Deutscher Bundestag **Drucksache 16/13974**

16. Wahlperiode 03. 09. 2009

Antwort

der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Frank Spieth, Dr. Martina Bunge, Klaus Ernst, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 16/13904 –

Situation der stationären Versorgung in bundesdeutschen Krankenhäusern

elektronische Vorab-Fassung*

Vorbemerkung der Fragesteller

Die Situation der Krankenhäuser in Deutschland hat sich in den vergangenen Jahren zugespitzt und verschlechtert. Die Ursachen dafür sind vielschichtig.

Länder und Kommunen sind ihren Verpflichtungen zur Finanzierung der Kosten von Investitionen und Baumaßnahmen zumeist nur unzureichend nachgekommen. Der daraus resultierende Investitionsstau wird auf bis zu 50 Mrd. Euro beziffert. Mit dem Konjunkturpaket II hat die Bundesregierung für Investitionen in die Infrastruktur und hier insbesondere auch in Krankenhäuser 3,5 Mrd. Euro zur Verfügung gestellt. Da die Länder 25 Prozent hinzufügen müssen, summieren sich die Finanzhilfen der öffentlichen Hand damit auf 4,67 Mrd. Euro, allerdings nicht nur für Krankenhäuser, sondern auch für Städtebau, Lärmsanierung und andere Projekte zur Modernisierung der kommunalen Infrastruktur. Presseberichten zufolge wurden die über das Konjunkturpaket II zur Verfügung gestellten Mittel jedoch bislang nur zu einem geringen Anteil abgerufen oder gar schon verausgabt.

Seit fünf Jahren erfolgt die Vergütung für die medizinischen Leistungen, die in Krankenhäusern erbracht werden, über Fallpauschalen. Die Umstellung von einer Vergütung nach Tagessätzen hat in den Krankenhäusern die Versorgungsstrukturen und die Versorgungsqualität im stationären Bereich stark verändert. Um diese Auswirkungen zu erfassen und unerwünschte Folgen gegebenenfalls abstellen zu können, wurde im Gesetz eine Begleitforschung verpflichtend vorgesehen. Zahlreiche Expertinnen und Experten befürchten, dass durch die Umstellung Patientinnen und Patienten vermehrt voreilig nach Hause geschickt werden und es zu so genannten blutigen Entlassungen kommt. Doch erst Ende 2008 wurde ein entsprechender Auftrag zur Beforschung der Folgen dieser neuen Vergütungsform an ein externes Institut vergeben. Ungeachtet weitgehend fehlender Erkenntnisse über die Auswirkungen der Umstellung auf Fallpauschalen-Vergütung wurde diese Vergütungsform aber inzwischen auch auf den Bereich der psychiatrischen Krankenhäuser ausgeweitet.

*** Wird nach Vorliegen der lektorierten Druckfassung durch diese ersetzt.**

Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 1. September 2009 übermittelt.
Die Drucksache enthält zusätzlich – in kleinerer Schrifttype – den Fragetext.

Klinikkonzerne übernehmen mit wachsendem Tempo Krankenhäuser, die bislang von Kommunen betrieben wurden oder in gemeinnütziger Trägerschaft waren. In keinem anderen Land in Europa wurden so viele Kliniken privatisiert wie in der Bundesrepublik Deutschland. Eine Umkehr dieses Trends ist nicht zu erwarten. Selbst im Bereich der Universitäts-Kliniken gibt es Privatisierungen und die Übernahme der Trägerschaft durch Konzerne, die primär das Ziel verfolgen, Profite für ihre Aktionäre zu erwirtschaften. Patientinnen und Patienten, aber auch Beschäftigte beklagen öffentlich, dass sich die Versorgungs- und Personalsituation dadurch teilweise dramatisch verschlechtert habe.

