



Stellungnahme

des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)
zum Referentenentwurf
eines Gesetzes zur Verbesserung der Krankenhaushygiene und zur Änderung weiterer Gesetze (Krankenhaushygienegesetz – KraHyG)

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	3
2. Grundsätzliche Aussagen zum Infektionsschutz, zu Hygienemaßnahmen und zur MRSA-Problematik.....	4
3. Weitere Positionen.....	5
4. Stellungnahmen zu einzelnen Regelungsvorschlägen	
Artikel 1 Nr. 7/ § 23 Absatz 1, 2, 8 IfSG	7
Artikel 3 Nr. 1 KraHyG/§ 87 Absatz 2a SGB V (Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten).....	9
Artikel 3 Nr. 2 KraHyG/§ 111 Absatz 5 SGB V (Versorgungsverträge mit Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen).....	10
Artikel 3 Nr. 4/§ 137 Absatz 1a – neu – SGB V	11
Artikel 4/Artikel 5 Nummer 3 und Artikel 46 Absatz 12 Wettbewerbsstärkungsgesetz.....	12
Artikel 5 Nr. 1 bis 3 KraHyG/§ 97a i. V. m. § 112 Absatz 3 und § 114 Absatz 1 und 2 SGB XI (Qualitätssicherung durch Sachverständige und Prüfstellen)	13
Artikel 5 Nr. 4 KraHyG/§ 114a SGB XI (Durchführung der Qualitätsprüfungen).....	14
Artikel 5 Nr. 5 KraHyG/§ 115 SGB XI (Durchführung der Qualitätsprüfungen).....	15

1. Einleitung

Das Bundesministerium für Gesundheit hat mit der Vorlage eines Referentenentwurfs zu einem Krankenhaus-Hygienegesetz (Bearbeitungsstand: 10.2.2011; 16.23 Uhr) eine Gesetzesvorlage erarbeitet, mit der der Gesetzgeber verstärkt krankenhaushygienische Erfordernisse und Kontrollmaßnahmen durchsetzen möchte. Im Infektionsschutzgesetz (IfSG) sollen die Länder zum Erlass von Krankenhaushygieneverordnungen verpflichtet werden, die alle relevanten Einrichtungen erfassen.

Beim Robert Koch-Institut in Berlin soll eine Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) Empfehlungen zur Verbesserung der Hygiene erarbeiten. Eine neue Kommission Antiinfektive Resistenzlage und Therapie (ART) soll insbesondere Grundsätze für Diagnostik und Therapie von resistenten Krankheitserregern entwickeln. Die Empfehlungen beider Kommissionen sollen künftig als Standard gelten, den die Leiter von medizinischen Einrichtungen sicherzustellen haben.

Der Gemeinsame Bundesausschuss wird verpflichtet, in den Richtlinien zur Qualitätssicherung geeignete Maßnahmen zur Verbesserung der Hygiene aufzuzeigen und Indikatoren zur Messung der Hygienequalität zu bestimmen. Die Ergebnisse sollen Eingang in die Qualitätsberichte der Krankenhäuser finden, die überdies künftig jährlich erscheinen sollen. In der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung soll die Therapie von MRSA-infizierten Patienten (MRSA = Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus) sowie die Untersuchung von Risikopatienten über neue Gebührenpositionen abrechenbar werden; zunächst befristet auf zwei Jahre. Die Regierung erhofft sich von einer erfolgreichen Umsetzung ihrer Maßnahmen mittelbar auch eine Reduzierung der MRSA-Besiedelung in Alten- und Pflegeheimen.

Im Rahmen des Krankenhaus-Hygienegesetzes werden eine Reihe weiterer Regelungstatbestände aufgegriffen. So enthält der Entwurf des Artikelgesetzes auch Regelungsvorschläge zur Einrichtung von Schiedsstellen zur Vergütung von stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, zur Einrichtung eines privaten Prüfdienstes von Pflegeeinrichtungen sowie zur Streichung der im SGB IV vorgesehenen Einrichtung von Weiterleitungsstellen.

