

Referentenentwurf

der Bundesregierung

Gesetz zur Verbesserung der Krankenhaushygiene und zur Änderung weiterer Gesetze

A. Problem und Ziel

In Deutschland erkranken jährlich ca. 400.000 bis 600.000 Patientinnen und Patienten an Krankenhausinfektionen und schätzungsweise zwischen 7.500 bis 15.000 sterben daran. Ein Teil der Infektionen und Todesfälle ist durch geeignete Präventionsmaßnahmen vermeidbar.

Viele der im Krankenhaus – aber auch zunehmend der ambulant – erworbenen Infektionen werden durch resistente Erreger verursacht, die schwieriger zu therapieren sind und so zu einer verlängerten Behandlungsdauer, erhöhten Letalität und höheren Behandlungskosten führen. Die Zunahme antimikrobieller Resistenzen bei bestimmten, insbesondere „behandlungs-assoziierten“ (nosokomialen) Krankheitserregern vor dem Hintergrund der steigenden Zahl älterer Menschen, die medizinische Maßnahmen in Anspruch nehmen, ist in Deutschland eine große Herausforderung. Die multiresistenten Erreger nehmen nicht nur zahlenmäßig zu, sondern sie stellen die Medizin auch vor immer größere therapeutische Herausforderungen, nicht zuletzt aufgrund der immer begrenzteren Therapieoptionen, bis hin zur praktischen Unbehandelbarkeit.

Die Zahl der nosokomialen Infektionen, insbesondere mit resistenten Erregern, soll u. a. durch bessere Einhaltung von Hygieneregeln und eine sachgerechte Verordnung von Antibiotika sowie die Berücksichtigung von sektorenübergreifenden Präventionsansätzen gesenkt werden. Qualität und Transparenz der Hygiene in medizinischen Einrichtungen sollen gestärkt werden.

B. Lösung

Notwendig ist eine - angepasst an die örtlichen Verhältnisse - verstärkte Durchsetzung krankenhaushygienischer Erfordernisse und Kontrollmaßnahmen. Sieben Länder haben bisher im Anwendungsbereich ihrer Krankenhausgesetzgebung Krankenhaushygieneverordnungen erlassen. Im Infektionsschutzgesetz (IfSG) werden die Länder zum Erlass der erforderlichen Landesverordnungen verpflichtet, die alle relevanten Einrichtungen erfassen.

Die Verantwortung der Leiterinnen und Leiter von Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen und die rechtliche Bedeutung der Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) sowie der neuen Kommission Antinfektive Resistenzlage und Therapie (ART) beim Robert Koch-Institut werden gesetzlich geregelt.

Die verordnenden Ärztinnen und Ärzte benötigen klare Empfehlungen zum fachgerechten Einsatz von Diagnostika und Antiinfektiva bei der Therapie resistenter Infektionserreger. Zur Erstellung solcher Empfehlungen wird beim Robert Koch-Institut die Kommission ART eingerichtet.

In der vertragsärztlichen Versorgung wird eine Vergütungsregelung für die ambulante Therapie (Sanierung) von MRSA-besiedelten und MRSA-infizierten Patientinnen und Patienten sowie für die diagnostische Untersuchung von Risikopatientinnen und -patienten geschaffen. Bei erfolgreicher Umsetzung wird mittelfristig auch eine Reduzierung der MRSA-Besiedlung in Heimen erwartet.

Der Gemeinsame Bundesausschuss wird verpflichtet, in seinen Richtlinien zur Qualitätssicherung geeignete Maßnahmen zur Verbesserung der Hygienequalität insbesondere auf der Basis von Indikatoren zu bestimmen und die Ergebnisse für die Öffentlichkeit in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser transparent zu machen.

Neben den Maßnahmen zur Verbesserung der Hygiene werden insbesondere folgende weitere Regelungen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung und im Bereich der sozialen Pflegeversicherung aufgenommen:

- Das Konzept der Weiterleitungsstellen ist im Hinblick auf die neue Finanzstruktur der gesetzlichen Krankenversicherung nach dem GKV-Finanzierungsgesetz nicht mehr erforderlich. Die zum 1. Januar 2012 vorgesehene Errichtung von Weiterleitungsstellen soll deshalb nicht erfolgen. Deshalb werden die diesbezüglichen Regelungen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes aufgehoben.
- Mit der Einführung eines Schiedsverfahrens zu den Vergütungsverträgen zwischen den Krankenkassen und stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen wird ein geeignetes Instrument zur Schlichtung von Konflikten der Vertragspartner in Bezug auf die Höhe der Vergütung für stationäre medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen geschaffen.
- Damit im Haftungsfall kurzfristig Ansprüche der Versicherten und Leistungserbringer gegen eine insolvente oder geschlossene Krankenkasse bedient werden können, wird dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Möglichkeit zur Aufnahme eines Darlehens gegeben.
- Mit der Einführung einer Schiedsstellenlösung bei der Weiterentwicklung der Pflege-Transparenzvereinbarungen wird dauerhaft ein Konfliktlösungsmechanismus zur Klärung von zwischen den Vereinbarungspartnern auf dem Verhandlungsweg nicht zu lösenden Streitpunkten eingerichtet.
- Hinsichtlich der Beteiligung der privaten Krankenversicherung an Qualitätsprüfungen in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen wird verbindlich geregelt, dass die Landesverbände der Pflegekassen dem Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. Prüfaufträge im Umfang von zehn vom Hundert aller Prüfaufträge zuzuweisen haben.

C. Alternativen

Mit der Deutschen Antibiotika-Resistenzstrategie (DART) setzt die Bundesregierung seit 2008 ein Konzept zur Eindämmung antimikrobieller Resistenzen im human- und veterinärmedizinischen Bereich um. Die DART definiert Ziele und Aktionen zur Antibiotika-Resistenzbekämpfung, die bis 2013 schrittweise umgesetzt werden. Die vorliegenden Gesetzesänderungen geben der Problematik ein noch stärkeres Gewicht und unterstützen damit auch die Umsetzung der DART.

D. Finanzielle Auswirkungen auf die öffentlichen Haushalte

Die Maßnahmen dieses Gesetzes sind mit finanziellen Auswirkungen für die gesetzliche Krankenversicherung verbunden. Weitere finanzielle Auswirkungen ergeben sich für Bund und Länder.

1. Bund

Dem Bund entsteht zusätzlicher Vollzugaufwand.

Einrichtung und Betrieb der Kommission ART und gestiegener Anspruch an die Empfehlungen der KRINKO: Damit die Empfehlungen der KRINKO und der Kommission ART dem Anspruch gerecht werden können, grundsätzlich dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft zu entsprechen, müssen neue Empfehlungen zeitgerecht erarbeitet und existierende Empfehlungen regelmäßig angepasst werden. Allein von den ehrenamtlich tätigen Mitgliedern der Kommission kann das nicht geleistet werden. Für die Einrichtung der Kommission ART und um den detaillierten und modernen Anforderungen für eine genügende wissenschaftliche Vorbereitung der Empfehlungsvorhaben der Kommissionen sowie zur Beschleunigung der Verabschiedung von neuen Empfehlungen sind bei den Geschäftsstellen Sachmittel und fünf medizinische Dokumentare und Dokumentarinnen, eine Epidemiologin oder ein Epidemiologe, sieben Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler und eine Statistikerin oder ein Statistiker erforderlich (insgesamt 978.000 Euro; 833.000 Euro Personalmittel und 145.000 Euro Sachmittel pro Jahr).

2. Länder

Den Ländern entsteht zusätzlicher Vollzugaufwand im Rahmen der Verordnungsgebung nach § 23 Absatz 8 IfSG.

Die Mehrkosten für die Länder durch die Einführung einer Schiedsstellenregelung gemäß §§ 111 und 111b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) zu den zweiseitigen Vergütungsverträgen zwischen Krankenkassen und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sind nicht quantifizierbar.

3. Gesetzliche Krankenversicherung

Kosten für die gesetzliche Krankenversicherung aufgrund der Änderung von § 87 Absatz 2a und Absatz 2d SGB V sind derzeit ausgehend von einer Hochrechnung auf der Basis der dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zur Verfügung gestellten Auswertungsergebnisse des Modellprojektes EUREGIO-MRSA Twente/Münsterland nur sehr grob quantifizierbar. Demnach ergäben sich Kosten für die MRSA-Diagnostik und MRSA-Eradikationstherapie in Höhe von jährlich rund 2,5 Millionen Euro.

Die Kosten, die den gesetzlichen Krankenkassen aufgrund der Änderung von § 137 SGB V mittelbar durch die vom Gemeinsamen Bundesausschuss festzulegenden Anforderungen zur Sicherung der Hygiene in der medizinischen Versorgung entstehen, lassen sich wegen des nicht feststehenden Regelungsumfangs noch nicht quantifizieren.

Die mit einer möglichen Darlehensaufnahme durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen (Änderung § 171d SGB V) verbundenen Darlehenskosten in nicht quantifizierbarer Höhe werden auf die betroffenen Mitgliedskassen umgelegt.

E. Sonstige Kosten

Kosten für die Wirtschaft können bei den in § 23 Absatz 3 und Absatz 8 IfSG genannten Einrichtungen entstehen, wenn diese bislang nicht die nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft erforderlichen Präventionsmaßnahmen getroffen haben bzw. soweit das zu erlassende Landesverordnungsrecht zusätzliche Anforderungen vorsieht.

Soweit der Gemeinsame Bundesausschuss verpflichtende Anforderungen gemäß Änderung zu § 137 SGB V zur Sicherung der Hygiene in medizinischen Einrichtungen beschließt, können in Arztpraxen und Krankenhäusern Kosten für deren Umsetzung entstehen. Diese können aufgrund der Gestaltungshoheit des Gemeinsamen Bundesausschuss aber noch nicht beziffert werden. Dem stehen jedoch Einsparungen durch eine Verbesserung der hygienischen Versorgung, die Reduzierung von Komplikationen sowie der Vermeidung von aufwändigen Folgekosten gegenüber.

Größere Auswirkungen auf die Einzelpreise der medizinischen Dienstleistungen oder Auswirkungen auf das Preisniveau sind nicht zu erwarten.

F. Bürokratiekosten

Es werden Informationspflichten ausgebaut für

a) Unternehmen:

Anzahl:	1
betreffene Unternehmen:	2083
Häufigkeit/Periodizität:	1 p.a.
erwartete Mehrkosten:	ca. 2,5 Mio. Euro p.a.
erwartete Kostenreduzierung:	-

Referentenentwurf für ein

Gesetz zur Verbesserung der Krankenhaushygiene und zur Änderung weiterer Gesetze

Vom ...

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Infektionsschutzgesetzes

Das Infektionsschutzgesetz vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 13 des Gesetzes vom 17. Juli 2009 (BGBl. I S. 1990) und Artikel 2a des Gesetzes vom 17. Juli 2009 (BGBl. I S. 2091) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 4 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe b wird die Angabe „§ 23 Absatz 1“ durch die Angabe „§ 23 Absatz 4“ ersetzt.
2. In § 6 Absatz 3 Satz 2 wird die Angabe „§ 10 Absatz 1 Satz 3, Absatz 3 und 4 Satz 3“ durch die Angabe „§ 10 Absatz 6“ ersetzt.
3. In § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 wird nach der Angabe „§ 36 Absatz 1 oder 2“ die Angabe „oder § 23 Absatz 5 und 6“ eingefügt.
4. § 10 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 1 Satz 3 wird gestrichen.
 - b) Absatz 4 Satz 3 wird gestrichen.
 - c) Es wird folgender Absatz 6 angefügt:

„(6) Die nichtnamentliche Meldung nach § 6 Absatz 3 muss die Angaben nach den Nummern 5, 6, 9 und 11 sowie Name und Anschrift der betroffenen Einrichtung enthalten. Absatz 3 findet Anwendung. § 9 Absatz 3 Satz 1 bis 3 gilt entsprechend.“
5. § 11 wird wie folgt geändert:
 - a) Es wird folgender neuer Absatz 2 eingefügt:

„(2) Ein dem Gesundheitsamt nach § 6 Absatz 3 als Ausbruch gemeldetes gehäuftes Auftreten nosokomialer Infektionen ist vom Gesundheitsamt spätestens am dritten Arbeitstag der folgenden Woche an die zuständige Landesbehörde sowie von dort innerhalb einer Woche an das Robert Koch-Institut ausschließlich mit folgenden Angaben zu übermitteln:

 1. Untersuchungsbefund,
 2. Monat und Jahr der Diagnose,
 3. wahrscheinlicher Infektionsweg, wahrscheinliches Infektionsrisiko.

Das Gesundheitsamt übermittelt außerdem die von ihm ermittelte Zahl der betroffenen Patienten und Patientinnen."

- b) Die bisherigen Absätze 2 und 3 werden Absätze 3 und 4.
6. In § 12 Absatz 2 wird die Angabe „§ 11 Absatz 3“ durch die Angabe „§ 11 Absatz 4“ ersetzt.
7. § 23 erhält folgende Fassung:

„§ 23

Nosokomiale Infektionen, Resistenzen

(1) Beim Robert Koch-Institut wird eine Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention eingerichtet. Die Kommission gibt sich eine Geschäftsordnung, die der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit bedarf. Die Kommission erstellt Empfehlungen zur Prävention nosokomialer Infektionen sowie zu betrieblich-organisatorischen und baulich-funktionellen Maßnahmen der Hygiene in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen. Die Empfehlungen der Kommission werden von dem Robert Koch-Institut veröffentlicht. Die Mitglieder der Kommission werden vom Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit den obersten Landesgesundheitsbehörden berufen. Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit, der obersten Landesgesundheitsbehörden und des Robert Koch-Institutes nehmen mit beratender Stimme an den Sitzungen teil.