Jahr für Jahr treten in deutschen Krankenhäusern 400 000 bis 600 000 Krankenhausinfektionen auf. Diese bedeuten für die betroffenen Patientinnen und Patienten nicht nur zusätzliches Leiden, sondern führen nach Schätzungen von Experten bei 20 000 bis 40 000 Patientinnen und Patienten zum Tode. Effektive Bekämpfungsstrategien beispielsweise in den Niederlanden zeigen, dass viele dieser Infektionen durch einfache Hygienemaßnahmen vermeidbar sind. Zudem führen diese Infektionen zu einer immensen unnötigen finanziellen Belastung für das Gesundheitssystem. Krankenhaus-Hygieniker fordern wirkungsvolle verbindliche Regelungen, um mit den bekannten, geeigneten Maßnahmen Infektionen nicht nur zu einem zu späten Zeitpunkt zu erfassen und zu heilen, sondern sie durch Präventionsmaßnahmen bereits in ihrer Entstehung zu verhindern. Darüber hinaus sollten Ärztinnen und Ärzten für Hygiene und Hygienefachkräften in Krankenhäusern in allen Bundesländern gemäß dem Vorbild von Berlin, Sachsen und Bremen eingesetzt werden und das Fachpersonal der Gesundheitsämter durch personelle Aufstockung und Qualifizierung befähigt werden, die Aufsichtspflicht besser zu gewährleisten. Es wird eine konsequente Umsetzung der bestehenden Richtlinie des Robert Koch-Instituts zur Prävention von MRSA (Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus) angemahnt. Außerdem ist dafür zu sorgen, dass die Einführung und Etablierung von wirksamen Präventionsstrategien und -maßnahmen gegen Krankenhausinfektionen für die Krankenhäuser auch betriebswirtschaftlich sinnvoll sind, damit es nicht zum Verzicht auf derartige Investitionen kommt. Bei der Auswahl der geeigneten Maßnahmen sind auch die Beispiele erfolgreicher europäischer Nachbarländer heranzuziehen. Aktives Handeln wie in Holland oder Dänemark ist gefordert und nicht nur die Dokumentation der aufgetretenen Infektionsfälle.

elektronische Vorab-Fassung*

Vorbemerkung der Bundesregierung

Die Bundesregierung teilt die durchweg negative Situationsbeschreibung der Fragesteller nicht. Das deutsche Krankenhauswesen gilt weltweit als sehr leistungsfähig. So sind deutsche Krankenhausmanager und das DRG-System international sehr gefragt. Beispielsweise wurde das deutsche DRG-System in die Schweiz exportiert. Allerdings sprechen die Fragesteller werden einige der aktuellen Probleme zutreffenderweise angesprochen, so denr so genannten „Investitionsstau“.

Obwohl die Länder nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz und näherer Bestimmung durch Landesrecht verpflichtet sind, den Krankenhäusern die zur Deckung der förderungsfähigen und unter Beachtung betriebswirtschaftlicher Grundsätze notwendigen Investitionskosten erforderlichen Fördermittel zur Verfügung zu stellen, sind die Ausgaben der Länder zur Finanzierung von Krankenhausinvestitionen trotz eines wachsenden Investitionsbedarfs seit Jahren rückläufig und von rd. 3,9 Mrd. Euro im Jahr 1993 auf knapp 2,7 Mrd. Euro im Jahr 2008 gesunken. Die Bundesregierung bedauert diese Entwicklung. Sie hält nachhaltige Verbesserungen, insbesondere auch hinsichtlich des Umfangs der Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser, für unverzichtbar. Leider waren die Länder auch im Rahmen der Krankenhausfinanzierungsreform nicht bereit, sich finanziell stärker als bisher bei der Investitionsförderung zu engagieren. Mit dem im Krankenhausfinanzierungsreformgesetz ver-

ankerten Entwicklungsauftrag zur Reform der Investitionsfinanzierung ist es aber immerhin gelungen, die Einführung leistungsorientierter Investitionspauschalen als Regelförderung zu ermöglichen, mit denen die Krankenhäusern flexibel kalkulieren können. Zudem stehen im Rahmen des Konjunkturpakets II zusätzliche Finanzhilfen der öffentlichen Hand auch für Investitionen im Krankenhausbereich zur Verfügung. Eine abschließende Bilanz zu Umfang und Wirksamkeit der im Rahmen des Konjunkturpakets II im Krankenhausbereich geförderten Maßnahmen ist derzeit noch nicht möglich.