2. Grundsätzliche Aussagen zum Infektionsschutz, zu Hygienemaßnahmen und zur MRSA-Problematik

Krankenhaushygiene wird bislang in den gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätssicherungsverfahren stiefmütterlich behandelt. Initiativen wie die „Aktion saubere Hände“ werfen bei aus Patientensicht selbstverständlichen Maßnahmen wie der Händedesinfektion die Frage auf, warum die flächendeckende Umsetzung im Krankenhaus so schwierig ist. Eine einrichtungsbezogene Transparenz über Krankenhaushygiene lässt die Finanzierungsfrage von Hygienemaßnahmen von allein in den Hintergrund treten. Krankenhäuser, die dieses Problem im Vergleich zu anderen Häusern vernachlässigen, werden im Zeitalter wachsenden Qualitätswettbewerbs zum Handeln gezwungen. Vor diesem Hintergrund ist es ausdrücklich zu begrüßen, dass der Gemeinsame Bundesausschuss verpflichtet wird, in den Richtlinien zur Qualitätssicherung geeignete Maßnahmen zur Verbesserung der Hygiene aufzuzeigen und Indikatoren zur Messung der Hygienequalität zu bestimmen. Die Ergebnisse sollen Eingang in die Qualitätsberichte der Krankenhäuser finden, die überdies künftig jährlich erscheinen sollen.

Anders sieht es mit den antibiotikaresistenten Erregern aus. Hier handelt es sich um ein nationales Problem bzw. um eine nationale Aufgabe. Es ist deshalb nicht ausreichend, wenn sich nur einzelne Krankenhäuser dem Problem stellen, da die einmal infizierten Patienten die Infektionen von Krankenhaus zu Krankenhaus oder Pflegeeinrichtungen etc. hin und her tragen.

Antibiotikaresistenzen hängen stark mit der unkontrollierten Gabe von Antibiotika zusammen. Antibiotika nahmen im Jahr 2008 den zweiten Rang der verordnungstärksten Arzneimittelgruppen in Deutschland ein. Allerdings fehlen neue Antibiotika, mit Hilfe derer resistente Erreger möglicherweise an wunden Stellen getroffen werden könnten. Insofern ist im Umgang mit Antibiotika ein Umdenken erforderlich.

Das Problem der Antibiotikaresistenzen ist in Europa insgesamt besorgniserregend. Die einzig positive Ausnahme bilden hier die Niederlande. Die Voraussetzungen in Deutschland sind jedoch andere. Zum einen gibt es relativ gesehen wesentlich mehr MRSA-Patienten als in den Niederlanden und zum ande

ren fehlt es an den baulichen Voraussetzungen in den Krankenhäusern, um auch alle MRSA-Patienten isolieren zu können. Etwa 90 Prozent aller mit multi-resistenten Erregern infizierten Patienten wurden im Jahr 2009 hierzulande nicht auf einer speziellen Isoliereinheit behandelt. Dies hängt letztlich auch mit dem Investitionsstau in den Krankenhäusern zusammen, der die Krankenhäuser häufig zwingt, Investitionen aus Einsparungen in den Betriebskosten zu finanzieren. Zu Lasten von Pflegequalität, Hygienequalität und mit einer Verdichtung der pflegerischen Arbeit, die zur Folge hat, dass die vorhandenen Pflegekräfte deutlich mehr Patientinnen und Patienten versorgen müssen und – da sie mögliche Überträger sind – anstecken können.

MRSA-Patienten werden auch heute bereits vertragsärztlich versorgt. Für die Identifikation, Sanierung und Dokumentation von MRSA-Patienten in der ambulanten Versorgung wird bereits über die Versichertenpauschale eine Vergütung zur Verfügung gestellt. Aus Sicht der Ersatzkassen besteht daher kein zusätzlicher Finanzierungsbedarf.

Die Ersatzkassen begrüßen das Anliegen der Bundesregierung, die wichtigen Themen Krankenhaus-Hygiene und antibiotikabedingte Resistenzen aufzugreifen und Verbesserungen herbeizuführen. Zu einzelnen, den Ersatzkassen wesentlichen, Punkten wird im Folgenden Stellung bezogen. Darüber hinaus verweisen wir auch auf die detaillierte Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes.

