeltgesetzes vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412,1422), das zuletzt durch Artikel 8 des Gesetzes vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2309) geändert worden ist, wird folgender Satz angefügt:

„Absatz 4 gilt insoweit nicht.“.

Der DPR nimmt wie folgt Stellung:

Der Deutsche Pflegerat begrüßt grundsätzlich die Ergänzung des KHEntgG entsprechend Artikel 5 im Gesetzentwurf zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und anderer Gesetze.

Die Personalsituation der Pflege in deutschen Krankenhäusern ist äußerst angespannt. Bei steigenden Patientenzahlen, Verkürzung der Verweildauer und dem demografischem Wandel musste ein Stellenabbau von ca. 50.000 Stellen in den Jahren 1996 – 2008 verkraftet werden. Auch wenn seit 2005 eine Abschwächung dieses Trends zu beobachten ist und 2008 erstmals ein geringer Stellenzuwachs zu verzeichnen war, kann von einer Lösung dieses Problems nicht ausgegangen werden. Um die Krankenhäuser bei der Lösung dieser Aufgabe zu unterstützen, hat die Bundesregierung das Pflegestellen-Förderprogramm auf den Weg gebracht und damit die Möglichkeit geschaffen, über drei Jahre zusätzliche Pflegepersonalstellen (ca. 16.000) zu schaffen. Hierbei werden die zusätzlich entstehenden Personalkosten für die Jahre 2009 – 2011 zu 90% finanziell gefördert.

Dieser politische Schritt war zwingend erforderlich und wird als Wertschätzung und Anerkennung der akuten Personalsituation für die Profession Pflege seitens des DPR ausdrücklich begrüßt und unterstützt.

Nach § 4 Abs. 10 Satz 14 KHEntgG sollen ab dem Jahr 2012 die zusätzlichen Finanzmittel im Rahmen des DRG-Systems zielgerichtet den Bereichen zugeordnet werden, die einen erhöhten pflegerischen Aufwand aufweisen. Zur Umsetzung wurde das System PKMS entwickelt, um die Verbindung zwischen Förderprogramm Pflege und die Identifikation der Bereiche mit hohem pflegerischem Aufwand in den Krankenhäusern zu schaffen.

Um zu gewährleisten, dass ein positiver Preiseffekt durch die Einberechnung der im Jahr 2011 im Rahmen des Förderprogramms gezahlten Zuschläge nicht durch die Ausführungen in §10 Abs. 4 enthaltenen Regelungen zur Begrenzung des Basisfallwerts gedeckelt werden, ist die Ergänzung des KHEntgG zu begrüßen.

Dennoch ist anzumerken, dass das Ziel, Verteilungsgerechtigkeit zu Gunsten der Krankenhäuser und Abteilungen mit hohem pflegerischem Aufwand zu erreichen, mit dem neu entwickelten Score-Instrument nicht realisiert werden kann. Es wird nur ein Teilbereich erfasst, in dem besonders aufwändige Pflege stattfindet. Somit kann nicht von einer ausreichenden Abbildung der hochkomplexen und patientenindividuellen Leistungen der Pflege in den verschiedenen Fachbereichen ausgegangen werden. Zudem wird aufwändige Pflege im Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung bisher ausgeklammert, auch hier sind bestimmte behandlungsintensive Fachbereiche benachteiligt.

Des Weiteren hat sich gezeigt, dass bisher nur ein sehr geringer Verschlüsselungsanteil für PKMS zu verzeichnen ist und das Score-Instrument als unausgereift zu betrachten ist. Somit ist in Frage zu stellen, ob eine ausreichende Datenbasis für eine aufwandsgerechte Kalkulation zur Verfügung steht.