Auch wenn bislang keine Ergebnisse der gesetzlich vorgegebenen DRG-Begleitforschung vorliegen, existieren dennoch diverse Publikationen, die eine Vielzahl positiver Aspekte der DRG-Einführung darstellen (u. a. Verbesserung der Transparenz über stationäre Krankenhausleistungen). Zugleich konnten die vorhandenen Studien die Befürchtung von systematischen „blutigen Entlassungen“ nicht belegen (z. B. Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen: DRG-induzierte Veränderungen und ihre Auswirkungen auf die Organisationen, Professionals, Patienten und Qualität, Juni 2009). Nicht zutreffend ist zudem die Feststellung in der Vorbemerkung der Fragesteller, dass für den Bereich der psychiatrischen Krankenhäuser eine Umstellung auf psychiatrische Fallpauschalen erfolgt sei. Vielmehr wurden mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Verband der privaten Krankenversicherung) durch § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) gesetzlich beauftragt, mit dem Ziel der erstmaligen Anwendung im Jahr 2013 ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen zu entwickeln.

Die gesetzlichen Pflichten zur Qualitätssicherung nach den Regelungen der §§ 135a ff. Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) treffen alle Erbringer von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung gleichermaßen. Dies gilt im stationären Bereich also unabhängig davon, in welcher Trägerschaft ein Krankenhaus geführt wird. Angesichts des zunehmenden Wirtschaftlichkeitsdrucks in den Krankenhäusern und der dadurch potentiell ausgelösten Folgen für die Versorgungsqualität gewinnen die Maßnahmen der vergleichenden, einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung insgesamt weiter an Bedeutung. Sie dienen dazu, qualitative Abweichungen in den Krankenhäusern zu erkennen, sichtbar zu machen sowie Verbesserungen einzuleiten bzw. Mängel abzustellen.

Aufgrund der immer älter werdenden Bevölkerung mit zunehmender Morbidität sowie des Anstieges von invasiven Eingriffen und immunsuppressiver Therapie steigt das Risiko, während eines Krankenhausaufenthaltes eine Infektion zu erwerben, stetig an. Durch geeignete Hygienemaßnahmen ist vermutlich etwa ein Drittel dieser Infektionen vermeidbar. Dazu bestehen bereits eine Reihe von Regelungen bzw. Maßnahmen. So enthält das Infektionsschutzgesetz (IfSG) eine Reihe spezifischer Bestimmungen, damit die Gesundheitsämter und die übrigen zuständigen Landesgesundheitsbehörden Maßnahmen treffen können, um nosokomiale Infektionen zu verhüten und zu bekämpfen. Zudem hat die in § 23 Absatz 2 IfSG gesetzlich verankerte Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut (RKI) eine Reihe von Empfehlungen zur Prävention nosokomialer Infektionen erarbeitet, die in regelmäßigen Abständen aktualisiert werden. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat in Zusammenarbeit mit den Bundesministerien für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (BMELV) sowie für Bildung und Forschung (BMBF) die Deutsche Antibiotika-Resistenzstrategie (DART) entwickelt und im November 2008 der Öffentlichkeit vorgestellt. DART enthält eine Reihe von Maßnahmen zur Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von

elektronische Vorab-Fassung*

Antibiotika-Resistenzen in insgesamt 42 Aktionen, die bis 2013 umgesetzt werden. Das Nationale Referenzzentrum (NRZ) für die Surveillance von nosokomialen Infektionen wertet im Rahmen des Krankenhaus-Infektions-Surveillance-Systems (KISS) die ihm nach einheitlichem Standard von zz. über 300 auf freiwilliger Basis teilnehmenden Krankenhäusern übermittelten Daten zu ausgewählten nosokomialen Infektionen aus und stellt die zusammengefassten und anonymisierten Daten in geeigneter Form als Referenzdaten bereit. Das Nationale Referenzzentrum (NRZ) für die Surveillance von nosokomialen Infektionen am Institut für Hygiene und Umweltmedizin der Charité Berlin wird vom BMG gefördert. Die wichtigste und einfachste Maßnahme zur Vermeidung von nosokomialen Infektionen stellt die Händedesinfektion dar. Das BMG fördert hierzu seit Januar 2008 die „Aktion Saubere Hände“, die das Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V., die Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e. V. und das Nationale Referenzzentrum für die Surveillance von nosokomialen Infektionen ins Leben gerufen haben.