3. Weitere Positionen

Im Rahmen des Krankenhaus-Hygienegesetzes werden eine Reihe weiterer Regelungstatbestände aufgegriffen. Im Rehabilitationsbereich (Artikel 3) sollen Schiedsstellen für Vergütungsvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen neu eingerichtet werden. Trotz bestehender Konflikte bei den Vergütungsvereinbarungen haben diese nicht zu einem Abbau der bestehenden Überkapazitäten in diesem Bereich geführt. Im Gegenteil streben weiterhin neue Einrichtungen auf den Markt. Die Einrichtung von Schiedsstellen greift in den Wettbewerb ein und wird damit den Ausbau weiterer Überkapazitäten erheblich unterstützen. Aus diesem Grund lehnen die Ersatzkassen die Einrichtung von Schiedsstellen in diesem Bereich ab.

Die in Artikel 4 vorgesehene Streichung der durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vorgesehenen Weiterleitungsstellen nunmehr zum 1.1.2012

wird hingegen ausdrücklich begrüßt. Gerade vor dem Hintergrund einer sich verdichtenden Kommunikation zwischen Arbeitgebern und versicherungsführender Krankenkasse aufgrund der Neuregelungen zur Finanzierung durch das GKV-Finanzierungsgesetz (Sozialausgleich) wäre die Implementierung einer weiteren Zwischenstruktur nicht nur extrem aufwändig, sondern auch einem reibungslosen Funktionieren der neuen Verfahren abträglich. In diesem Zusammenhang begrüßen die Ersatzkassen, dass die noch im ersten Arbeitsentwurf zum Krankenhaus-Hygienegesetz enthaltenen Regelungen zum Anwendungsausgleichsgesetz nicht Gegenstand des Referentenentwurfs geworden sind. Die Regelungen sahen unter anderem vor, den Schwellenwert für eine verpflichtende Teilnahme am U1-Verfahren von 30 auf 20 Arbeitnehmern zu reduzieren und das Verfahren zu zentralisieren. Dabei sollte der GKV-Spitzenverband Träger der zentralen Ausgleichskasse werden, die Durchführung aber einem Landesverband der Krankenkassen übertragen. Ein solcher Schritt wäre für jede Krankenkasse, die heute zugleich als Ausgleichskasse fungiert, mit erheblichen zusätzlichen Kosten verbunden. Daneben spielen Wettbewerbsüberlegungen eine nicht unwesentliche Rolle. Die Ansiedlung einer zentralen Ausgleichskasse bei einem Mitbewerber hätte zu ungerechtfertigten Wettbewerbsvorteilen für diesen geführt. Die Ersatzkassen hoffen, dass diese Pläne nicht zu einem späteren Zeitpunkt wieder aufgegriffen werden.

Die Ersatzkassen begrüßen, dass zur Weiterentwicklung der Transparenzvereinbarungen in der Pflege in Zukunft die Schiedsstelle nach § 113 b SGB XI angerufen werden kann, um Blockaden – wie kürzlich erlebt – zu vermeiden. Der ebenfalls in Artikel 5 des Gesetzentwurfes zum Krankenhaus-Hygienegesetz enthaltene Vorschlag, dem PKV-Verband ein alleiniges Prüfungsrecht für zehn Prozent aller Pflegeeinrichtungen einzuräumen, stößt bei den Ersatzkassen allerdings auf Verwunderung. Bereits in der Vergangenheit ist der PKV angeboten worden, in gemeinsamen Teams von MDK und PKV die Prüfung von Pflegeeinrichtungen vorzunehmen. Das hätte auch sichergestellt, nach den selben Kriterien zu verfahren und zu gemeinsamen Einschätzungen zu kommen. In einem Nebeneinander der Prüfdienste der sozialen und der privaten Pflegeversicherung ist das nicht sichergestellt. Ein gemeinsames Vorgehen wäre auch durch die geltende Gesetzeslage abgedeckt und bedürfte keiner weiteren gesetzgeberischen Eingriffe. Daneben gilt, dass nahezu alle Pflegeeinrichtungen zum weit überwiegenden Teil von Versicherten der gesetzlichen Pflegekassen belegt werden. Der Umstand, dass lediglich fünf Prozent der Pflegebedürftigen in einer privaten Pflegekasse versichert sind, unterstreicht dies noch einmal. Aus diesen Gründen und in Hinblick auf die Veröffentlichung der Pflegenoten, die

Finanzierung der MDK-Haushalte und resultierende Abstimmungs- und Bereinigungsprozesse sollte auf einen eigenständigen privaten Prüfdienst verzichtet werden und statt dessen eine Klarstellung des rechtlich unbestimmten Begriffes „Beteiligung“ erfolgen.