(2) Beim Robert Koch-Institut wird eine Kommission Antiinfektive Resistenzlage und Therapie eingerichtet. Die Kommission gibt sich eine Geschäftsordnung, die der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit bedarf. Die Kommission erstellt Empfehlungen mit allgemeinen Grundsätzen für Diagnostik und antimikrobielle Therapie, insbesondere bei Infektionen mit resistenten Krankheitserregern. Die Empfehlungen der Kommission werden von dem Robert Koch-Institut veröffentlicht. Die Mitglieder der Kommission werden vom Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit den obersten Landesgesundheitsbehörden berufen. Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit, der obersten Landesgesundheitsbehörden, des Robert Koch-Institutes und des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte nehmen mit beratender Stimme an den Sitzungen teil.

(3) Die Leiter von Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen haben sicherzustellen, dass die nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft erforderlichen Maßnahmen getroffen werden, um nosokomiale Infektionen zu verhüten und die Weiterverbreitung von Krankheitserregern, insbesondere solcher mit Resistenzen, zu vermeiden. Die Einhaltung des Standes der medizinischen Wissenschaft auf diesem Gebiet wird vermutet, wenn jeweils die veröffentlichten Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut und der Kommission Antiinfektive Resistenzlage und Therapie beim Robert Koch-Institut beachtet worden sind.

(4) Leiter von Krankenhäusern und von Einrichtungen für ambulantes Operieren sind verpflichtet, 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 aufzuzeichnen und zu bewerten, sachgerechte Schlussfolgerungen hinsichtlich erforderlicher Präventionsmaßnahmen zu ziehen, die erforderlichen Präventionsmaßnahmen dem Personal mitzuteilen und umzusetzen. Die Aufzeichnungen

nach Satz 1 sind zehn Jahre aufzubewahren. Dem zuständigen Gesundheitsamt ist auf Verlangen Einsicht in die Aufzeichnungen zu gewähren.

(5) Krankenhäuser, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, Einrichtungen für ambulantes Operieren, Dialyseeinrichtungen, Tageskliniken, Entbindungseinrichtungen und vergleichbare Behandlungs- oder Versorgungseinrichtungen legen in Hygieneplänen innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Infektionshygiene fest. Die genannten Einrichtungen unterliegen der infektionshygienischen Überwachung durch das Gesundheitsamt.

(6) Arztpraxen sowie Zahnarztpraxen und Praxen sonstiger Heilberufe, in denen invasive Eingriffe vorgenommen werden, können durch das Gesundheitsamt infektionshygienisch überwacht werden.

(7) Für die Durchführung der Überwachung nach Absatz 5 und 6 gilt § 16 Absatz 2 entsprechend.

(8) Die Landesregierungen haben durch Rechtsverordnung für Krankenhäuser, Einrichtungen für ambulantes Operieren, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, in denen eine den Krankenhäusern vergleichbare medizinische Versorgung erfolgt, sowie für Dialyseeinrichtungen und Tageskliniken die jeweils erforderlichen Maßnahmen zur Verhütung, Erkennung, Erfassung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen und Krankheitserregern mit Resistenzen zu regeln. Dabei sind insbesondere Regelungen zu treffen über

1. hygienische Mindestanforderungen an Bau, Ausstattung und Betrieb der Einrichtungen,
2. Bestellung, Aufgaben und Zusammensetzung einer Hygienekommission,
3. die erforderliche personelle Ausstattung mit Hygienefachkräften und Krankenhaushygienikern und Bestellung von Hygienebeauftragten,
4. Aufgaben und Anforderungen an Fort- und Weiterbildung der in der Einrichtung erforderlichen Hygienebeauftragten, Hygienefachkräfte und Krankenhaushygieniker,
5. Strukturen und Methoden zur Erkennung von nosokomialen Infektionen und resistenten Erregern und zur Erfassung im Rahmen der ärztlichen und pflegerischen Dokumentationspflicht,
6. die Erfüllung der Pflichten nach Absatz 4,
7. die Einsichtnahme in Akten der jeweiligen Einrichtung einschließlich der Patientenakten durch die in Nummer 4 genannten Personen,
8. die erforderliche Qualifikation und Schulung des Personals hinsichtlich der Infektionsprävention,
9. die Mitteilung von infektionsschutzrelevanten Daten an das Personal,
10. die mikrobiologisch-pharmakologische Beratung des ärztlichen Personals,
11. die Weitergabe von infektionsschutzrelevanten Informationen an die aufnehmende Einrichtung, den niedergelassenen Arzt bei der Verlegung, Überweisung oder Entlassung von Patienten.

Die Landesregierungen können die Ermächtigung durch Rechtsverordnung auf andere Stellen übertragen.“

8. In § 29 Absatz 2 Satz 4 wird nach der Angabe „§ 36 Absatz 1“ die Angabe „oder § 23 Absatz 5“ eingefügt.

9. § 36 Absatz 1 und 2 erhält folgende Fassung:

„(1) Die in § 33 genannten Gemeinschaftseinrichtungen sowie Einrichtungen nach § 1 Absatz 1 bis 5 des Heimgesetzes, vergleichbare Betreuungs- oder Versorgungseinrichtungen sowie Obdachlosenunterkünfte, Gemeinschaftsunterkünfte für Asylbewerber, Spätaussiedler und Flüchtlinge sowie sonstige Massenunterkünfte und Justizvollzugsanstalten legen in Hygieneplänen innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Infektionshygiene fest. Die genannten Einrichtungen unterliegen der infektionshygienischen Überwachung durch das Gesundheitsamt.

(2) Einrichtungen und Gewerbe, bei denen die Möglichkeit besteht, dass durch Tätigkeiten am Menschen durch Blut Krankheitserreger übertragen werden, können durch das Gesundheitsamt infektionshygienisch überwacht werden.“

10. § 73 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 9 wird die Angabe „§ 23 Absatz 1 Satz 1 oder 2“ durch die Angabe „§ 23 Absatz 4 Satz 1 oder 2“ ersetzt.

b) In Nummer 10 wird die Angabe „§ 23 Absatz 1 Satz 3“ durch die Angabe „§ 23 Absatz 4 Satz 3“ ersetzt.

c) In Nummer 24 wird nach der Angabe „§ 20 Absatz 6 Satz 1 oder Absatz 7 Satz 1,“ die Angabe „§ 23 Absatz 8“ und ein Komma eingefügt.

Artikel 2

Änderung der Gefahrstoffverordnung

Die Gefahrstoffverordnung vom 26. November 2010 (BGBl. I S. 1643, 1644) wird wie folgt geändert:

In Anhang I (zu § 8 Absatz 8, § 11 Absatz 3) Nummer 3.1 Satz 2 Nummer 2 wird wie folgt gefasst:

„2. nicht nur gelegentlich und nicht nur in geringem Umfang im eigenen Betrieb, in dem Lebensmittel hergestellt, behandelt oder in Verkehr gebracht werden, oder in einer Einrichtung durchführt, die in § 23 Absatz 5 und 6 oder § 36 des Infektionsschutzgesetzes vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom ... (BGBl. ...) geändert worden ist, genannt ist.“

Artikel 3

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel ... des Gesetzes vom ... (BGBl. I S. ...) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 87 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 2a 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) 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.“

b) In Absatz 2d Satz 1 wird vor der Angabe „2b und 2c“ die Angabe „2a Satz 3,“ und nach dem Wort „genannten“ die Wörter „Leistungen und“ eingefügt.

2. In § 111 Absatz 5 wird folgender Satz angefügt:

„Kommt eine Vereinbarung innerhalb von 2 Monaten, nachdem eine Vertragspartei nach Satz 1 schriftlich zur Aufnahme von Verhandlungen aufgefordert hat, nicht oder teilweise nicht zustande, wird ihr Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch die Landesschiedsstelle nach § 111b festgesetzt. Diese ist dabei an die für die Vertragsparteien geltenden Rechtsvorschriften gebunden.“

3. Nach § 111a wird folgender § 111b eingefügt:

„§ 111b

Landesschiedsstelle für Vergütungsvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Trägern von Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam und die für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen auf Landesebene maßgeblichen Verbände bilden gemeinsam für jedes Land eine Schiedsstelle. Diese entscheidet in den Angelegenheiten, die ihr nach diesem Buch zugewiesen sind.

(2) Die Schiedsstelle besteht aus einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern sowie aus Vertretern der jeweiligen Vertragsparteien nach § 111 Absatz 5 Satz 1 in gleicher Zahl; für den Vorsitzenden und die unparteiischen Mitglieder können Stellvertreter bestellt werden. Der Vorsitzende und die unparteiischen Mitglieder werden von den beteiligten Verbänden nach Absatz 1 ge-

meinsam bestellt. Kommt eine Einigung nicht zustande, werden sie von den zuständigen Landesbehörden bestellt.

(3) Die Mitglieder der Schiedsstelle führen ihr Amt als Ehrenamt. Sie sind an Weisungen nicht gebunden. Jedes Mitglied hat eine Stimme. Die Entscheidungen werden von der Mehrheit der Mitglieder getroffen. Ergibt sich keine Mehrheit, gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag.

(4) Die Rechtsaufsicht über die Schiedsstelle führt die zuständige Landesbehörde.

(5) Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Zahl, die Bestellung, die Amtsdauer und die Amtsführung, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für Zeitaufwand der Mitglieder der Schiedsstelle, die Geschäftsführung, das Verfahren, die Erhebung und die Höhe der Gebühren sowie über die Verteilung der Kosten zu bestimmen. Sie können diese Ermächtigung durch Rechtsverordnung auf oberste Landesbehörden übertragen.“

4. § 137 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seinen Richtlinien nach Absatz 1 geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Hygiene in der Versorgung fest und bestimmt insbesondere für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung der Krankenhäuser Indikatoren zur Beurteilung der Hygienequalität. Er hat die Festlegungen nach Satz 1 erstmalig bis zum 31. Dezember 2012 zu beschließen. Der Gemeinsame Bundesausschuss berücksichtigt bei den Festlegungen etablierte Verfahren zur Erfassung, Auswertung und Rückkopplung von nosokomialen Infektionen, antimikrobiellen Resistenzen und zum Antibiotika-Verbrauch sowie die Empfehlungen der nach § 23 Absatz 1 und 2 Infektionsschutzgesetz beim Robert Koch-Institut eingerichteten Kommissionen. Die nach der Einführung mit den Indikatoren nach Satz 1 gemessenen und für eine Veröffentlichung geeigneten Ergebnisse sind in den Qualitätsberichten nach Absatz 3 Nummer 4 darzustellen. Der Gemeinsame Bundesausschuss soll ihm bereits zugängliche Erkenntnisse zum Stand der Hygiene in den Krankenhäusern unverzüglich in die Qualitätsberichte aufnehmen lassen sowie zusätzliche Anforderungen nach Absatz 3 Nummer 4 zur Verbesserung der Informationen über die Hygiene stellen.“

b) In Absatz 3 Nummer 4 werden die Wörter „im Abstand von zwei Jahren“ durch das Wort „jährlich“ ersetzt und nach der Angabe „Absatz 1“ die Angabe „und 1a“ eingefügt.

5. Dem § 171d wird folgender Absatz 6 angefügt:

„(6) Wird der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach dieser Vorschrift oder nach § 155 Absatz 4 oder 5 von Gläubigern einer Krankenkasse in Anspruch genommen, kann er zur Zwischenfinanzierung des Haftungsbetrags ein Darlehen aufnehmen. Der Darlehensbetrag ist spätestens nach Ablauf von 18 Monaten zurückzahlen.“

6. In § 281 Absatz 2 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

„Für das Deckungskapital für Altersversorgungsverpflichtungen gilt § 171e sowie § 12 Absätze 1 und 1a Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung entsprechend.“

7. In § 282 wird folgender Absatz 4 angefügt:

„(4) Für das Deckungskapital für Altersversorgungsverpflichtungen gilt § 171e sowie § 12 Absätze 1 und 1a Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung entsprechend.“

8. In § 285 Absatz 3 Satz 2 werden nach der Angabe „§ 17a der Röntgenverordnung“ die Wörter „und den ärztlichen Stellen nach § 83 der Strahlenschutzverordnung“ eingefügt.
9. § 293 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 1 Satz 2 werden nach dem Wort „Krankenkassen“ ein Komma und die Wörter „die anderen Träger der Sozialversicherung, die Postbeamtenkrankenkasse“ eingefügt.
 - b) Absatz 5 wird wie folgt geändert:
 - aa) Nach Satz 3 wird folgender Satz eingefügt:

„Die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker stellt das Verzeichnis und die Änderungen nach Satz 2 auch der nach § 2 Satz 1 des Gesetzes über Rabatte für Arzneimittel vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2275) gebildeten zentralen Stelle im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zur Verfügung; die zentrale Stelle hat die Übermittlungskosten zu tragen.“

- bb) Nach dem neuen Satz 5 wird folgender Satz eingefügt:

„Die zentrale Stelle darf das Verzeichnis nur für die in § 2 des Gesetzes über Rabatte für Arzneimittel genannten Zwecke verarbeiten und nutzen.“

Artikel 4

Änderung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes

Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378), das zuletzt durch Artikel 6b des Gesetzes vom 5. August 2010 (BGBl. I S. 1127) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Artikel 5 Nummer 3 wird aufgehoben.
2. Artikel 46 Absatz 12 wird aufgehoben.