Es bleibt die Frage bestehen, was unter dem Begriff Förderung im Sinne des KHEntgG zu verstehen ist. Das Förderprogramm wurde 2009 durch den Gesetzgeber im Sinne des Fördergedankens „allgemeine Unterstützung der Pflege in Krankenhäusern“ initiiert. Der entwickelte PKMS hat allerdings eine andere Zielrichtung – Abbildung von hochaufwendiger Pflege. Zwei unterschiedliche Ansätze, die definitorisch nicht zusammenpassen, aber derzeit miteinander verknüpft werden.

Aufgrund der dargestellten Problematik ist der bisherige Zeitplan mit Orientierung auf 2012 insbesondere im Interesse der Krankenhäuser, die das Förderprogramm zum Aufbau neuer Pflegestellen genutzt haben, dringend zu revidieren.

Das Förderprogramm ist um zwei Jahre zu verlängern, um die Integration von Pflegeindikatoren in das G- DRG-System realisieren zu können. Die Bedingungen des Förderprogramms müssen für diesen Zeitraum angepasst werden.

Zu Artikel 6: Änderung des Elften Buches des Sozialgesetzbuches

§ 114 wird wie folgt geändert:

In Absatz 1 Satz 1 werden nach den Wörtern „dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung“ ein Komma und die Wörter „dem Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. im Umfang von zehn Prozent aller Prüfaufträge“ eingefügt.

Der DPR nimmt wie folgt zu den vorgesehenen Änderungen Stellung:

In Absatz 1 Satz 1 wird eine institutionelle Zuweisung des Prüfauftrags vorgenommen. Hier erfolgt die Ergänzung des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. Die in Satz 1 vorgenommene gleichzeitige Einbindung des Umfangs der Prüfaufträge an den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. verhindert ein klares Textverständnis. Der DPR schlägt daher vor, einen neuen Satz 2 einzufügen.

Vorschlag für einen neu einzufügenden Satz 2:

Die Landesverbände der Pflegekassen erteilen dem Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. Prüfaufträge im Umfang von zehn vom Hundert aller Prüfaufträge.

§ 114a wird wie folgt geändert:

Nach Absatz 5 wird ein neuer Absatz 5a eingefügt:

„(5a) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen soll mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. das Nähere über die Zusammenarbeit bei der Durchführung von Qualitätsprüfungen durch den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V., insbesondere über Maßgaben zur Prüfquote, Auswahlverfahren der zu prüfenden Pflegeeinrichtungen und Maßnahmen der Qualitätssicherung vereinbaren.“

Der DPR nimmt wie folgt zu den vorgesehenen Änderungen Stellung:

In Satz 1 des Absatzes 5a wird die Zusammenarbeit bei der Durchführung von Qualitätsprüfungen durch den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. zwischen Spitzenverband Bund der Pflegekassen mit dem Verband der privaten Krankenversi-

cherung e.V. geregelt. Im zweiten Teil des Satzes werden dabei die Eckpunkte der erforderlichen Abstimmungen aufgeführt.

Der DPR hält es für notwendig, diese Verständigung verbindlich zu regeln. Folglich ist die „Soll“-Regelung im Satz mit einer Verpflichtung zu ersetzen.

Zudem ist es für die Pflegeeinrichtungen und die Verbraucher von entscheidender Bedeutung, dass die Prüfungen gem. § 114 SGB XI und § 115 (1a) SGB XI einheitlich erfolgen, unabhängig davon ob sie vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder vom Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. durchgeführt werden.

Eine Ergänzung der Verständigung beider Institutionen über eine einheitliche Prüfpraxis wird daher als erforderlich angesehen.

Der DPR schlägt für Satz 1 folgenden Wortlaut vor:

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen ~~soll~~ vereinbart mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. das Nähere über die Zusammenarbeit bei der Durchführung von Qualitätsprüfungen durch den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V., insbesondere über Maßgaben zur Prüfquote, Auswahlverfahren der zu prüfenden Pflegeeinrichtungen, ~~und~~ Maßnahmen der Qualitätssicherung und Maßgaben einer einheitlichen Prüfpraxis ~~vereinbaren~~.