4. Stellungnahmen zu einzelnen Regelungsvorschlägen

Gesetz / Paragraph

Artikel 1 Nr. 7/§ 23 Absatz 1, 2, 8 IfSG

Beabsichtigte Neuregelung

Zur Bekämpfung und Eindämmung nosokomialer Infektionen und Resistenzen soll beim Robert Koch-Institut eine Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) sowie eine Kommission Antiinfektive Resistenzlage und Therapie (KART) eingerichtet werden. Darüber hinaus haben die Landesregierungen durch Rechtsverordnung Maßnahmen zur Verhütung, Erkennung, Erfassung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen und Krankheitserregern mit Resistenzen zu regeln. Diese Maßnahmen gelten nicht nur in Krankenhäusern, sondern unter anderem für Einrichtungen für ambulantes Operieren sowie Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen.

Stellungnahme vdek

Sowohl die Kommissionen als auch die Rechtsverordnungen geben Empfehlungen oder schreiben Maßnahmen vor, die letztendlich im Zweifel nicht neu sind. Einige Länder haben beispielsweise schon in Krankenhaushygieneverordnungen entsprechendes geregelt. Ebenso haben viele Krankenhäuser bereits entsprechendes Hygienepersonal und hausinterne Richtlinien im Einsatz. Das Ausmaß nosokomialer Infektionen, insbesondere durch multiresistente Erreger, ist dennoch im internationalen Vergleich nicht befriedigend. Insofern werden die vorgeschlagenen Maßnahmen grundsätzlich begrüßt.

In Bezug auf die Verpflichtung der Länder, mittels Rechtsverordnungen die jeweils erforderlichen Maßnahmen zur Verhütung, Erkennung, Erfassung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen und Krankheitserregern mit Resis-

tenzen zu regeln, erscheint es sinnvoll, wenn das BMG diese über bundeseinheitliche Entwürfe mit verbindlichen Mindeststandards inhaltlich koordinieren würde. Es wäre auch eine Frist wünschenswert, innerhalb derer ein Erlass der Rechtsverordnungen zu erfolgen hat.

Positiv hervorzuheben ist, dass sich die Regelungen nicht nur auf die Krankenhäuser beziehen. Allerdings fehlt die Einbeziehung des Rettungsdienstes. Die einzurichtende Kommission für Aninfektive Resistenzlage und Therapie könnte darüber hinaus auch für die Ärzte im ambulanten Bereich klare Empfehlungen zur rationalen Verordnung von Antiinfektiva erstellen und so dazu beitragen, einen vorschnellen Einsatz von Antibiotika zu vermeiden. Insgesamt ist aber zu befürchten, dass die Regelungen nur an den Symptomen ansetzen und die wirklichen Ursachen nicht angehen.

Insbesondere in Krankenhäusern können die Regelungen nicht greifen, wenn bestimmte Voraussetzungen nicht erfüllt sind und entsprechende Maßnahmen nicht ergriffen werden. Bei den multiresistenten Erregern handelt es sich letztendlich um ein nationales Problem. Daher sind bundeseinheitliche Regelungen unerlässlich. Betroffene Patienten sind erst zu isolieren und dann zu sanieren. Dies setzt voraus, dass die baulichen Voraussetzungen in den Kliniken gegeben sind, sodass diese Patienten in isolierten Einzelzimmern untergebracht werden können. Bislang fehlen hierfür die baulichen Kapazitäten. Dies hängt ursächlich mit dem durch die Länder verursachten Investitionsstau zusammen. Ein geändertes Bewusstsein in der Gabe von Antibiotika kann im Übrigen erst langfristig Wirkungen entfalten. Wichtig ist aber, dass hier rasch ein Umdenkungsprozess einsetzt.