Artikel 5

Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch - Soziale Pflegeversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 30. Juli 2009 (BGBl. I S. 2495) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 97a werden vor dem Wort „von“ die Wörter „Der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V.“ und ein Komma eingefügt.
2. § 112 Absatz 3 wird wie folgt geändert:

Das Wort „berät“ wird gestrichen und durch die Wörter „und der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. beraten“ ersetzt.
3. § 114 wird wie folgt geändert:
 - a) 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 vom Hundert aller Prüfaufträge“ eingefügt.
 - b) In Absatz 2 Satz 1 werden nach den Wörtern „durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung“ ein Komma und die Wörter „den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V.“ eingefügt.
 - c) In Satz 7 wird die Angabe „§ 23 Absatz 2“ durch die Angabe „§ 23 Absatz 1“ ersetzt.
 - d) In Absatz 4 Satz 3 werden nach den Wörtern „durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung“ die Wörter „oder den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V.“ eingefügt.
4. § 114a wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 werden nach den Wörtern „Medizinische Dienst der Krankenversicherung“ ein Komma und die Wörter „der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V.“ eingefügt.
 - bb) In Satz 3 werden nach den Wörtern „Medizinische Dienst der Krankenversicherung“ ein Komma und die Wörter „der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V.“ eingefügt.
 - b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 werden nach den Wörtern „Medizinische Dienst der Krankenversicherung“ ein Komma und die Wörter „der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V.“ eingefügt.
 - bb) In Satz 4 werden nach den Wörtern „Medizinische Dienst der Krankenversicherung“ ein Komma und die Wörter „bzw. der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V.“ eingefügt.
 - cc) In Satz 6 wird das Wort „soll“ gestrichen und durch die Wörter „und der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. sollen“ ersetzt.
 - c) In Absatz 4 Satz 4 werden nach den Wörtern „Medizinische Dienst der Krankenversicherung“ ein Komma und die Wörter „der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V.“ eingefügt.
 - d) Absatz 5 wird wie folgt gefasst:

„(5) Unterschreitet der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. die in § 114 Absatz 1 Satz 1 genannte, auf das Bundesgebiet bezogene Prüfquote aus Gründen, die von ihm oder dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. zu vertreten sind, beteiligen sich die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, anteilig bis zu einem Betrag von 10 vom Hundert an den Kosten der Qualitätsprüfungen der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen. Das Bundesversicherungsamt stellt jeweils am Ende eines Jahres die Einhaltung der Prüfquote oder die Höhe der Unter- beziehungsweise Überschreitung sowie die Höhe der durchschnittlichen Kosten von Prüfungen im Wege einer Schätzung in Abstimmung mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. fest und teilt diesem jährlich die Anzahl der durchgeführten Prüfungen und bei Unterschreitung der Prüfquote den Finanzierungsanteil der privaten Versicherungsunternehmen mit; dieser ergibt sich aus der Multiplikation der Durchschnittskosten mit der Differenz zwischen der Anzahl der vom Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. durchgeführten Prüfungen und der in § 114 Absatz 1 Satz 1 genannte Prüfquote. Der Finanzierungsanteil, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, ist vom Verband der privaten Krankenversicherung e.V. jährlich unmittelbar an das Bundesversicherungsamt zugunsten des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung (§ 65) zu überweisen.“

e) Nach Absatz 5 wird ein neuer Absatz 5a eingefügt:

„(5a) Der Spitzenverband Bund der Pflegeversicherung 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. Die Aufsicht über den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung führt die Behörde, die die Aufsicht über die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflegeversicherung durchführen, ausübt. Der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. hat der Aufsichtsbehörde auf Verlangen alle Unterlagen vorzulegen und über alle Tatsachen Auskunft zu erteilen, die zur Ausübung des Aufsichtsrechts aufgrund pflichtgemäßer Prüfung der Aufsichtsbehörde erforderlich sind. Die Aufsicht erstreckt sich auf die Beachtung von Gesetz und sonstigem Recht, § 89 Absatz 1 SGB IV gilt entsprechend.“

f) Absatz 6 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach den Wörtern „Medizinischen Dienste der Krankenversicherung“ die Wörter „und der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V.“ eingefügt.

bb) In Satz 3 werden nach den Wörtern „Medizinischen Dienste der Krankenversicherung“ ein Komma und die Wörter „des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V.“ eingefügt.

g) Absatz 7 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach den Wörtern „Bund der Krankenkassen“ die Wörter „und des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V.“ eingefügt.

bb) Nach Satz 6 wird folgender Satz 7 angefügt:

„Die Qualitätsprüfungs-Richtlinien sind für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. verbindlich.“

5. § 115 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 werden nach den Wörtern „Medizinischen Dienste der Krankenversicherung“ ein Komma und die Wörter „der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V.“ eingefügt.
- b) Absatz 1a wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 2 werden nach den Wörtern „des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung“ die Wörter „und des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V.“ eingefügt.
 - bb) In Satz 5 werden nach den Wörtern „Medizinischen Dienst der Krankenversicherung“ die Wörter „oder durch den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V.“ eingefügt.
 - cc) 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.“

- c) In Absatz 5 wird Satz 1, 1. Halbsatz wie folgt gefasst:

„Stellen der Medizinische Dienst der Krankenversicherung oder der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. schwerwiegende Mängel in der ambulanten Pflege fest, kann die zuständige Pflegekasse dem Pflegedienst auf Empfehlung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung oder des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. die weitere Betreuung des Pflegebedürftigen vorläufig untersagen;“

6. § 117 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 wird das Wort „und“ durch das Wort „sowie“ ersetzt und werden nach den Wörtern „Medizinische Dienst der Krankenversicherung“ die Wörter „und der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V.“ eingefügt.
- b) In Absatz 3 Satz 1 wird das Wort „und“ durch das Wort „sowie“ ersetzt und werden nach den Wörtern „Medizinische Dienst der Krankenversicherung“ die Wörter „und der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V.“ eingefügt.

- c) In Absatz 4 Satz 1 werden nach den Wörtern „vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung“ ein Komma und die Wörter „dem Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V.“ eingefügt.
- d) In Absatz 5 Satz 1 werden nach den Wörtern „Medizinische Dienst der Krankenversicherung“ die Wörter „und der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V.“ eingefügt.

Artikel 6

Inkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich des Absatzes 2 am Tag nach der Verkündung in Kraft.

(2) Artikel 4 tritt am 31. Dezember 2011 in Kraft. Artikel 3 Nummern 6 und 7 tritt am 1. Januar 2012 in Kraft.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Anlass, Zielsetzung und wesentliche Schwerpunkte des Entwurfs

Infektionen, die in zeitlichem Zusammenhang mit einer medizinischen Maßnahme stehen und als solche nicht bereits vorher bestanden (nosokomiale Infektionen im Sinne des Infektionsschutzgesetzes - IfSG), gehören zu den häufigsten Infektionen in entwickelten Industrieländern und weltweit insgesamt zu den häufigsten Komplikationen medizinischer Behandlungen. Dabei gibt es Unterschiede in Spektrum und Häufigkeit der Infektionen je nach Land, Region, Krankenhaus, Abteilung und Fachrichtung.

In Deutschland erkranken jährlich ca. 400.000 bis 600.000 Patientinnen und Patienten an Krankenhausinfektionen und schätzungsweise zwischen 7.500 bis 15.000 sterben daran. Ein Teil der Infektionen und Todesfälle ist durch geeignete Präventionsmaßnahmen vermeidbar.

Viele der im Krankenhaus – aber auch zunehmend der ambulant – erworbenen Infektionen werden durch resistente Erreger verursacht, die schwieriger zu therapieren sind und so zu einer verlängerten Behandlungsdauer, erhöhten Letalität und höheren Behandlungskosten führen. Die multiresistenten Erreger nehmen nicht nur zahlenmäßig zu, sondern sie stellen die Medizin auch vor immer größere therapeutische Herausforderungen, nicht zuletzt aufgrund der immer begrenzteren Therapieoptionen, bis hin zur praktischen Unbehandelbarkeit.

Die Zunahme antimikrobieller Resistenzen bei bestimmten, insbesondere „behandlungsassoziierten“ (nosokomialen) Krankheitserregern vor dem Hintergrund der steigenden Zahl älterer Menschen, die medizinische Maßnahmen in Anspruch nehmen, sind in Deutschland eine große Herausforderung.

Die Ursachen für die Zunahme von Antibiotika-Resistenzen sind komplex, schließen aber auch die unsachgemäße Verordnung von Antibiotika (Selektionsdruck) und Mängel in der Hygiene (Weiterverbreitung) ein. Mehrfachresistente Bakterien breiten sich im Krankenhaus aus und können mit der Verlegung von Patientinnen und Patienten auch zwischen Krankenhäusern und anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens übertragen werden. Davon betroffen ist somit nicht nur der stationäre, sondern auch der ambulante medizinische Bereich.

Während in den letzten Jahren vor allem gram-positive Infektionserreger wie Methicillin-resistente *Staphylococcus aureus* (MRSA) und Glykopeptid-resistente Enterokokken (VRE) im Vordergrund des Interesses standen, treten jetzt zunehmend gram-negative Infektionserreger wie z.B. *Escherichia coli* mit einer breiten Resistenz gegen viele Antibiotikaklassen auf.

Auch wenn nur ein Teil dieser Erkrankungen vermeidbar ist, müssen nachhaltige Anstrengungen unternommen werden, um deren Zahl zu senken. Der sachgerechten Verordnung von Antibiotika und die Berücksichtigung von sektorenübergreifenden Präventionsansätzen kommt daher eine entscheidende Rolle bei der Verminderung des Selektionsdrucks und der Sicherung von Therapieoptionen zu.

Dabei stellen Empfehlungen zum fachgerechten Einsatz von Diagnostika und Antiinfektiva bei der Therapie resistenter Infektionserreger ein hilfreiches Instrument für die verordnenden Ärztinnen und Ärzte dar. Zur Erstellung von Empfehlungen mit allgemeinen Grundsätzen für Diagnostik und antimikrobielle Therapie wird die Kommission Antiinfektive Resistenzlage und Therapie (ART) gegründet.

Darüber hinaus ist eine verstärkte Durchsetzung krankenhaushygienischer Erfordernisse und Kontrollmaßnahmen notwendig. Zwar haben die Länder im Rahmen ihrer Gesetzgebungszuständigkeit für das Krankenhauswesen in ihren Krankenhausgesetzen Ermächtigungsgrundlagen zum Erlass von Krankenhaushygieneverordnungen verankert, allerdings haben bisher nur ein Teil der Länder Krankenhaushygieneverordnungen erlassen.

Da zur Erkennung und Verhütung nosokomialer Infektionen eine intensive Beratung, Information und Schulung von Pflegepersonal und Ärztinnen und Ärzten erforderlich ist, müssen diese zentralen Regelungen in den Krankenhaushygieneverordnungen enthalten sein. Erfahrungen aus Pilotprojekten und Studien haben gezeigt, dass durch ein gezieltes Hygiene-Management die Infektionsraten in Krankenhäusern reduziert werden können. Voraussetzung ist der Einsatz entsprechend qualifizierten Personals mit guten krankenhaushygienischen, infektiologischen und mikrobiologischen Grundkenntnissen.

Änderungen des Infektionsschutzgesetzes

Das Infektionsschutzgesetz wird daher um neue Instrumente für die Verhütung und Bekämpfung nosokomialer Infektionen einschließlich solcher durch resistente Erreger ergänzt. Beim Robert Koch-Institut wird eine Kommission Antiinfektive Resistenzlage und Therapie eingerichtet. Leiterinnen und Leiter von Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen werden zur Durchführung der nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft erforderlichen Präventionsmaßnahmen verpflichtet. Der diesbezügliche rechtliche Stellenwert der Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention sowie der Kommission Antiinfektive Resistenzlage und Therapie wird konkretisiert. Die Länder haben für alle relevanten Einrichtungen durch Rechtsverordnung das Nähere zu bestimmten erforderlichen Maßnahmen zu regeln.

Mehr Qualität, mehr Wettbewerb, mehr Transparenz über den Stand der Hygiene in der Versorgung

Krankenhäuser und vertragsärztliche Praxen sollen zukünftig im Interesse einer besseren Patientensicherheit verstärkt Anstrengungen unternehmen, eine gute Hygienequalität zu erreichen. Von besonderer Bedeutung sind hierbei Maßnahmen, mit denen das Risiko des Auftretens einer in einer medizinischen Einrichtung erworbenen Infektion (nosokomiale Infektion) soweit wie möglich reduziert wird. Gleichzeitig sollen die Informationsmöglichkeiten über die diesbezüglichen Aktivitäten der Leistungserbringer und deren Ergebnisse ausgebaut werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss wird daher verpflichtet, in seinen Richtlinien zur Qualitätssicherung geeignete Maßnahmen zur Verbesserung der Hygienequalität festzulegen. Dabei hat er insbesondere für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung, mit der die Qualität der Versorgung der Leistungserbringer im Vergleich untereinander gemessen wird, Indikatoren zur Messung der Hygienequalität zu bestimmen. Diese werden nach ihrer Einführung in der externen stationären Qualitätssicherung von den Krankenhäusern verpflichtend erfasst und anschließend bewertet. Über die freiwilligen und verpflichtenden Maßnahmen zur Verbesserung der Hygiene sowie deren Ergebnisse sollen sich Interessierte in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser zukünftig besser informieren können. Der Gemeinsame Bundesausschuss erhält insoweit 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. Auf diese Weise wird öffentlich gemacht, welche Krankenhäuser einen guten strukturellen, personellen sowie qualifikatorischen Hygienestandard haben. Dies stärkt die Orientierung der Versicherten im Wettbewerb der Einrichtungen untereinander.