1. a) Wie groß ist der Anteil an den Finanzmitteln aus dem Konjunkturpaket II, den die Länder für Investitionen in Krankenhäusern vorgesehen haben?

   b) In welcher Höhe sind bereits Investitionsmittel aus dem Konjunkturpaket II verausgabt worden, und in welcher Höhe gibt es feste Aufträge bzw. Planungen und Anträge?

   c) Wie sieht die Verteilung dieser Investitionsfinanzierung für Krankenhäuser in den unterschiedlichen Bundesländern aus?

Die Fragen 1 a) bis c) werden zusammen beantwortet.

Verfassungsrechtliche Grundlage für die Gewährung von Finanzhilfen durch den Bund an Länder und Kommunen ist Artikel 104b Grundgesetz. Wie bei Finanzhilfen verfassungsrechtlich vorgegeben, obliegt die Umsetzung des Zukunftsinvestitionsgesetzes grundsätzlich den Ländern. Der Bund stellt die Finanzhilfen nach dem Zukunftsinvestitionsgesetz den Ländern zur eigenen Bewirtschaftung zur Verfügung. Erst nach Abschluss der Maßnahmen erhält der Bund zur Prüfung der zweckgerechten Verwendung der Finanzmittel von den Ländern umfassende Angaben zu den Projekten. Die zuständigen Stellen der Länder sind ermächtigt, die Auszahlung der Bundesmittel anzuordnen, sobald sie zur anteiligen Begleichung erforderlicher Zahlungen benötigt werden. Der Mittelabruf erfolgt nicht nach Förderbereichen.

Der Bundesregierung liegen daher zum gegenwärtigen Zeitpunkt weder abschließende Angaben dazu vor, wie groß der Anteil an den Finanzmitteln aus dem Konjunkturpaket II ist, den die Länder für Investitionen in Krankenhäusern vorgesehen haben, noch dazu, in welcher Höhe bereits Investitionsmittel im Förderbereich Krankenhäuser verausgabt worden sind.

Auch liegen der Bundesregierung zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine abschließenden Angaben vor, in welcher Höhe es bereits feste Aufträge bzw. Planungen und Anträge für Investitionen im Krankenhausbereich gibt. Einige Länder haben jedoch im Bereich Krankenhäuser schon mit der Realisierung von Projekten begonnen. Als begonnen gelten neben bereits beauftragten Projekten auch solche, die bereits bewilligt worden sind. Für diese Projekte in den Ländern ist die Höhe des Investitionsvolumens, das neben dem aus öffentlichen Mitteln finanzierten Teil auch den von dritter Seite finanzierten Teil beinhaltet, der folgenden Übersicht zu entnehmen:

elektronische Vorab-Fassung*

Land	Investitionsvolumen in Mio. €
Baden-Württemberg	12,0
Bayern	128,3
Berlin	72,6
Brandenburg	16,6
Bremen	12,2
Hamburg	3,0
Hessen	0
Mecklenburg-Vorpommern	48,0
Niedersachsen	31,3
Nordrhein-Westfalen	14,0
Rheinland-Pfalz	48,1
Saarland	4,0
Sachsen	27,0
Sachsen-Anhalt	0
Schleswig-Holstein	54,5
Thüringen	6,5

2. a) Welche wissenschaftlichen Erkenntnisse hat die Bundesregierung bezüglich der Folgen des Fallpauschalen-Systems, das für die Abrechnung der Behandlungen in Krankenhäusern eingeführt wurde?

Wissenschaftlich belastbare Ergebnisse der DRG-Begleitforschung nach § 17b Absatz 8 KHG zu den Auswirkungen des DRG-Systems liegen der Bundesregierung noch nicht vor. Nach der derzeitigen Fakten- und Literaturlage können jedoch die folgenden Erkenntnisse festgehalten werden:

– Die Krankenhausverweildauer sinkt.
– Die Transparenz über Krankenhausleistungen wurde nachhaltig gesteigert.
– Viele Krankenhäuser haben Maßnahmen zur Steigerung der Wirtschaftlichkeit ergriffen.
– Eindeutige Belege für negative Aspekte wie die gezielte Selektion von lukrativen Patientinnen und Patienten, eine Zunahme „blutiger Entlassungen“ oder für einen „Drehtüreffekt“ gibt es bislang nicht.

b) Warum wurde der Auftrag für die Begleitforschung erst mit einer Verzögerung von mehreren Jahren erteilt?