Änderungsvorschlag vdek

In § 23 Abs. 3 Satz 1 IfSG in der Fassung des KraHyG sind nach den Worten „und anderen medizinischen Einrichtungen“ die Wörter „sowie der Rettungsdienste“ einzufügen.

In § 23 Abs. 8 Satz 1 IfSG in der Fassung der KraHyG ist nach den Wörtern „Die Landesregierungen haben“ der Zusatz „bis zum 1.7.2012“ einzufügen.

Gesetz / Paragraph

Artikel 3 Nr. 1 KraHyG/§ 87 Absatz 2a SGB V (Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten)

Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber geht davon aus, dass der besondere Aufwand, der sich aus Therapie/Dokumentation, mikrobiologischen Verlaufskontrollen oder der Betreuung MRSA-infizierter Patientinnen und Patienten ergibt, im Einheitlichen Bewertungsmaßstab nicht ausreichend berücksichtigt ist. Für die Therapie einschließlich Beratung und Dokumentation sowie für die diagnostischen Untersuchungen bei Risikogruppen soll eine gesonderte Gebührenordnungsposition bzw. differenzierte Gebührenordnungspositionen in den EBM aufgenommen werden.

Stellungnahme vdek

MRSA-Patienten werden bereits heute schon vertragsärztlich versorgt. Die Identifizierung und Behandlung von MRSA-Patienten stellt keine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode dar. Die Versichertenpauschalen bilden über den fakultativen Leistungsinhalt Maßnahmen zur Diagnostik und Therapie bei Kenntnis des häuslichen und familiären Umfeldes sowie die Dokumentation ab. Für die Identifikation, Sanierung und Dokumentation von MRSA-Patienten in der ambulanten Versorgung wird bereits über die Versichertenpauschale eine Vergütung zur Verfügung gestellt. Aus Sicht der Ersatzkassen besteht daher kein zusätzlicher Finanzierungsbedarf. Die Leistungen werden und sind aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu finanzieren. Dies ist ggf. ergänzend klarzustellen. Die Einführung einer spezifischen Gebührenposition für den mikrobiologischen Nachweis ist abzulehnen. Eine rein präventive Untersuchung und Sanierung von Trägern von MRSA-Erregern zu Lasten der GKV ist ausgeschlossen.

Änderungsvorschlag vdek

In Artikel 3 Nr. 1a) KraHyG ist zu streichen. Hilfsweise und zur Klarstellung wird nach Satz 2 folgender Satz 3 eingefügt:

„Die Leistungen zur Identifikation, Sanierung und Dokumentation von MRSA-Patienten werden innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung erbracht.“

Die Nummerierung der folgenden Sätze ändert sich entsprechend.

Gesetz / Paragraph

Artikel 3 Nr. 2 KraHyG/§ 111 Absatz 5 SGB V (Versorgungsverträge mit Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen)

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Regelung sollen Schiedsstellen für Vergütungsvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen neu eingerichtet werden. Diese sollen zu einem zeitsparenden und flexiblen Interessenausgleich führen.

Stellungnahme vdek

Aufgrund des bestehenden Kontrahierungszwangs ist es den Kassenverbänden nicht möglich, den Abschluss von Versorgungsverträgen zu verweigern, auch wenn dieser zu einem Überangebot führen würde. Auch die Tatsache, dass eine Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung voraussichtlich nicht wirtschaftlich im Sinne des § 111 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V arbeiten wird, spielt im Rahmen des Zulassungsverfahrens keine Rolle. Die dadurch entstandenen Überkapazitäten wurden auch in Zeiten der Krise nicht auf ein angemessenes Maß zurückgeführt. Das zeigt sich allein daran, dass die Deutsche Rentenversicherung als größter Rehabilitationsträger nur ca. 800 Einrichtungen belegt, die gesetzlichen Krankenkassen aber mit ca. 1.300 stationären Einrichtungen Versorgungsverträge geschlossen haben bzw. schließen mussten. Auch die ausweislich der Gesetzesbegründung bestehenden Konflikte bei der Vergütungsvereinbarung haben nicht zu einem Abbau der Überkapazitäten geführt. Statt dessen streben weiterhin neue Einrichtungen eine Zulassung an.