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

Bei den Maßnahmen zur Bekämpfung multiresistenter Erreger und antimikrobieller Resistenzen soll auch die vertragsärztliche Versorgung einbezogen werden. Auf zunächst zwei Jahre befristet soll eine neue Gebührenordnungsposition, gegebenenfalls auch differenzierte Gebührenordnungspositionen, in die Ärzte-Honorarordnung aufgenommen werden. Hierzu wird dem Bewertungsausschuss ein gesetzlicher Auftrag erteilt. Der Bewertungsausschuss soll dabei auch eine Vergütungsregelung für die ambulante Therapie (Sanierung) von MRSA-besiedelten und MRSA-infizierten Patientinnen und Patienten sowie für die diagnostische Untersuchung von Risikopatientinnen und -patienten treffen. Mit der Abbildung einer gesonderten Berechnungsmöglichkeit im Einheitlichen Bewertungsmaßstab soll vor allem auch die Ermittlung valider Daten über die ambulante Sanierung bzw. Therapie von MRSA-Besiedlungen ermöglicht werden. Deshalb wird zunächst die Kassenärztliche Bundesvereinigung und in Folge gegebenenfalls der Bewertungsausschuss verpflichtet, Umsetzung und Auswirkungen diesbezüglich durch Vorlage eines Berichts transparent zu machen. Zudem haben auch die Kassenärztlichen Vereinigungen die Qualitätssicherungsmaßnahmen in den Bericht zur Versorgungsqualität nach § 136 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) aufzunehmen. Eine wesentliche Verbesserung wird besonders von der Aufnahme einer eigenen Gebührenordnungsposition in den EBM für die Sanierung von MRSA-besiedelten und -infizierten Patienten sowie für diagnostische Untersuchungen in indizierten Fällen auf eine Besiedlung erwartet. Diese Regelung wird zu einer Verbesserung der Patientenversorgung auch in den Pflegeheimen führen. Wenn gleichzeitig geringere Infektionsraten in den Krankenhäusern erreicht werden, wird dies zudem die Weiterverbreitung von MRSA über den Weg vom Krankenhaus zum Pflegeheim verringern. Bei erfolgreicher Umsetzung kann deshalb mittelfristig eine Reduzierung der MRSA-Besiedlung in den Heimen erwartet werden.

Weitere Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, des Elften Buches Sozialgesetzbuch und weiterer Gesetze

Einrichten einer Schiedsstelle (§§ 111 und 111b SGB V)

Nach geltendem Recht werden stationäre Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen durch einheitliche Versorgungsverträge auf Landesebene zur Leistungserbringung in der GKV zugelassen (§ 111 Absatz 2 SGB V), während die Vergütungen zwischen den (einzelnen) Krankenkassen und den Trägern der zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen ohne staatliche Einwirkungsmöglichkeit frei vereinbart werden (§ 111 Absatz 5 SGB V). Maßstab ist dabei eine an den Leistungen orientierte Preisgestaltung. Dabei ist der Grundsatz der Beitragssatzstabilität gemäß § 71 Absatz 1 SGB V zu beachten.

Vor dem Hintergrund nicht seltener Konflikte zwischen Krankenkassen und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen über die angemessene Höhe der Vergütungen für stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen und deren Anpassung ist die Einführung einer Schiedsstellenregelung zu den zweiseitigen Vergütungsverträgen als wirksamer Konfliktlösungsmechanismus geboten. Eine Erstreckung der Schiedsstellenregelung auf Versorgungsverträge, mit denen die Krankenkassen auf Landesebene bedarfsgerecht die Zulassung der stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen zum System der GKV steuern und zu deren Abschluss und Kündigung Einvernehmen mit der zuständigen Landesbehörde anzustreben ist, erfolgt nicht. Für die Zulassung/ Bedarfssteuerung und -planung von stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen durch Versorgungsverträge wären Schiedsstellen kein geeignetes Instrument.

Befugnis der KV'en zur Datenübermittlung (§ 285 SGB V)

Mit der Änderung des § 285 Absatz 3 Satz 2 SGB V wird eine Gesetzeslücke geschlossen und den Kassenärztlichen Vereinigungen die Befugnis eingeräumt, rechtmäßig erhobene Daten der Qualitätsprüfungen neben den (zahn)ärztlichen Stellen nach § 17a Röntgen-

verordnung auch den ärztlichen Stellen nach § 83 Strahlenschutzverordnung zu übermitteln.

Apothekenverzeichnis für die Zentrale Stelle der Einziehung der Arzneimittelrabatte bei Privatversicherten (§ 293 SGB V)

Die Änderung des § 293 Absatz 5 SGB V, die eine Übermittlung des Apothekenverzeichnisses durch die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker an die zentrale Stelle nach § 2 Satz 1 des Gesetzes über Rabatte für Arzneimittel vorsieht, ist für die Realisierung des Rabattanspruches der PKV und Beihilfekostenträger erforderlich.

Beteiligung der PKV an den Prüfungen der Pflegequalität; Pflegepartnersvereinbarung

Durch die Neuregelung wird eine konkrete Grundlage geschaffen, damit sich die private Pflegeversicherung in selbständiger Verantwortung durch einen eigenen Prüfdienst an den Qualitätsprüfungen nach § 114 ff SGB XI beteiligen kann. Dies setzt einen Prüfauftrag der Landesverbände der Pflegekassen an die PKV voraus; für die Erteilung solcher Prüfaufträge gab es bisher jedoch noch keine konkrete Regelung. Es wird bestimmt, dass die Landesverbände der Pflegekassen im Rahmen ihrer Zuständigkeit für die Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI einem Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. zehn v.H. der in einem Jahr anfallenden Prüfaufträge zuzuweisen haben. Die Vorschrift entwickelt damit die bisherige Regelung nach § 114a Absatz 5 SGB XI weiter, nach der die privaten Versicherungsunternehmen sich mit 10 v.H. an den Kosten der Qualitätsprüfungen der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen zu beteiligen haben.

Der Eintritt des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung in das aktive Prüfgeschehen hat dabei zur Voraussetzung, dass der Prüfdienst sich an den geltenden Richtlinien und Verfahren bei den Qualitätsprüfungen zu orientieren hat. So wird die unter Qualitätssicherungsgesichtspunkten zwingend notwendige bundesweite Einheitlichkeit des Prüfgeschehens gewährleistet. Grundlage aller Qualitätsprüfungen sind damit die Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen, deren Ziel eine Erfassung der Qualität in den Pflegeeinrichtungen nach einheitlichen Kriterien ist. Von den Landesverbänden der Pflegekassen beauftragt werden können nur Prüfdienste und Prüfer, die die in den Qualitätsprüfungs-Richtlinien festgelegten Voraussetzungen erfüllen. Der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung wird durch die Neuregelungen in gleicher Weise wie der Medizinische Dienst der Krankenversicherung in das Verfahren zur Prüfung, Verarbeitung und Weitergabe von Prüfergebnissen zur Veröffentlichung gemäß den Transparenzvereinbarungen eingebunden. Schließlich wird durch Folgeänderungen sichergestellt, dass der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung sich in gleicher Weise wie die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung an den Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Pflegequalität, an Beratung, Information, Berichterstattung und der Einleitung von Sanktionen beteiligt.

Bei notwendig werdenden Weiterentwicklungen der Transparenzvereinbarungen nach § 115 Absatz 1a SGB XI wird dauerhaft ein Konfliktlösungsmechanismus zur Klärung von zwischen den Vereinbarungspartnern auf dem Verhandlungsweg nicht zu lösenden Streitpunkten eingerichtet. Erfahrungen aus den Diskussions- und Verhandlungsprozessen zu den Transparenzvereinbarungen sowie Forderungen der großen Mehrheit der Vereinbarungspartner einschließlich des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen werden damit aufgegriffen.

II. Finanzielle Auswirkungen auf die öffentlichen Haushalte

1. Gesetzliche Krankenversicherung

Kosten für die gesetzliche Krankenversicherung aufgrund der Änderung von § 87 Absatz 2a und Absatz 2d SGB V sind derzeit allenfalls sehr grob ausgehend von einer Hochrechnung auf der Basis der dem BMG zur Vergütung gestellten Auswertungsergebnisse des Modellprojektes EUREGIO-MRSA Twente/Münsterland zu quantifizieren. Demnach ergäben sich Kosten für die MRSA-Diagnostik und MRSA-Eradikationstherapie in Höhe von jährlich rund 2,5 Millionen Euro.

Durch die Einrichtung einer Schiedsstelle (§§ 111 und 111b SGB V) entstehen für die GKV keine unmittelbar quantifizierbaren Mehrkosten. An die Vergütungsvereinbarung nach § 111 Absatz 5 SGB V ist keine Belegungsgarantie der Krankenkasse gebunden. Dies gilt ebenso für im Konfliktfall durch die Schiedsstelle festgesetzte Vergütungen. Die Regelung hat daher keine unmittelbare Auswirkung auf die Ausgaben der Krankenkasse.

Die Kosten, die den gesetzlichen Krankenkassen aufgrund der Änderung von § 137 SGB V mittelbar durch die vom Gemeinsamen Bundesausschuss festzulegenden Anforderungen zur Sicherung der Hygiene in der medizinischen Versorgung entstehen, sind wegen des noch unklaren Inhalts und Umfangs dieser Regelungen nicht zu quantifizieren.

Die mit einer möglichen Darlehensaufnahme durch den Spitzenverband Bund (Änderung § 171d SGB V) der Krankenkassen verbundenen Darlehenskosten in nicht quantifizierbarer Höhe werden auf die betroffenen Mitgliedskassen umgelegt.

Mit den Änderungen in den §§ 281 und 282 SGB V wird klargestellt, dass bezüglich des Aufbaus von Rückstellungen für die Altersvorsorge von Bediensteten der Medizinische Dienste der Krankenversicherung (MDK) die Übergangsfristen gelten, die auch für die Krankenkassen gelten. Eine sofortige Bildung von Alterungsrückstellungen würde sich ansonsten unmittelbar auf die Höhe der von den Krankenkassen zu zahlenden Umlagen zur Finanzierung der MDK auswirken. Die Regelung vermeidet mögliche Mehrbelastungen für die Krankenkassen durch zeitliche Streckung. Die in dieser zeitlichen Streckung nunmehr jeweils enthaltenen Anteile für die Altersrückstellungen sind nicht quantifizierbar, werden sich jedoch für die Krankenkassen in einer nicht beitragsrelevanten Größenordnung bewegen.

2. Haushaltsausgaben ohne Vollzugaufwand

Einrichtung der Kommission Antinfektive Resistenzlage und Therapie beim Robert Koch-Institut nebst Geschäftsstelle und gestiegener Anspruch an die Empfehlungen auch der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention, § 23 Absatz 2 und Absatz 3 IfSG:

Für die Geschäftsstellen, die Vorbereitung und Koordinierung von Kommissions- und Arbeitsgruppensitzungen, die Durchführung von thematische Arbeitstreffen und die Einbeziehung externen Sachverständigen entstehen zusätzliche Sachmittelkosten in Höhe von insgesamt 145.000 Euro.

3. Vollzugaufwand

Dem Bund entsteht zusätzlicher Vollzugaufwand:

Einrichtung und Betrieb der Kommission Antinfektive Resistenzlage und Therapie nebst Geschäftsstelle und gestiegener Anspruch an die Empfehlungen auch der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention: Damit die Empfehlungen der KRINKO und der Kommission ART dem Anspruch gerecht werden können, grundsätzlich dem aktuellen Stand der Wissenschaft zu entsprechen, müssen neue Empfehlungen zeitgerecht erarbeitet und existierende Empfehlungen regelmäßig angepasst werden. Allein von den ehrenamtlich tätigen Mitgliedern der Kommission kann das nicht geleistet werden. Für eine detaillierte und modernen Anforderungen genügende wissenschaftliche Vorbereitung der Empfehlungsvorhaben der Kommissionen und zur Beschleunigung der Verabschiedung

von neuen Empfehlungen sind bei den Geschäftsstellen fünf medizinische Dokumentarinnen bzw. Dokumentare, eine Epidemiologin oder ein Epidemiologe, sieben Wissenschaftlerinnen bzw. Wissenschaftler und eine Statistikerin oder ein Statistiker und somit Personalmittel in Höhe von insgesamt 833.000 Euro erforderlich.

Den Ländern entsteht zusätzlicher Vollzugsaufwand im Rahmen der Verordnungsgebung nach § 23 Absatz 8 IfSG.

Die Mehrkosten für die Länder durch die Einführung einer Schiedsstellenregelung gemäß §§ 111 und 111b SGB V zu den zweiseitigen Vergütungsverträgen zwischen Krankenkassen und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sind nicht quantifizierbar.

4. Sonstiger Vollzugsaufwand

Soweit der Gemeinsame Bundesausschuss verpflichtende Anforderungen gemäß Änderung zu § 137 SGB V zur Sicherung der Hygiene in medizinischen Einrichtungen beschließt, können in Arztpraxen und Krankenhäusern Kosten für deren Umsetzung entstehen. Diese können aufgrund der vorgesehenen Gestaltungshoheit des Gemeinsamen Bundesausschusses aber noch nicht beziffert werden. Dem stehen jedoch Einsparungen gegenüber durch eine Verbesserung der hygienischen Versorgung, der Reduzierung von Komplikationen durch Infektionen sowie der Vermeidung von aufwändigen Folgekosten.

III. Kosten- und Preiswirkungsklausel

Kosten für die Wirtschaft können bei den in § 23 Absatz 3 und Absatz 8 IfSG genannten Einrichtungen entstehen, wenn diese bislang nicht die nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft erforderlichen Präventionsmaßnahmen getroffen haben bzw. soweit das zu erlassende Landesverordnungsrecht nach § 23 Absatz 8 IfSG zusätzliche Anforderungen vorsieht.

IV. Bürokratiekosten

Durch die Änderung von § 87 Absatz 2a und Absatz 2d SGB V entsteht für die Vertragsärztinnen und -ärzte eine zusätzliche Informationspflicht im Rahmen der Erstellung einer elektronisch zu übermittelnden Dokumentation quartalsweise an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung. Inhalte dieser Informationsverpflichtung decken sich mit den vorzunehmenden Dokumentationsverpflichtungen im Rahmen der ärztlichen Behandlung, sodass insofern von geringen zusätzlichen Anforderungen auszugehen sein dürfte.