Der Gesetzgeber hat mit der Durchführung der Begleitforschung bzw. der Ausschreibung von Forschungsaufträgen zu den Auswirkungen des DRG-Systems die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene beauftragt (§ 17b Absatz 8 KHG). Da sie sich dieser Aufgabe zunächst nur zögerlich angenommen haben, hat das BMG die Selbstverwaltungspartner mehrfach nachdrücklich zu einer zügigen Durchführung der Begleitforschung aufgefordert. Die Möglichkeit einer Ersatzvornahme stand dem BMG dabei jedoch nicht zur Verfügung.

elektronische Vorab-Fassung*

Ursächlich für die Verzögerungen ist auch, dass sich die Selbstverwaltungspartner für eine differenzierte Herangehensweise zur Vergabe der Forschungsaufträge entschieden haben. Für das Datenjahr 2004 wurde vom DRG-Institut erstmals für Zwecke der Begleitforschung eine allgemein zugängliche Auswertung der Daten nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) zur Verfügung gestellt. Für die Ausschreibung wurde im Jahr 2006 zunächst von den Selbstverwaltungspartnern eine Machbarkeitsstudie vergeben, um die datentechnische Umsetzbarkeit von Fragen für die Begleitforschung zu überprüfen und den zeitlichen und finanziellen Aufwand für entsprechende Forschungsaufträge abzuschätzen. Im Rahmen dieser Vorstudie wurden auf der Grundlage von Interviewergebnissen, einer Literaturrecherche zu nationalen und internationalen Erfahrungswerten sowie der Betrachtung der Situation zu Beginn der DRG-Einführung im Jahr 2007 rd. 50 Forschungsfragen als Basis für eine europaweite Ausschreibung des Forschungsauftrags für die Begleitforschung entwickelt. Im Frühjahr 2008 gab das DRG-Institut die europaweite Ausschreibung innerhalb eines nichtoffenen Verfahrens bekannt. Nach Durchführung der europaweiten Ausschreibung haben die Selbstverwaltungspartner im Dezember 2008 die IGES Institut GmbH mit der Durchführung der Begleitforschung beauftragt.

c) Warum hat die Bundesregierung trotz offenkundiger Untätigkeit der Selbstverwaltung nicht früher entschieden eingegriffen und per Ersatzvornahme selber eine begleitende Beforschung dieser Vergütungsumstellung in die Wege geleitet?

Der Bundesregierung stand die Möglichkeit einer Ersatzvornahme nach § 17b Absatz 7 KHG nicht offen. Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 2b verwiesen.

d) Wann erwartet die Bundesregierung Ergebnisse dieser Begleitforschung?

Mit Ergebnissen für die erste Stufe der Begleitforschung, die Daten der Jahre 2004 bis 2006 analysiert, ist nach Auskunft des DRG-Instituts zum Ende des laufenden Jahres zu rechnen.

3. a) Wie sieht derzeit die Verteilung der Krankenhausträgerschaft aus?

b) Wie viel Prozent der Krankenhäuser sind bereits privatisiert, und welche weitere Entwicklung ist zu erwarten?

Die Fragen 3 a) und b) werden zusammen beantwortet.

Die Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes weist nach dem letzten verfügbaren Stand für das Jahr 2007 insgesamt 677 Krankenhäuser in öffentlicher, 790 Krankenhäuser in freigemeinnütziger und 620 Krankenhäuser in privater Trägerschaft aus. Dabei ist der Anteil der Krankenhäuser in privater Trägerschaft von 16,2 Prozent im Jahr 1993 auf 29,7 Prozent im Jahr 2007 angestiegen.

c) Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung hinsichtlich beklagter Mängel bei der Behandlungsqualität und der Personalsituation in privatisierten Krankenhäusern bzw. im privatisierten Uniklinikum Marburg-Gießen?