Somit besteht völlig zu Recht im § 111 Abs. 5 SGB V die Möglichkeit, dass die Vergütungen individualvertraglich zwischen den Krankenkassen und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen vereinbart werden können. Diese Möglichkeit

stellt ein – wenn auch unzureichendes – Instrument zur Vermeidung von Vorhaltekosten von Überkapazitäten dar, die letztlich durch Versicherungsgelder finanziert werden. Die Einrichtung von Schiedsstellen greift in den Wettbewerb ein und wird damit den Ausbau weiterer Überkapazitäten erheblich unterstützen.

Darüber hinaus entsteht ein erheblicher bürokratischer Aufwand mit entsprechenden Verwaltungskosten (potenzielle Vertragspartner sind ca. 1.400 Rehabilitationseinrichtungen mit jeweils ca. 150 Krankenkassen), die in keinem Verhältnis zu den Ausgaben in diesem Bereich stehen.

Bei dem vorliegenden Gesetzesentwurf scheint es sich um einen einseitig interessengeleiteten Vorstoß zu handeln, da die Schiedsstellenregelung weder alle Leistungserbringer (ambulante Rehabilitationseinrichtungen werden nicht einbezogen) noch alle Leistungsträger einbezieht. Im § 21 SGB IX sind – für alle Träger übergreifend und einheitlich – die Inhalte der Versorgungsverträge bzw. Rahmenverträge – vorgegeben. Da dieselben Einrichtungen von unterschiedlichen Rehabilitationsträgern belegt werden, wäre eine für alle Rehabilitationsträger einheitliche Schiedsstellenregelung ebenfalls dort vorzusehen.

Änderungsvorschlag vdek

Artikel 3 Nr. 2 KraHyG wird gestrichen.

Gesetz / Paragraf

Artikel 3 Nr. 4/ § 137 Absatz 1a – neu – SGB V

Beabsichtigte Neuregelung

Zur Verbesserung der Patientensicherheit soll der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beauftragt werden, in seinen Richtlinien auch Anforderungen an die Qualität der Hygiene in der Versorgung festzulegen; beispielsweise zum internen Qualitätsmanagement, oder zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Zur Bewertung der Qualität der hygienischen Versorgung durch die Krankenhäuser soll er Indikatoren festlegen. Diese sollen risikoadjustiert erhoben und ausgewertet werden. Der G-BA legt seine Anforderungen bis zum 31.12.2012 fest. Der G-BA legt auch fest, welche Ergebnisse der Messungen

zur Hygienequalität der Krankenhäuser in den Qualitätsberichten zu veröffentlichen sind. Die Qualitätsberichte sind künftig jährlich zu veröffentlichen.

Stellungnahme vdek

Die Umsetzung von Hygienemaßnahmen ist in den Kliniken unterschiedlich ausgeprägt. Wichtig ist es, das Thema der Krankenhausinfektionen in die Maßnahmen der sektorübergreifenden Qualitätssicherungsverfahren zu übernehmen. Dies ist in Artikel 3 bereits berücksichtigt worden. Für die derartigen Qualitätssicherungsverfahren ist es entscheidend, wann und wo der Patient die Infektion bekommen hat. Daher sollte im ICD-Schlüssel die Diagnose mit dem Zusatzkennzeichen „Zustand bei Aufnahme“ erfasst werden. Das Kennzeichen sollte mit der Aufnahmediagnose dann kodiert werden müssen. Nur so kann zweifelsfrei die Infektionsrate für ein einzelnes Krankenhaus ermittelt werden, die Rückschlüsse auf die Umsetzung der Hygienemaßnahmen im Einzelnen Krankenhaus erlaubt. Die Transparenz über die Qualitätsberichte wird so den notwendigen Druck auf die Umsetzung von Hygienemaßnahmen entfalten, der derzeit noch fehlt. Vor diesem Hintergrund ist die Aufnahme von Maßnahmen und Ergebnissen der Hygienebemühungen der Krankenhäuser in ihren Qualitätsberichten unerlässlich und unbedingt zu begrüßen.