Der Umfang der zusätzlichen Informationsverpflichtungen der ärztlichen Selbstverwaltung kann derzeit noch nicht quantifiziert werden. Da jedoch die Daten elektronisch vorliegen, dürfte der Aufwand für eine Weiterverarbeitung zum Zwecke der Berichterstellung ebenfalls gering sein.

1. Bürokratiekosten für die Wirtschaft

Die Informationspflicht der Krankenhäuser gemäß Änderung zu § 137 SGB V zur Erstellung von Qualitätsberichten im Fünften Buch Sozialgesetzbuch wird durch die Verpflichtung zur jährlichen Berichterstattung ausgebaut. Dadurch dass die Krankenhäuser zukünftig in jedem Jahr - und nicht wie bisher nur alle zwei Jahre - den Qualitätsbericht erarbeiten müssen, entsteht den Einrichtungen zusätzlicher Verwaltungs- und Bürokratiekostenaufwand. Dieser ist allerdings als begrenzt anzusehen, da ein Großteil der für den Qualitätsbericht zu erfassenden Daten in den Krankenhäusern ohnehin kontinuierlich erhoben wird. Die jährliche Erarbeitung des Qualitätsberichts verursacht daher im Wesentlichen überschaubare Belastungen durch das Zusammenstellen, Kommentieren und Übermitteln der Daten. Es wird geschätzt, dass sich die insgesamt für die Krankenhäuser durch die

Qualitätsberichte jährlich entstehenden Bürokratiekosten um bis zu ein Drittel auf insgesamt bis zu ca. 2,5 Mio. Euro erhöhen.

Mit der Neuregelung des § 293 Absatz 5 SGB V wird dem Grunde nach keine neue Informationspflicht für die Wirtschaft geschaffen. Es wird lediglich eine bereits bestehende Informationspflicht um einen weiteren Empfänger ergänzt. Der hierdurch entstehende sehr geringe Mehraufwand wird von dem Empfänger (zentrale Stelle) erstattet.

Die durch die Änderung des § 293 Absatz 5 SGB V entstehenden Kosten für die Übermittlung des Verzeichnisses der Apotheken an die zentrale Stelle nach § 2 des Gesetzes über Rabatte für Arzneimittel trägt diese Stelle. Sie finanziert sich nicht aus dem Bundeshaushalt, sondern aus Abschlägen von den Arzneimitteln, die sie für die rabattberechtigten Stellen bei den pharmazeutischen Unternehmern geltend macht.

a) Aufgehobene Informationspflichten:

Entfällt.

b) vereinfachte Informationspflichten:

Entfällt.

c) Neue Informationspflichten:

Entfällt.

2. Informationspflichten für Bürger

Entfällt.

3. Informationspflichten für die Verwaltung

Für die Gesundheitsämter und die Landesbehörden entsteht in § 11 Absatz 2 IfSG ein geringfügiger zusätzlicher Übermittlungsaufwand (ca. 10 nosokomiale Ausbrüche pro Krankenhaus jährlich, 2000 Krankenhäuser, je 5 Minuten Aufwand im Gesundheitsamt und 1 Minute in der Landesstelle).

Mit der Neuregelung des § 285 SGB V wird dem Grunde nach keine neue Informationspflicht für die Verwaltung (Kassenärztliche Vereinigungen) geschaffen. Es wird lediglich eine bereits bestehende Informationspflicht um weitere Empfänger ergänzt. Daher ergeben sich in Bezug auf den entstehenden zusätzlichen Aufwand erhebliche Synergieeffekte. Die mit dem zusätzlichen Aufwand verbundenen Kosten dürften daher insgesamt als gering anzusehen sein.

V. Nachhaltigkeit

Der Gesetzentwurf zielt insbesondere auf die Vermeidung von Infektionen und Todesfällen bei Krankenhausbehandlungen durch geeignete Präventionsmaßnahmen ab. Damit wird der Managementregel 4 der Nationalen Nachhaltigkeitsstrategie und dem in der Strategie verfolgten Ziel einer Reduzierung der vorzeitigen Sterblichkeit Rechnung getragen.

VI. Auswirkungen von gleichstellungspolitischer Bedeutung

Auswirkungen von gleichstellungspolitischer Bedeutung sind nicht zu erwarten, da keine Regelungen getroffen werden, die sich spezifisch auf die Lebenssituation von Frauen und Männern auswirken.

VII. Vereinbarkeit mit EU-Recht

Der Gesetzentwurf ist mit dem Recht der Europäischen Union vereinbar.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung des Infektionsschutzgesetzes)

Zu Nummer 1 (§ 4)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Nummer 7.

Zu Nummer 2 (§ 6)

Es handelt sich um Folgeänderungen zu Nummer 4.

Zu Nummer 3 (§ 9)

Es handelt sich um Folgeänderungen zu Nummern 7 und 9.

Zu Nummer 4 (§ 10)

Die bei der Meldung eines Ausbruches nach § 6 Absatz 3 IfSG von den Meldepflichtigen zu machenden Angaben werden für Zwecke der epidemiologischen Auswertung um die Angabe des Monats und des Jahres der Diagnose ergänzt.

Zu Nummer 5 (§ 11)

Infolge der Änderung in § 11 IfSG haben die Gesundheitsämter dem Robert Koch-Institut über die zuständige Landesbehörde auch Informationen über nosokomiale Ausbrüche zu übermitteln. Nach § 6 Absatz 3 IfSG sind nosokomiale Ausbrüche dem zuständigen Gesundheitsamt zu melden. Das Gesundheitsamt stellt bei einer entsprechenden Meldung die erforderlichen Ermittlungen an und trifft erforderliche präventive Maßnahmen und Schutzmaßnahmen. Eine Übermittlung von Daten aus den Meldungen nach § 6 Absatz 3 IfSG an die zuständige Landesbehörde und das Robert Koch-Institut erfolgte bislang nicht. Bei Ermittlungen allein auf örtlicher Ebene ist aber nicht gewährleistet, dass Zusammenhänge mit gemeldeten Ausbrüchen im Zuständigkeitsbereich anderer Gesundheitsämter zeitnah erkannt werden können. Infolge des neuen § 11 Absatz 2 IfSG wird das Robert Koch-Institut in die Lage versetzt, die übermittelten Informationen über nosokomiale Ausbrüche auf epidemiologische Zusammenhänge hin zu untersuchen und die zuständigen Landesbehörden anhand der gewonnenen Erkenntnisse zu beraten oder, wenn Ausbrüche in anderen Krankenhäusern zu befürchten sind, durch Veröffentlichungen im Epidemiologischen Bulletin zu informieren. Der zu übermittelnde Untersuchungsbefund schließt die Bezeichnung des Erregers und die Angabe der Art der Infektion ein.

Zu Nummer 6 (§ 12)

Es handelt sich um Folgeänderungen zu Nummer 5.

Zu Nummer 7 (§ 23)

§ 23 IfSG wird um neue Instrumente für die Verhütung und Bekämpfung nosokomialer Infektionen einschließlich solcher durch resistente Erreger ergänzt. Regelungen des IfSG zur infektionshygienischen Überwachung medizinischer Einrichtungen durch das Gesundheitsamt werden systematisch in § 23 IfSG zusammengefasst.

§ 23 Absatz 1 IfSG entspricht dem bisherigen § 23 Absatz 2 IfSG.

§ 23 Absatz 2

Nach § 23 Absatz 2 IfSG wird beim Robert Koch-Institut die Kommission Antiinfektive Resistenzlage und Therapie (ART) errichtet. Eine derartig unabhängige Kommission auf nationaler Ebene existiert bereits in vielen anderen europäischen Staaten.

Der fachgerechte Gebrauch der Diagnostik und der sachgerechte Einsatz von antimikrobiell wirksamen Therapeutika (Antinfektiva) ist eine wichtige Voraussetzung, um der Entstehung und der Weiterverbreitung von resistenten Krankheitserregern vorzubeugen und die Wirksamkeit von Antiinfektiva zu erhalten.

Von besonderer und weltweit wachsender Bedeutung sind mehrfach gegen Antiinfektiva resistente Erreger, die sich im Krankenhaus ausbreiten und die mit der Verlegung von Patientinnen und Patienten auch zwischen Krankenhäusern und anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens übertragen werden können. Im Falle von Infektionen mit diesen Erregern sind die antibiotischen Behandlungsalternativen deutlich eingeschränkt. Gegenwärtig besteht diese Problematik in Deutschland insbesondere bei Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus*-Stämmen (MRSA), bei Vancomycin-resistenten Enterokokken (VRE) sowie *Escherichia coli*- und *Klebsiella*-Stämmen mit erweitertem Resistenzspektrum (ESBL).

Vor diesem Hintergrund benötigen behandelnde Ärztinnen und Ärzte für ihre Therapieentscheidungen gut zugängliche und übersichtliche Informationen über die Resistenzlage, Therapieprinzipien sowie Therapie- und Diagnoseleitlinien, in denen die Standards für Diagnostik und Therapie benannt werden. Die Zusammenstellung dieser Informationen wird eine zentrale Aufgabe der eingerichteten Kommission Antiinfektive Resistenzlage und Therapie am Robert Koch-Institut sein.

Weiter sichtet und bewertet die Kommission vorhandene Empfehlungen und Leitlinien der Fachgesellschaften, von anderen wissenschaftlichen Institutionen und Organen der Selbstverwaltung. Sie analysiert und bewertet Daten über die Veränderung des Erregerspektrums nach Art und Verbreitung, den medizinischen Einsatz von Antiinfektiva sowie erwünschte und unerwünschte Effekte einschließlich Wirkungsveränderungen insbesondere auf Grundlage der Daten, die im Rahmen des Antibiotikaresistenz-Surveillancesystems (ARS) am Robert Koch-Institut gesammelt werden. Sie nimmt auf dieser Grundlage eine medizinisch-epidemiologische Nutzen-Risiko-Abwägung zwischen dem individuellen Interesse an einer wirksamen Behandlung und dem öffentlichen Interesse an einer Erhaltung der Wirksamkeit von Antiinfektiva vor und berücksichtigt Belange der praktischen Durchführung. Darüber hinaus soll die Kommission geeignete Rahmenbedingungen wie auch Umsetzungshindernisse einer sachgerechten antiinfektiven Therapie thematisieren und dem Bundesministerium für Gesundheit darüber ggf. mit praktischen Lösungsvorschlägen berichten.

§ 23 Absatz 3

§ 23 Absatz 3 IfSG konkretisiert den Stellenwert der Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) und der Empfehlungen der neuen Kommission Antiinfektive Resistenzlage und Therapie. Die Einhaltung des Standes der medizinischen Wissenschaft, der sich in verschiedenen Regelwerken zum Thema findet, wird vermutet, soweit vorhandene Empfehlungen der Kommissionen beachtet worden sind. Die Regelung verdeutlicht den Leiterinnen und Leiter von Krankenhäusern und Einrichtungen für ambulantes Operieren, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, in denen eine den Krankenhäusern vergleichbare medizinische Versorgung erfolgt, Dialyseinrichtungen, Tageskliniken, Entbindungseinrichtungen, vergleichbaren Behandlungs- oder Versorgungseinrichtungen sowie Ärztinnen und Ärzten, Zahnärztinnen und Zahnärzten und Angehörigen sonstiger Heilberufe ihre Pflichten im Rahmen der Infektionsprävention. Sie werden dazu verpflichtet, die Empfehlungen der KRINKO und der Kommission ART zu berücksichtigen, anzuwenden und nur in begründeten Fällen davon abzuweichen.

§ 23 Absatz 4

§ 23 Absatz 4 IfSG entspricht im Wesentlichen dem bisherigen § 23 Absatz 1 IfSG, und richtet sich vorrangig an die Leiterinnen und Leiter von Krankenhäusern und Einrichtungen für ambulantes Operieren.

Zur Verbesserung der Situation bei nosokomialen Infektionen ist die zeitnahe und konsequente Erfassung ausgewählter nosokomialer Infektionen und die Analyse von deren Ursache insbesondere in den oben genannten Einrichtungen unerlässlich. In Absatz 4 wird die Verpflichtung zu deren gesonderter Erfassung für Krankenhäuser und Einrichtungen für ambulantes Operieren festgelegt. Die Regelung greift die positiven Erfahrungen vieler Einrichtungen auf diesem Gebiet auf und soll die eigenverantwortliche Qualitätskontrolle stärken. Art und Umfang werden unverändert auf der Grundlage epidemiologischer Erkenntnisse vom RKI gemäß § 4 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe b IfSG festgelegt. Die Festlegung der Kriterien erfolgt mit dem Ziel, die am häufigsten auftretenden nosokomialen Infektionen und Resistenzen zu erfassen.

Auch die Erfassung von Krankheitserregern mit speziellen Resistenzen wird festgelegt. Die Beobachtung von nosokomialen Infektionen und der Resistenzentwicklung von Krankheitserregern ist wichtig, um mögliche Ursachen frühzeitig zu erkennen und mit geeigneten Maßnahmen reagieren zu können. Da die Festlegung von Erregern, deren Resistenzentwicklung eine besondere Gesundheitsgefahr darstellt, ständiger Aktualisierung bedarf, soll diese nicht gesetzlich erfolgen. Entsprechend ist das Robert Koch-Institut beauftragt, die Erreger entsprechend den jeweiligen epidemiologischen Erfordernissen festzulegen.