§ 115 wird wie folgt geändert:

Absatz 1a wird wie folgt geändert:

Satz 9 wird gestrichen und durch folgende Sätze 9 bis 13 ersetzt:

„Die Vereinbarungen über die Kriterien der Veröffentlichung einschließlich der Bewertungssystematik sind an den medizinisch-pflegefachlichen Fortschritt anzupassen. Kommt innerhalb von drei Monaten ab schriftlicher Aufforderung eines Vereinbarungspartners zu Verhandlungen eine einvernehmliche Einigung nicht zustande, kann jeder Vereinbarungspartner die Schiedsstelle nach § 113b anrufen. Die Frist entfällt, wenn der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und mindestens zwei Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene nach einer Beratung aller Vereinbarungspartner die Schiedsstelle einvernehmlich anrufen. Die Schiedsstelle soll eine Entscheidung innerhalb von drei Monaten treffen. Bestehende Vereinbarungen gelten bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung fort.“

Der DPR nimmt wie folgt zu den vorgesehenen Änderungen Stellung:

In Satz 9 n.F. wird die gesetzliche Forderung hinsichtlich der Aktualität der Vereinbarungen am wissenschaftlichen Fortschritt erhoben. Es wird dabei der Begriff „medizinisch-pflegefachlicher Fortschritt“ verwendet. Der Wissenschaftsbereich der Pflege hat sich in den letzten 25 Jahren in Deutschland fest etabliert. Die Pflegewissenschaft hat eigene Institute mit eigenen Forschungsbereichen aufgebaut. Es geht bei der gesetzlichen Forderung um die Anpassung der Vereinbarung entsprechend aktueller pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse. Aus Sicht des DPR ist daher mindestens von „medizinisch-pflegerischen Erkenntnissen“ zu sprechen, analog §113a Satz 2 SGB XI, besser aber noch von „pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen“, da diese medizinische Aspekte mit berücksichtigen.

Der DPR schlägt vor diesem Hintergrund folgende Formulierung von Satz 9 n.F. vor:

„Die Vereinbarungen über die Kriterien der Veröffentlichung einschließlich der Bewertungssystematik sind an den allgemein anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse anzupassen.“

Satz 10 n.F. schreibt eine Mindestzeit der Verhandlungen von drei Monaten vor einer Anrufung der Schiedsstelle fest. Angesichts des Umfangs und der Komplexität der Vereinbarungen wird diese Regelung nicht der Wirklichkeit gerecht. Es wird mit dem derzeit vorgesehenen Zeitrahmen nicht gesichert, dass alle Möglichkeiten für ein einvernehmliches Ergebnis auf dem Verhandlungswege ausgeschöpft werden.

Der DPR spricht sich daher für einen Zeitrahmen von 12 Monaten aus.

Im folgenden Satz 11 n.F. wird die Möglichkeit eröffnet, ohne Einhaltung einer Frist die Schiedsstelle anrufen zu können, wenn dies einvernehmlich vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen und mindestens zwei Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene nach einer Beratung aller Vereinbarungspartner erfolgt. Auch diese Regelung steht einem ernsthaft geführten Diskurs aller Verbände gem. §115 (1a) SGB XI kontraproduktiv gegenüber. Die Schwelle zur Anrufung der Schiedsstelle ist sehr niedrig gesetzt, so dass bei bestehen bleiben dieser und der vorangegangenen angedachten Regelung mit einer Häufung von Schiedsverfahren zu rechnen ist.

Der DPR erachtet eine Quote von mehr als die Hälfte der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen für sinnvoll.

Berlin, Mai 2011



Andreas Westerfellhaus
Präsident des Deutschen Pflegerates

Adresse:
Deutscher Pflegerat e.V. – DPR
Salzufer 6
10587 Berlin
Tel.: + 49 30 / 21 91 57 57
Fax: + 49 30 / 21 91 57 77
E-Mail: info@deutscher-pflegerat.de
<http://www.deutscher-pflegerat.de>