Änderungsvorschlag vdek

Im Rahmen der Aufnahme ist im ICD-Schlüssel die Diagnose mit dem Zusatzkennzeichen „Zustand bei Aufnahme“ zu erfassen.

Gesetz / Paragraph

Artikel 4/Artikel 5 Nummer 3 und Artikel 46 Absatz 12 Wettbewerbsstärkungsgesetz

Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorschriften zur Einführung von Weiterleitungsstellen bis zum 1.1.2012 werden mit diesem Gesetz gestrichen.

Stellungnahme vdek

Das Konzept der Weiterleitungsstellen ist in Hinblick auf die neuen Finanzierungsstrukturen der GKV weder sachgerecht noch erforderlich. Vielmehr würden Doppelstrukturen geschaffen, ohne damit die Arbeitgeber tatsächlich zu entlasten.

Änderungsvorschlag vdek

Die Streichung der Weiterleitungsstellen wird ausdrücklich begrüßt.

Gesetz / Paragraph

Artikel 5 Nr. 1 bis 3 KraHyG/§ 97a i. V. m. § 112 Absatz 3 und § 114 Absatz 1 und 2 SGB XI (Qualitätssicherung durch Sachverständige und Prüfstellen)

Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelungen zielen darauf ab, dem PKV-Verband ein sofortiges Alleinprüfungsrecht für 10 Prozent aller Pflegeeinrichtungen einzuräumen.

Stellungnahme vdek

Die Qualitätsprüfungen im Bereich Pflege sind ein zentraler Baustein der Qualitätsoffensive der Sozialen Pflegeversicherung. Der MDK prüft derzeit im Namen und im Auftrag der Verbände der Pflegekassen jährlich ca. 23.000 stationäre und ambulante Einrichtungen. Die Prüfergebnisse sind Grundlage für die Veröffentlichung der Pflegenoten. Nahezu alle Pflegeeinrichtungen werden weit überwiegend von Versicherten der gesetzlichen Pflegekassen belegt. Allein deshalb ist nicht zu vertreten, dass zukünftig 10 Prozent der Einrichtungen allein durch den PKV-Verband geprüft werden sollen. Die Verbände der Pflegekassen stehen gegenüber den Versicherten der gesetzlichen Pflegeversicherung für die Qualität der Einrichtungen und gegenüber den Einrichtungen für die Richtigkeit und Nachvollziehbarkeit der Prüfergebnisse ein. Daher kann die Prüfung nicht alleine durch den PKV-Verband durchgeführt werden. Die soziale Pflegeversicherung hat sich auch in der Vergangenheit nicht verweigert und hätte es begrüßt, in gemeinsamen Teams von MDK und PKV die Prüfung von Pflegeeinrichtungen vorzunehmen. Das hätte auch sichergestellt, nach den selben Kriterien zu verfahren und zu gemeinsamen Einschätzungen zu kommen. In einem Nebeneinander der Prüfdienste der sozialen und der privaten Pflege-

versicherung ist das nicht sichergestellt. Ein gemeinsames Vorgehen wäre auch durch die geltende Gesetzeslage abgedeckt und bedürfte keiner weiteren gesetzgeberischen Eingriffe.

Zudem steht hinter den Qualitätsprüfungen und der Veröffentlichung der Pflegenoten ein aufwendiger und politisch hochsensibler Prozess. Wenn der PKV-Verband – ohne bisher eine einzige Pflege-Einrichtung geprüft zu haben – alleinverantwortlich Pflege-Einrichtungen prüfen soll, wird das zwangsläufig zu Reibungsverlusten und Differenzen führen. Das wiederum birgt vermehrt die Gefahr, dass die Prüfungen gerichtlich angefochten werden und damit die auch von der Politik gewünschte Transparenz der Qualität unterlaufen wird. Der vdek lehnt deshalb Regelungen ab, welche auf ein Alleinprüfungsrecht der PKV abzielen. Da in der Vergangenheit die unterschiedliche Interpretation des rechtlich unbestimmten Begriffes der „Beteiligung“ eine konstruktive Lösung verhindert hat, sollte vielmehr dieser gesetzlich konkretisiert werden.