Dabei ist es essentiell, sachgerechte Schlussfolgerungen hinsichtlich erforderlicher Präventionsmaßnahmen zu ziehen, und die gewonnenen Erkenntnisse einschließlich der daraus festgelegten Maßnahmen dem Personal mitzuteilen und umzusetzen. Zur klaren Darstellung dieses wichtigen Aspekts, wurde § 23 Absatz 4 IfSG entsprechend ergänzt.

Die Ergänzung soll die Verantwortlichkeit der Leiterinnen und Leiter für die gesamte Kette der Maßnahmen zur Krankheitsüberwachung von der Erfassung der erforderlichen Daten bis zur Umsetzung von daraus abgeleiteten Maßnahmen verdeutlichen und eindeutig zum Ausdruck bringen, dass die Erfassung der Daten kein Selbstzweck ohne nachfolgende Konsequenzen ist.

§ 23 Absatz 5

§ 23 Absatz 5 IfSG übernimmt für die genannten Einrichtungen Regelungen zur Erstellung von Hygieneplänen und zur infektionshygienischen Überwachung aus § 36 Absatz 1 IfSG. Davon unberücksichtigt bleibt die Verpflichtung von Arzt-, Zahnarztpraxen bzw. Praxen von Angehörigen sonstiger Heilberufe entsprechende innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Infektionshygiene festzulegen.

§ 23 Absatz 6

§ 23 Absatz 6 IfSG ist dem bisherigen § 36 Absatz 2 IfSG entnommen. Die infektionshygienische Überwachung der Praxen von Heilberufen wird nunmehr in § 23 Absatz 6 IfSG geregelt.

§ 23 Absatz 7

§ 23 Absatz 7 IfSG entspricht dem bisherigen § 36 Absatz 3 IfSG.

§ 23 Absatz 8

§ 23 Absatz 8 IfSG verpflichtet die Landesregierungen zum Erlass von Regelungen für die Einhaltung der Infektionshygiene in allen relevanten Einrichtungen des Gesundheitswesens. Damit wird auf einen Wunsch der Länder im Rahmen des Beschlusses der 26. Sitzung der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) zur Krankenhaushygiene eingegangen und eine bundeseinheitliche Rechtsgrundlage geschaffen.

Die Ermächtigung kann auf andere Stellen übertragen werden. Bislang verfügen sieben Bundesländer über auf der Grundlage ihrer Krankenhausgesetze erlassene Rechtsverordnungen zur Krankenhaushygiene. Die neue Verordnungsermächtigung sieht einen weiteren Geltungsbereich und notwendige Inhalte der Rechtsverordnungen vor.

Wichtige Voraussetzungen und Instrumente zur Etablierung und kontinuierlichen Umsetzung von sinnvollen sowie national und international (u.a. in der Empfehlung des Europäischen Rates zur Sicherheit der Patienten unter Einschluss der Prävention und Eindämmung von therapieassoziierten Infektionen vom 9. Juli 2009, Mielke 2010. Int. J. Med. Microbiol. 300 (2010)346-350) empfohlenen Präventionsmaßnahmen und bewährten Konzepten zur Infektionsprävention sind:

- die Wahrnehmung der Verantwortung für die Patientensicherheit durch die Leiterinnen und Leiter von medizinischen Einrichtungen
- die Schaffung geeigneter baulicher Voraussetzungen (z.B. Möglichkeiten für die Isolierung von Patientinnen und Patienten; Zugang zu Händedesinfektionsmittelspendern)
- die Schaffung geeigneter organisatorischer Voraussetzungen (z.B. die Sicherstellung von Informationsflüssen oder die Etablierung notwendiger Screeningmaßnahmen; Zugang zu geeigneten diagnostischen Kapazitäten)
- die Sicherstellung geeigneter personeller Voraussetzungen (z.B. Präsenz von Hygienefachpersonal, klinischer Mikrobiologinnen und Mikrobiologen, hygienisch qualifiziertes Personal in der Pflege und in den mit der Aufbereitung von Medizinprodukten betrauten Bereichen, sowie entsprechender Qualifizierung auf Seiten des ärztlichen Personals) und
- die Etablierung von Maßnahmen zur Förderung der Compliance mit den einmal festgelegten und als effizient erkannten Methoden (z.B. durch Fortbildungsmaßnahmen und Überprüfung der Umsetzung festgelegter Regime; Händehygiene)
- die Schaffung bzw. Pflege von Strukturen zur Rückkopplung von Überwachungsdaten über nosokomiale Infektionen sowie Antibiotikaresistenzdaten und den Antibiotikaverbrauch an die Anwender (z.B. Teilnahme an KISS und ARS) sowie
- die Teilnahme an regionalen Netzwerken zur Verbesserung der Kommunikation zwischen zuweisenden medizinischen Einrichtungen.

Basierend auf diesen bewährten Konzepten und Empfehlungen wurden die zu treffenden Regelungen für die Einhaltung der Infektionshygiene in den relevanten Einrichtungen des Gesundheitswesens im Rahmen der Rechtsverordnung der Länder festgelegt.

Zu Nummer 8 (§ 29)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Nummer 9.

Zu Nummer 9 (§ 36)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Nummer 7.

Zu Nummer 10 (§ 73)

Zuwiderhandlungen gegen Vorschriften der von den Ländern zu erlassenden Rechtsverordnungen über die Krankenhaushygiene können als Ordnungswidrigkeit geahndet werden. Folgeänderungen zu Nummern 7 und 9 werden vorgenommen.

Zu Artikel 2 (Änderung der Gefahrstoffverordnung)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Artikel 1 Nummern 7 und 9.

Zu Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (§ 87)

Zu Absatz 2

Zu Buchstabe a

Infektionen gehören zu den häufigsten Komplikationen medizinischer Behandlungen. Unter ihnen weisen vor allem die Fälle, bei denen sich Patientinnen und Patienten mit dem Methicillin-resistenten-Staphylococcus-Aureus (MRSA) infizieren, vermehrt einen schweren Krankheitsverlauf auf. Die Resistenz schränkt die Behandlungsmöglichkeiten erheblich ein und begünstigt die weitere Verbreitung. Waren Patientinnen und Patienten mit multiresistenten Krankheitserregern lange Zeit ein ausschließlich den stationären Bereich betreffendes Problem, treten diese Fälle zunehmend auch in der ambulanten Versorgung auf. Bisher wird der besondere Aufwand, der sich aus der Sanierungsbehandlung einschließlich geeigneter Dokumentation zur Evaluation, den mikrobiologischen Verlaufskontrollen oder der Betreuung MRSA-infizierter oder -besiedelter Patientinnen und Patienten ergibt, im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) nicht ausreichend berücksichtigt. Dies gilt auch für diagnostische (Abstrich-)Untersuchungen von Patientinnen und Patienten mit erhöhtem Risiko einer MRSA-Besiedlung gemäß den Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) einschließlich Kontaktpersonen von MRSA-besiedelten bzw. -infizierten Patientinnen und Patienten.

Der neue Satz 3 bestimmt, dass für die ambulante Sanierung (Therapie) einschließlich Beratung und Dokumentation von MRSA-besiedelten bzw. MRSA-infizierten Patienten sowie für diagnostische Untersuchungen auf eine Besiedlung in indizierten Fällen gemäß den von der KRINKO benannten Risikogruppen eine gesonderte Gebührenordnungsposition in den EBM aufzunehmen ist. Es können auch differenzierte Gebührenordnungspositionen beschlossen sowie eine abgestaffelte Bewertung in Überweisungsfällen vorgesehen werden. Im Übrigen ist von den Partnern der Selbstverwaltung zu prüfen, ob für vorgenannte Fälle ein zusätzlicher Ausnahmetatbestand in das Kapitel Laboratoriumsmedizin des EBM aufzunehmen ist. Mit einer EBM-Regelung wird auch die Voraussetzung für die Erhebung valider Daten über die ambulante Sanierung (Therapie) von MRSA-Besiedlungen geschaffen. Insbesondere über Umfang, Ablauf und Erfolg der Sanierungen sowie behandelter MRSA-Infektionen ist unter Berücksichtigung der Empfehlungen der KRINKO eine zu erstellende Dokumentation zu vereinbaren, beispielsweise durch die Partner der Bundesmantelverträge im Rahmen einer Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Absatz 2. Die Dokumentation ist dabei quartalsweise elektronisch zusammen mit den Abrechnungsunterlagen anonymisiert an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung zu übermitteln.

Satz 4 bestimmt, dass die Vergütungsvereinbarung auf zwei Jahre befristet zu treffen ist. Für die Bewertung und Vergütung ist zu prüfen, ob und gegebenenfalls in welchem Umfang eine Bereinigung von im EBM enthaltenen Pauschalen vorzunehmen ist. Zudem ist bei der Vereinbarung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen der durch diagnostische (Abstrich-) Untersuchungen entstehende Mehrbedarf an Laboratoriumsuntersuchun-

gen insoweit zu berücksichtigen, als eine Vergütung dieser Leistungen nicht extrabudgetär erfolgt.

Des Weiteren ist eine Überprüfung der Vergütungsvereinbarung vor allem hinsichtlich der Auswirkungen auf die Versorgungsqualität und die Patientensicherheit bis zum 31. Oktober 2013 für eine geeignete Anschlussregelung durch die Selbstverwaltung vorzusehen. Hierzu sind die Auswertungsergebnisse der Abrechnungsfrequenzen sowie der Dokumentationen zu berücksichtigen.

Vor allem aus Gründen der Transparenz regelt Satz 5, dass das Ergebnis der Auswertungen qualitätssichernder Maßnahmen und der Abrechnungsdaten dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vorzulegen ist.

Satz 6 gibt dem Bundesministerium für Gesundheit die Möglichkeit, anstelle der Kassenärztlichen Bundesvereinigung auch den Bewertungsausschuss mit der Vorlage eines Berichts zu beauftragen und diese Beauftragung an die Berichtspflicht zur Entwicklung der Vergütungs- und Leistungsstruktur nach Absatz 3a Sätze 2 und 3 zu knüpfen.

Satz 7 bestimmt, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen die Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen (z. B. Anzahl der erteilten Genehmigungen, Durchführung von Fortbildungsveranstaltungen) in den Bericht zur Versorgungsqualität nach § 136 Absatz 2 aufzunehmen haben.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich hierbei um eine Folgeänderung zu Buchstabe a, die klarstellt, dass die Voraussetzungen bzw. Anforderungen zur Abrechnung auch für die nach Absatz 2a Satz 3 aufzunehmenden Leistungen gilt. So sind beispielsweise begleitend zur Aufnahme einer MRSA-Vergütungsregelung die erforderlichen Qualifikations- bzw. Qualitätsnachweise (z. B. verpflichtende Teilnahme des Arztes an Fortbildungsveranstaltungen zu MRSA und Antibiotika-Verordnungen) in einer Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Absatz 2 durch die Partner der Bundesmantelverträge zu vereinbaren. Dabei sollte eine möglichst flächendeckende Teilnahme aller Vertragsärztinnen und -ärzten der relevanten Arztgruppen sichergestellt werden.

Zu Nummer 2 (§ 111)

Zu Absatz 5

Die Regelung ermöglicht den Vertragspartnern der zweiseitigen Vergütungsvereinbarungen nach Absatz 5 (Krankenkasse und Träger der stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung) im Falle der Nichteinigung die nach § 111b - neu - einzurichtende Schiedsstelle anzurufen und begründet damit nunmehr auch einen Konfliktlösungsmechanismus für die beteiligten Vertragspartner im stationären Vorsorge- und Rehabereich, der zu einem zeitsparenden und flexiblen Interessenausgleich führen soll.

Mit der Einführung einer Schiedsstelle zu den Vergütungsverträgen der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach Absatz 5 wird insbesondere ein geeignetes Instrument bei vertraglichen Konfliktlagen der Vertragspartner über die Höhe der Vergütung und die Kosten stationärer medizinischer Rehabilitation geschaffen, das auf die Durchsetzung einer leistungsgerechten und angemessenen Vergütung abzielt.

Die Vergütungen zwischen den (einzelnen) Krankenkassen und den Trägern der zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen werden ohne staatliche Einwirkungsmöglichkeit frei vereinbart. Maßstab ist dabei eine an den Leistungen orientierte Preisgestaltung. Dabei ist der Grundsatz der Beitragssatzstabilität gemäß § 71 Absatz 1 SGB V zu beachten.

Die vorgeschaltete Frist zur Anrufung der Schiedsstelle durch eine Vertragspartei nach erfolgloser Bemühung zur Aufnahme von Verhandlungen mit dem Vertragspartner dient zum Einen der Vermeidung einer unmittelbaren und übereilten Anrufung der Schiedsstelle bei Konfliktlagen und beugt zum Anderen einer restriktiven oder fehlenden Verhandlungsbereitschaft vor.

An die Vergütungsvereinbarung ist keine Belegungsgarantie der Krankenkasse gebunden. Die im Rahmen von Vergütungsverträgen oder künftig in einem Schiedsverfahren festgesetzten Vergütungen haben daher keine unmittelbare Auswirkung auf die Ausgaben der Krankenkasse.

Zu Nummer 3 (§ 111b)

Die Regelung verankert die Grundlagen zur Einrichtung und Besetzung der Schiedsstelle, die zu den vertraglichen Beziehungen eines Trägers einer stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung mit einer Krankenkasse nach § 111 Absatz 5 (zweiseitige Vergütungsverträge) zur Konfliktklärung auf Antrag einer Vertragspartei nach § 111 Absatz 5 angerufen werden kann.

Die Schiedsstelle wird auf der Landesebene eingerichtet; ihre paritätische Besetzung mit neutralem Vorsitz soll ausgewogene und die Interessen der Vertragspartner ausgleichende Konfliktlösungen gewährleisten. Das Ziel einer Konfliktlösung auf der einzelvertraglichen Ebene nach § 111 Absatz 5 Satz 1 korrespondiert mit der Besetzung der Schiedsstelle.