Der Bundesregierung liegen keine Erkenntnisse darüber vor, dass Krankenhäuser in privater Trägerschaft eine schlechtere Behandlungsqualität erbringen als andere Krankenhäuser.

elektronische Vorab-Fassung*

Informationen zur Qualität und Personalsituation des privatisierten Uniklinikums Marburg-Gießen können den Qualitätsberichten des Klinikums entnommen werden, die im Internet auf den Seiten des Klinikums sowie auf den Qualitätsberichtseiten der Krankenkassenverbände veröffentlicht sind (z. B. www.uniklinikum-giessen.de, www.med.uni-marburg.de, www.weisse-liste.aok.de, www.klinik-lotse.de).

d) Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung hinsichtlich der Gewinnerwartungen und Profitabschöpfung verschiedener Betreiber privatisierter Krankenhäuser bzw. Krankenhausketten?

Den Betreibern von Krankenhäusern ist es – unabhängig von der Art ihrer Trägerschaft – nicht verboten, Überschüsse zu erzielen oder anzustreben. Insofern nehmen Krankenhäuser in privater Trägerschaft, die ebenso wie Krankenhäuser in öffentlicher oder freigemeinnütziger Trägerschaft den ihnen obliegenden öffentlichen Versorgungsauftrag zu erfüllen haben, keine Sonderstellung ein. Ob und in welchem Umfang Betreiber von Krankenhäusern Gewinne erwarten oder realisieren können, hängt maßgeblich unter anderem von dem Leistungsspektrum, der Wirtschaftlichkeit, den Marktchancen und der Wettbewerbssituation der einzelnen Krankenhäuser ab. Die Bundesregierung geht davon aus, dass dementsprechend auch private Krankenhausträger, sofern die konkrete Gesamtbewertung der vorgenannten Parameter die Prognose von Einnahmeüberschüssen zulässt, ihre jeweiligen Gewinnerwartungen kalkulieren. Im Übrigen geht die Bundesregierung davon aus, dass die Betreiber privatisierter Krankenhäuser – ähnlich wie andere Krankenhausbetreiber – schon aus Gründen der Verbesserung ihrer Wettbewerbssituation erzielte Einnahmeüberschüsse auch zur Optimierung der Versorgung reinvestieren.

e) Wie beurteilt die Bundesregierung die Veränderungen in der Trägerschaft deutscher Krankenhäuser?

Ein wichtiges und erhaltenswertes Merkmal der Krankenhausversorgung in Deutschland ist die Vielfalt der Krankenhausträger. Veränderungen in der Trägerschaft deutscher Krankenhäuser, wie sie seit Jahren zu beobachten sind, sieht die Bundesregierung als Ausdruck und Folge eines Wettbewerbs, der Chancen zur Verbesserung der Qualität der Krankenhausversorgung bietet. Eine Gefährdung der Krankenhausversorgung und des Erhalts der Vielfalt von Krankenhausträgern vermag die Bundesregierung jedenfalls angesichts der derzeitigen Verteilung der Krankenhausträgerschaft mit einem bundesdurchschnittlichen Anteil von Krankenhäusern in privater Trägerschaft von 29,7 Prozent, auf die 15,6 Prozent der akutstationären Krankenhausbetten in Deutschland entfallen, noch nicht zu erkennen.

4. a) Welche Möglichkeiten sieht die Bundesregierung – über die bisherigen unverbindlichen Empfehlungen und Dokumentationspflichten hinaus – zur Verbesserung der Hygiene in den Krankenhäusern bezüglich der multiresistenten Keime?

b) Wo sieht die Bundesregierung jenseits der Länderkompetenzen eigene Möglichkeiten zukünftig per Gesetz/Verordnung zur Verbesserung der Bekämpfung von Krankenhausinfektionen beizutragen?

c) Welche Möglichkeiten sieht die Bundesregierung die Länder zu besseren Regelungen bezüglich Krankenhaushygiene zu bewegen bzw. sie zu unterstützen?

elektronische Vorab-Fassung*

d) Welche Regelungen hat die Bundesregierung – abgesehen von der schon lange von der Fraktion DIE LINKE. geforderten Meldepflicht für MRSA – in dieser Wahlperiode getroffen, um für eine bessere Krankenhaushygiene zu sorgen?

Die Fragen 4 a) bis d) werden zusammen beantwortet.