Änderungsvorschlag vdek

Artikel 5 Nr. 1 bis 3 KraHyG sind zu streichen.

Gesetz / Paragraf

Artikel 5 Nr. 4 KraHyG/§ 114a SGB XI (Durchführung der Qualitätsprüfungen)

Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelungen sehen eine auf das Bundesgebiet bezogene Prüfquote von 10 Prozent vor (zentrale Steuerung).

Stellungnahme vdek

Der vdek lehnt – wie oben dargelegt – grundsätzlich Regelungen ab, welche auf ein Alleinprüfungsrecht der PKV abzielen. Damit wären in der Folge auch weitergehende Regelungstatbestände obsolet. Sollte die Politik sich dennoch zu einem Alleinprüfungsrecht für die PKV entschließen, muss in Verbindung mit dem Regelungsvorschlag nach Artikel 5 Nr. 4 KraHyG/§ 114a SGB XI darauf hingewiesen werden, dass durch diese Regelung die Prüfquote der PKV in einzelnen Bundesländern möglicherweise die 10 Prozent unter- bzw. überschrei-

ten kann. Dies bedeutet aber in der Konsequenz unterschiedliche Belastungen der Pflegekassen auf Landesebene, welche die MDK-Haushalte finanzieren. In den Ländern mit hoher PKV-Prüfquote wird die Belastung geringer sein als in denen mit geringer Prüfquote. Die Quote wäre in dem Fall daher verbindlich für jedes Bundesland auf 10 Prozent festzuschreiben.

Nicht nachvollziehbar und ebenfalls abzulehnen ist die Regelung, dass die Schätzung der durchschnittlichen Kosten von Prüfungen ausschließlich mit dem Verband der privaten Krankenversicherung durchzuführen ist. Dies birgt die Gefahr einer einseitigen und Interessen geleiteten Schätzung der Kosten. Die Verbände der Pflegekassen verfügen über langjährige Erfahrungen über die Aufwände und deren Zusammensetzung und sind als unmittelbar Betroffene unbedingt einzubeziehen.

Änderungsvorschlag vdek

Artikel 5 Nr. 4 KraHyG wird wie folgt gefasst:

In § 114 a Abs. 4 Satz 1 wird nach dem Wort „sowie“ folgender Zusatz eingefügt: „in 10 v. H. der in dem jeweiligen Bundesland durchzuführenden Prüfungen“ .

In § 114 a Abs. 4 wird nach Satz 1 folgender Satz angefügt: „Dabei ist sicherzustellen, dass mindestens ein MDK-Vertreter an den Prüfungen beteiligt ist. Die Verantwortung für die Durchführung der Prüfung obliegt dem MDK.“

Gesetz / Paragraph

Artikel 5 Nr. 5 KraHyG/§ 115 SGB XI (Durchführung der Qualitätsprüfungen)

Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung soll sicherstellen, dass zur Weiterentwicklung der Transparenzvereinbarungen nach § 115 Absatz 1a SGB XI dauerhaft ein Konfliktlösungsmechanismus von durch die Vereinbarungspartner auf dem Verhandlungswege nicht zu klärenden Streitpunkten eingeführt wird. Dazu wird grundsätzlich geregelt, dass die Transparenzvereinbarungen an den medizinisch-pflegerischen Fortschritt angepasst werden, eine Verhandlungsfrist von drei Monaten bestimmt wird und nach Ablauf ein Vereinbarungspartner die Schiedsstelle anrufen kann.

Stellungnahme vdek

Bisher fehlt ein Konfliktlösungsmechanismus für die Verhandlungen um die Weiterentwicklung der Transparenzvereinbarung. Dadurch war es möglich, dass kleine Anbieterverbände die Weiterentwicklung blockiert haben. Daher wird die Möglichkeit, die Schiedsstelle anzurufen, als ein in der Selbstverwaltung bewährter Lösungsmechanismus, ausdrücklich begrüßt.

Änderungsvorschlag vdek

Keine Änderungsvorschläge.

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) Askanischer Platz 1 10963 Berlin Telefon: 030/2 69 31 – 0
--