Die Landesregierungen werden nach Absatz 5 ermächtigt, das Nähere durch Rechtsverordnung zu regeln (mit Delegationsmöglichkeit auf oberste Landesbehörden).

Zu Nummer 4 (§ 137)

Zu Buchstabe a

Zur Verbesserung der Patientensicherheit wird der Gemeinsame Bundesausschuss durch die Regelung in Satz 1 damit beauftragt, in seinen Richtlinien Anforderungen an die Qualität der Hygiene in der Versorgung festzulegen. Durch den Verweis auf Absatz 1 ist klargestellt, dass der Gemeinsame Bundesausschuss für die Hygiene neben den Indikatoren für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung weitere geeignete Anforderungen beispielsweise zum internen Qualitätsmanagement oder zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität bestimmt. Um eine Bewertung der Qualität der hygienischen Versorgung im Bereich der Krankenhäuser sicherzustellen, wird der Gemeinsame Bundesausschuss außerdem verpflichtet, Indikatoren festzulegen, mit denen relevante Qualitätsaspekte der hygienischen Versorgung geprüft und zwischen den Einrichtungen verglichen werden können. Um Fehlinterpretationen bei der Beurteilung der Hygienequalität aufgrund besonderer Leistungsschwerpunkte und spezieller Behandlungsrisiken der Krankenhäuser zu vermeiden, sind die Indikatoren risikoadjustiert zu erheben und auszuwerten.

Damit die Vorgaben zur Verbesserung der Hygienequalität möglichst zeitnah festgelegt werden, wird dem Gemeinsamen Bundesausschuss nach Satz 2 eine Frist bis zum 31. Dezember 2012 für die erstmalige Entwicklung entsprechender Anforderungen vorgegeben. Diesen Zeitraum benötigt der Gemeinsame Bundesausschuss, um mit Hilfe des unabhängigen Institutes nach § 137a wissenschaftlich fundierte Indikatoren für die Qualitätsbewertung und Verfahren zu ihrer Erhebung in themenspezifischen Bestimmungen festzulegen.

Die Verpflichtung nach Satz 3 gewährleistet bei den Anforderungen an die Qualitätssicherung die erforderliche Einbeziehung von Erkenntnissen zu bereits etablierten Systemen zur Erfassung, Auswertung und Rückkopplung von nosokomialen Infektionen, antimikrobiellen Resistenzen und zum Antibiotika-Verbrauch. Diese betreffen insbesondere das

Krankenhausinfektions-Surveillance-System (KISS) am Nationalen Referenzzentrum für die Surveillance Nosokomialer Infektionen und das Antibiotikaresistenz-Surveillance-Systems (ARS) am Robert Koch-Institut. Auf diese Weise kann die dort vorhandene Expertise über geeignete Indikatoren und deren Erfassung sowie vorhandenes Fachwissen effizient genutzt werden. Ergänzend sollen auch veröffentlichte Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention und der neu eingerichteten Kommission Antiinfektive Resistenzlage und Therapie durch den Gemeinsamen Bundesausschuss gewürdigt werden. Damit ist gesichert, dass die von anerkannten Fachgremien des Robert Koch-Instituts als notwendig bewerteten Maßnahmen auch bei den durch die Selbstverwaltung durchgeführten Qualitätserhebungen und -vergleichen im Bereich der Hygiene berücksichtigt werden.

Durch Satz 4 wird den Krankenhäusern vorgegeben, dass ausgewählte Ergebnisse der Messungen zur Hygienequalität der Krankenhäuser in den Qualitätsberichten zu veröffentlichen sind, damit sich Interessierte unmittelbar über die Hygienesituation informieren können. Der Gemeinsame Bundesausschuss legt dies in seinen Anforderungen an die Qualitätsberichte fest.

Um die Transparenz zum Stand der Hygiene in den Krankenhäusern kurzfristig zu erhöhen, soll der Gemeinsame Bundesausschuss nach Satz 5 in seinen Anforderungen dafür Sorge tragen, dass geeignete, gegenwärtig bereits verfügbare Informationen zum Stand der Hygiene umgehend in die Qualitätsberichte aufgenommen werden. Dies betrifft derzeit in der einrichtungsübergreifenden stationären Qualitätssicherung bereits erhobene - aber nicht veröffentlichte - Daten zur Hygienequalität sowie sonstige Informationen über Aktivitäten der Krankenhäuser zur Verbesserung der Hygiene, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss in den Vorgaben für die Qualitätsberichte zukünftig erfasst werden sollen. Dabei kann es sich beispielsweise um die Beteiligung der Krankenhäuser an Infektions-Surveillance-Systemen oder den Einsatz von Hygienefachkräften handeln.

Zu Buchstabe b

Mit der Änderung wird vorgegeben, dass die Veröffentlichung der Qualitätsberichte der Krankenhäuser zukünftig jährlich und nicht mehr wie bisher im Abstand von zwei Jahren zu erfolgen hat. Die Qualitätsberichte enthalten neben Informationen über das Leistungsspektrum und die Ausstattung der Krankenhäuser insbesondere Angaben über Maßnahmen der Qualitätssicherung und ihre Ergebnisse, auch für den Bereich der Hygiene in den Krankenhäusern. Die Änderung auf eine jährliche Veröffentlichungspflicht ist erforderlich, da sich nur möglichst aktuelle Qualitätsberichte für Patientinnen und Patienten als Orientierungshilfe bei der Wahl eines Krankenhauses und für die Außendarstellung der Kliniken eignen.

Zu Nummer 5 (§ 171d)

Im Fall der Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse obliegt dem GKV-Spitzenverband die organisatorische Abwicklung der Haftung. Das bedeutet vor allem, dass er für die Befriedigung der Ansprüche der Versicherten und der Leistungserbringer verantwortlich ist. Typischerweise ist der größte Teil dieser Ansprüche kurzfristig zu erfüllen. Selbst bei Haftungsfällen kleineren Ausmaßes reichen die Betriebsmittel des GKV-Spitzenverbands hierfür nicht aus. Da die gesetzlich vorgesehene Refinanzierung durch Umlage bei den betroffenen Mitgliedskassen einen längeren Zeitraum in Anspruch nehmen wird, ist eine zeitgerechte Erfüllung dieser Verbindlichkeiten nicht gewährleistet. Um zu vermeiden, dass insbesondere die Versicherten und Leistungserbringer auf die Befriedigung fälliger Forderungen warten müssen, wird klargestellt, dass der GKV-Spitzenverband zur Zwischenfinanzierung ein Darlehen aufnehmen kann. Die Kosten des Darlehens, also insbesondere die Zinsen, gehören zu den Haftungsbeträgen, die von den betroffenen Mitgliedskassen zu tragen sind. Da die Darlehensaufnahme ausschließlich der Zwischenfinanzierung der Haftungsbeträge dient, um die Refinanzierung durch die

Mitgliedskassen zu ermöglichen, ist der Darlehensbetrag zum frühesten möglichen Zeitpunkt, spätestens aber nach 18 Monaten zurückzuzahlen.

Zu Nummer 6 (§ 281 Absatz 2)

Mit der Neuregelung wird das Recht der Krankenkassen bezüglich des Aufbaus von Deckungskapital für Altersversorgungszusagen auf die Medizinischen Dienste übertragen.

Die geplante Änderung trägt auch einer Forderung des Bundesrates Rechnung. Dieser hatte die Bundesregierung im Rahmen der Beratungen der 4. Verordnung zur Änderung der Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung mit Beschluss vom 26. November 2010 aufgefordert, unverzüglich gesetzgeberische Maßnahmen einzuleiten, damit für den MDK die gleichen Fristen zum Aufbau von Rückstellungen für die Altersvorsorge von Bediensteten gelten wie bei den Krankenkassen.

Zu Nummer 7 (§ 282)

Die Neuregelung bezüglich der Medizinischen Dienste soll auch für den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen gelten.

Zu Nummer 8 (§ 285)

Zu Absatz 3 Satz 2

Ziel der Gesetzesänderung ist es, den Kassenärztlichen Vereinigungen zu ermöglichen, die aus der Durchführung einer Qualitätsprüfung rechtmäßig erhobenen und gespeicherten personenbezogenen Daten der geprüften Ärztinnen und Ärzte neben den ärztlichen und zahnärztlichen Stellen nach § 17a Röntgenverordnung (RöV) auch den ärztlichen Stellen nach § 83 der Strahlenschutzverordnung (StrlSchV) zu übermitteln, soweit dies für die Durchführung von Qualitätsprüfungen erforderlich ist.

Nach § 17a RöV ist es Aufgabe der ärztlichen und zahnärztlichen Stellen zu prüfen, ob qualitätssichernde Maßnahmen bei der Anwendung von Röntgenstrahlung eingehalten werden. Die von den Kassenärztlichen Vereinigungen übermittelten Daten sind eine wichtige Grundlage für die Prüftätigkeit der ärztlichen und zahnärztlichen Stellen.

Für den Bereich der Anwendung radioaktiver Stoffe oder ionisierender Strahlung am Menschen im Anwendungsbereich der Strahlenschutzverordnung wird die Einhaltung qualitätssichernder Maßnahmen durch die ärztlichen Stellen nach § 83 StrlSchV geprüft. Die Stellen nach § 17a RöV und § 83 StrlSchV nehmen somit vergleichbare Aufgaben wahr und benötigen die Daten, die die Kassenärztlichen Vereinigungen aus der Durchführung von Qualitätsprüfungen erhoben haben, in gleicher Weise.

Die in § 285 Absatz 3 Satz 2 SGB V derzeit fehlende Möglichkeit einer Datenübermittlung an die ärztlichen Stellen nach § 83 StrlSchV kann dazu führen, dass der Stelle nach § 83 StrlSchV nicht alle zur Überprüfung notwendigen Daten vorliegen, insbesondere Angaben über das vollständige Tätigkeitsspektrum einer Ärztin oder eines Arztes. So kann z.B. nicht überprüft werden, ob gegenüber der ärztlichen Stelle auch wirklich alle durchgeführten Untersuchungs- und Therapiemethoden angegeben wurden.

Ein sachlicher Grund für die derzeit fehlende Möglichkeit einer Datenübermittlung an die ärztlichen Stellen nach § 83 StrlSchV ist nicht gegeben. Die ärztlichen Stellen nach StrlSchV sind erst eingeführt worden, als die ärztlichen und zahnärztlichen Stellen nach RöV schon bestanden. Jedoch ist die erforderliche Folgeänderung des § 285 Absatz 3 Satz 2 SGB V bei Einführung der ärztlichen Stellen nach StrlSchV nicht erfolgt. Mit der Gesetzesänderung soll diese Gesetzeslücke geschlossen werden.

Zu Nummer 9 (§ 293)

Zu Buchstabe a

Mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) wurde mit Artikel 1 Nummer 197 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb (§ 293 Absatz 1 Satz 2 SGB V) die gesetzliche Grundlage für die Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen geschaffen. Dabei wurden versehentlich die Spitzenorganisationen der anderen Sozialversicherungszweige, insbesondere die Deutsche Rentenversicherung, die Knappschaft, die landwirtschaftlichen Alterskassen sowie Unfallversicherungsträger der gewerblichen Wirtschaft, der Landwirtschaft und der öffentlichen Hand, nicht berücksichtigt. Da jedoch die genannten Sozialversicherungszweige gleichermaßen die Institutionskennzeichen benötigen und nutzen und auch schon früher an dem Verfahren beteiligt waren, wird nunmehr die gesetzliche Grundlage für ihre Mitgliedschaft in der Arbeitsgemeinschaft geschaffen.

Auch die Postbeamtenkrankenkasse (PBeaKK), von deren Versicherten ein Teil (Mitglieder der Gruppe A) Leistungen nach dem Sachleistungsprinzip erhalten, verwendet bei der direkten Abrechnung der Leistungen mit den Leistungserbringern Institutionskennzeichen. Daher ist die Aufnahme der PBeaKK in die Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen im Hinblick auf die Durchführung der automatisierten Abrechnungsverfahren erforderlich.

Zu Buchstabe b

Zu Buchstabe aa

Das in Artikel 11a des Gesetzes zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung (Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz – AMNOG) enthaltene Gesetz über Rabatte für Arzneimittel regelt, dass den Unternehmen der privaten Krankenversicherung, den Trägern der Kosten in Krankheits-, Pflege-, und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Grundsätzen sowie den sonstigen Trägern von Kosten in Krankheitsfällen in gleichem Umfang Rabatte entsprechend § 130a Absatz 1, 1a, 2, 3, 3a und 3b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für Arzneimittel zu gewähren sind, wie diese den Krankenkassen der gesetzlichen Krankenversicherung zustehen. Nach § 2 des Gesetzes über Rabatte für Arzneimittel muss zum Nachweis des Rabattanspruchs u.a. den pharmazeutischen Unternehmen das Apothekenkennzeichen (Institutionskennzeichen) der das Mittel abgebenden Apotheke übermittelt werden. Hierfür ist es unverzichtbar, dass die zentrale Stelle ein Verzeichnis nach § 293 Absatz 5 SGB V erhält. Das Verzeichnis wird zur Prüfung des Institutionskennzeichens benötigt.

Eine Prüfung des Kennzeichens ist insbesondere aus folgenden Gründen unverzichtbar:

- Eingabefehler bei manuell eingegebenen Institutionskennzeichen für Apotheken müssen ausgeschlossen werden.
- Erfahrungen aus der Praxis haben gezeigt, dass bei Apotheken Änderungen von Namen oder Anschrift erfolgen können mit der Folge, dass die Institutionskennzeichen korrekturbedürftig sein könnten.
- Für einzelne Apotheken könnten mehrere Institutionskennzeichen vergeben sein; eine richtige Zuordnung wird dann nur über das Verzeichnis ermöglicht.
- Bei Verwendung nicht geeigneter Verordnungsblätter kann bei der Übertragung von Angaben auf das Verordnungsblatt in der Apotheke das Institutionskennzeichen teilweise oder ganz fehlen. In diesen Fällen kann das Institutionskennzeichen ohne aufwendige Rückfragen nur mit Hilfe des o.g. Verzeichnisses ergänzt werden.