Auch für die Verhütung und Bekämpfung nosokomialer Infektionen gibt das Infektionsschutzgesetz den zuständigen Vollzugsbehörden ein umfangreiches rechtliches Instrumentarium an die Hand. Zu nennen sind insbesondere § 6 Absatz 3, § 23 Absatz 1 und § 36 Absatz 1 und 2 des Infektionsschutzgesetzes. Die Aufzeichnung und Bewertung nosokomialer Infektionen und des Auftretens von Krankheitserregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen nach § 23 Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes ist dabei ein wichtiger Baustein in der infektionshygienischen Überwachung.

Die Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim RKI haben sich als ein wichtiges Instrument in den Anstrengungen erwiesen, die Hygiene in Krankenhäusern und medizinischen Einrichtungen zu verbessern und nosokomiale Infektionen besser zu verhüten. Sie sind vom betroffenen ärztlichen, medizinisch-technischen, Pflege- und das Reinigungspersonal insoweit zu beachten, als sie grundsätzlich den medizinischen Standard beschreiben und den Stand der Wissenschaft wiedergeben. Rechtlich haben sie darüber hinaus dadurch Bedeutung, dass sie als „vorweggenommene Sachverständigengutachten“ in Gerichtsverfahren zur Konkretisierung der berufsrechtlichen Sorgfaltspflichten herangezogen werden.

Neben rechtlichen Maßnahmen wie dem Erlass einer Verordnung, durch die MRSA-Nachweise aus Blut und Liquor meldepflichtig gemacht wurden, ergreift und fördert die Bundesregierung eine Reihe von Maßnahmen, mit denen die Hygiene in Krankenhäusern verbessert und das Auftreten und die Verbreitung multiresistente Erreger verhindert werden sollen. Hierzu gehört die vom BMG unterstützte „Aktion Saubere Hände“. Daneben enthält vor allem die durch das BMG in Zusammenarbeit mit dem BMELV und dem BMBF erarbeitete Deutsche Antibiotika-Resistenzstrategie (DART) eine Reihe von Maßnahmen zur Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Antibiotika-Resistenzen. Diese Maßnahmen tragen direkt zur Verbesserung der Hygiene in deutschen Krankenhäusern bei. Sie sollen bis 2013 umgesetzt werden. Zudem wird das BMG in Zusammenarbeit mit Fachgesellschaften ein Fortbildungsprogramm zu nosokomialen Infektionen und die Einrichtung von regionalen Netzwerken fördern.

In der fachlichen Zusammenarbeit mit den zuständigen Landesbehörden werden besonders erfolgreiche Ansätze, die Hygiene in Krankenhäusern zu verbessern und das Auftreten und die Verbreitung multiresistenter Erreger zu verhindern, ermittelt, analysiert und propagiert. Eine individuelle fachliche Unterstützung der Länder durch das Robert Koch-Institut ist dabei möglich. Ein Beispiel ist die Einrichtung von regionalen Netzwerken zur Verhütung und Bekämpfung von Antibiotika-Resistenzen nach dem Vorbild des EUREGIO-Projektes MRSA-net.

e) Welche Möglichkeiten sieht die Bundesregierung, die Prävention von Krankenhausinfektionen innerhalb des DRG-Systems (DRG – Diagnosis Related Groups) besser zu vergüten?

Das DRG-System wird auf der Grundlage von Ist-Kosten und Ist-Leistungen deutscher Krankenhäuser kalkuliert. Hierdurch kann erreicht werden, dass Krankenhäuser, die aufgrund von Infektionen z. B. mit multiresistenten Erregern einen höheren Versorgungsaufwand haben (z. B. wegen der Isolation von Patientinnen und Patienten), diesen auch vergütet bekommen. Andererseits gilt angesichts der Pauschalierung des DRG-Systems aber auch, dass Hygiene

elektronische Vorab-Fassung*

und das Bemühen um die Vermeidung von Infektionen für die Krankenhäuser lohnenswert sind, da hierdurch Komplikationen und einer Verlängerung der Krankenhausverweildauer entgegengewirkt werden kann. Auch hierdurch kann das einzelne Krankenhaus Verluste vermeiden oder Gewinne erreichen. Im Übrigen ist anzumerken, dass bis März jedes Jahres Vorschläge für Änderungen des DRG-Systems im Rahmen des strukturierten Dialogs beim DRG-Institut eingereicht werden können. Bislang ist diese Option nicht ergriffen worden.

elektronische Vorab-Fassung*