Zur Geltendmachung der Abschläge müssen den pharmazeutischen Unternehmen korrekte Datensätze übermittelt werden. Dazu müssen bestimmte Plausibilitätsprüfungen bei der zentralen Stelle erfolgen. Diese beinhalten auch eine Prüfung des Institutionskennzei-

chens auf seine Richtigkeit. Da insbesondere bei einer großen Anzahl von Beihilfestellen die Daten manuell eingegeben werden müssen, ist ein automatischer Abgleich unverzichtbar. Fehlerhafte Abrechnungen lassen sich daher nur vermeiden, wenn die zentrale Stelle, ebenso wie der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, regelmäßig das Verzeichnis der Institutionskennzeichen für Apotheken in maschinenlesbarer Form erhält, um entsprechende automatisierte Prüfverfahren einsetzen zu können. Durch die vorgesehene Kostentragungspflicht der Zentralen Stelle wird sichergestellt, dass die zur Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker nicht mit zusätzlichem finanziellem Aufwand belastet wird.

Zu Buchstabe bb

Durch diese Ergänzung wird die Verwendung des Verzeichnisses durch die Zentrale Stelle auf den Zweck zum Nachweis der Abschläge nach § 2 des Gesetzes über Rabatte für Arzneimittel beschränkt.

Zu Artikel 4 (Änderung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes)

Zu Nummer 1 (Artikel 5)

Das Konzept der Weiterleitungsstellen wird nicht mehr weiterverfolgt. Nach der ursprünglichen, mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) geschaffenen Gesetzeslage sollten die Weiterleitungsstellen zum 1. Januar 2011 eingerichtet werden. Nach Prüfung und enger Abstimmung aller Beteiligten wurde das Inkrafttreten der Regelung aber mit dem Dritten Gesetz zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze vom 5. August 2010 (BGBl. I S. 1127) um ein Jahr zum 1. Januar 2012 zeitlich aufgeschoben. Damit sollten insbesondere die Beratungen zum GKV-Finanzierungsgesetz vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2309) und sich daraus ggf. ergebende Konsequenzen für die Weiterleitungsstellen abgewartet werden.

Das GKV-Finanzierungsgesetz ist zum 1. Januar 2011 in Kraft getreten. Es hat sich gezeigt, dass die Weiterleitungsstellen im Hinblick auf die neue Finanzstruktur der GKV nicht erforderlich sind. Zudem – darauf hatten auch die Verbände der Krankenkassen hingewiesen – würden mit den Weiterleitungsstellen letztlich doppelte Strukturen geschaffen; auch eine spürbare Entlastung der Arbeitgeber wäre damit nicht verbunden. Daher wird an dem Konzept der Weiterleitungsstellen nicht mehr festgehalten. Dies entspricht im Übrigen einer Forderung des Bundesrates aus dessen Stellungnahme vom 24. September 2010 zum Entwurf eines Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes – Bundesrats-Drucksache 484/10 (Beschluss).

Zu Nummer 2 (Artikel 46)

Als redaktionelle Folgeänderung wird auch die Inkrafttretensregelung zu den Weiterleitungsstellen aufgehoben.

Zu Artikel 5 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (§ 97a)

Die Ergänzung in Nummer 1 stellt eine notwendige datenschutzrechtliche Folgeänderung der Vorschrift dar.

Zu Nummer 2 (§ 112)

Die Regelung ist eine Folgeänderung der unabhängigen Ausübung der Prüftätigkeit durch den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. Als neben dem MDK tätige Prüfinstitution soll der Prüfdienst auch in Fragen der Qualitätssicherung beratend tätig sein können.

Zu Nummer 3 (§ 114)

Zu Buchstabe a)

Die Regelung gibt den Landesverbänden der Pflegekassen verbindlich vor, dem Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. Prüfaufträge im Umfang von zehn vom Hundert aller Prüfaufträge zuzuweisen. Die Quote von 10 v.H. bezieht sich dabei auf das gesamte Bundesgebiet; abweichende Quoten in den jeweiligen Zuständigkeitsbereichen der Landesverbände der Pflegekassen sind möglich. Nach der bisherigen Regelung in § 114a Absatz 5 SGB XI haben sich die privaten Versicherungsunternehmen mit 10 v.H. an den Kosten der Qualitätsprüfungen der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen zu beteiligen. Mit der Änderung wird ein Anspruch der privaten Pflegeversicherung auf die Erteilung von Prüfaufträgen in diesem Umfang durch die Landesverbände der Pflegekassen geregelt.

Zu Buchstabe b)

Es handelt sich um eine Folgeänderung.

Zu Buchstabe c)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Artikel 1 Nummern 7 und 8.

zu Buchstabe d)

Es handelt sich um eine Folgeänderung. Der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V hat wie der MDK stets eine Prüfung der Ergebnisqualität durchzuführen, wenn Prüfergebnisse von unabhängigen Sachverständigen oder Prüfinstitutionen vorliegen.

Zu Nummer 4 (§ 114a)

Zu Buchstabe a)

Es handelt sich um Folgeänderungen.

Zu Buchstabe b)

Es handelt sich um Folgeänderungen.

Zu Buchstabe c)

Es handelt sich um eine Folgeänderung.

Zu Buchstabe d)

Durch die Neufassung des Absatzes 5 wird aufbauend auf der bisherigen Vorschrift bestimmt, dass die Pflicht der privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung durchführen, zur finanzielle Beteiligung an den Kosten der Qualitätsprüfungen der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen bis zu einem Betrag in Höhe von 10 v.H. weiter gilt, soweit die in § 114 Absatz 1 Satz 1 genannte Prüfquote durch den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. nicht erfüllt wird. Dabei müssen die Gründe für die Nichterfüllung der Prüfquote vom Prüfdienst oder dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. zu vertreten sein. Die Feststellung des Umfangs der Prüftätigkeit und des sich aus einer Unterschreitung der in § 114 Absatz 1 Satz 1 genannten Quote von 10 Prozent ggf. ergebenden Finanzierungsanteils obliegt dem Bundesversicherungsamt.

Zu Buchstabe e)

Der Absatz 5a wird neu eingefügt und regelt notwendige Grundlagen für die Durchführung der Prüftätigkeit durch den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. Da der Prüfdienst seine Tätigkeit auf Grundlage einer Beauftragung durch die Landesverbände der Pflegekassen durchführt, ist eine Abstimmung der notwendigen Verfahren zwischen gesetzlichen Pflegekassen und der privaten Pflege-Pflichtversicherung notwendig. Das Nähere hierzu soll durch den Spitzenverband Bund der Pflegeversicherung und den Verband der privaten Krankenversicherung e.V. im Rahmen einer Vereinbarung geregelt werden. Dabei sind insbesondere folgende Fragen zu beachten:

- Hinsichtlich der auf das Bundesgebiet bezogene Prüfquote können regionale Besonderheiten berücksichtigt und abweichende Prüfquoten ermöglicht werden;
- die Auswahl der durch den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. zu prüfenden Pflegeeinrichtungen ist offen zu gestalten, etwa durch ein Zufallsprinzip;
- soweit die Prüftätigkeit der Medizinischen Dienste einem Qualitätssicherungsverfahren unterzogen wird, etwa mit dem Ziel einer einheitlichen Prüfpraxis, ist sicherzustellen, dass der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. sich daran beteiligt.

Die Vereinbarungen sollen insbesondere auch dem Ziel dienen, die unter Qualitätssicherungsgesichtspunkten zwingend notwendige bundesweite Einheitlichkeit des Prüfgeschehens zu gewährleisten.

Darüber hinaus wird bestimmt, dass der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. der Rechtsaufsicht der Aufsichtsbehörde über die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen - Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht - unterstellt wird. Auf Verlangen hat der Prüfdienst der Aufsichtsbehörde alle Unterlagen vorzulegen und über alle Tatsachen Auskunft zu erteilen ist, die zur Ausübung des Aufsichtsrechts aufgrund pflichtgemäßer Prüfung der Aufsichtsbehörde erforderlich sind.

Zu Buchstabe f)

Zu Doppelbuchstabe aa)

Es handelt sich um eine Folgeänderung. Auf der Grundlage seiner Prüftätigkeit hat sich der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. an der in diesem Absatz geregelten regelmäßigen Berichtspflicht über Erfahrungen mit der Anwendung der Beratungs- und Prüfvorschriften, über die Ergebnisse von Qualitätsprüfungen sowie über Erkenntnisse zum Stand und zur Entwicklung der Pflegequalität und der Qualitätssicherung zu beteiligen.

Zu Doppelbuchstabe bb)

Es handelt sich um eine Folgeänderung.

Zu Buchstabe g)

Zu Doppelbuchstabe aa)

Es handelt sich um eine Folgeänderung. Der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. ist an der Erarbeitung von Richtlinien über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität (Qualitätsprüfungs-Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen) zu beteiligen.

Zu Doppelbuchstabe bb)

Darüber hinaus wird bestimmt, dass die unter seiner Beteiligung entstandenen Qualitätsprüfungs-Richtlinien in gleicher Weise für den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. wie für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung gelten. Der Prüfdienst hat bei der Durchführung der Qualitätsprüfungen die gleichen Maßstäbe wie der Medizinische Dienst der Krankenversicherung zu beachten. Ziel der Qualitätsprüfungs-Richtlinien ist eine Erfassung der Qualität in den Pflegeeinrichtungen nach einheitlichen Kriterien und Verfahren.

Zu Nummer 5 (§ 115)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung, die die Mitteilungspflicht des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. klarstellt.

Zu Buchstabe b)

Zu Doppelbuchstaben aa) und bb)

Es handelt sich um eine Folgeänderung, die die Beteiligung des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. an den in dieser Vorschrift geregelten Verfahren zur Veröffentlichung von Prüfergebnissen – Transparenz der Pflegequalität – sicherstellt.

Zu Doppelbuchstabe cc)

Die Regelung stellt sicher, dass bei einer notwendig werdenden Weiterentwicklung der Transparenzvereinbarungen nach § 115 Absatz 1a SGB XI dauerhaft ein Konfliktlösungsmechanismus zur Klärung von zwischen den Vereinbarungspartnern auf dem Verhandlungsweg nicht zu lösenden Streitpunkten eingerichtet wird. Damit werden Erfahrungen aus den Diskussions- und Verhandlungsprozessen zu den Transparenzvereinbarungen sowie Forderungen der großen Mehrheit der Vereinbarungspartner einschließlich des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen aufgegriffen.

Satz 9 regelt grundsätzlich, dass die Transparenzvereinbarungen an den medizinisch-pflegerischen Fortschritt anzupassen sind. Dies korrespondiert mit der bestehenden gleichlautenden Vorschrift in § 114a Absatz 7 Satz 4.

In Satz 10 wird die Verhandlungsfrist nach einer schriftlichen Aufforderung zur Neuverhandlung durch einen Vereinbarungspartner auf drei Monate bestimmt, bevor ein Vereinbarungspartner die Schiedsstelle anrufen kann. Damit wird der notwendige Vorlauf für konstruktive Verhandlungen sichergestellt.

Satz 11 schafft unter bestimmten Voraussetzungen die Möglichkeit einer Fristverkürzung. Wenn nach einer - erforderlichen - Beratung, zu der alle Vereinbarungspartner eingeladen wurden, durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen und mindestens zwei Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene einvernehmlich festgestellt wird, dass eine einvernehmliche Einigung nicht zustande kommt, können diese gemeinsam ohne Frist die Schiedsstelle anrufen.

Satz 12 setzt die Frist für eine Entscheidung der Schiedsstelle auf drei Monate fest; der Zeitraum entspricht der Regelung, die bei der Erstfestsetzung der Transparenzvereinbarungen in § 115 Absatz 1a Satz 9 a.F. vorgesehen war.

Satz 13 regelt, dass die für den ambulanten bzw. den stationären Bereich vereinbarten Transparenzvereinbarungen (PTV-A) und (PTV-S) im Falle einer Überarbeitung jeweils

bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung, sei es auf Grundlage eines Verhandlungsergebnisses oder eines Schiedsstellenentscheides, fortgelten.

Zu Buchstabe c)

Es handelt sich um eine Folgeänderung. Wenn aus den Prüfungen des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. schwerwiegende Mängel in der ambulanten Pflege erkennbar werden, kann dem Pflegedienst die weitere Betreuung des Pflegebedürftigen durch die zuständige Pflegekasse auf Empfehlung des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. vorläufig untersagt werden. Dies gilt sinngemäß auch, wenn schwerwiegende, kurzfristig nicht behebbare Mängel in der stationären Pflege festgestellt werden (Absatz 4).

Zu Nummer 6 (§ 117)

Es handelt sich um Folgeänderungen. Geregelt wird, dass der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. sich in gleicher Weise wie der Medizinische Dienst der Krankenversicherung an der engen Zusammenarbeit (gegenseitige Information und Beratung, Terminabsprachen oder Verständigung über notwendige Maßnahmen) mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden bei der Überprüfung der Pflegeeinrichtungen zu beteiligen hat. Dies dient einem effektiven und unbürokratischen Prüfgeschehen. Die dabei für den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. durch die Zusammenarbeit mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden entstehenden Kosten sind durch ihn zu tragen.

Zu Artikel 6 (Inkrafttreten)

Artikel 6 regelt das Inkrafttreten des Gesetzes.